

Op je tellen passen

*Een project ter versterking van het
cliënten- en familieperspectief in de ggz*

Rally Rijkschroeff
Dick Oudenampsen

Januari 2009

Voorwoord

Zorg en ondersteuning voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en hun naastbetrokkenen worden gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wmo. De inkoop van deze zorg is in handen van zorgverzekeraars en gemeenten. Het Landelijk Platform GGz (LPGGz) wil de positie van ggz-cliënten, naastbetrokkenen en hun belangenorganisaties als derde partij bij deze zorginkoop versterken. Het LPGGz behartigt de belangen van cliënten en hun familie en is een koepel van twintig cliënten-, familie- en categorale organisaties in de geestelijke gezondheidszorg.

In het kader van het Programma Zekere Zorg is met subsidie van het Fonds PGO het project 'Op je tellen passen' uitgevoerd. Het Verwey-Jonker Instituut heeft in 2007 in samenwerking met honderden vertegenwoordigers van ggz-cliënten en familieorganisaties een gedifferentieerde netwerkstrategie ontwikkeld om daadkrachtig invloed uit te kunnen gaan oefenen in het nieuwe gefragmenteerde ggz-stelsel. Ten behoeve van zorginkoop door verzekeraars zijn zes zorgstandaarden vanuit cliënten- en familieperspectief vastgesteld. Ook is een productenboek met 306 ggz-interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief samengesteld. Het gaat hierbij om cursussen, trainingen, projecten, behandelingen en lotgenotencontacten die door cliënten- en familieorganisaties in de ggz zijn ontwikkeld.

Op basis van de voorgestelde netwerkstrategie heeft het Verwey-Jonker Instituut in 2008 een strategische beleidsverkenning uitgevoerd en die vervolgens uitgewerkt tot twee analyses. Deel 1 richt zich op de landelijke belangenbehartiging en gaat in op onderwerpen zoals de wijziging van de zorgfinanciering, de nieuwe rol van de gemeenten en de zorginkoop via zorgverzekeraars. Deel 2 gaat over de regionale belangenbehartiging met daarin de introductie van een open netwerkstructuur. Deel 2 bevat ook voorstellen voor lokale en regionale belangenbehartiging binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

In 2008 is het productenboek uitgewerkt tot een digitale zorginkoopgids, www.eiggenwijzer.nl. e eiggenwijzer is een website waar effectieve praktijkervaringen met aanvullende ggz-interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief te raadplegen zijn. Maar de eiggenwijzer is vooral een kennismonitor voor uitwisseling van kennis over interventies vanuit cliënten- en familieperspectief tussen belangenorganisaties in de ggz. Het is bovendien opgezet als inkoopgids voor kaderleden van de landelijke en regionale belangenorganisaties in hun contacten met zorgverzekeraars en gemeenten. Het LPGGz is er trots op dat aan de eiggenwijzer, op voordracht van Zorgverzekeraars Nederland, de 'Hannie van Leeuwen prijs 2008' is toegekend.

Om als derde partij daadwerkelijk van invloed te kunnen zijn in de ggz-zorginkoop is een goede interne netwerkstructuur en een krachtige externe onderhandelingspositie noodzakelijk. Ik ben ervan overtuigd dat de eiggenwijzer daarbij een praktisch middel kan zijn om de kennis en ervaring van landelijke, regionale en lokale cliënten- en familieorganisaties in de ggz zichtbaar te maken en ervaringen met zorginkoop vanuit cliënten- en familieperspectief uit te wisselen. Ik wens u veel leesplezier met de rapportage van ons project en kijk er naar uit om samen met u de onderhandelingen aan te gaan. We gaan ervoor!

Marjan ter Avest (directeur LPGGz)

De ontwikkeling van een digitale Zorginkoopgids (Eiggenwijzer) voor het Landelijk Platform GGz

Rapportage Op je tellen passen, module 2

Dick Oudenampsen
Sjoukje Botman
Rally Rijkschroeff

Januari 2009

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Zorginkoop en het Landelijk Platform GGZ	7
3	Inrichting pilotversie digitale zorginkoopgids (eiggenwijzer) bij Landelijk Platform GGZ	11
4	Reacties van gebruikers op de pilotversie	15
5	De toekomst van eiggenwijzer	19
6	Literatuur	21

1 *Inleiding*

De digitale zorginkoopgids is ontwikkeld binnen het project Op je tellen passen, module 2 van het Landelijk Platform GGZ. Het Landelijk Platform GGZ streeft naar een gelijke marktpositie van GGZ-cliënten- en familieorganisaties. Dat moet de kwaliteit van de zorg verbeteren en zorgverzekeraars stimuleren de juiste zorg bij de juiste organisaties in te kopen.

Het Landelijk Platform GGZ wil bereiken dat de voor cliënten belangrijke interventies in de GGZ, zoals cliëntgestuurde zorg, zelfhulp en ervaringsdeskundigheid, in het nieuwe stelsel van de Zorgverzekeringswet een plaats krijgen. Zij wil dat onder meer doen langs de weg van de GGZ-inkoop door:

- Veelbelovende, evidence based benaderingen en best practices in kaart te brengen (zoals lotgenotencontact, rehabilitatie, zelfhulp, herstel, inzet ervaringsdeskundigheid) die, vanuit het cliënten- en familieperspectief gezien, in het nieuwe stelsel gefinancierd dienen te (blijven) worden.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders te beïnvloeden bij onderhandelingen over de GGZ-inkoop door standaarden op te stellen vanuit het cliënten- en familieperspectief.

Opbrengsten eerste deel

Het eerste deel van het project 'Op je tellen passen' heeft geresulteerd in de voorstellen voor een netwerkstrategie. Daarmee wil het Landelijk Platform GGZ de door de minister aan haar opgedragen verantwoordelijkheid in het nieuwe GGZ-stelsel waarmaken. Daarnaast heeft het project enkele instrumenten opgeleverd voor GGZ-zorginkoop vanuit het cliënten- en familieperspectief.

1. Er zijn zes zorgstandaarden geformuleerd vanuit het cliënten- en familieperspectief:
 - inkoop van onafhankelijke informatie en wegwijsfunctie;
 - inkoop van lotgenotencontact en zelfhulp;
 - inkoop van preventie en nazorg (continuïteit van zorg);
 - aanwezigheid van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid in de instelling;
 - informatie en keuzevrijheid;
 - kwaliteitsverbetering op basis van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliënten- en familieperspectief.
2. Er is een productenboek met 306 GGZ-interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief die uit de Zorgverzekeringswet gefinancierd moeten worden.

Deel 2

In het project Op je tellen passen deel 2 is het productenboek met 306 GGZ-interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief verder ontwikkeld tot een digitale zorginkoopgids van het Landelijk Platform GGZ: de eigenwijzer.

1.1 Gefragmenteerde Geestelijke Gezondheidszorg

Sinds de jaren negentig is de rijksoverheid bezig met kabinetsbrede trajecten waarin een nieuwe sturingsfilosofie ('governance') wordt nagestreefd met andere bestuurlijke verhoudingen. Het zwaartepunt van de overheidssturing verschuift van het niveau van de rijksoverheid naar de gemeenten en de instellingen. De rijksoverheid blijft verantwoordelijk voor het stelsel, maar gaat uit van het vermogen van partijen (zorginstellingen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars) om zelfstandig de kwaliteit in hun branche of in hun gemeente te borgen en te verbeteren.

Met de overgang van een deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet worden GGZ-cliënten en hun belangenbehartigers (cliënten- en familieorganisaties in de GGZ) geconfronteerd met fragmentering van de GGZ. Dit is het gevolg van de nieuwe sturingsfilosofie van de rijksoverheid: allereerst wordt de GGZ na de overheveling naar de Zorgverzekeringswet verdeeld over de AWBZ (sturing vanuit de rijksoverheid), de Wmo (sturing vanuit de gemeenten) en de Zorgverzekeringswet (sturing vanuit de GGZ als branche: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten- en familieorganisaties). Het risico van deze verkokering is dat de aansluiting tussen de AWBZ, Wmo en Zorgverzekeringswet verloren dreigt te gaan.

Voor het deel van de GGZ dat onder de Wmo valt, vormen de 443 gemeenten de onderhandelingspartner voor de cliënten- en familieorganisaties in de GGZ. Voor het deel van de GGZ dat onder de Zorgverzekeringswet valt, dienen cliënten- en familieorganisaties te onderhandelen met de 31 zorgverzekeraars en de 108 zorgaanbieders (lidinstellingen van GGZ Nederland).

2 Zorginkoop en het Landelijk Platform GGZ

2.1 Inleiding

Belangenbehartiging is een kerntaak van cliënten- en familieorganisaties, maar staat onder druk omdat het aantal partijen waar cliënten- en familieorganisaties mee te maken hebben, uitdijt. Men moet zich niet alleen richten op zorgaanbieders en de landelijke overheid, maar ook op zorgverzekeraars, gemeenten, woningcorporaties, vervoerders, onderwijsinstellingen.

Het centrale uitgangspunt van het nieuwe stelsel is echter om de vraagsturing vanuit het cliënten- en familieperspectief te bevorderen. Zo stelt het recente SER-advies een fundamentele draai in de AWBZ voor: niet het beschikbare aanbod bepaalt welke zorg wordt geboden, nee, dat beslist de cliënt zelf. Deze vraaggestuurde zorg zou in de GGZ door, of in samenwerking met, cliënten- en familieorganisaties ontwikkeld of geboden kunnen worden. De strategie van het Landelijk Platform GGZ is primair gericht op het beïnvloeden van de zorginkoop door de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars

Vanaf januari 2008 is de GGZ overgegaan naar de zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars bereiden zich voor op hun rol als zorginkoper in de GGZ. De eerste signalen vanuit de zorgverzekeraars (o.a. congres Beste Koop) wijzen erop dat zorgverzekeraars zich nog op deze markt aan het oriënteren zijn en ook ingangen zoeken om inzicht te krijgen in klantenwensen. De organisatie ZorgVerzekeraars Nederland heeft een zorginkoopgids ontwikkeld, waarvoor familie- en cliëntenorganisaties zijn uitgenodigd om een inbreng te leveren.

RVZ-advies zorginkoop

Het RVZ-advies over zorginkoop is in dit verband van belang. Hierin pleit de RVZ er sterk voor dat zorgverzekeraars samen optrekken met patiëntenorganisaties en zich bewijzen als belangenbehartiger van hun klanten. Het delegeren van een deel van de inkoopfunctie aan patiëntenorganisaties wordt in het advies een veelbelovende optie genoemd.

2.2 Digitale Zorginkoopgids Landelijk Platform GGZ ('eiggenwijzer')

In de zorginkoop is de beschikbaarheid van informatie cruciaal. Het gaat hierbij om twee vormen van informatie: aan de ene kant die van patiëntenorganisaties over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, en aan de andere kant om informatie over klantenwensen en voorkeuren die zorgverzekeraars via de cliënten- en familieorganisaties kunnen verwerven. In deze beschikbaarheid van informatie kan de digitale zorginkoopgids (eiggenwijzer) van het Landelijk Platform GGZ een belangrijke functie vervullen.

De eiggenwijzer heeft twee doelen:

1. In de eerste plaats dient het als een kennismonitor: uitwisseling van kennis over interventies vanuit cliënten- en familieperspectief tussen belangenorganisaties in de GGZ.
2. Ten tweede kan de eiggenwijzer - op het moment dat die op basis van de bijdragen van de lidorganisaties en de regionale belangenorganisaties een eigen plek heeft verworven - gaan

fungeren als inkoopgids voor kaderleden van de landelijke en regionale belangenorganisaties in hun contacten met zorgverzekeraars en gemeenten.

Innovatie via internet

Het internet past als medium goed bij de weinig gestructureerde interacties en communicatie van mensen die actief zijn in de cliëntenbeweging en in familieorganisaties in de GGZ. Bij het Platform GGZ zijn 20 landelijke cliënten- en familieorganisaties aangesloten. De regionale infrastructuur is in opbouw, en wordt gekenmerkt door een grote diversiteit van organisatievormen, regionale initiatieven, cliëntenraden etc. Zowel op landelijk als op regionaal en lokaal niveau hebben cliëntenorganisaties en familieorganisaties tal van praktijken ontwikkeld en bevorderd. Allemaal met eenzelfde doel: het doorgeven van ervaringskennis en het bevorderen van vormen van maatschappelijke participatie. Veel van deze methodieken en praktijken zijn nog nauwelijks beschreven. Dat belemmert sterk de kennisuitwisseling tussen regionale cliëntengroepen, tussen landelijke cliënten- en familieorganisaties en tussen het landelijke beleidsniveau en het regionale uitvoeringsniveau.

Bottom-up kennisontwikkeling

In de loop van de jaren is bij patiënten-, cliënten- en familieorganisaties een schat aan kennis en praktijken ontwikkeld. Die wordt helaas onvoldoende benut. Cliënten- en familieorganisaties in de GGZ hebben sinds jaar en dag ervaringskennis ingezet om informatie en voorlichting te geven en ondersteuning te bieden aan andere patiënten en familieleden. Dankzij de inzet van honderden vrijwilligers en een beperkte subsidiestroom zijn vele projecten van de grond gekomen. Ze hebben naast het reguliere aanbod een plaats gekregen in het GGZ-circuit. Er zijn cursussen ontwikkeld, informatieprojecten en verschillende vormen van lotgenotencontacten. Cliënten- en familieleden hebben daar hoge waardering voor, ook omdat ze vaak een belangrijke preventieve werking hebben. Tot nu toe was de kennis over deze interventies alleen in eigen kring aanwezig. Kennis over deze interventies werd nog nauwelijks gedeeld tussen cliënten- en familieorganisaties. Vaak was er op landelijk niveau geen goed beeld van wat zich in de regio aan praktijken ontwikkelde, terwijl er op decentraal niveau geen overzicht was over ontwikkelingen elders in het land. Ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn hierover slecht geïnformeerd. Wetenschappelijk onderzoek naar interventies vanuit cliënten- en familieperspectief staat in Nederland nog op een laag pitje.

2.3 *Strategische verkenning en eigenwijzer*

De strategische beleidsverkenning die het Verwey-Jonker Instituut als onderdeel van Op je tellen passen voor het Landelijk Platform GGZ heeft uitgevoerd, geeft aanwijzingen over de wijze waarop interventies in de eigenwijzer ingezet kunnen worden in de onderhandelingen met zorgverzekeraars en gemeenten. In die strategische beleidsverkenning is het concept ontwikkeld van regionale knooppunten. Daarin wisselen belangenorganisaties van cliënten en familieleden informatie uit. De regionale GGZ-Knooppunten spelen een hoofdrol in de zorginkoop en onderhouden contacten met de in de regio dominante zorgverzekeraar. De informatie van eigenwijzer is beschikbaar voor alle organisaties die in hun contacten met gemeenten en zorgverzekeraars proberen om financiering voor deze interventies te regelen. De site is daarnaast ook beschikbaar voor gemeenten en zorgverzekeraars zelf. Sommige interventies zijn al gefinancierd door zorgverzekeraars, zoals de Crisiskaart, of door gemeenten zoals informatiecentra en steunpunten GGZ. Via eigenwijzer kan informatie uitgewisseld worden over interventies die voor cliënten en familieleden belangrijk zijn, over ervaringen met zorgverzekeraars, enzovoorts.

3 Inrichting pilotversie digitale zorginkoopgids (eiggenwijzer) bij Landelijk Platform GGz

3.1 Inrichting van de pilot

Eiggenwijzer is als pilotversie opgebouwd aan de hand van de gegevens die verzameld zijn in het eerste deel van het project Op je tellen passen. Deze gegevens zijn bewerkt door de onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut. De gegevens zijn op de volgende zoektermen in een access databestand ondergebracht:

1. Soort activiteit met gegevens over effectiviteit. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen
 - Activiteiten die ontwikkeld zijn door cliënten- en familieorganisaties.
 - Activiteiten ontwikkeld in samenwerking met zorgaanbieders.
2. Organisatie die de activiteit aanbiedt.
3. Diagnosegroep.
4. Doelgroep.

In Eiggenwijzer zijn de interventies kort beschreven en zijn de namen van de personen en organisaties genoemd die deze interventies hebben ontwikkeld. Eiggenwijzer wordt gevoed door bijdragen van de lidorganisaties en regionale cliëntenorganisaties en onderhouden door de webredacteur van het Landelijk Platform GGz in samenwerking met een groep experts vanuit de lidorganisaties. Via de site is een digitaal wijzigingsformulier ondergebracht waarin organisaties wijzigingen en aanvullingen in de informatie over interventies kunnen voorstellen. De essentie van eiggenwijzer is dat deze niet vanuit een landelijk kennisinstituut of koepelorganisatie gevuld wordt, maar dat de lidorganisaties en regionale cliëntenorganisaties zelf de informatie over de interventies leveren. Daarbij past een medewerker van het platform GGz samen met de expertgroep de website aan. Externe partijen (denk aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten) die commentaar hebben op eiggenwijzer kunnen ook met suggesties komen.

Bij de verdere ontwikkeling van eiggenwijzer is het onderhoud van de website en de redactionele bewerking van de informatie die door cliënten- en familieorganisaties zijn aangeleverd essentieel. Voor opname van interventies in eiggenwijzer gelden de volgende criteria:

- het betreft een interventie vanuit het cliënten- en/of familieperspectief;
- er is voldoende informatie (inclusief contactpersoon) over de interventie aanwezig;
- de betreffende interventie wordt in de praktijk toegepast;
- de interventie heeft een vernieuwend karakter, dat wil zeggen: vormt een aanvulling op het reguliere zorgaanbod.

3.2 *Expertgroep vanuit het landelijk Platform GGz*

De lidorganisaties wijzen experts aan om deel te nemen aan een expertgroep van het Platform GGz. Deze expertgroep treedt op als een soort moderator. Deze groep van experts vanuit het Landelijk Platform GGz krijgt de verantwoordelijkheid voor het onderhoud en het toezicht op aanvullingen op het bestaande kennisbestand. Zij zijn in staat om de informatie over interventies te beoordelen en deze in te delen. De expertgroep verzamelt de bijdragen vanuit de lidorganisaties en regionale cliëntenorganisaties en bewaakt de kwaliteit van de informatie die op de website geplaatst wordt. De expertgroep doet dit in samenwerking met de webredacteur van het Platform GGz.

Tijdens de pilotfase hebben de onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut samen met de expertgroep de webredactie gevormd. Zij beoordeelden de inhoud van de pilotversie, verwijderden bijdragen die niet in het profiel van eigenwijzer pasten en voegden informatie over nieuwe of gewijzigde interventies toe.

De expertgroep bestond uit de onderzoekers en drie experts vanuit de lidorganisaties. Deze experts pleitten ten eerste voor meer duidelijkheid over het profiel van eigenwijzer. De categorie van interventies die door lidorganisaties werden aanbevolen paste niet in het profiel van eigenwijzer. Deze categorie aanbevolen interventies deed afbreuk aan het uitgangspunt van eigenwijzer om uitsluitend interventies vanuit cliënten- en familieperspectief op te nemen. Wel is het mogelijk om naast eigenwijzer een website te ontwikkelen waar informatie over aanbevolen zorgaanbieders of interventies op staan.

De expertgroep pleitte ook voor meer duidelijkheid over de wijze waarop informatie van eigenwijzer gebruikt kan worden. Het gaat niet alleen om zorginkoop bij zorgverzekeraars in het kader van de zorgverzekeringswet, maar ook om zorginkoop en aanbestedingen van gemeenten binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning. Ook zorgkantoren kopen zorg in vanuit de AWBZ.

3.3 *Opzet proefopstelling in combinatie met pilots*

In juni 2008 is een begin gemaakt met de eerste pilotversie van eigenwijzer. De pilotversie is opengesteld voor leden van het Landelijk Platform GGz en regionale organisaties die daar belangstelling voor hebben. De lidorganisaties en enkele regionale cliëntenorganisaties zijn benaderd om gebruik te maken van deze versie. Enkele lidorganisaties hebben ook wijzigingen voorgesteld voor de beschrijvingen van de activiteiten en voorstellen gedaan om nieuwe activiteiten in de database op te nemen. De voorstellen zijn voorgelegd aan de onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut en de expertgroep van het Landelijk Platform GGz, en verwerkt door de webbouwer.

In de proefopstelling zijn alle lidorganisaties en vijf regio's benaderd met het verzoek om de monitor te testen. Tevoren kregen de deelnemers een toelichting op het gebruik van de monitor. Ze kregen enkele vraagpunten mee waar de gebruikers in het bijzonder op moeten letten bij het gebruik van de monitor. De deelnemers aan de pilot kregen een inlogcode om de site te kunnen bekijken.

De volgende vragen zijn aan de lidorganisaties en de regio's voorgelegd:

- Is de informatie voldoende toegankelijk? Is de indeling overzichtelijk? Bijvoorbeeld type interventies, per organisatie. Is de gehanteerde systematiek van de beschrijving goed hanteerbaar?
- Hebt u van deze informatie al gebruik gemaakt? Hoe?

- Aan welke soort informatie heeft uw organisatie behoefte?
- Met wie zou u de kennis over interventies vanuit cliënten- en familieperspectief willen delen?
- Toegankelijkheid: Als u informatie zou willen zoeken op de digitale zorginkoopgids, wat zijn dan voor u belangrijke zoektermen: organisatie, soort interventie, behandelgroep? (DSM-systematiek, DBC-systematiek, indeling van lidorganisaties.)
- Hoe denkt u in de toekomst gebruik te gaan maken van deze website?
- Hebt u daarbij behoefte aan ondersteuning? In welke vorm?
- Handleiding.
- Helpdesk.
- Redactionele ondersteuning bij beschrijven interventie.

De proefopstelling duurde tot oktober 2008. In de volgende paragraaf doen wij verslag van de reacties van de lidorganisaties en de regionale organisaties.

4 *Reacties van gebruikers op de pilotversie*

4.1 *Aanpak*

De onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut hebben alle lidorganisaties benaderd met de vraag hoe zij de informatie van de pilotsite beoordelen en welke wijzigingen in het informatieaanbod moet worden aangebracht. Daarnaast is in oktober een eerste bijeenkomst van de expertgroep geweest waarbij ook is ingegaan op de vraag hoe de site verder uitgebouwd kan worden. In deze paragraaf doen wij op basis van de reacties van de lidorganisaties en de regionale organisaties enkele voorstellen voor de definitieve inrichting van Eigenwijzer¹.

Werkwijze

De lidorganisaties waaraan een login code verstuurd is, zijn telefonisch benaderd. Daarbij bleek dat er veel verwarring was over wie binnen de organisatie de login code had ontvangen en/of de site bekeken had. Er is daarom naar alle lidorganisaties een mail verstuurd met nogmaals de login code en het verzoek de site te bekijken om een oordeel te geven over de pilotversie. De organisaties die vervolgens aangaven wel de site te willen bekijken maar geen tijd te hebben voor een telefonisch interview, hebben de vragen per mail ontvangen.

4.2 *Reacties*

Het idee van een digitale zorginkoopgids is bij het Platform en de meeste lidorganisaties in eerste instantie enthousiast ontvangen. In de praktijk bleek de site nog weinig gebruikt en/of bekeken te zijn. Nu de organisaties gericht benaderd zijn hebben meer organisaties de site bekeken.

De reacties op eigenwijzer zijn wisselend, van heel positief tot zeer kritisch. Ook zijn er aandachtspunten en suggesties voor verbetering, die hier aan de orde zullen komen. De organisaties beseffen nog onvoldoende dat de website alleen door bijdragen van lidorganisaties en regionale cliëntenorganisaties kan bestaan. Zij verwachten dat de koepelorganisaties zoals dat voorheen het geval was de informatie bij hen weghaalt.

De telefonische enquête heeft een activerend effect gehad. Wanneer men de site in samenwerking met de lidorganisaties en regionale organisaties wil onderhouden, zal er een adressenbestand van contactpersonen moeten komen. Met de telefonische enquête is hier een begin mee gemaakt.

Het doel van eigenwijzer

Het doel van de site moet helder zijn, zo blijkt uit de telefonische reacties en de expertgroep. Eigenwijzer is een site voor en door cliënten- en familieorganisaties, een overzicht van de daar aanwezige kennis en initiatieven. De site is bedoeld om het aanbod van cliënten en familieorganisa-

¹ Reacties ontvangen van: Labyrinth in perspectief, Pandora, Voice, Ypsilon, ZieZO, AP/CP, Balans, Impuls, Nederlandse Vereniging voor Autisme, Vereniging manisch depressieven en betrokkenen, Cliënten belangenbureau KAM.

ties inzichtelijker te maken. Bij een enkele lidorganisatie bestaat het idee dat de site bedoeld is voor de individuele gebruiker, maar dit is niet het eerste doel van eigenwijzer. De individuele gebruiker kan immers terecht op onder meer de eigen sites van lidorganisaties. Ook zien lidorganisaties een gebruiksmogelijkheid van eigenwijzer als intermediaire informatiebron: om cliënten, naasten en hulpverleners de weg te kunnen wijzen.

Het is bij lidorganisaties bovendien onvoldoende duidelijk wat interventies zijn en welke informatie zij kunnen aanleveren. Het doel en de aard van de geboden informatie moet meteen op de homepage in drie zinnen uitgelegd worden en duidelijk zijn.

De site is te gebruiken door de landelijke lidorganisaties en de regionale en lokale GGZ-organisaties om inzicht te krijgen in het aanbod aan familie- en cliënteninterventies, zowel landelijk als per regio. Deze informatie kan gebruikt worden om het aanbod aan zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische beperking bij de gemeentes te verbeteren. Daarnaast kunnen in contacten met zorgverzekeraars afspraken worden gemaakt voor het opnemen van familie- en cliënteninterventies in het aanvullende pakket of in het basispakket.

Eigenwijzer dient ingebed te worden in de strategische ontwikkeling van de regionale en lokale belangenbehartiging. Eigenwijzer kan gebruikt worden om de regionale belangenbehartiging een gezicht te geven. Het is dan wel belangrijk dat ervaringen van regionale cliëntenorganisaties met de inzet van kennis van familie- en cliëntgestuurde interventies gedeeld worden. Essentieel voor het succes van de site is dat deze ook aanwijzingen geeft over het inzetten van de informatie van eigenwijzer in contacten met gemeentes en zorgverzekeraars.

Bekendheid, gebruik en onderhoud

Het succes van eigenwijzer is afhankelijk van drie factoren:

1. De bekendheid van de site bij de landelijke en regionale belangenorganisaties. Overzichten en databestanden sterven vaak een stille dood omdat er in de besluitvorming geen tijd en aandacht voor is. Wil de site werken, dan moet er een motief zijn voor gebruik en onderhoud van de site. Cliënten- en familieorganisaties moeten inzien dat de bundeling van kennis een goed instrument is voor de eigen organisatie.
2. Het onderhouden van de site door het actualiseren en bijhouden van het kennisbestand. In eerste instantie is dat de verantwoordelijkheid van de gebruikers zelf die wijzigingen en aanvullingen op het kennisbestand kunnen aanleveren. Daarnaast ligt er een belangrijke taak van de expertgroep.
3. De verbetering van de site zal een continu proces zijn wat ingericht moet worden en ingebed in de landelijke taken van het Landelijk Platform en diens lidorganisaties. Het gaat dan vooral om het geven van bekendheid aan de site (pr), het onderhouden en verder uitbouwen van de site in samenwerking met de expertgroep, en het technisch onderhoud van de site.

Het is bij de lidorganisaties nog onvoldoende bekend dat zij zelf informatie moeten aanleveren voor de site. Wanneer organisaties de site zelf ook kunnen gebruiken als overzicht van hun activiteiten, is er meer stimulans om eigenwijzer actueel te houden. Dan is eigenwijzer ook een mooi overzicht voor bijvoorbeeld degenen die de telefonische helpdesk bij cliënten- en familieorganisaties bemensen. Medewerkers van lidorganisaties hebben voorgesteld de site ook te gebruiken om ter

inspiratie informatie over interventies te vergaren. Eigenwijzer is ook bruikbaar als snel naslagwerk of voor doorverwijzing, menen lidorganisaties. De lidorganisaties willen graag weten hoe zij de informatie aan kunnen passen en informatie toe kunnen voegen. Op de huidige site is het onvoldoende duidelijk hoe dit moet. Het digitale formulier voor toevoegingen op de site begrijpen of kennen gebruikers (nog) niet. Een handleiding en instructies op de site zelf zouden welkom zijn, mits deze kort en bondig zijn. In deze handleiding moet informatie komen over het gebruik van de site, het aanleveren en wijzigen van informatie en het aanbieden van producten in contacten met gemeentes. Een helpdesk functie is ook nodig. Deze helpdesk kan redactionele ondersteuning bieden bij de beschrijving van interventies. Het is belangrijk dat de informatie op de site gelijksoortig blijft. Als organisaties zelf informatie moeten aanleveren is het handig om een vaste contactpersoon bij deze organisaties te hebben. Een aanspreekpunt bij het Landelijk Platform voor eigenwijzer is ook belangrijk. Een van de lidorganisaties noemde het voorbeeld van 'Loket digitaal' die om de twee à drie maanden een herinnering verspreidt per email onder organisaties, of die wil kijken of de aangeboden informatie nog actueel is. Een dergelijke herinneringsemail is aan te raden omdat lidorganisaties met veel personeelwisselingen te maken hebben.

Rol van de expertgroep

De expertgroep heeft een sleutelrol bij het onderhouden van de site. De expertgroep kan ook meedenken over de verdere ontwikkeling en uitbouw van de site. In de expertgroep is de kennis over cliëntenorganisaties en websites gebundeld. Het is daarom volgens de lidorganisaties belangrijk dat leden van de expertgroep banden hebben met het veld van cliënten- en familieorganisaties.

Concrete verbeterpunten

Uit de reacties op de pilotsite zijn enkele concrete inhoudelijke verbeterpunten naar voren gekomen:

- De heldere taal van de site wordt geroemd.
- De informatie is soms onvoldoende specifiek en in sommige gevallen weer te uitgebreid.
- De beschrijvingen van interventies zijn hier en daar nog te uiteenlopend.
- De informatie is hier en daar verouderd.
- Telefoonnummers en adressen bij initiatieven staan er vaak niet bij of zijn onjuist.
- De aangeboden informatie moet meer gerubriceerd worden. De informatie is nu te veel, te overweldigend. Het is moeilijk om er wegwijs uit te worden.
- Omdat de categorie aanbevolen interventies onvoldoende begrensd is stellen de expertgroep en de lidorganisaties voor deze categorie te laten vallen. Er moet onderscheid komen tussen organisaties en activiteiten, die staan nu door elkaar.
- De indeling naar activiteiten moet duidelijker doorgevoerd worden in de rest van de informatie.
- Het zou heel handig zijn als men op regio kan selecteren, om in een oogopslag te kunnen zien waar iets is.

5 *De toekomst van eigenwijzer*

Uit de reacties van de lidorganisaties en de expertgroep is af te leiden dat eigenwijzer weliswaar een stevige voedingsbodem heeft gevonden, maar dat onderhoud en regelmatig snoeien noodzakelijk zijn om het instrument levend te houden. Op basis van de huidige ervaringen met de opbouw van eigenwijzer hebben wij een inschatting gemaakt van de capaciteit die nodig is, wil eigenwijzer aan de verwachtingen voldoen en een dynamisch instrument worden van de cliënten- en familieorganisaties in de GGZ.

a. Communicatie en helpdesk

Goede communicatie over de mogelijkheden (en beperkingen) van eigenwijzer naar de lidorganisaties, regionale belangenorganisaties en andere geïnteresseerden is essentieel. De informatie moet immers bijgehouden worden door de lidorganisaties en regionale belangenorganisaties. Informatieuitwisseling en herinneringen (zie boven) over de inbreng in eigenwijzer is noodzakelijk. Wij schatten dat een pr-medewerker zich hiermee vier dagen in de maand bezig moet houden (0,2 FTE). Daarnaast is een helpdesk medewerker naar schatting twee dagen in de maand hiermee doende (0,1 fte).

b. Redactie van eigenwijzer

Ook het op orde houden van eigenwijzer (wijzigingen doorvoeren, teksten over doel en gebruik van eigenwijzer inbedden in strategisch beleid van Landelijk Platform GGZ) in samenwerking met de expertgroep is een belangrijke voorwaarde voor succes van eigenwijzer. De redacteur van Eigenwijzer kan tegelijkertijd als secretaris van de expertgroep fungeren die wijzigingen voorlegt voor advies aan de expertgroep. Schatting: 0,2 FTE.

c. Webbeheer

De webbeheerder zorgt voor de toegankelijkheid van de website en voor een aantrekkelijke en handige vormgeving van de website. Ook dit vergt regelmatig onderhoud. Wij schatten 0,1 FTE.

Infrastructuur Landelijk Platform GGZ

Eigenwijzer wordt onderdeel van de website van het Landelijk Platform GGz. De expertgroep werkt samen met een webbeheerder, een communicatieadviseur die verantwoordelijk is voor de promotie en berichtgeving over de monitor naar lidorganisaties en externe partijen en een webredacteur van het Platform die als secretaris van de expertgroep fungeert. Op het moment dat de website gebruik gaat worden zal er veel druk komen van de gebruikers om ook informatie die eigenlijk niet op de site hoort hieraan toe te voegen. Wij doelen op:

- Informatie over belangenorganisaties GGZ op landelijk en regionaal niveau.
- Informatie over (kwaliteit van) zorgaanbieders.
- Informatie over zorgverzekeraars.

Het is belangrijk dat het doel van eigenwijzer helder blijft voor de gebruikers en dat er geen informatie op komt die niet past in het profiel van eigenwijzer. Het is echter wel mogelijk om aan deze behoeften van de lidorganisaties tegemoet te komen door parallel aan eigenwijzer op de website van het Landelijk Platform hierover informatie op te nemen. Ook kunnen aan de eigenwijzer links worden toegevoegd die verwijzen naar informatie op andere sites over deze onderwerpen (bijvoorbeeld Kies beter).

In de toekomst kan eigenwijzer aangevuld worden met een interactief gedeelte waarin de ervaringen met een bepaalde methode kunnen worden gedeeld. Deze ervaringen worden als het ware gefilterd door een webredacteur van het Platform GGZ en de webbeheerder zodat het karakter van de kennismonitor behouden blijft en het geen forum wordt. Naast ervaringen met interventies kan ook informatie over contacten van cliënten- en familieorganisaties met zorgverzekeraars over de zorginkoop uitgewisseld worden.

6 *Literatuur*

Flikweert, M., Oudenampsen, D. & R. Rijkschroeff (2007). *Zorginkoopgids. Cliënt- en familiegerichtte interventies in de GGZ*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Oudenampsen, D. et al. (2008). *Patiënten- en consumentenbeweging in beeld. Brancherapport categoriale organisaties*. Utrecht: NPCF.

Raad voor de Zorg en Volksgezondheid (2008). *Zorginkoop*. Den Haag: RVZ.

Rijkschroeff, R., Oudenampsen, D. & M. Flikweert (2007) *Beste Koop. GGZ-inkoop vanuit cliënten- en familieperspectief*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Landelijke en regionale belangenbehartiging na de stelselwijziging in de geestelijke gezondheidszorg

Strategische beleidsverkenning vanuit cliënten- en familieperspectief

Rally Rijkschroeff
Dick Oudenampsen

Januari 2009

Inhoud

Inleiding	5
Deel I LANDELIJKE BELANGENBEHARTIGING	7
1 Wijziging stelsel geestelijke gezondheidszorg	9
2 Nieuwe centrale rol voor de gemeentelijke overheid	15
3 Zorginkoop via zorgverzekeraars	21
4 Zorgaanbieders	29
5 Consequentie- en risicoanalyse stelselwijziging vanuit het perspectief van landelijke belangenbehartiging van kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg	33
Deel II REGIONALE BELANGENBEHARTIGING	37
6 Open netwerkstructuur van GGZ-knooppunten	41
7 Ondersteuning belangenbehartiging GGZ-knooppunten	49
8 Consequentie- en risicoanalyse stelselwijziging vanuit het perspectief van lokale Wmo belangenbehartiging van kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg	57
Literatuur	63

Bijlagen

- Cliëntenparticipatie Wmo
- BS&F
- Kennis over het onderhandelen met zorgverzekeraars
- Het zorglandschap van morgen (VWS, p. 85)
- Deelnemers VOICE december 2007
- Advies Boer & Croon

Inleiding

Het Landelijk Platform GGZ is een koepel van twintig cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Het Platform behartigt de belangen van alle mensen, jong en oud, met psychische problemen en hun familie: mensen met psychische problemen leiden in Nederland een kwetsbaar bestaan. Het Platform GGZ wil die positie verbeteren vanuit de onderscheiden perspectieven. Dat wil zeggen: die van cliënten, familieleden en wettelijke vertegenwoordigers en categoriale organisaties die de belangen behartigen van mensen met specifieke ziektebeelden (autisme, ontwikkelingsstoornissen maar soms ook kleine groepen als angst, dwang en fobie).

Het Landelijk Platform GGZ heeft in 2007 een reeks van landelijke en regionale bijeenkomsten georganiseerd met regionale en lokale cliënten- en familievertegenwoordigers, die afgevaardigd werden vanuit de leden van het platform: LPR, Cliëntenbond in de geestelijke gezondheidszorg, Stichting Pandora, Nederlandse Vereniging voor Autisme, Ypsilon, Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers, Stichting Weerklank, Landelijke Stichting Zelfbeschadiging, Vereniging voor Manisch-Depressieven en Betrokkenen, Labyrint/In Perspectief, Stichting Borderline, Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, VOICE (landelijke bundeling van lokale en regionale belangenorganisaties van mensen met psychische problemen, een psychische handicap, verslaving en mensen zonder thuis), Balans/Impuls, Anoksis, Landelijke Federatie Ongebonden Schilvoorzielingen en de Stichting Landelijke Koepel Familieraden in de GGZ. Tijdens de landelijke en regionale consensusbijeenkomsten met enkele honderden vertegenwoordigers van GGZ-clieënten- en familieorganisaties is diepgaand inhoudelijk en strategisch gesproken over de ontwikkeling van cliënten- en familieorganisaties tot een krachtige partij in de geestelijke gezondheidszorg. Het project Beste Koop heeft geresulteerd in een aantal instrumenten voor GGZ zorginkoop vanuit het cliënten- en familieperspectief, waaronder zes zorgstandaarden en een productenboek met 306 GGZ-interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief die uit de Zorgverzekeringswet gefinancierd moeten worden.

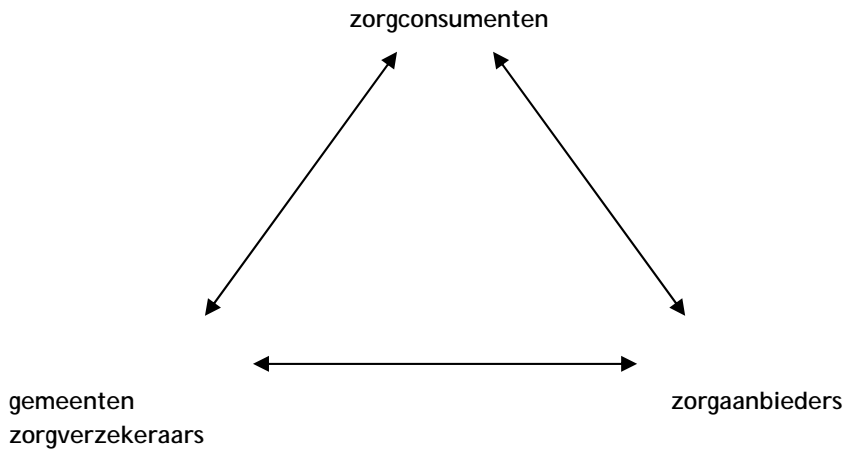
In 2008 heeft het Landelijk Platform GGZ opdracht gegeven tot een vervolg van het project Beste Koop. Inzet van het vervolgproject is het realiseren van daadwerkelijke invloed op de zorginkoop: hoe kunnen de cliënten- en familieorganisaties in de GGZ ervoor zorgen dat zorgverzekeraars daadwerkelijk volgens hun standaarden GGZ interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief gaan inkopen? Hoe kan hierbij de bestaande landelijke en regionale infrastructuur van de cliënten- en familieorganisaties optimaal benut worden? Welke aanvullingen zijn hierbij gewenst? Het vervolgproject betreft de verdere ontwikkeling van het productenboek tot een digitale zorginkoop gids van het Landelijk Platform GGZ en een strategische beleidsverkenning. In dit rapport wordt verslag gedaan van de strategische beleidsverkenning. De strategische beleidsverkenning heeft geresulteerd in twee consequentie- en risicoanalyse stelselwijzing vanuit het perspectief van landelijke belangenbehartiging (deel I) dan wel de regionale belangenbehartiging van kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg (deel II).

Deel I LANDELIJKE BELANGENBEHARTIGING

Het Landelijk Platform GGZ wil met het project 'Op je tellen passen' een gelijke marktpositie realiseren van GGZ-cliënten- en familieorganisaties waardoor de kwaliteit van de zorg verbeterd en zorgverzekeraars de juiste zorg bij de juiste organisaties kunnen inkopen.

Het Landelijk Platform GGZ opereert binnen de driehoek van financiers, aanbieders en cliënten van zorg (zie figuur 1).

Figuur 1 Driehoek van financiers, aanbieders en zorgconsumenten



Na een inleidend hoofdstuk over de stelselwijziging in de GGZ, verkennen we in de daarop volgende drie hoofdstukken eerst de strategische mogelijkheden van het Landelijk Platform GGZ en haar achterban op elk van de drie assen: gemeenten (hoofdstuk 2), verzekeraars (hoofdstuk 3) en zorgaanbieders (hoofdstuk 4). Deel I wordt afgesloten met een consequentie- en risicoanalyse stelselwijziging vanuit het perspectief van landelijke belangenbehartiging van kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 5).

1 Wijziging stelsel geestelijke gezondheidszorg

Per 1 januari 2008 is een deel van de geestelijke gezondheidszorg overgegaan naar de zorgverzekeringswet. Met de invoering van de zorgverzekeringswet is het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering verdwenen en is er één zorgverzekering voor iedereen. De Zorgverzekeringswet regelt de verzekering van de op genezing gerichte zorg.

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden. In de Wmo is een aantal bestaande wetten en andere regelingen opgegaan. Het betreft de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen gehandicapten (Wvg) en delen van de AWBZ en de Wet collectieve preventie (WCPV), en een aantal specifieke subsidieregelingen (waaronder de subsidieregeling voor zorgvernieuwingsprojecten).

Per 1 januari 2008 is een deel van de geestelijke gezondheidszorg overgegaan naar de zorgverzekeringswet en de Wmo.

In de Zorgverzekeringswet komt alle extramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ zonder opname) en het eerste jaar van alle intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ met opname). Ook de zorg die aangestuurd wordt door behandelaars valt onder de Zorgverzekeringswet. Als een cliënt wordt geïndiceerd voor behandeling met verblijf valt deze de eerste 365 dagen onder de Zorgverzekeringswet.

De langdurige klinische zorg en niet op genezing gerichte GGZ blijft binnen de AWBZ. De niet-geneeskundige GGZ blijft ook in de AWBZ, dat wil zeggen: de persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding.

De huishoudelijke verzorging komt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) te vallen.

De geestelijke gezondheidszorg is na deze overheveling verdeeld over de AWBZ, de Wmo en de zorgverzekeringswet. De beleidsdiscussie concentreert zich op de toekomst van de AWBZ en de vraag welke delen van de zorg overgeheveld kunnen worden naar de Zvw en de Wmo.

1.1 Het SER-conceptadvies over de toekomst van de AWBZ

In het conceptadvies over de Toekomst AWBZ van de Commissie Sociale Zekerheid van de SER wordt gepleit voor een heldere omschrijving van de AWBZ-aanspraken ('glasheldere polis'):

'De AWBZ-aanspraken zijn op dit moment zo ruim geformuleerd dat hierdoor ook onbedoeld en ongewenst gebruik plaatsvindt. De SER bepleit de AWBZ daadwerkelijk toe te spitsen op langdurige zorg.'

Overheveling van de herstelgerichte zorg naar Zvw

Een deel van de AWBZ-zorg is tijdelijk en hangt samen met medische ingrepen (zoals herstelgerichte revalidatiezorg of eerstelijns verpleegkundige zorg). De SER stelt voor deze kortdurende, herstelgerichte zorg naar de Zvw over te hevelen.

Overheveling van de 'sociale hulp- en dienstverlening' naar de Wmo

Volgens de SER moeten onderdelen van de huidige AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding die zijn gericht op deelname aan de samenleving en dus raakvlakken hebben met de Wmo, worden overgeheveld naar gemeenten in het kader van de Wmo. De begeleiding bij begeleid zelfstandig wonen en de dagbesteding in de gehandicaptenzorg moeten in ieder geval onder de AWBZ blijven vallen.

Het verder scheiden van wonen en zorg

De SER is voorstander van een vergaande scheiding in de financiering van wonen en zorg. Bij een financiële scheiding van wonen en zorg wordt het wonen - uitzonderingen daargelaten - niet langer vergoed op grond van de AWBZ en brengen intramurale zorginstellingen de huur afzonderlijk in rekening. Hierdoor kan beter worden aangesloten bij de uiteenlopende woonwensen van zorgvragers. Dit voorkomt ook dat deze een steeds zwaardere belasting voor de AWBZ gaan vormen. De SER vindt dat de woonfunctie in beginsel niet in een zorgverzekering thuishoort, maar in eerste instantie de verantwoordelijkheid is van burgers zelf. De SER verwacht dat de financiële scheiding van wonen en zorg - in samenhang met de invoering van zorgpakketten naar zorgzwaarte met bijbehorende normbedragen - innovaties zal uitlokken op het snijvlak van wonen, zorg, welzijn en participatie. In het advies gaat de SER nader in op de financiële toegankelijkheid van woonzorg arrangementen voor de laagste inkomensgroepen en op de overgangssituatie voor zorginstellingen.

Eigen betalingen

De SER ziet geen aanleiding om op korte of middellange termijn de eigen betalingen (inkomensafhankelijke eigen bijdragen) in de AWBZ verder te verhogen. De voordelen in termen van hogere opbrengsten wegen niet op tegen het risico dat mensen die zorg nodig hebben, om financiële redenen noodzakelijke AWBZ-zorg gaan mijden.

Van instellingsbudgettering naar persoonsvolgende bekostiging van zorgaanbieders

In de vraaggestuurde AWBZ die de SER voorstelt, krijgt de zorgaanbieder niet langer een budget vooraf (instellingsbudgettering) maar wordt hij bekostigd op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg. Kort gezegd kiest de cliënt de zorgaanbieder en volgt het geld de cliënt (persoonsvolgende bekostiging). Goed presterende zorgaanbieders kunnen daardoor groeien; voor slecht presterende zorgaanbieders dreigt onderbenutting of leegstand. De SER verwacht dat dit bijdraagt aan meer diversiteit en vernieuwing van het zorgaanbod en aan een betere kwaliteit van de zorg.

Versterking van de positie van het PGB

Zorg in natura moet volgens de SER de standaardoptie blijven. Cliënten die dat willen, moeten echter net als nu kunnen kiezen voor een bedrag in geld - het persoonsgebonden budget (PGB) - waarmee zij zelf zorg inkopen. Het PGB zorgt ervoor dat de cliënt niet uitsluitend is aangewezen op gecertificeerd zorgaanbod. Dit draagt tevens bij aan het ontlasten van de professionele zorgverle-

ners. Ook draagt het bij aan het stimuleren van zorgvernieuwing. Het budget dat voor PGB's beschikbaar is (nu een subsidieregeling), moet onderdeel worden van de budgetten van de AWBZ-uitvoerder.

Gevolgen voor financiering en lastenverdeling

De voorgestelde overhevelingen van de ABWZ naar de Wmo en de Zvw hebben beperkte gevolgen voor de lastenverdeling tussen huishoudens, bedrijven en overheid. De bedragen die daarmee zijn gemoeid, zijn nog onbekend. Overhevelingen naar de Wmo kunnen volgens het CPB lastenneutraal plaatsvinden door de verlaging van de AWBZ-premie gepaard te laten gaan met een evenredige stijging van het belastingtarief in de eerste en tweede schijf. Uitgaande van lastenneutraliteit voor werkgevers en werknemers moet adequate compensatie worden gevonden voor de lastenverschuivingen die het gevolg zijn van overhevelingen naar de Zvw.

De SER signaleert dat sociale partners min of meer fundamentele bezwaren hebben tegen onderdelen van de huidige financiering van de zorg. Als belangrijkste financiers van de Zvw-lasten moeten in ieder geval werkgevers en werknemers op korte termijn worden betrokken bij het vraagstuk van de aanpak van de verwachte forse groei van de kosten van de gezondheidszorg.

Een volledige financiering van de AWBZ uit de algemene middelen biedt volgens de SER een oplossing voor de toenemende uitholling van de premiegrondslag door heffingskortingen.

Beleidsrichtingen voor de lange termijn

Tot slot schetst de SER nog enkele globale opties voor de langdurige zorg op langere termijn. De SER gaat ervan uit dat ook op de lange termijn een afzonderlijke, publiekrechtelijke en regionaal uitgevoerde sociale verzekering voor de langdurige zorg nodig blijft voor bepaalde zorgvormen en/of cliëntgroepen. De SER denkt daarbij in ieder geval aan vroeggehandicapten - voor een groot deel verstandelijk gehandicapten - en cliënten die in een vergelijkbare positie verkeren. Zo is de samenhang met de curatieve zorg voor deze groepen vaak van minder betekenis. Ook is de beïnvloedbaarheid van het risico voor verzekeraars niet of nauwelijks aan de orde en werken de corrigerende mechanismen van de Zvw voor deze cliëntgroepen minder goed. Tot slot is deze groep niet of nauwelijks in staat (geweest) om zelf in een inkomen te voorzien.

Voor cliëntgroepen in de AWBZ die relatief veel gebruik maken van curatieve zorg zoals ouderen, chronisch zieken en vergelijkbare groepen, zijn op zichzelf meerdere opties denkbaar. De SER noemt als opties: een voortzetting van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden, een afzonderlijke careverzekering die privaatrechtelijk door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd of - onder stringente voorwaarden - een overheveling van onderdelen van (onderdelen van) de zorg voor deze groepen van de AWBZ naar de Zvw.

1.2 De visie van het Landelijk Platform GGz

In een statement inzake het SER-advies over de AWBZ d.d. 3 april 2008 formuleert het Landelijk Platform GGz haar visie op de ontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel.

Het Landelijk Platform GGz is verheugd over de kanteling die de SER aanbrengt van aanbodge-richt naar vraag gestuurd als uitgangspunt voor de AWBZ. De voorgestelde veranderingen in de AWBZ dragen hieraan bij. De versterkte positie van cliëntgestuurde bekostiging (PGB, PVB) wordt door het Platform van harte toegejuicht evenals de scheiding van wonen en zorg. Ook vindt het Platform de nadruk op (secundaire en tertiaire) preventie van grote waarde om de kwaliteit van leven van mensen met GGZ problematiek te vergroten.

Het Platform vraagt in het statement om aandacht voor (onder meer) de volgende punten:

a. Behoud van langdurende zorg in de 'kern AWBZ'

Het Landelijk Platform GGz maakt zich zorgen over de door de SER voorgestelde afbakening van de doelgroepen in de toekomstige 'kern AWBZ'. De nadruk die de SER legt op het leeftijds criterium (de 'vroege diagnosegroepen') betekent voor veel mensen met langdurige en ernstige GGZ-problematiek een vreemde overstap naar de op genezing gerichte Zvw. Vaak openbaart een psychiatrische aandoening zich pas tijdens de adolescentie en bij jongvolwassenen, terwijl de aanleg al op jonge leeftijd aanwezig is. De aandoening is na diagnose vaak levenslang in meer of mindere mate aanwezig. Dit vraagt om continuïteit van zorg en begeleiding. Voor deze mensen moet de AWBZ in de toekomst toegankelijk blijven. Het Landelijk Platform GGz pleit daarom voor een goede afbakening en definiëring van deze GGZ doelgroep in de 'kern AWBZ'.

b. Overheveling herstelgerichte zorg naar Zvw

Het grillige verloop van veel psychische en psychiatrische aandoeningen waarin perioden van ziekte en herstel zich afwisselen, vereist een zorgvuldig en langdurig traject van (multidisciplinaire) behandeling, begeleiding, nazorg en signalering (diseasemanagment). Er is meestal geen sprake van kortdurende op herstelgerichte zorg zoals bedoeld in de Zvw (in termen van genezing). Er is binnen de AWBZ ruimte nodig voor deze specifieke herstelgeoriënteerde GGZ-zorg gericht op kwaliteit van leven. Daarnaast wijst het Landelijk Platform GGz erop dat grote delen van de GGZ-zorg recent naar de Zvw zijn overgeheveld. Het is tijd voor een pas op de plaats zodat eerst monitoring mogelijk is van de gevolgen voor GGZ-cliënten.

c. Onafhankelijke cliëntondersteuning

Een systeem gebaseerd op vraagsturing is alleen mogelijk als de randvoorwaarden voor cliënten zijn vervuld. Heldere en goed afgebakende wetgeving alleen is niet voldoende als het in de uitvoering (rondom de cliënt) hapert. Cliënten in de GGZ vormen een kwetsbare groep. Zij hebben grote behoefte aan onafhankelijke ondersteuning gedurende het hele traject van zorg en dienstverlening. Deze ondersteuning is al bij de indicatiestelling noodzakelijk. Het Platform vraagt de SER deze functie van onafhankelijke cliëntondersteuning op te nemen in het advies. Daarnaast vraagt het Platform aandacht voor de positie en ondersteuning van naastbetrokkenen.

d. Dagbesteding

In het SER-advies blijft de dagbesteding onderbelicht. Het Platform benadrukt het belang van dagbesteding voor GGZ-cliënten in de AWBZ en vraagt de SER dit onderwerp nader uit te werken.

e. Lastenverzwaring cliënten

Het Landelijk Platform GGZ maakt zich zorgen over de gevolgen van de voorgestelde wijzigingen voor de inkomenspositie van mensen in de GGZ. Het Platform vraagt de SER om gedegen doorberekeningen van de cumulatie van eigen betalingen in de Zvw, AWBZ en Wmo.

1.3 *Het kabinetsstandpunt over de toekomst van de AWBZ*

Het kabinetsstandpunt over de AWBZ bevat een pakket veranderingen dat bedoeld is om de langdurige zorg vanuit de AWBZ ook voor de toekomst geloofwaardig, onbetwistbaar en betaalbaar te maken.

Versterking van de positie van de cliënt

Allereerst wil de staatssecretaris de positie van de cliënt versterken. De cliënt moet kunnen kiezen uit het best passende zorgarrangement bij de zorgverlener naar keuze en moet invloed kunnen uitoefenen op de verleende zorg. De ene cliënt zal dan kiezen voor een persoonsgebonden budget, de ander voor zorg in natura. De staatssecretaris wil toewerken naar een persoonsgebonden bekostiging, waarbij het budget de cliënt volgt naar de zorgaanbieder van zijn keuze.

Wonen

In de tweede plaats wil de staatssecretaris de keuzemogelijkheden voor wonen de komende jaren verder Vergroten, zo komt er vanaf 2010 komt er een scheiding tussen wonen en zorg voor die groepen waar het voordeel oplevert. Dat zijn de mensen met somatische beperkingen en de lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. Voor hen betekent het financieel scheiden van wonen en zorg dat de AWBZ-aanspraken wijzigen, zodat het wonen daar geen deel van hoeft uit te maken. Maar eerst wil de staatssecretaris duidelijkheid over onder meer de inkomensgevolgen. De staatssecretaris deelt de visie van de SER dat delen van de AWBZ-zorg (kortdurende zorg) in de (nabije) toekomst via de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen worden geleverd. 'Ik ga verder onderzoeken of ook andere vormen van AWBZ-zorg kunnen worden overgeheveld naar de Zvw, dan wel de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aansluitend bij de Wmo-evaluatie en de participatiegedachte achter de Wmo.'

Onbedoeld gebruik van de AWBZ

Ten slotte is de staatssecretaris van plan iets te gaan doen aan wat zij noemt het onbedoeld gebruik van de AWBZ. Zo is sinds 2003 de ondersteunende begeleiding (08) zoals boodschappendiensten, huiswerkbegeleiding en begeleiding naar sportclubs enorm gegroeid. Daarom wil de staatssecretaris de groei door onbedoeld gebruik verminderen. Daartoe wil zij de bestaande functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling samenvoegen tot twee nieuwe functies begeleiding en behandeling. Een deel van de activerende begeleiding (bijv. speltherapie) wordt onder behandeling geschaard. De nieuwe functie begeleiding wordt beperkt tot die activiteiten die

bijdragen aan zelfredzaamheid van cliënten. Participatie valt niet meer onder het AWBZ-regime. De functie begeleiding blijft beperkt tot de zwaardere gevallen. Een deel van deze activiteiten zal onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten komen. Ook kunnen mensen met psychosociale problemen geen beroep meer doen op AWBZ-functies. Dit heeft vooral gevolgen voor de maatschappelijke opvang.

2 Nieuwe centrale rol voor de gemeentelijke overheid

Met de invoering van de Wmo krijgt de gemeentelijke overheid een nieuwe en centrale rol in de (geestelijke gezondheids)zorg voor kwetsbare burgers. In de Wmo zijn enkele bestaande wetten en andere regelingen opgegaan. Het betreft de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen gehandicapten (Wvg) en delen van de AWBZ en de Wet collectieve preventie (WCPV), en een aantal specifieke subsidieregelingen. De Wmo kent drie maatschappelijke doelen: zelfredzaamheid bevorderen, participatie vergroten en sociale samenhang verbeteren.

Het Landelijk Platform GGz heeft overigens grote twijfels over de regierol van gemeenten in de Wmo: 'Onze signalen zijn dat het gemeenten nog dikwijls ontbreekt aan kennis en kunde als het gaat om de ondersteuning bij de maatschappelijke participatie van GGZ-cliënten' (3 april 2008).

In dit hoofdstuk benaderen we de gemeente vanuit drie invalshoeken:

1. Gemeentelijke overheid als hoeder van het algemene publieke belang (Wmo).
2. Gemeenten als eigenaar van het gemeentefonds waarnaar zorgvernieuwingsgelden van de RCO's zijn overgegaan.
3. Gemeenten als coalitiepartner bij collectieve contracten met zorgverzekeraars.

2.1 Gemeentelijke overheidsbeleid

De gemeente heeft via de Wmo voor een belangrijk deel de rol van de rijksoverheid bij de bescherming van *Mensen met beperkingen* overgenomen. De 22 VN Standaardregels 'Gelijke kansen voor mensen met een handicap' bieden een prima handvat om de gemeenten hierop aan te spreken

2.1.1 De 22 VN Standaardregels 'Gelijke kansen voor mensen met een handicap'

De Verenigde Naties en alle lidstaten (waaronder Nederland) aanvaardden in 1993 unaniem 'de 22 VN Standaardregels Gelijke kansen voor mensen met een handicap'. Het doel van deze regels is dat mensen met functiebeperkingen dezelfde kansen krijgen als andere burgers. De Nederlandse overheid is verplicht om de Standaardregels uit te voeren.

De 22 VN Standaardregels 'Gelijke kansen voor mensen met een handicap' luiden als volgt:

1. De overheden dienen maatregelen te treffen om in de samenleving bewustzijn te kweken met betrekking tot mensen met een (psychische) handicap, hun rechten, hun behoeften, hun mogelijkheden en hun inbreng.
2. De overheden dienen te zorgen voor de verlening van een effectieve medische zorg voor gehandicapten.

3. De overheden dienen te zorgen voor de verlening van revalidatiediensten voor gehandicapten teneinde hen in staat te stellen een zo hoog mogelijke mate van zelfstandigheid te bereiken en zo goed mogelijk te blijven functioneren.
4. De overheden dienen te zorgen voor de totstandbrenging en verlening van ondersteunende diensten, met inbegrip van hulpmiddelen voor gehandicapten, teneinde hen te helpen hun mate van zelfstandigheid in het dagelijks leven te vergroten en hun rechten uit te oefenen.
5. De overheden dienen te erkennen dat bij het bieden van gelijke kansen op alle deeltherreinen van hun maatschappelijk leven toegankelijkheid van het allerhoogste belang is. De overheden dienen ten behoeve van alle gehandicapten a) actieprogramma's op touw te zetten om de leefomgeving toegankelijk te maken, en b) maatregelen te nemen om toegang te geven tot informatie en communicatie.
6. De overheden dienen het beginsel van gelijke kansen voor gehandicapte kinderen, jongeren en volwassenen in het basis-, voortgezet en hoger onderwijs te erkennen, in geïntegreerde structuren. Zij dienen ervoor te zorgen dat het onderwijs aan gehandicapten een integrerend deel van het onderwijsstelsel vormt.
7. De overheden dienen het beginsel te erkennen dat gehandicapten in staat moeten worden gesteld hun grondrechten uit te oefenen, met name wat werkgelegenheid betreft. Zowel in steden als op het platteland moeten zij gelijke kansen hebben bij het vinden van zinvol en betaald werk op de arbeidsmarkt.
8. De overheden zijn verantwoordelijk voor het bieden van sociale zekerheid en behoud van inkomsten voor gehandicapten.
9. De overheden dienen de volwaardige deelneming van gehandicapten aan een gezinsleven te bevorderen. Zij dienen hun recht op lichamelijke integriteit te bevorderen en ervoor te zorgen dat de wetgeving gehandicapten niet discrimineert wat betreft seksuele relaties, huwelijk en ouderschap.
10. De overheden zullen ervoor zorgen dat gehandicapten op voet van gelijkheid worden betrokken bij en kunnen deelnemen aan culturele activiteiten.
11. De overheden zullen maatregelen nemen om ervoor te zorgen dat gehandicapten gelijke kansen hebben bij recreatie en sport.
12. De overheden zullen maatregelen stimuleren gericht op gelijkwaardige deelneming van gehandicapten aan het godsdienstige leven van hun gemeenschappen.
13. De overheden nemen de eindverantwoordelijkheid op zich voor de vergaring en verspreiding van informatie over de levensomstandigheden van gehandicapten en bevorderen uitgebreid onderzoek naar alle aspecten daarvan, waaronder belemmeringen die van invloed zijn op het leven van gehandicapten.
14. De overheden zullen ervoor zorgen dat aspecten van het gehandicapt-zijn worden opgenomen in iedere daarvoor in aanmerking komende beleidsvorming en nationale planning.
15. De overheden hebben een verantwoordelijkheid wat betreft het scheppen van de juridische grondslag voor de maatregelen om de doelstellingen 'volwaardige deelneming' en 'gelijkheid' voor gehandicapten te verwezenlijken.
16. De overheden dragen de financiële verantwoordelijkheid voor nationale programma's en maatregelen om gehandicapten gelijke kansen te bieden.

17. De overheden zijn verantwoordelijk voor de instelling en versterking van nationale coördinatiecommissies of soortgelijke lichamen, die fungeren als landelijk steunpunt voor gehandicaptenzaken.
18. De overheden dienen te erkennen dat gehandicaptenorganisaties het recht hebben gehandicapten te vertegenwoordigen op nationaal, regionaal en plaatselijk niveau. De staten dienen tevens te erkennen dat gehandicaptenorganisaties een adviserende rol hebben in de besluitvorming met betrekking tot gehandicapten.
19. De overheden zijn verantwoordelijk voor het garanderen van een passende opleiding van het personeel, op alle niveaus, dat betrokken is bij het plannen en aanbieden van programma's en diensten voor gehandicapten.
20. De overheden zijn verantwoordelijk voor constant toezicht op en evaluatie van de uitvoering van de nationale programma's en diensten betreffende het bieden van gelijke kansen voor gehandicapten.
21. De overheden, zowel geïndustrialiseerde landen als ontwikkelingslanden, hebben de plicht om samen te werken en maatregelen te nemen ter verbetering van de levensomstandigheden van gehandicapten in ontwikkelingslanden.
22. De overheden zullen actief deelnemen aan de internationale samenwerking betreffende het beleid inzake het bieden van gelijke kansen voor gehandicapten.

Agenda 22

Agenda 22 is een uitwerking van de Standaardregels. De Agenda beschrijft een methode om in elke gemeente beleid te maken vanuit de 22 Standaardregels. Concreet houdt dit in: beleid maken door op een gelijkwaardige manier samen te werken met de belangenorganisaties en gebruik te maken van de kennis en ervaring van ervaringsdeskundigen.

Naast het maken van beleid kunnen gemeenten en lokale belangenorganisaties ook als gelijkwaardige partners het lokale voorzieningenpakket doorlichten. Bovendien kan de gemeente Agenda 22 gebruiken als instrument om participatie in het kader van de Wmo vorm te geven.

Agenda 22 houdt op alle beleidsterreinen rekening met mensen die een beperking hebben. Het specifieke 'gehandicaptenbeleid' zal daarmee uiteindelijk veel beperkter worden. Anders gezegd: hoe meer er rekening wordt gehouden met mensen met een beperking in het algemene beleid (Agenda 22), hoe minder er gecompenseerd hoeft te worden voor individuen (Wmo). Bijvoorbeeld: als het openbaar vervoer beter toegankelijk is, hoeven rolstoelgebruikers geen gebruik te maken van een rolstoelbusje dat speciaal voor hen moet rijden.

Commitment van de VNG en gemeenten

In Nederland ondertekenden de CG-Raad en de VNG in 1999 een intentieverklaring voor het toepassen van de 22 VN-Standaardregels 'Gelijke Kansen'. De VNG staat positief tegenover het gebruik van de Agenda 22. 70 gemeenten zijn met Agenda 22 in de weer, en veel gemeenten, waaronder Rotterdam, Utrecht en Amsterdam hebben zich inmiddels gecommitteerd aan Agenda 22.

Zorgvernieuwingsgelden met de Wmo in het gemeentefonds

Regionale Cliëntenorganisaties hebben vooral gebruik gemaakt van de AWBZ-subsidieregeling Zorgvernieuwingsprojecten GGZ (ZVP), waarmee het voor (ex-)cliënten van de GGZ mogelijk werd zélf initiatieven en projecten en voorzieningen op te zetten en deze in de periferie van de GGZ-instelling, of helemaal los daarvan, in eigen beheer verder te ontwikkelen. Vanaf 2000 kregen deze cliëntgestuurde projecten een flinke impuls doordat het totaal door de zorgkantoren in te zetten ZVP-budget stapsgewijs werd verhoogd van 2,5 tot 6,5 miljoen euro. Vooral in en rondom grote steden is vandaag de dag een rijke schakering aan cliëntgestuurde initiatieven te vinden. Hierbij gaat het om vriendschapsbureaus, maatjesprojecten, informatiewinkels, steunpunten voor cliëntondersteuning en advies, schilderateliers, cursusgroepen, zelfhulpgroepen, straatadvocaten, zelfstandige bedrijfjes, mediaproducties, 'veilige' ontmoetingsplekken enzovoorts. Zo zijn er op 55 locaties zorgsteunpunten opgericht die GGZ-cliënten informatie verschaffen en wegwijs maken in de GGZ. Deze GGZ-steunpunten zijn meestal cliënt gestuurd en veel GGZ-cliënten werken er als vrijwilliger.

De ZVP-subsidie is in 2007, bij de invoering van de Wmo, samen met het totaalbudget van de enkelvoudige huishoudelijke verzorging en verschillende andere AWBZ-subsidies (bij elkaar circa een miljard euro), overgeheveld naar het Gemeentefonds.

Sommige gemeenten hebben deze zorgvernieuwingsgelden geoormerkt voor de regionale cliëntenorganisaties. In die gemeenten waar dit niet het geval is, staat sindsdien het voortbestaan van een groot aantal cliëntgestuurde projecten op het spel. En waar in 2007 en 2008 regionale cliëntenorganisaties nog een beroep konden doen op overgangsregelingen, zullen regionale cliëntenorganisaties in vooral de kleinere gemeenten in 2009 niet langer gefinancierd worden.

2.2 (Collectieve) inkoopmacht via gemeenten

In zijn analyse over de zorgconsument als marktpartij stelt Van der Kraan (2008, p.117-118) 'dat de invloed van zorgvragers nog groter wordt wanneer zij zelf inkoopmacht organiseren.' Zorgvragers kunnen dan meer bieden dan alleen informatie en ervaringsdeskundigheid. Ze vormen dan voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders een financiële prikkel om rekening mee te houden. Hierdoor kunnen ze ook eisen stellen aan de zorg die wordt ingekocht (wie betaalt bepaalt). Al langer sluiten werkgevers collectieve contracten af met zorgverzekeraars voor hun werknemers. In de Zvw is de mogelijkheid nu ook opgenomen voor zorgverzekeraars om collectieve contracten af te sluiten met maatschappelijke organisaties. Dit betekent dat patiëntenorganisaties nu invulling kunnen geven aan collectieve inkoopmacht, één van de vijf toerustingsniveaus die in 'De vraag aan bod' is geformuleerd ter versterking van de positie van de zorgvrager. De meeste collectieve contracten hebben betrekking op korting op polissen (Oudenampsen, et al. 2007). Zo is er door 19 patiëntenorganisaties 'Het patiëntencollectief' opgezet dat ervoor moet zorgen dat patiëntenorganisaties samen een onderhandelingsmacht vormen naar zorgverzekeraars. Het patiëntencollectief heeft in 2007 veertien contracten afgesloten, waardoor in totaal bijna 40.000 leden van patiëntenorganisaties zich collectief kunnen verzekeren (www.ondersteuningsburo.nl; www.patiëntencollectief.nl). Hierbij vervult de zorgverzekeraar nog wel de rol van zorginkoper, maar is de rol van de zorgvrager veel sterker. Zorgvragers kunnen ook direct zorg inkopen, waardoor de rol van de zorgverzekeraar als tussenpersoon in de zorginkoop in zijn geheel vervalt. Binnen het project kiezen in zorg van

ZonMw is het project inkoopbureau van patiënten gestart om de inkoopmacht van zorggebruikers te bundelen. Het inkoopbureau biedt op internet diensten en producten aan op het gebied van zorg en welzijn (www.zorg6.nl). Per Saldo is penvoerder van het project. De overige deelnemers zijn: de Nierpatiëntenvereniging Nederland, de Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders (BOSK), de Crohn en Colitus Ulcerosa vereniging Nederland, de reumapatiëntenbond, de Algemene Nederlandse Gehandicaptenorganisaties (ANGO), de Epilepsievereniging Nederland, de Nationale Vereniging Sjögrenpatiënten en de ME en CVS vereniging. (www.zorg6.nl). De uitvoering van het inkoopbureau ligt bij de Algemeen Thuiszorg Centrale (ATC) uit Zoetermeer en wordt ondersteund door de CG-Raad, de NPCF en de consumentenbond (Oudenampsen, et al. 2007).

Collectieve contracten van gemeenten met zorgverzekeraars

Nu de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is ingevoerd, ontstaat de situatie dat gemeenten een grotere rol gaan spelen in zorgbeleid. De opdracht aan gemeenten in de Wmo (en de Wet werk en bijstand (WWB)) overlapt sterk met de zorgverzekeringswet. De combinatie van chronisch zieken en sociale minima omvat ongeveer veertig procent van de bevolking en is verantwoordelijk voor tachtig procent van de zorgconsumptie. Daarmee vertegenwoordigen de gemeenten in potentie een enorme onderhandelingsmacht tegenover zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dat biedt mogelijkheden voor gemeenten om speciale arrangementen te ontwikkelen voor chronisch zieken binnen het lokale volksgezondheidsbeleid.

Zorgverzekeraars hebben er belang bij om goede relaties te onderhouden met (grote en middelgrote) gemeenten om tot een goede afstemming te komen over wat in de Wmo geregeld wordt en wat in de zorgverzekeringswet. Tot nu toe hebben de meeste gemeenten nog weinig affiniteit met de GGZ-problematiek.

Een belangrijk strategisch gegeven is dat gemeenten en zorgverzekeraars al een intensieve relatie hebben vanwege de collectieve contracten. Meer dan 350 gemeenten hebben collectieve contracten afgesloten met zorgverzekeraars voor hun uitkeringsgerechtigden, waarin naast het basispakket en de aanvullende verzekering ook het gemeentepakket van de bijzondere bijstand is opgenomen.

Overigens is de gemeente Nijmegen afgestapt van de collectieve verzekering, omdat ze niet aan de eisen van het zorgkantoor kon voldoen.

De achterban van het Landelijk Platform GGz zou graag zien dat deze relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars verder wordt uitgewerkt en dringt aan op verdergaande samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten om te voorkomen dat mensen tussen de wal en het schip van de Wmo en de Zorgverzekeringswet vallen. 'Gemeenten zouden hiertoe bijvoorbeeld de infrastructuur van de regionale cliënten- en familie-initiatieven voor hun rekening kunnen nemen, terwijl bepaalde functies via de Zorgverzekeringswet gefinancierd kunnen worden.'

Netwerkorganisatie BS&F (bijlage 2)

Bij het sluiten van GGZ-convenanten zou aangesloten kunnen worden bij bestaande afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Gemeenten hebben een groot aantal jaren ervaring in het onderhandelen met zorgverzekeraars over collectieve verzekeringen ten behoeve van mensen met een laag inkomen.

Adviesbureau BS&F is betrokken bij de onderhandelingsprocessen van een groot aantal gemeenten. De directeur van BS&F concludeert dat er belangrijke kansen liggen voor patiëntenverenigingen en dat er tot nu toe een beperkte invulling is gegeven aan de collectieve contracten op de zorgverzekeringsmarkt. Door de PGO-organisaties is vooral gekoerst op kortingen op de premies en veel minder op het beïnvloeden van de zorginkoop. Hij opteert voor het meer opereren op de zorginkoopmarkt. Hij ziet een belangrijke rol voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties om zorgverzekeraars te prikkelen op zorginhoudelijke thema's.

Verzekeraars richten zich nu vooral op prijsconcurrentie, maar het is veel belangrijker om draagvlak te ontwikkelen bij de zorgaanbieders over de inhoudelijke zorgstandaarden van het Landelijk Platform GGZ en de implementatie van deze zorgstandaarden via de zorgverzekeraars te regelen. Hij tekent daarbij aan dat zorgverzekeraars alleen geïnteresseerd zijn als er regionaal een voldoende marktaandeel geboden kan worden. Kortom: alleen als de patiëntenorganisaties een flink deel van de regionale markt kunnen mobiliseren, zijn zorgverzekeraars geïnteresseerd. Patiëntenverenigingen zouden met elkaar kunnen samenwerken, maar ook met gemeenten, om in de verschillende regio's een sterkere onderhandelingspartner voor zorgverzekeraars te worden. Er zijn volgens de directeur sterke prikkels vanuit de markt nodig om hen tot een meer zorginhoudelijke koers te dwingen.

De samenwerking met de gemeenten biedt aan cliëntenorganisaties de mogelijkheid om invloed uit te oefenen en ook de betrokken gemeenten tot een meer zorginhoudelijke koers te verleiden.

2.3 Convenant van het Platform GGZ met de VNG

De VNG en veel gemeenten hebben zich gecommitteerd aan Agenda 22 als beleidskader voor maatschappelijke participatie. Het Platform GGZ sluit een convenant met de VNG waarin de gemeenten aangesproken worden op 'good governance' met als concrete afspraken:

1. De gelden voor cliëntgestuurde projecten in de GGZ die naar het gemeentefonds zijn overgegaan, blijven geoormerkt voor cliëntgestuurde initiatieven. Daarnaast erkennen gemeenten dat cliëntgestuurde initiatieven door de gemeente in het kader van de Wmo financieel worden ondersteund. Dit betekent financieren van bestaande, maar ook van nieuwe initiatieven.
2. De gemeenten sluiten in overleg met de RCO's collectieve contacten met zorgverzekeraars, waarin de drie leveringsvoorwaarden van het Landelijk Platform GGZ zijn opgenomen.

De gemeenten nemen het regionale GGZ-voorkeurspakket dat betrekking heeft op de Wmo (vooral de financiering infrastructuur regionale cliëntenorganisaties) en specifieke interventies van cliënten- of familieorganisaties mee in hun eigen Wmo-inkoop van maatschappelijke ondersteuning

3 *Zorginkoop via zorgverzekeraars*

Vanaf januari 2008 is de GGZ overgegaan naar de zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars bereiden zich voor op hun rol als zorginkoper in de GGZ. De eerste signalen vanuit de zorgverzekeraars (o.a. congres Beste Koop) wijzen erop dat zorgverzekeraars zich nog op deze markt aan het oriënteren zijn en ook ingangen zoeken om inzicht te krijgen in wensen van zorgconsumenten.

Voor cliënten- en familieorganisaties is het belangrijk om te weten wie ze moeten aanspreken, wat het kader is en ook dat je het overleg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder niet uniform kan regelen. Men kan bijvoorbeeld in elke regio tot een andere formule komen. Voor de zorgverzekeraar is het belangrijk om te weten dat hij aan tafel zit met alle relevante cliëntenorganisaties in de regio, zodat hij niet achteraf tot de ontdekking komt dat sommige cliënten zich niet vertegenwoordigd voelen.

In de zorginkoop is de beschikbaarheid van informatie cruciaal: enerzijds Informatie van cliëntenorganisaties over zorgverzekeraars en hun inkoopbeleid en anderzijds kunnen zorgverzekeraars via de cliënten- en familieorganisaties informatie over klantenwensen en voorkeuren verwerven. Daarin kan de digitale zorginkoop gids van het Landelijk Platform GGZ een belangrijke functie vervullen.

3.1 *Zorgverzekeringswet*

De verwachting is dat ook de ondersteunende begeleiding onder de Wmo gaat vallen, gezien de adviezen van onder meer de SER, de RVZ en de CVZ. Het ministerie van VWS spreekt van een pakketneutrale overheveling van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars concurreren op dienstverlening (bijvoorbeeld wachtlijstservice of informatieservice) en aanvullende verzekeringen.

Het GGZ-pakket bevat nog enkele 'grijze' gebieden, zoals de activerende en ondersteunende begeleiding. Dit is voornamelijk van belang voor cliëntenorganisaties, omdat veel cliënten met een persoonsgebonden budget vooral ondersteunende en activerende begeleiding inkopen en omdat veel initiatieven van cliëntenorganisaties hieronder zouden kunnen vallen. Voorlopig is vastgesteld dat de ondersteunende begeleiding in de AWBZ blijft. Daar waar ondersteunende begeleiding verband houdt met verblijf in het eerste jaar in een intramurale setting, valt het weer onder de Zorgverzekeringswet. Als ondersteunende begeleiding noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen, dan valt het onder de Zorgverzekeringswet. De ondersteunende begeleiding moet dan aangestuurd worden door de behandelaar. Anders valt ondersteunende begeleiding onder de AWBZ.

In grote lijnen kun je zeggen dat de Zorgverzekeringswet gaat over de op genezing gerichte zorg die aangestuurd wordt door een behandelaar en de AWBZ over de langdurige klinische zorg en de niet op genezing gerichte GGZ. De aanspraken behandeling en activerende begeleiding op psychiatrische grondslag verdwijnen uit de AWBZ. Als het kabinet het advies van de SER volgt zal de ondersteunende begeleiding ook uit de AWBZ verdwijnen en ondergebracht worden bij de Wmo.

Minister Klink heeft overigens onder druk van het Landelijk Platform GGZ de nieuwe experimentele mogelijkheid van een persoonsgebonden budget onder de Zorgverzekeringswet gehandhaafd, ondanks bezwaren van de zijde van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Vanaf 1 januari 2008 zijn voor de geestelijke gezondheidszorg drie soorten persoonsgebonden budget (PGB) mogelijk (www.minvws.nl):

Een PGB voor ondersteunende begeleiding en/of persoonlijke verzorging. Dit PGB blijft in 2008 vallen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Een overgangsfase voor mensen die al vóór 1 januari 2008 een PGB hebben voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor het herstel van een psychiatrische aandoening. Vanaf 1 januari 2008 blijft het PGB doorgaan tot een jaar erna of totdat de indicatie afloopt. Dit PGB valt dan onder de Zorgverzekeringswet.

Een PGB voor mensen die vanaf 1 januari 2008 gebruikmaken van de geneeskundige GGZ voor herstel van een psychiatrische aandoening. Dit PGB valt dan onder de Zorgverzekeringswet.

Per Saldo heeft er alles aan gedaan om activerende begeleiding voor een groot deel van de mensen met een psychiatrische of psychische achtergrond in de AWBZ te behouden. En dat is gelukt. Daardoor valt het overgrote deel van de 17.000 budgethouders die deze begeleiding nodig hebben niet tussen de wal en het schip. Waar het om gaat is het onderscheid tussen geestelijke gezondheidszorg die niet op genezing gericht is en geestelijke gezondheidszorg die wél op genezing is gericht. In samenwerking met het ministerie van VWS heeft Per Saldo een fact-sheet ontwikkeld voor activerende begeleiding en GGZ.

PGB in de GGZ

Het Landelijk Platform GGZ en Per Saldo voeren een gezamenlijk project uit rond het experiment persoonsgebonden budget GGZ in de Zorgverzekeringswet. Met de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet is ook een experiment gestart met een persoonsgebonden budget (PGB) in de Zorgverzekeringswet voor mensen met psychische problematiek. Vanaf 1 januari 2008 is het mogelijk een PGB te krijgen om zelf geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in te kopen. Het is voor het eerst dat GGZ-cliënten ook een PGB voor behandeling kunnen krijgen. Afhankelijk van het soort behandeling waarvoor een PGB wordt toegekend, kunnen cliënten zelf zorg inkopen bij bijvoorbeeld een eerstelijns psycholoog, een vrijgevestigde psychiater, een RIAGG of een psychiatrisch ziekenhuis.

De op genezing gerichte activerende begeleiding valt eveneens onder het PGB-experiment. Ambulante cliënten kunnen van de PGB-regeling gebruik maken, maar ook ouders van kinderen met een psychiatrische problematiek, RIBW-bewoners die te maken hebben met een (tijdelijke) terugval, enzovoort.

Het experiment richt zich specifiek op de GGZ-doelgroep en loopt tot en met 2009. Om het experiment succesvol te laten zijn is het Landelijk Platform GGZ samen met Per Saldo een ondersteuningsproject gestart. Het project van het Landelijk Platform GGZ en Per Saldo heeft een dubbele doelstelling:

1. Belangenbehartiging ter verankering in de Zorgverzekeringswet

Het project wil actief bijdragen aan promotie van het experiment PGB in de Zorgverzekeringswet en aan goede regelingen van de zorgverzekeraars. Hiervoor zullen gesprekken plaatsvinden met

zorgverzekeraars en zullen de regelingen getoetst worden aan kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van budgethouders. Aanvullend zal belangenbehartiging plaatsvinden bij relevante partijen, zoals ZN, VWS, CVZ, NZa en, zo nodig, de Tweede Kamer. Deze activiteiten moeten leiden tot goede PGB-regelingen in 2009 en uiteindelijk tot een verankering van het PGB-GGZ in de Zvw na afloop van het experiment.

2. Informatie, advies en ondersteuning

Het project wil de kansen en mogelijkheden van een PGB in de Zorgverzekeringswet breed bekend maken bij de GGZ-doelgroep, naastbetrokkenen en verwijzers. Daarnaast wil het project advies en ondersteuning bieden aan potentiële budgethouders. Er zullen voorlichtingsbijeenkomsten komen en er zal schriftelijk materiaal ontwikkeld worden. Daarnaast biedt het project mogelijkheden voor individuele ondersteuning. Ten slotte zullen de ervaringen van budgethouders gemonitord worden.

Voorlichting Zorgzwaartepakketten in de AWBZ

Het Landelijk Platform GGZ verzorgt samen met Kwadraad al enige tijd een verhelderend informatiepakket waarin een aantal knellende zaken over de zzp's behandeld wordt. Zo is er een brochure met basisinformatie voor cliëntenraden en cliënten- en familieorganisaties. Daarbij horen twee documenten met aanvullingen en correcties op de basisbrochure en met extra achtergrondinformatie, bijvoorbeeld over cliëntondersteuning, dagbesteding en de eigen bijdrage. Deze laatste documenten worden regelmatig geactualiseerd; de bakens binnen de zzp's worden namelijk nogal eens verzet.

Nota Bene:

- De minister van VWS overweegt momenteel welke onderdelen uit de ZVW overgeheveld zullen worden t.a.v. het Dienstenpakket dat nu verstrekt wordt door de GGZ-instellingen naar de Wmo. Deze brief zal voor de zomervakantie uitgaan i.v.m. de noodzaak dit per 1 januari 2009 in te kunnen laten gaan. Het LPGGz gaat hierover nog in onderhandeling met GGZ Nederland en VWS.
- Een ander belangrijk onderdeel van de brief van de minister zal gaan over de Eigen Bijdrage voor de burgers en wat eventueel overgeheveld gaat worden naar de Aanvullende Verzekering, en of dit een verhoging betekent voor de ZVW voor alle burgers. Momenteel staat de Eigen Bijdrage in de ZVW voor psychotherapie en psychologen op scherp onder druk van het LPGGz en de NPCF. Hier is een tweedeling ontstaan binnen groepen zorgvragers, somatisch of psychisch. De minister heeft aangegeven dit geregeld te hebben voor de zomer 2008, omdat ook dit op 1 januari 2009 zal ingaan.
- Voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraars is ook genoemd welke complementaire behandelingen opgenomen kunnen worden in de aanvullende verzekering, dan wel in de ZVW.
- Veel van de 306 interventies die zijn geïnventariseerd in Beste Koop staan op de verlanglijst van de lidorganisaties van het Landelijk Platform GGZ.

3.2 *De zorginkoopmarkt*

In een verkennende analyse van de rol van PGO-organisaties in een zorgstelsel met marktwerking (Nederland, Oudenampsen en Woerds, 2007) wordt geconcludeerd dat de zorginkoopmarkt primair een regionale markt is (zie bijlage 3). De meeste zorgverzekeraars hebben nog sterke regionale bindingen en gaan als marktleider het onderhandelingsproces aan met regionale zorgaanbieders. Hierbij dient aangetekend te worden dat de regionale inkoop plaatsvindt door een beperkt aantal landelijk werkende zorgverzekeraars. De verschillen tussen de regio's zullen dus marginaal zijn.

Het formuleren van landelijke kwaliteitsstandaarden en het smeden van regionale coalities met andere PGO-organisaties is dan een voor de hand liggende strategie, zo stellen Nederland, Oudenampsen en Woerds, (2007). Op regionaal niveau vinden de onderhandelingen tussen de dominante zorgverzekeraars en de zorgaanbieders plaats, waarin concrete en meetbare standaarden van PGO-organisaties een belangrijk instrument kunnen zijn om het onderhandelingsproces te beïnvloeden. Daarnaast kan ook coalitievorming met grote of middelgrote gemeenten een voor de hand liggende strategie zijn om de eigen positie te versterken.

De kracht van de PGO-organisaties ligt dan vooral in het feit dat zij voor de zorgverzekeraars en de gemeenten het legitieme belang vertegenwoordigen van een goede kwaliteit van zorg (en dienstverlening) voor een grote groep verzekerden. Ook zijn deze organisaties in staat gebreken in de kwaliteit aan te wijzen.

Voor en nadelen van collectieve verzekering

Kort na de invoering van de zorgverzekeringswet hebben verschillende patiëntenverenigingen zich georiënteerd op verschillende strategieën rond de zorginkoop. Het aangaan van collectieve contracten leek in eerste instantie een aantrekkelijke strategie voor patiëntenverenigingen om voordelen voor hun leden op de zorgverzekeringsmarkt te bewerkstelligen. Vooral de DVN is succesvol geweest bij het aangaan van polissen voor Diabetespatiënten. In navolging daarvan hebben ook andere patiëntenverenigingen een collectieve polis kunnen afsluiten, waaronder de familievereniging Balans. Nadat verschillende verenigingen hiermee ervaringen hebben opgedaan, kunnen we de volgende conclusies trekken.

Collectieve contracten zijn vooral aantrekkelijk voor patiënten- of familieverenigingen met een relatief grote achterban (volume) en een eenduidig zorgprofiel. Verzekeraars kunnen bij grote aantallen potentiële verzekerden verleid worden tot een goed aanbod, mits de patiëntengroep een duidelijk zorgprofiel en een daarbij horend medicijngebruik heeft, waardoor de verzekeraar zich via de vereeningsystematiek kan laten compenseren voor extra kosten.

Kenmerkend voor de inzet van patiëntenverenigingen is dat zij een zorginhoudelijk doel hebben. Bij de DVN was dat de invoering van de diabetesstandaard en voor de familievereniging Balans was dat de vergoeding van een nieuw medicijn voor de behandeling van ADHD. Daar waar geen zorginhoudelijk motief aanwezig is, zijn patiëntenverenigingen minder succesvol dan andere collectieven (FNV, werkgevers).

Voor het aangaan van collectieve contracten moet de vereniging beschikken over voldoende professionele kennis en faciliteiten om inzichten te hebben in de wensen van de achterban, polissen te kunnen vergelijken, onderhandelingen te kunnen voeren met zorgverzekeraars en de zorginkoop te kunnen monitoren.

De DVN heeft bij vijf zorgverzekeraars een collectief contract weten af te sluiten. Voordeel hiervan is dat de implementatie van de diabetesstandaard, het uiteindelijke doel, in veel regio's uitgevoerd kan worden. Door met één zorgverzekeraar in zee te gaan kan er een afhankelijkheidsrelatie ontstaan die ongewenst is en is de kans groter dat de groep die uiteindelijk profiteert klein is.

In de praktijk zien we dat bij de meeste verenigingen die zich met zorginkoop bezighouden een andere strategie de overhand heeft genomen, namelijk het beïnvloeden van de zorginkoop door het inzetten van ervaringskennis en kwaliteitscriteria bij de zorginkoop door zorgverzekeraars. Deze strategie is met succes toegepast door de Vereniging Spierziekten Nederland en Zorgbelang Groningen (in samenwerking met Menzis). Zorgverzekeraars zijn vaak zeer geïnteresseerd in de ervaringskennis van patiëntenorganisaties omdat ze daarmee beter sturing kunnen geven aan een zorginkoop die op de wensen van klanten is ingericht.

Onderscheidende zorginkoop door zorgverzekeraars

Een eerste tastbaar voorbeeld van de uitwerking van onderscheidende zorginkoop is de Zekur-polis van Univé: door een beperkt aantal zorgaanbieders te contracteren kan een lagere premie worden aangeboden. Via een beperkte zorgcontractering kan winst worden behaald (er worden alleen overeenkomsten gesloten met zorgaanbieders die een goede kwaliteit weten te koppelen aan een lage prijs).

Verzekeraars zijn nog huiverig over de publicitaire effecten van een polis met beperkte zorgcontractering. In de Tweede Kamer werd minister Klink ter verantwoording geroepen toen Univé met de Zekur-polis op de markt kwam. Zijn conclusie was overigens dat deze polis precies past in de beleidsdoelstellingen van de Zvw.

Advies zorginkoop van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

In haar advies *Zorginkoop* (2008) definieert de RVZ zorginkoop als volgt: 'Zorginkoop is het proces dat leidt tot een contract tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. In dat contract staan afspraken over de zorg die de aanbieder gedurende de looptijd van het contract moet leveren aan de verzekerden van de verzekeraar. Dat kunnen afspraken zijn over de hoeveelheid zorg, over het type zorg, over de prijs van de zorg en over kwaliteit van de zorg. De verzekeraar biedt zijn verzekerden dit pakket gecontracteerde zorg aan. Hij hoeft dat niet te doen, hij kan ook declaraties van zijn verzekerden betalen en verder geen energie steken in de contractering van zorg. Doet hij het eerste, dan richt hij zich op de 'verkoop' (van polissen). Doet hij het tweede, dan is de 'inkoop' (van zorg) zijn doelstelling. Hier ligt een strategische keuze voor de zorgverzekeraar' (p.7).

De RVZ concludeert vervolgens dat na twee jaar Zorgverzekeringswet 'deze zorgverzekering redelijk goed werkt, maar dat de zorginkoop beter kan en moet. Zorgverzekeraars kopen nog niet echt selectief in' (p.8). Selectief definieert de RVZ als 'goede zorg voor een lage prijs' (doelmatigheid en kwaliteit).

De RVZ pleit er sterk voor dat zorgverzekeraars samen optrekken met patiëntenorganisaties om zich te bewijzen als belangenbehartiger van hun klanten. Het delegeren van een deel van de inkoopfunctie aan een patiëntenorganisatie wordt in het advies een veelbelovende optie genoemd:

- 'Voor selectieve zorginkoop (en sturen van verzekerden) is een partnerschap tussen zorgverzekeraar en patiënt(en organisatie) een absolute voorwaarde. De zorgverzekeraar moet in ieder

geval voor patiënten inkopen en dus zal hij vooraf bij patiëntenorganisaties te rade moeten gaan. Selectieve inkoop van doelmatigheid en kwaliteit moet het patiëntenbelang dienen. Zo niet, dan verdampen maatschappelijke acceptatie en houdbaarheid' (p.10).

- 'Op de zorgverzekeringsmarkt kan de verzekerde invloed uitoefenen door klachten- en tevredenheidsonderzoeken (consultatie), door verzekerdenraden, samenwerking en collectieve contracten (partnerschap) en door de exitoptie, dus het stemmen met de voeten (zie Zorgconsument als marktpartij). De invloed van de zorgconsument/patiënt op de zorginkoopmarkt is nog te klein. (...) Er zijn veelbelovende contacten tussen zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties (de winnende coalitie!). De zorgverzekeraar krijgt in deze contacten informatie over wensen van de patiënten die hij kan gebruiken in de zorginkoop. In de contacten kan de zorgverzekeraar ook de patiënten informeren over de kwaliteit van zorg, zodat zij hiervan gebruik kunnen maken bij het kiezen van een zorgaanbieder' (p. 34).

De RVZ adviseert om pilots in de regio te starten om te experimenteren met zorgmodaliteiten.

3.3 Gedelegeerde zorginkoop (lidorganisaties) Landelijk Platform GGz en RCO's

In hun ontwikkeling tot marktpartij dienen cliënten/familieorganisaties rekening te houden met het gegeven dat:

- Zorgverzekeraars gefuseerd zijn tot een beperkt aantal holdings met regionale aanspreekpunten, waarvan het werkgebied niet overeenkomt met de indeling in zorgkantoren.
- Zorgverzekeraars verschillen in marktpositie; er zijn marktleiders per regio, maar ook verschillende marktaandeelen in de regio.
- Er onderscheid is tussen schadeverzekeraars en zorgverzekeraars, waarbij sommige zorgverzekeraars gevoeliger zijn voor wensen van cliënten en familieorganisaties dan andere zorgverzekeraars.
- Cliënten in instellingen bij verschillende zorgverzekeraars verzekerd zijn.
- Er onderscheid is te maken tussen zorgconsumenten (passief, waar schadeverzekeraars zich vooral op richten) en zorggebruikers (actief, waar enkele voorheen sociale zorgverzekeraars zich op richten).

Het Landelijk Platform GGz is aangewezen op een gedifferentieerde strategie die inspeelt op de positie van de zorgverzekeraars in de zorgverzekeringswet en regionale verschillen.

De zorgverzekeraars benadrukken van hun kant dat er sprake moet zijn van tweerichtingsverkeer: zorgverzekeraars die luisteren naar cliënten/familieorganisaties moeten er ook wat voor terug zien.

Het RVZ advies zorginkoop pleit er sterk voor dat zorgverzekeraars samen optrekken met patiëntenorganisaties om zich te bewijzen als belangenbehartiger van hun klanten. Het delegeren van een deel van de inkoopfunctie aan een van de patiëntenorganisaties wordt in het advies een veelbelovende optie genoemd.

Leveringsvoorwaarden

In het project Beste Koop zijn drie standaarden gekomen waaraan zorginstellingen altijd zouden moeten voldoen als de verzekeraar bij hen GGZ-zorg inkoop:

- Leveringsvoorwaarde 1* De instelling heeft ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid vanuit het cliënten- en familieperspectief in huis.
- Leveringsvoorwaarde 2* De instelling biedt informatie en keuzevrijheid.
- Leveringsvoorwaarde 3* De instelling werkt aan kwaliteitsverbetering op basis van kwaliteitstoetsingen vanuit cliënten- en familieperspectief.

Contacten met zorgverzekeraars

De contacten van cliënten- en familieorganisaties met zorgverzekeraars zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen. Balans en NVA hebben contacten met Agis. Op regionaal niveau zijn er contacten met Agis (Utrecht, Amsterdam), Menzis (Gelderland, Groningen en Twente), Zorg en Zekerheid (Zuid-Holland) Univé (sinds kort Uvit) en Achmea (Noord-Holland), VGZ (Brabant), Delta Lloyd en CZ (Zeeland, Limburg). Voor cliënten- en familieorganisaties is het belangrijk om te weten wie ze aan kunnen spreken, wat het kader is en ook dat ze het overleg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder niet uniform kunnen regelen. In elke regio kun je bijvoorbeeld tot een andere formule komen. Voor de zorgverzekeraar is belangrijk dat hij weet dat hij aan tafel zit met alle relevante cliëntenorganisaties in de regio, zodat deze niet achteraf tot de ontdekking komt dat sommige cliënten zich niet vertegenwoordigd weten.

Gesprekken van het Landelijk Platform GGZ met zorgverzekeraars

Het Landelijk Platform is besprekingen gestart met zorgverzekeraars over het ontwikkelen van pilots op basis van de uitkomsten van Beste Koop en de eerste digitale versie van de zorg inkoopgids van het Landelijk Platform GGz. Een eerste bespreking met Achmea heeft plaatsgevonden in mei 2008. Zorgverzekeraars hebben interesse in samenwerking met het Landelijk Platform GGz en menen dat de prioriteiten van het Landelijk Platform zelf daarin leidend moeten zijn. Zo is er veel interesse voor samenwerking op het thema depressie. Zorgverzekeraars Nederland wil met het Landelijk Platform GGz samenwerken om inzicht te krijgen in de oordelen van GGZ-cliënten over het reguliere aanbod.

3.4 Pilots zorginkoop

Het Landelijk Platform GGz is van plan pilots zorginkoop te starten met behulp van de digitale zorginkoop gids.

4 *Zorgaanbieders*

De afgelopen jaren zijn er veel interventies tot stand gekomen vanuit het cliënten- en familieperspectief. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat die een plaats 'veroveren' in de Zorgverzekeringswet? De achterban van het Platform GGz heeft in dertien landelijke en regionale consensusbijeenkomsten besproken welke zorg, ondersteuning en dienstverlening beslist onmisbaar zijn in het wettelijke basispakket.

4.1 *De eigen identiteit van de branche GGZ: Landelijk Platform GGz*

In een brief aan de minister van VWS d.d. 4 april 2008 vraagt de brancheorganisatie GGZ Nederland om erkenning van de specifieke belangenbehartiging van het Landelijk Platform GGz ten behoeve van mensen met psychische problemen: 'Wij vinden het belangrijk dat er voor de 18 cliënten- en familieorganisaties in de GGZ een eigenstandige koepelorganisatie bestaat. (...) Voor de positie van mensen met psychische problemen moet een grote inhaalslag gemaakt worden ten opzichte van somatische patiënten, gehandicapten en ouderen. Het is onze stellige overtuiging dat dit proces een belangrijke impuls kan krijgen wanneer er voor hen een organisatie is met een onbetwiste GGZ identiteit. Het Landelijk Platform GGz heeft die functie nu al en de activiteiten die in het kader van Landelijk Platform GGz gevraagd zullen worden, nemen de komende jaren alleen nog maar toe. GGZ Nederland heeft hun daarbij alle steun toegezegd.'

4.2 *Traditie van zorgvernieuwing*

Juist de cliëntenorganisaties in de GGZ hebben in de afgelopen vijf decennia een schat aan kennis verkregen en op deze kennis gebaseerde praktijken ontwikkeld. Dankzij de inzet van honderden vrijwilligers zijn vele projecten van de grond gekomen die naast het reguliere aanbod een plaats hebben gekregen in de GGZ. Er zijn cursussen en informatieprojecten ontwikkeld. Dit zijn verschillende vormen van lotgenotencontacten die door cliënten- en familieleden hoog gewaardeerd worden en vaak een belangrijke preventieve werking hebben.

Het belang van deze zorgvernieuwing is ook erkend via diverse AWBZ-subsidieregelingen. Zo hebben in de geestelijke gezondheidszorg vernieuwingsinitiatieven kunnen profiteren van de AWBZ-subsidieregeling Zorgvernieuwingsprojecten (ZVP) en de Zorg op Maat regeling (op basis van afspraken van regionale cliëntenorganisaties met zorgaanbieders), waarmee het voor (ex-)cliënten van de GGZ mogelijk werd zélf initiatieven, projecten en voorzieningen op te zetten en deze in de periferie van de GGZ-instelling, of helemaal los daarvan, in eigen beheer verder te ontwikkelen. Zo zijn er op tientallen locaties GGZ steunpunten en belangenbureaus opgezet die cliënt gestuurd zijn. Een recente inventarisatie door het Landelijk Platform GGz resulteerde in een database met 306 GGZ interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief die in het nieuwe zorgstelsel een plek zouden moeten krijgen.

Standaarden: Beste koop

Cliënten- en familieleden vinden dat er in elk geval drie soorten zorg thuishoren in het basispakket van iedere zorgaanbieder:

- Standaard 1* Cliënt- en familiegestuurde zorg: onafhankelijke informatie en wegwijsfunctie. (In Nederland zijn er wel 200 projecten voor opvang, zelfhulp en activiteiten die door (ex-)cliënten van de GGZ worden beheerd.)
- Standaard 2* GGZ-interventies op basis van ervaringsdeskundigheid: lotgenotencontact en zelfhulp.
- Standaard 3* Continuïteit van zorg: preventie en nazorg.

4.3 Medezeggenschap

Tijdens de regionale consensusbijeenkomsten is naar voren gebracht dat zorgverzekeraars bij de cliënten en andere betrokkenen moeten nagaan hoe zij de zorg ervaren en of aan al hun voorwaarden voor goede zorg is voldaan: 'Zij moeten niet alleen op papierwerk afgaan (jaarverslagen, productieverslagen e.d.), maar daadwerkelijk met de regionale cliëntenorganisaties en patiëntenverenigingen in gesprek gaan over hoe de zorg is geleverd en een checklist afnemen (toetsmoment). Vervolgens kunnen de zorgverzekeraars, indien nodig, de instellingen op de vingers tikken. Naleving moet gegarandeerd worden door een straf/bonusstelsel. Er zijn afspraken met zorginstellingen dat zij 90% financiering ontvangen wanneer zij hebben voldaan aan hun productieafspraken. De overige 10% is van andere factoren afhankelijk. Het is denkbaar dat zorginstellingen 1% ontvangen indien cliënten en verwanten via medezeggenschap een goed oordeel geven over de zorg. Wanneer zij geen gunstig oordeel geven, ontvangt de zorginstelling dus niet die 1%. Dit kan gezien worden als een strafkorting'.

In het RVZ advies over zorginkoop stelt dit adviesorgaan voor dat zorgverzekeraars meer selectief inkopen in nauwe samenwerking met patiëntenorganisaties. Dat brengt cliënten- en familieorganisaties in een belangrijke positie als adviseurs van zorgverzekeraars.

Ook vindt de achterban van het Landelijk Platform GGZ het van belang dat cliënten in de instellingen invloed hebben op de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en de instelling. Zo is er binnen Parnassia/BAVO sprake van een getrapt model:

- Op instellingsniveau zit het bestuur van de cliëntenraad aan tafel bij de gesprekken tussen de Raad van Bestuur en het zorgkantoor.
- Daarna vindt er overleg plaats tussen de centrale cliëntenraad en de cliëntenraden per zorgdivisie ter voorbereiding op het overleg van de cliëntenraad met de zorgdivisie.

Nu een deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet gaat, wil de cliëntenraad (en de Raad van Bestuur) van Parnassia/BAVO deze structuur voortzetten bij de zorginkoop door de zorgverzekeraars: 'Ook hier moeten cliëntenraden wel op hun tellen passen: zij moeten aan die onderhandelingsstafels aanwezig zijn waar de zaken werkelijk 'afgetikt' worden (tegengaan van 'achterkamer-tjespolitiek'). Dit vereist een getrapt niveau van onderhandelingen, waarbij de onderhandelings-thema's concreter worden naarmate men op het niveau van de afdeling of zorgdivisie komt'.

Ook in andere regio's is gepleit voor de inbreng van cliëntenraden tijdens de zorginkoopgesprekken van zorgverzekeraars en zorgaanbieders op instellingsniveau. De cliëntenraden kunnen daarbij

input leveren over kwaliteit van zorg, dwang en drang e.d.. In Limburg, maar ook in Noord-Holland (de Breijder Stichting) heeft men hiermee al ervaring opgedaan.

Cliëntenraden hebben een belangrijke bevoegdheid wat betreft de kwaliteit van zorg in de GGZ. Zij beoordelen sinds jaar en dag samen met de stichting Kwadraad de kwaliteit van zorg van de instelling, waar zij deel van uitmaken. Zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd in het oordeel van cliëntenraden over de kwaliteit van zorg in het kader van hun opdracht om zorg van goede kwaliteit te contracteren. Cliëntenraden maken vaak deel uit van RCO's en worden ondersteund vanuit RCO's. Ook zijn er contacten met Wmo-raden en klankbordgroepen. De GGZ instellingen ontwikkelen op hun beurt ook steeds meer een op de Wmo prestatievelden gericht aanbod.

Centrale Cliëntenraad de Meerkanten

De cliëntenraad van de Meerkanten bereidt samen met de directie van de Meerkanten het overleg met de zorgverzekeraar Achmea voor. Op basis van de resultaten van kwaliteitstoetsingen doen zij voorstellen voor vernieuwingen in het zorgaanbod. De GGZ instelling krijgt 85% van de bestaande productie gefinancierd. Op basis van de uitkomsten van toetsingen en voorgestelde zorgvernieuwingen kan de zorginstelling het aanbod tot 100% gefinancierd krijgen. Zo is er in de instelling de crisiskaart ingevoerd en is er een protocol in ontwikkeling over ongewenste intimiteiten. In de loop van de jaren heeft de cliëntenraad samen met de instelling een programma ontwikkeld voor training van zorgverleners (Samen deskundig). Ook is er een voorlichtingsprogramma opgezet voor basisscholen in de omgeving. De cliëntgestuurde cursus Herstellen doe je zelf is bij de Meerkanten sinds enkele jaren onderdeel van het aanbod.

Een belangrijk initiatief van de Centrale Cliëntenraad is de oprichting, samen met de Meerkanten, van het kennis- en opleidingscentrum Korper Seba. Daarvoor is een aparte stichting in het leven geroepen: de Stichting Informelo. Het centrum zal bestaan uit 4 onderdelen:

- Het infocentrum GGZ waar informatie wordt gegeven over het aanbod van Meerkanten GGZ en het algemene zorg- en welzijn aanbod in de regio.
- Het trainings- en opleidingscentrum dat wordt bemand door professionals en ervaringsdeskundigen.
- Zorgkennis, waarin de cliënten- en mantelzorgondersteuning en PGB advies wordt ondergebracht.
- Het Grafisch atelier waarin de folderproductie en beheer van de Meerkanten is ondergebracht.

Er zijn onderhandelingen met de gemeente Ermelo voor een gedeeltelijke financiering vanuit het Wmo budget. Naar verwachting gaat ook een zorginstelling op het terrein van zorg voor verstandelijk gehandicapten en een zorginstelling op het terrein van zintuiglijk gehandicapten aan het centrum bijdragen.

5 Consequentie- en risicoanalyse stelselwijziging vanuit het perspectief van landelijke belangenbehartiging van kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg

De minister van VWS is van oordeel dat organisaties van zorgconsumenten ‘gezamenlijk een krachtige partij moeten gaan vormen ten opzichte van zorgaanbieder, zorgkantoor, zorgverzekeraar, overheden en andere organisaties met een maatschappelijke functie’ (brief aan TK, 2007). In deze consequentie- en risicoanalyse gaan we na wat de gevolgen zijn van de zorgstelselwijziging voor de landelijke belangenbehartiging van de lidorganisaties van het Landelijk Platform GGZ: In hoeverre zijn zij toegerust om de hen toegekende rol in het nieuwe zorgstelsel te vervullen?

In het project ‘Op je tellen passen’ hebben de lidorganisaties van het Landelijk Platform GGZ drie majeure consequenties en daarmee verbonden risico’s met betrekking tot de stelselwijziging in de geestelijke gezondheidszorg aangewezen:

1. Nieuwe rol in het kader van de zorgverzekeringswet.
2. Ondersteunende begeleiding verdwijnt deels uit de AWBZ.
3. Vraagsturing via ‘stemmen met de voeten’ werkt niet bij (vanuit commercieel oogpunt niet interessante) kwetsbare burgers.

5.1 Nieuwe rol in het kader van de zorgverzekeringswet

Sinds de jaren negentig is de rijksoverheid bezig met kabinetsbrede trajecten waarin een nieuwe sturingsfilosofie (‘governance’) wordt nagestreefd met andere bestuurlijke verhoudingen. Het zwaartepunt van de overheidssturing verschuift van het niveau van de rijksoverheid naar de gemeenten en de instellingen. De rijksoverheid blijft verantwoordelijk voor het stelsel, maar gaat uit van het vermogen van instellingen om zelfstandig de kwaliteit in hun branche of in hun gemeente te borgen en te verbeteren.

De geestelijke gezondheidszorg is na de stelselwijziging verdeeld over de AWBZ (sturing vanuit de rijksoverheid) en de Zorgverzekeringswet (sturing vanuit de GGZ als branche: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten- en familieorganisaties) en de Wmo (sturing vanuit de gemeenten).

Deze verschillende financierings- en sturingsregimes hebben gevolgen voor de positie van de GGZ-cliënten en zijn familie. Het is moeilijker om te weten waar je als cliënt met je vragen terecht kunt. Ook dreigt het gevaar dat een integrale benadering van de problemen van GGZ-cliënten belemmerd wordt. In enkele grote gemeenten zijn contacten tussen zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties en gemeenten over een integrale aanpak van problemen van GGZ-cliënten. Daarmee wordt voorkomen dat voorzieningen (zoals toeleiding naar arbeid, informatievoorziening en dagbesteding) die niet strikt tot de curatieve zorg behoren, maar wel belangrijk zijn voor de

kwaliteit van leven van GGZ-cliënten, tussen de wal en het schip vallen. In andere steden is er van afstemming tussen zorgverzekeraars en gemeenten echter nog nauwelijks sprake.

Een handicap hierbij is bovendien dat de informatie- en wegwijsfunctie voor de GGZ-cliënten en zijn familieleden tot nu toe nog nauwelijks is ingevuld. In het kader van het programma Zekere Zorg is door de Erasmus Universiteit een onderzoek gedaan naar de positie van de patiënt/consument in een veranderend stelsel (H. van de Bovenkamp, K. Grit, R. Bal, 2008). De onderzoekers concluderen in dat onderzoek dat veel instrumenten over keuzemogelijkheden in de zorg gericht zijn op de mondige patiënt, die al weet wat hij wil en hoe hij moet zoeken. De meer kwetsbare groep burgers wordt echter slecht bereikt. Daarvoor is volgens de onderzoekers noodzakelijk dat mondelinge informatie van ondersteuners meer ingezet wordt. Dit vergroot het belang van een stevige landelijke en regionale infrastructuur voor belangenbehartiging op landelijk en regionaal niveau. Voor de landelijke belangenbehartiging is vooral de overheveling van een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet van belang. Het Landelijk Platform dient zich een positie te verwerven als GGZ brancheorganisatie.

Het Landelijk Platform heeft zich in de korte tijd van haar bestaan van zich doen spreken door inbreng van haar standpunten bij wet- en regelgeving, het behandelaanbod van zorgaanbieders (GGZ Nederland) en bij afzonderlijke Zorgverzekeraars. De tijdelijke financiering van het programma 'Op je tellen passen' in het kader van het programma 'Zekere Zorg' is hierbij van groot belang gebleken.

Dit heeft geleid tot een erkenning van het Landelijk Platform GGZ door de landelijke brancheorganisatie GGZ Nederland. In een brief aan de minister van VWS d.d. 4 april 2008 vraagt de brancheorganisatie GGZ Nederland om erkenning van de specifieke belangenbehartiging van het Landelijk Platform GGZ ten behoeve van mensen met psychische problemen: ' Wij vinden het belangrijk dat er voor de 18 cliënten- en familieorganisaties in de GGZ een eigenstandige koepelorganisatie bestaat. (...) Voor de positie van mensen met psychische problemen moet een grote inhaalslag gemaakt worden ten opzichte van somatische patiënten, gehandicapten en ouderen. Het is onze stellige overtuiging dat dit proces een belangrijke impuls kan krijgen wanneer er voor hen een organisatie is met een onbetwiste GGZ identiteit. Het Landelijk Platform GGZ heeft die functie nu al en de activiteiten die in het kader van Landelijk Platform GGZ gevraagd zullen worden, nemen de komende jaren alleen nog maar toe. GGZ Nederland heeft hun daarbij alle steun toegezegd' .

In het daaropvolgende Kamerdebat van 19 juni 2008 bleek dat een Kamermeerderheid zich deze zorgen ter harte had genomen. Volgens minister Klink krijgt het Landelijk Platform GGZ in de toekomstige koepelorganisatie voor patiënten en ouderen een gelijkwaardige positie ten opzichte van bestaande koepels als CGraad, NPCF, CSO en Kans Plus. De achterstand van het Landelijk Platform ten opzichte van andere koepels is door VWS toegegeven. De positie van het Landelijk Platform is door GGZ-Nederland, Fonds Psychische gezondheid en de Vereniging voor Psychiatrie erkend.

Met de beëindiging van het programma 'Zekere Zorg' verdwijnt de financiering van de activiteiten van het Landelijk Platform GGZ in het kader van de invoering van de zorgverzekeringswet.

Ondersteunende begeleiding verdwijnt deels uit de AWBZ

Een zorgstelsel gebaseerd op vraagsturing is alleen mogelijk indien de noodzakelijke randvoorwaarden voor cliënten zijn vervuld. Heldere en goed afgebakende wetgeving alleen is niet voldoende als het in de uitvoering (rondom de cliënt) hapert. Cliënten in de GGZ hebben grote behoefte aan onafhankelijke ondersteuning gedurende het hele traject van zorg en dienstverlening. Deze ondersteuning is al bij de indicatiestelling noodzakelijk.

Ondersteuning en begeleiding wordt in de ZvW echter gekoppeld aan de behandeling. Voor budgethouders betekent dit dat zij geen begeleiding kunnen inkopen als dit geen deel uitmaakt van een behandeling. In de AWBZ wordt de ondersteunende begeleiding beperkt tot de meest ernstige gevallen. Daarmee wordt de mogelijkheden van budgethouders in de ZvW en de AWBZ om zorg in te kopen sterk beperkt.

De ondersteunende begeleiding verdwijnt echter deels uit de AWBZ en wordt ondergebracht bij de gemeenten (Wmo) zonder financiële compensatie.

5.2 *Vraagsturing via ‘stemmen met de voeten’ werkt niet bij (vanuit commercieel oogpunt niet interessante) kwetsbare burgers*

In het nieuwe zorgstelsel dienen cliënten- en familieorganisaties een krachtige ‘countervailing power’ te vormen in de driehoek van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgconsumenten. De dynamiek van vraagsturing wordt geacht te worden aangestuurd door ‘stemmen met de voeten’. De lidorganisaties van het Landelijk Platform GGZ constateren na twee jaar ervaring echter dat deze dynamiek niet op gang komt. Hiervoor zijn twee belangrijke oorzaken aan te wijzen.

Ook hierbij speelt een rol dat veel GGZ-cliënten slecht geïnformeerd zijn over de verschillen tussen zorgverzekeraars en vaak aangewezen zijn op collectieve contracten die door gemeenten worden aangeboden.

Uit een recent onderzoek van het Nivel (Ruth, Van et al., 2007) naar het verschil tussen de rol van patiëntenverenigingen en werkgevers bij het afsluiten van collectieve ziektekostenverzekeringen blijkt dat patiëntenverenigingen het laagste aantal verzekerden hebben in vergelijking met werkgevers en gemeenten. Het onderzoek geeft tot slot aanwijzingen dat het wellicht voor patiëntenverenigingen moeilijker is om voordelige collectieve contracten te sluiten dan voor werkgevers

Verzekeraars zijn commerciële partijen. De groep kwetsbare burgers is voor hen commercieel niet interessant. Zij hebben vooral oog voor kosten effectiviteit en beperken het basispakket tot bestaand zorgaanbod. De meeste cliënt- en familiegestuurde zorg valt buiten dit kader. Meer ruimte is er in het aanvullend pakket. Daarin overwegen echter vooral de commerciële belangen van de zorgverzekeraars. Bovendien zijn veel GGZ-cliënten niet aanvullend verzekerd.

Het advies zorginkoop van de RVZ pleit er sterk voor dat zorgverzekeraars samen optrekken met patiëntenorganisaties om zich te bewijzen als belangenbehartiger van hun klanten. Het delegeren van een deel van de inkoopfunctie aan een patiëntenorganisatie wordt in het advies een veelbelovende optie genoemd.

Het Landelijk Platform is bereid een actieve rol in de zorginkoop te vervullen en heeft daarvoor de digitale zorginkoop gids ontwikkeld. Het Landelijk Platform GGz is op basis van haar ervaringen tot nu toe niet optimistisch ten aanzien van de opvolging van het advies zorginkoop van de RVZ door de zorgverzekeraars.

Conclusie

De landelijke en regionale cliënten- en familieorganisaties hebben te maken met drie netwerken van onderhandelingstafels. Voor het deel van de GGZ dat onder de Zorgverzekeringswet valt, dienen cliënten- en familieorganisaties te onderhandelen met de 31 zorgverzekeraars en de 108 zorgaanbieders. Voor het deel van de GGZ dat onder de Wmo valt, vormen de 443 gemeenten de onderhandelingspartner voor de cliënten- en familieorganisaties in de GGZ.

In de toekomstverkenning 'Het zorglandschap van morgen' van het ministerie van VWS (2008; zie ook bijlage 4) wordt de verwachting uitgesproken dat de huidige tendens van schaalvergroting doorzet: 'Hierbij kan op termijn gedacht worden aan enkele grote aanbieders die samenwerken met enkele grote verzekeraars en zo samen de markt verdelen en elkaar beconcurreren'.

De lidorganisaties van het Landelijke Platform GGz hebben het gevoel dat ze na de stelselwijziging in een situatie zijn terecht gekomen, waar grote concerns van zorgverzekeraars en zorgaanbieders met hun talloze gedecentraliseerde vertakkingen de dienst uitmaken, en waarin zij aan talloze, steeds wisselende onderhandelingstafels moeten opkomen voor de belangen van hun achterban. Daarnaast dienen er contacten te worden onderhouden met 443 gemeenten, terwijl de regionale infrastructuur van lokale belangenbehartiging voor GGZ-cliënten zwak is.

Het Landelijk Platform GGz behartigt de belangen van alle mensen, jong en oud, met psychische problemen en hun familie: Mensen met psychische problemen leiden in Nederland een kwetsbaar bestaan. Het Platform GGz wil die positie verbeteren vanuit de onderscheiden perspectieven van cliënten, familieleden en wettelijke vertegenwoordigers en categoriale organisaties die de belangen behartigen van mensen met specifieke ziektebeelden.

Het Landelijk Platform GGz ontbeert momenteel adequate bescherming door de publieke overheid qua regelgeving en toerusting om de haar toegekende rol als 'countervailing power' tegenover zorgverzekeraars en zorgaanbieders waar te kunnen maken.

Deel II REGIONALE BELANGENBEHARTIGING

Met de overgang van een deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet worden GGZ-cliënten en hun belangenbehartigers (cliënten- en familieorganisaties in de GGZ) geconfronteerd met de fragmentering van de GGZ: de GGZ is verdeeld over de AWBZ (sturing vanuit de rijksoverheid), de Wmo (sturing vanuit de gemeenten) en de Zorgverzekeringswet (sturing vanuit de GGZ als branche: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten- en familieorganisaties). Het gevolg van deze verkokering is dat de aansluiting tussen de AWBZ, Wmo en Zorgverzekeringswet verloren dreigt te gaan. Voor het deel van de GGZ dat onder de Wmo valt, vormen de 443 gemeenten de onderhandelingspartner voor de cliënten- en familieorganisaties in de GGZ. Voor het deel van de GGZ dat onder de Zorgverzekeringswet valt, dienen cliënten- en familieorganisaties te onderhandelen met de 31 zorgverzekeraars en de 108 zorgaanbieders (lidinstellingen van GGZ Nederland).

In het project Beste Koop is geconcludeerd dat Het Landelijk Platform GGz het beste hierop kan inspelen door een gedifferentieerde netwerkstrategie te ontwikkelen:

1. Het is van belang dat landelijke cliënten- en familieorganisaties en regionale cliëntenorganisaties hun krachten bundelen, zodat er één aanspreekpunt is voor de zorgverzekeraars. Bij dit centrale aanspreekpunt moeten ook alle klachten terechtkomen, zodat men hier goed op de hoogte is van de kwaliteit van de verleende zorg.
2. In elke regio werken de cliënten- en familieorganisaties een gezamenlijk pakket aan voorstellen uit, waarover zij in gesprek gaan met de zorgverzekeraar/marktleider in de regio. Het Landelijk Platform GGz kan hierin een coördinerende rol vervullen en informatie uitwisselen tussen de verschillende regio's.
3. De eigen GGZ-inkoopgids van het Landelijk Platform GGz met meer dan 300 GGZ-interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief kan door de regionale cliëntenorganisaties ingezet worden bij hun onderhandelingen met regionale zorgverzekeraars, regiogemeenten en zorgaanbieders.
4. Het Landelijk Platform GGz zou, op basis van de ervaringen van best practices van de rol van cliëntenraden bij de zorginkoop, richtlijnen kunnen ontwikkelen voor cliëntenraden die deze rol ook willen gaan vervullen.

Hoe kunnen de cliënten- en familieorganisaties in de GGZ ervoor zorgen dat zorgverzekeraars daadwerkelijk volgens hun standaarden GGZ interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief gaan inkopen? De belangrijkste strategische conclusie van het project Beste Koop is dat effectieve belangenbehartiging door het Landelijk Platform GGz en haar lidorganisaties in dit verkokerde en gefragmenteerde veld alleen mogelijk is door gebruik te maken van netwerkstrategieën.

In deel II van deze strategische beleidsverkenning ontwikkelen we een voorstel voor deze netwerkstrategie. We maken gebruik van de nieuwste inzichten van de netwerkwetenschap.

In zijn oratie over veiligheid en burgerschap in een netwerksamenleving¹ (2007) introduceert Hans Boutellier het begrip nodale orde (nodaal komt van nodus: knooppunt). De maatschappij verkeert in een overgangsfase: van een verticale naar een horizontale wereld. Na het einde van de verzuilde samenleving is de complexiteit van de samenleving enorm toegenomen. Dit heeft te maken met grote processen als globalisering, individualisering en informatisering. Men spreekt van een netwerksamenleving. Om de nodale orde te begrijpen is de netwerkwetenschap relevant. Deze nieuwe discipline laat zien dat netwerken op een bepaalde manier geordend zijn. Sommige knooppunten zijn belangrijker dan andere, eenvoudigweg omdat ze meer relaties hebben met andere knooppunten. Men spreekt dan van centrale knooppunten (hubs). En sommige knooppunten zijn verbonden met andere knooppunten. Men spreekt dan van schakelaars (connectors); zij verbinden het ene cluster knooppunten met het andere.

Netwerken kennen principes van robuustheid en richting. Netwerken zijn zo gezien niet de oorzaak van complexiteit, maar het antwoord erop. Ook in een netwerksamenleving ontstaan nieuwe vormen van sociale ordening: nodale orde.

Een netwerk bestaat uit knooppunten. Volgens de netwerkwetenschap kent een knooppunt vier essentiële eigenschappen (Burriss e.a., 2005; Miltenburg en Bakker, 2007):

1. Een gemeenschappelijke manier van denken (gedeelde probleemdefinitie).
2. Structuur voor het mobiliseren van 'gedeelde probleemdefinitie, methoden om invloed uit te oefenen en 'resources'.
3. Een verzameling van methoden om invloed uit te oefenen.
4. Hulpbronnen ('resources') ter ondersteuning van de werking van het knooppunt en de uitoefening van invloed.

De vier essentiële eigenschappen bieden een inhoudelijk kader voor het uitwerken van een gedifferentieerde netwerkstrategie in deel II van de strategische beleidsverkenning.

1. Een gemeenschappelijke manier van denken (gedeelde probleemdefinitie)

De missie van het Landelijk Platform GGZ vormt de kern van de gedeelde probleemdefinitie: 'Mensen met psychische problemen leiden in Nederland een kwetsbaar bestaan. Het Platform GGZ wil die positie verbeteren.' De missie van VO!CE sluit hier op aan: 'VO!CE wil door middel van belangenbehartiging, beleidsbeïnvloeding en het ontwikkelen van producten de maatschappelijke positie, participatie en ondersteuning van lokale en regionale cliëntenorganisaties GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (RCO's) en hun achterban verbeteren'.

Een belangrijk uitgangspunt is ook de erkenning van de GGZ als specifieke sector (ondersteund door de brancheorganisatie GGZ Nederland), niet in het minst vanwege de langdurige traditie van regionale cliëntenorganisaties op het terrein van zorgvernieuwing.

¹ Deze tekst is ontleend aan de samenvatting van de oratie van Boutellier (2007).

2. Structuur voor het mobiliseren van 'gedeelde probleemdefinitie, methoden om invloed uit te oefenen en 'resources'

In hoofdstuk 6 zal gebruik gemaakt worden van de nieuwste inzichten van de netwerkwetenschap om - aansluitend op de bestaande netwerkorganisatie van het Landelijk Platform GGZ en VO!CE een voorstel voor een open netwerkstructuur van GGZ-knooppunten te ontwikkelen.

3. Een verzameling van methoden om invloed uit te oefenen

Dit wordt in hoofdstuk 7 verder uitgewerkt in de vorm van landelijke ondersteuning belangenbehartiging van GGZ-knooppunten.

4. Hulpbronnen ('resources') ter ondersteuning van de werking van het knooppunt en de uitoefening van invloed

Dit vormt het onderwerp van de consequentie- en risicoanalyse in hoofdstuk 8.

6 *Open netwerkstructuur van GGZ-knooppunten*

In dit hoofdstuk wordt een voorstel uitgewerkt voor een open netwerkstructuur van GGZ-knooppunten gecombineerd met landelijke schakelaars.

6.1 *Aansluiten bij bestaande netwerkorganisatie van Landelijk Platform GGz en VO!CE*

Het Landelijk Platform GGz en VO!CE zijn zelf een netwerkorganisatie. Om verkokering van de GGZ tegen te gaan en de belangen van dat deel van de GGZ dat onder de Wmo valt effectief te behartigen, zullen het Landelijk Platform GGz en VO!CE hun netwerksamenwerking moeten uitbreiden.

Het is van belang dat landelijke cliënten- en familieorganisaties en regionale cliëntenorganisaties hun krachten bundelen, zodat er één aanspreekpunt is voor de zorgverzekeraars. Bij dit regionale knooppunt moeten ook alle klachten terechtkomen, zodat men hier goed op de hoogte is van de kwaliteit van de verleende zorg.

Daarnaast is voorgesteld om in elke regio vanuit de cliënten- en familieorganisaties een gezamenlijk pakket aan voorstellen samen te stellen, waarover zij in gesprek gaan met de zorgverzekeraar/marktleider in de regio. Het Landelijk Platform GGz kan hierin een coördinerende rol vervullen en informatie uitwisselen tussen de verschillende regio's.

De digitale zorginkoop gids van het Landelijk Platform GGz met meer dan 300 GGZ-interventies vanuit het cliënten- en familieperspectief kan door het regionale aanspreekpunt ingezet worden bij hun onderhandelingen met regionale zorgverzekeraars, regiogemeenten en zorgaanbieders.

Cliëntenraden die hierin een rol willen gaan vervullen kunnen hun ervaringen met deze interventies (best practices) hierbij inbrengen. Ook biedt het de mogelijkheid om ervaringen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de onderhandelingen over de financiering van deze interventies uit te wisselen.

Regionale Cliëntenorganisaties (VO!CE)

De belangenbehartiging van GGZ-cliënten was tot de jaren negentig vooral een zaak van cliëntenraden in GGZ-instellingen. Deze belangenbehartiging was voornamelijk gericht op de kwaliteit van leven (wonen, ondersteuning bij maatschappelijke participatie, vernieuwingsprojecten) in de zorginstellingen. Belangenbehartiging richting gemeenten en zorgverzekeraars stond nog in de kinderschoenen. In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw ontstonden, geïnspireerd door de psychiatrische tegenbeweging, cliëntgestuurde projecten van en voor GGZ-cliënten. In 1996 hebben deze projecten zich gebundeld en de landelijke vereniging LFOS opgericht. Vanaf 1998 konden cliëntgestuurde projecten een beroep doen op de ZVP-regeling. In 2006 ging het om ongeveer 200 cliëntgestuurde projecten, waarin de volgende activiteiten centraal staan:

- dienstverlening en (regionale) cliëntenorganisaties
- opvang en sociale contacten
- zelfhulp en empowerment
- bedrijfjes en rehabilitatieprojecten

Vanaf 2006 zijn deze zorgvernieuwing projectgelden overgedragen aan de gemeenten in het kader van de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Dat heeft ertoe geleid dat deze cliëntgestuurde projecten afhankelijk werden van gemeentelijke subsidiëring en de regionale cliëntenorganisaties zich meer gingen richten op de gemeenten. Sommige cliëntgestuurde projecten wisten zich dankzij de goede contacten met gemeenten het hoofd boven water te houden, bij andere projecten lukte dat niet (bijvoorbeeld de steunpunten GGZ). Parallel hieraan ontstonden er in de jaren negentig regionale patiënten/consumenten platforms (RPCP's) waarin in sommige regio's GGZ-cliënten hun gemeenschappelijke belangen behartigden. De RPCP's bouwden contacten op met zorgkantoren, waarin zij in de Raden van advies vertegenwoordigd waren, en richtten de belangenbehartiging steeds meer op de gemeenten.

Vanaf 2000 ontstond er langs deze weg een gedifferentieerd beeld van Regionale Cliëntenorganisaties in de GGZ (zogenaamde RCO's) en zorgbelangorganisaties (waarin de RPCP's in waren opgegaan) die zich steeds meer gingen richten op de behartiging van gemeenschappelijke belangen van GGZ-cliënten bij gemeenten en zorgverzekeraars. In sommige (5 a 6) regio's zijn RCO's deel uit gaan maken van de zorgbelangorganisaties. In andere regio's hebben zorgbelangorganisaties een GGZ sectie opgericht. Elders functioneren Regionale Cliëntenorganisaties onafhankelijk van zorgbelangorganisaties. Volgens VO!CE, de koepel van de regionale cliëntenorganisaties, zijn de meeste RCO's er echter in geslaagd samenwerkingsovereenkomsten te maken met zorgbelangorganisaties.

Kenmerkend voor de leden van de Regionale Cliëntenorganisaties is dat zij enerzijds als cliënten afnemers van de (reguliere) zorg zijn en anderzijds ook 'zorg' bieden in de vorm van informatie en ondersteuning.

Regionale Cliëntenorganisaties zijn op dit moment te typeren als samenwerkingsverbanden van GGZ-cliënten die actief zijn in cliëntenraden, eigen initiatieven hebben ontwikkeld in samenwerking met gemeenten en zorgaanbieders en op het terrein van informatie en voorlichting initiatieven ontplooiën. Deze samenwerkingsverbanden werken ook samen met de initiatiefgroepen van het programma lokale versterking van het Landelijk Platform GGZ.

Regionale Cliëntenorganisaties zijn samenwerkingsverbanden van GGZ-cliënten die belangen behartigen van mensen met een psychische, psychosociale en psychiatrische handicap. Zij bevorderen met hun projecten en activiteiten de maatschappelijke participatie van de burgers waarvoor zij werken. Soms maken RCO's deel uit van Zorgbelangorganisaties, soms werken zij er mee samen.

De Regionale Cliëntenorganisaties zijn continu bezig met de strijd om het hoofd boven water te houden. De RCO's draaien op ervaringsdeskundigen. Zij kunnen de bestaande taken net aan. Overbelasting ligt op de loer. Met het programma lokale versterking zijn er enkele mensen bij gekomen. Er moet in de eerste plaats meer financiële ruimte komen om de taken die nu uitgevoerd worden, hoofdzakelijk binnen de Wmo uit te voeren. De RCO's zijn in potentie kansrijk, maar hebben tot nu toe geen toegang tot geld bedoeld voor PGO organisaties. Op lokaal niveau trachten ze met de gemeente samen te werken omdat ze cliënten organiseren. Ze moeten daar wel het recht op een eigen domein bevechten. In grote gemeenten lukt dat. In kleinere gemeenten is dat

opbouwwerk. Daarbij moeten een RCO oppassen dat ze zich niet te scherp profileert naar een partij, bijvoorbeeld zorgverzekeraar of gemeente. Het gaat erom de onafhankelijke positie te bewaken. Zorgaanbieders kunnen coalitiepartners zijn ook richting gemeenten. Gemeenten worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid in dezen, ze zijn verantwoordelijk voor hun kwetsbare burgers. Er zijn enkele voorbeelden waar dat goed lukt: Dordrecht, Nijmegen (De Kentering), Gouda, Groningen, Deventer en Rotterdam. Als een RCO cliënten organiseert zijn gemeenten blij dat zij via jouw organisatie met hen in gesprek kunnen komen. Dat geldt zeker als een RCO erin slaagt de gemeente te committeren aan Agenda 22.

RCO's ondersteunen de cliëntenraden bij het kwaliteitsonderzoek binnen de instelling en voeren zelf kwaliteitstoetsingen uit bij instellingen die zorg aanbieden of diensten verlenen in het kader van de Wmo. De uitkosten van deze kwaliteitstoetsingen zijn voor gemeenten en aanbieders waardevol materiaal voor verantwoording naar burgers en gemeenteraad. VOICE heeft op dit terrein een innovatieve rol door het ontwikkelen van instrumenten, handreikingen waarmee informatie wordt gegenereerd over de toegankelijkheid van voorzieningen, de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven.

Regionale netwerken GGZ (Landelijk Platform GGZ)

Het programma lokale versterking is gestart begin 2006 en heeft tot doel een lokale infrastructuur op te bouwen voor participatie van GGZ-cliënten in Wmo-adviesstructuren. Dat vergde het opbouwen en empoweren van groepen van GGZ-cliënten en het winnen van vertrouwen van lokale partijen. Lokale Versterking werkt daarbij nauw samen met het programma Lokaal Centraal van Zorgbelang Nederland.

Behalve het gebrek aan lokale infrastructuur hebben GGZ-cliënten ook te maken met gemeenten die weinig ervaring hebben met GGZ-cliënten. Zij hebben weinig inzicht in de beperkingen waar GGZ-cliënten, dak- en thuislozen en mensen met een verslavingsproblematiek mee worstelen. Ook hebben zij niet of nauwelijks inzicht in wat hun behoeften aan ondersteuning zijn en vooral in de diversiteit aan behoeften van deze omvangrijke groep burgers. De invoering van de Wmo confronteert gemeenten voor het eerst met de problemen van deze groep burgers die tot nu toe weinig zichtbaar waren (met uitzondering van de dak- en thuislozen).

Bij de start van het programma 'Lokale Versterking GGZ' zijn in 33 regio's regionale initiatiefgroepen opgericht. Het LPGGz heeft voor deze aanpak gekozen omdat het voor deze sector c.q. doelgroep onmogelijk is om op het niveau van ruim 440 gemeenten de participatie te organiseren, terwijl het provinciale niveau weer te weinig concrete mogelijkheden zou bieden. De regio-indeling is gebaseerd op de indeling van de bestaande gezondheidszorgregio's, rekening houdend met regio's waarbinnen GGZ-cliënten en hun naastbetrokkenen zich historisch hebben georganiseerd. De regionale initiatiefgroepen zijn in principe breed samengesteld. Het is de bedoeling dat zo veel mogelijk afgevaardigden van de bij het LPGGz aangesloten lidorganisaties deelnemen. In 2006 zijn in alle 35 regio's mensen aangesteld en zijn er initiatiefgroepen ontstaan.

Bij de samenwerking tussen cliënten- en familieorganisaties in de GGZ en zorgbelangorganisatie ligt de nadruk op collectieve belangenbehartiging.

Het Landelijk Platform GGz is van mening dat met het beëindigen van het Programma Lokale Versterking Wmo-GGZ eind 2008, belangrijke programmaresultaten niet verloren mogen gaan. De winst die is geboekt in het op de (boven-)lokale kaart zetten van (familie en andere mantelzorgers van) burgers met psychische beperkingen, een psychiatrische problematiek, een verslaving, gedrags-

of ontwikkelingsproblemen, en van hen die thuis- of dakloos zijn, is broos en kan gemakkelijk weer verdampen. Om dat te voorkomen ziet het Landelijk Platform graag dat de in de regio's ontwikkelde samenwerkingsnetwerken (de regionale initiatiefgroepen Lokale Versterking) geborgd gaan worden bij die organisaties waarmee de samenwerkingrelaties nu al goed georganiseerd zijn. Dat betekent dat niet gekozen wordt voor één blauwdruk, maar dat per regio bezien zal moeten worden wie de beste borgingspartner is.

In de visie van het Landelijk Platform GGz worden de regionale initiatiefgroepen Lokale Versterking omgebouwd tot Regionale Netwerken GGz, die zowel de regionale en lokale belangenbehartiging op het gebied van de Wmo als op het terrein van de Zorgverzekeringswet gaan oppakken. Deze Regionale Netwerken GGz zijn, naar het voorbeeld van de regionale initiatiefgroepen, breed samengesteld; cliënten én familie en alle doelgroepen, dus inclusief verslaafden, dak- en thuislozen, vrouwenopvang, etc.

Deze Regionale Netwerken GGz hebben een informele status en hebben zelf geen rechtspersoonlijkheid. Zij worden ondergebracht bij een organisatie die al heeft laten zien dan wel ervaring heeft met het ondersteunen en faciliteren van deze groepen. In de meeste gevallen zullen dat de RCO's zijn of de Zorgbelangorganisaties die bij VO!CE, de koepel van RCO's, zijn aangesloten. Regio's waar nu geen RCO actief is, maar wel een breed samengestelde initiatiefgroep aanwezig is, worden geadviseerd 2008 te gebruiken om een eigenstandige RCO op te richten naar het voorbeeld van veel andere regio's.

Doelmatigheidswinst kan behaald worden door per provincie één centraal punt te kiezen van waaruit de ondersteuning plaatsvindt van de aan de RCO's of Zorgbelang gelieerde Regionale Netwerken GGz.

Een Regionaal Netwerk GGz bestaat ten minste uit (vertegenwoordigers van) de RCO, cliëntenraden, cliënt- en familiegestuurde projecten en voorzieningen en regionale afdelingen van de lidorganisaties van het Landelijk Platform GGz. Samen vormen zij een krachtige partij die zich richting derden (gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders enz.) kan profileren als dé regionale bundeling van mensen met psychische handicaps en hun directbetrokkenen. De Regionale Netwerken GGz hebben een open structuur en streven voortdurend naar verbreding van het draagvlak en betrekken burgers in de volle breedte van de ggz-vz-mo-vo-oggz sector bij de lokale, bovenlokale en regionale belangenbehartiging. Moeilijk te binden groepen zoals thuis- en daklozen, vrouwen uit de vrouwenopvang en mantelzorgers hebben daarbij de specifieke aandacht.

De Regionale Netwerken GGz worden inhoudelijk ondersteund door een landelijk kenniscentrum dat aangehaakt blijft bij het Landelijk Platform GGz. Belangenbehartigers, waar ook in het land, willen snel kunnen beschikken over heldere, toegankelijke en betrouwbare up to date informatie. Het landelijk kenniscentrum bundelt, 'makelt' en schakelt allerlei soorten kennis, informatie en expertise die de samenwerkingsnetwerken en hun deelnemers kan helpen bij het doelmatiger en effectiever inzetten van hun kostbare tijd.

Verder continueert het kenniscentrum het systeem van (voortgangs)monitoring ten aanzien van Wmo-beleidsparticipatie en -belangenbehartiging door (vertegenwoordigers van) ggz-vz-mo groepen in alle 443 gemeenten.

Tot slot, de zorg en maatschappelijke ondersteuning waar mensen met een psychische kwetsbaarheid (noodgedwongen) gebruik van maken, vinden hun wettelijke basis in een drietal ordenings- en financieringsregimes. Dit zijn de AWBZ, de Zorgverzekeringswet en de Wmo. Om te voorkomen dat

mensen tussen wal en schip van de Wmo en Zorgverzekeringswet vallen, zien de lidorganisaties van het Landelijk Platform GGz graag dat de relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars verder wordt uitgewerkt. Het Landelijk Platform GGz ziet voor de gemeenten in het kader van de Wmo een taak weggelegd voor het mede financieren van de infrastructuur van regionale cliëntenorganisaties GGZ en specifieke cliënt- en familiegestuurde voorzieningen.

6.2 GGZ-knooppunten

In de netwerkwetenschap wordt een onderscheid gemaakt tussen centrale knooppunten (RCO's en Regionale Netwerken GGz) en schakelaars (verbindingen tussen deze centrale knooppunten: Landelijk Platform GGz en VOICE); schakelaars verbinden het ene cluster knooppunten met het andere.

Wat moeten wij ons voorstellen bij GGZ-knooppunten? GGZ-knooppunten zijn open structuren van cliënteninitiatieven, LFOS projecten, leden van cliëntenraden en GGZ cliënten die in lokale platforms actief zijn. Schematisch gezien bestaan de GGZ-knooppunten dan uit losse verbanden van cliënten die op instellingsniveau actief zijn (Cliëntenraden), op lokaal niveau (Wmo- adviesstructuur en cliënteninitiatieven) of regionaal niveau (LFOS en consumer run projecten) en RCO's. In sommige gevallen vindt er ondersteuning plaats vanuit basisberaden, cliëntenbelangenbureaus of zorgbelang-organisaties.

Schema 1 GGZ-knooppunten

Instelling	Cliëntenraden
Gemeenten	Wmo-platforms
Regio	RCO's

Regionale GGZ-knooppunten

Het regionale GGZ-knooppunt wordt gevormd door een van de Regionale Cliëntenorganisaties: De regionale GGZ-knooppunten spelen een hoofdrol in de zorginkoop en onderhouden contacten met de in de regio dominante zorgverzekeraar. Zij geven de zorgverzekeraar input over de ervaren zorg op basis van formats die door de lidorganisaties van het Landelijk Platform GGz aangeleverd worden.

Daarnaast zijn de regionale GGZ-knooppunten spreekbuis voor de gemeenten in hun regio over de inhoud van de collectieve contracten met zorgverzekeraars. Deze collectieve contracten voorzien zowel in een basispakket als in een aanvullend pakket. In dit aanvullend pakket kunnen ook specifieke interventies vanuit cliënten- en familieperspectief opgenomen worden.

Het regionale GGZ-knooppunt wordt gevoed vanuit de landelijke lidorganisaties van het Landelijk Platform GGz, VOICE, de regionale cliëntenorganisaties, regionale initiatiefgroepen en de cliëntenraden.

Het regionale GGZ-knooppunt sluit met de gemeenten in hun regio een GGZ-convenant om twee redenen:

- Het meenemen van de standaarden van het Landelijk Platform GGZ en het regionale GGZ-voorkeurspakket in hun collectieve contracten met de zorgverzekeraars.
- Het meenemen van het regionale GGZ-voorkeurspakket dat betrekking heeft op de Wmo (vooral de financiering infrastructuur regionale cliëntenorganisaties) en specifieke interventies van cliënten- of familieorganisaties, in hun eigen Wmo-inkoop van maatschappelijke ondersteuning.

Bij het sluiten van convenanten met de gemeenten omtrent de collectieve contracten van de zorgverzekeraars kan gebruik gemaakt worden van de diensten van BS&F die betrokken zijn bij de collectieve contracten van meer dan 270 gemeenten (zie ook hoofdstuk 1).

Een derde rol van de GGZ-knooppunten is gelegen in het stimuleren van de samenwerking tussen gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars (zorgverzekeringswet) bij het bevorderen van een integraal aanbod van GGZ zorg (en het voorkomen van lacunes in het aanbod op het snijvlak van zorgverzekeringswet en Wmo), waaronder de informatie en wegwijsfunctie.

Kloppend hart

Degene die de cliënten in de regio weet te organiseren vormt de kern van het regionaal knooppunt. De regionale knooppunten bouwen voort op bestaande initiatieven van RCO's. De schaal waarop de regionale knooppunten zich verder ontwikkelen is mede afhankelijk van de vormen van samenwerking tussen gemeenten of binnen gemeenten op het terrein van cliëntondersteuning en maatschappelijke participatie.

Regionale GGZ-knooppunten zijn open structuren voor kennisuitwisseling en regionale belangenbehartiging voor GGZ-cliënten. Zij sluiten aan op bestaande initiatieven van GGZ- cliënten op het terrein van informatie en ondersteuning en belangenbehartiging. Voor een deel vallen deze regionale knooppunten samen met RCO's, deels zijn het nieuwe verbanden van losse organisaties en individuen.

In de regionale knooppunten vindt kennisuitwisseling plaats door het

- delen van ervaringskennis tussen cliëntenraden, lokale initiatieven en individuele GGZ-cliënten;
- delen van kennis met behulp van de digitale zorginkoopgids over cliënt- en familiegestuurde initiatieven, ervaringen met zorginkoop bij zorgverzekeraar en gemeente.

Op het terrein van belangenbehartiging kan het regionale knooppunt een ondersteunende rol vervullen ten opzichte van lokale initiatieven van actieve cliënten- en familieleden.

6.3 *Landelijke schakelaars*

VOICE en het Landelijk Platform GGz bieden in een open netwerkbenadering ondersteuning aan de GGZ-knooppunten door middel van projecten (zie hoofdstuk 5) en het aanboren van hulpbronnen (zie hoofdstuk 6).

VOICE

VOICE is de landelijke bundeling van lokale en regionale belangen-organisaties van mensen met psychische problemen, een psychische handicap, verslaving en mensen zonder thuis.

VOICE is lid van het Landelijk Platform Cliënten- en Familieorganisaties GGz.

VOICE beschikt over:

een eigen website 'www.voicenederland.nl' waar bijvoorbeeld informatiedossiers te downloaden zijn;

een eigen tijdschrift 'Rijp en Groen'.

VOICE is bottom up georganiseerd; het zwaartepunt van de infrastructuur ligt bij de aangesloten RCO's.

Landelijk Platform GGz

Het Landelijk Platform GGz is een koepel van twintig cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Het Platform behartigt de belangen van alle mensen, jong en oud, met psychische problemen en hun familie.

Het Landelijk Platform GGz beschikt over:

- Het bureau van het Landelijk Platform GGz
- Het landelijk service centrum lokale versterking
- Website www.platformggz.nl

Complementariteit van de landelijke schakelaars

Strategisch opereren op regionaal niveau vereist samenwerking tussen de lidorganisaties van het Landelijk Platform GGz en de regionale cliëntenorganisaties. Aan de ene kant is voor veel landelijke cliënten- en familieorganisaties een regionale inzet moeilijk, omdat op regionaal niveau te weinig menskracht aanwezig is om te onderhandelen met de gemeenten en zorgverzekeraars. Aan de andere kant is juist de specifieke kennis van cliënt- en familiegestuurde zorg bij de landelijke categoriale organisaties aanwezig.

Bezien we de ontstaansgeschiedenis en het profiel van VOICE en het Landelijk Platform GGz, dan valt op dat beide landelijke schakelaars in bepaalde opzichten elkaar aanvullen.

Zwaartepunt: Landelijke belangenbehartiging versus regionale belangenbehartiging

Het Landelijk Platform GGz profileert zich als landelijke (branche)organisatie en wordt ook als zodanig ook als onderhandelingspartner erkend door de landelijke partners (VWS, ZN, GGZ Nederland). VOICE profileert zich meer als het samenwerkingsverband ter versterking van de

regionale belangenbehartiging, waarvan de RCO's door regionale en lokale overheden als onderhandelingspartner gezien worden.

Cliëntenperspectief versus cliënten- en familieperspectief

VO!CE organiseert zich primair op het cliëntenperspectief met respect voor het onderscheiden belang van het perspectief van familieorganisaties, waar het Landelijk Platform GGz beide perspectieven in zich herbergt.

Zorgvernieuwing versus zorginkoop

(De lidorganisaties van) VO!CE hebben een traditie van meer dan 25 jaar zorgvernieuwing, waar (de familieorganisaties van) het Landelijk Platform GGz meer ervaring hebben met de zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel van de zorgverzekeringswet.

7 *Ondersteuning belangenbehartiging GGZ-knooppunten*

De ondersteuning van de regionale GGZ-knooppunten omvat het aanreiken van methoden en instrumenten om actieve GGZ-cliënten in staat te stellen met (regionale) zorgverzekeraars te onderhandelen over zorginkoop en met gemeenten over een integraal aanbod voor mensen met psychische beperkingen (ZVW/Wmo).

In hoofdstuk 4 karakteriseerden wij GGZ-knooppunten als een open structuur van actieve GGZ-cliënten en familieleden die op verschillende plaatsen actief zijn: in cliënten- en familieraden, in de Wmo adviesstructuur, in 'losse' cliënten- en familie-initiatieven, in consumer run projecten (LFOS), in lokale GGZ-platforms, in RCO's et cetera. De GGZ-knooppunten staan open voor alle cliënten en familieleden in de GGZ, al of niet georganiseerd. De doelen van deze GGZ-knooppunten zijn:

1. Informatie-uitwisseling over zorginkoop, contacten met zorgverzekeraars en gemeentelijk beleid. Hierbij kan onder meer gebruik worden gemaakt van de digitale zorginkoopgids. Deze biedt informatie over interventies die voor GGZ-cliënten en familieleden waardevol zijn en die in de regio kunnen worden toegepast, gefinancierd door zorgverzekeraar of gemeente.
2. Daarnaast is een GGZ-knooppunt aanspreekbaar voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten om input te leveren over zorginkoop en gemeentelijk Wmo-beleid. Zij bundelen de resultaten van kwaliteitsprojecten en kwaliteitsoordelen ten aanzien van het GGZ aanbod.
3. De GGZ-knooppunten opereren ook op het snijvlak van Wmo/AWBZ en Zorgverzekeringswet en bevorderen een integraal GGZ-aanbod.
4. De GGZ-knooppunten wisselen informatie uit met landelijke organisaties en regionale belangenorganisaties ten behoeve van de landelijke en regionale belangenbehartiging.
5. Het beïnvloeden van de collectieve contracten van gemeenten met zorgverzekeraars.

De GGZ-knooppunten staan open voor deelname van de landelijke cliënten- en familieorganisaties. De GGZ-knooppunten maken gebruik van de digitale infrastructuur (de digitale zorginkoopgids en de website van het Landelijk Platform en het Service Center) van het Landelijk Platform GGZ. Zij wisselen informatie uit over zorginkoop, over interventies vanuit cliënten- en familieperspectief en Wmo beleid. De digitale zorginkoopgids wordt mede gevoed door de informatie vanuit de GGZ-knooppunten over zorginnovaties, nieuwe interventies vanuit cliënten- en familieperspectief en ervaringen met onderhandelingen met zorgverzekeraars en gemeenten.

Voor de landelijke ondersteuning van de regionale GGZ-knooppunten zijn voornamelijk het aanbod van VOICE en het Landelijk Platform GGZ van belang.

7.1 VOICE

VOICE wil door middel van belangenbehartiging, beleidsbeïnvloeding en het ontwikkelen van producten de maatschappelijke positie, participatie en ondersteuning van lokale en regionale cliëntenorganisaties GGz, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (RCO's) en hun achterban verbeteren. Bij VOICE zijn 32 lokale/regionale cliënteninitiatieven en belangenorganisaties aangesloten (Zie bijlage 5).

Het Basisberaad Rijnmond, dat inmiddels al 25 jaar bestaat, is een van voortrekkers van VOICE. Inmiddels zijn er soortgelijke organisaties (RCO's) actief in Midden-Holland, Den Haag en Alkmaar. Basisberaden hechten veel belang aan de inbreng van ervaringsdeskundigen op alle niveaus van de organisaties.

Hieronder wordt een beschrijving gegeven van het Basisberaad Rijnmond en het Amsterdams Patiënten Consumenten Platform (APCP) als voorbeelden van ondernemende regionale cliëntenorganisaties.

Basisberaad Rijnmond

Het Basisberaad Rijnmond is een Regionale Cliënten Organisatie (RCO) die de belangen behartigt van mensen met psychische problemen, dak- en thuislozen en mensen met verslavingsproblemen. Het wil de kracht van (ex) cliënten versterken en er samen met hen en hun omgeving voor zorgen dat zij in de samenleving kunnen participeren als volwaardig en verantwoordelijk burger. Het Basisberaad wordt gedragen door een groot aantal vrijwilligers en ongeveer 35 bureaumedewerkers, voor het merendeel ervaringsdeskundigen. Het Basisberaad zet zich ook actief in op provinciaal en landelijk niveau.

De activiteiten van het Basisberaad worden gefinancierd door gemeentes in Rijnmond, zorgaanbieders, de provincie Zuid Holland, landelijke projectgelden en opbrengsten uit eigen projecten.

Kerdoelen van het Basisberaad zijn belangenbehartiging en versterking van (ex) cliënten op zowel collectief als individueel niveau:

BELANGENBEHARTIGING

- Collectief: via platforms, raden, panels, plenaire vergaderingen, werkgroepen (bijv. wkvdp), integrale psychiatrie, symposia, congressen, Movers, straatadvocaten.
- Individueel: via steunpunt migranten, steunpunt schuldpreventie, straatadvocaten, clip, etc.

VERSTERKING

- Collectief: via cliëntsturing (Denkraam, GGZ PI), Publicaties (ideale hulpverlener, in naam der wet), studiedagen.
- Individueel: via crisiskaart, door deel te nemen aan BBR, vrijwilliger te zijn, WMEE, CTH.

POSITIE EXTERN

- Voortrekker van regionale, provinciale en landelijke samenwerking
- RCO's bundelen met VOICE → versterking positie RCO's.
- Stem en gezicht geven aan cliënten → beeldvorming beïnvloeden.

- Werkvormen voor belangenbehartiging en versterking uitwisselen en ontwikkelen met andere regio's.
- Structurele overlegpositie met gemeentes en instellingen in Rijnmond.
- Meewerken aan innovatie en kwaliteitsverbetering.
- Niet politiek- of religieus gebonden.

ORGANISATIE INTERN

- Bundelen cliënten Maatschappelijke opvang, Verslavingszorg en GGZ.
- Bundelen collectief en individueel/belangenbehartiging en versterking.
- Bundelen en faciliteren cliëntgestuurde projecten.
- Ontwikkelen professionele ervaringdeskundigheid.

Het Basisberaad werkt nauw samen met Zorgbelang Rijnmond. Zo is er samen met Zorgbelang een boekje uitgegeven over de Wmo plannen van de gemeente. Het Basisberaad Rotterdam heeft er altijd voor gezorgd dat zij niet te zeer afhankelijk werden van een subsidiegever. Er zijn bilaterale afspraken en contacten met zorgaanbieders, er zijn verschillende projecten die door fondsen gefinancierd worden, er is overleg met gemeenten, VWS subsidieert ook en dan is er nog lokale versterking. Basisberaad heeft in totaal 15 subsidiegevers. Basisberaad hecht veel belang aan kennisuitwisseling met andere beraden en GGZ platforms. Zo zijn ideeën en concepten over de crisiskaart uitgewisseld met Dordrecht en Delft.

Het Amsterdams Patiënten Consumenten Platform (APCP)

Het Amsterdams Patiënten Consumenten Platform (APCP) is een vereniging van organisaties van patiënten en cliënten in de gezondheidszorg in Amsterdam en Diemen. Het platform behartigt de belangen van de zorgconsumenten, zowel de georganiseerde als de ongeorganiseerde. Voor overheid, zorgaanbieders en -verzekeraars is het APCP erkend gesprekspartner in diverse overleggen. Het APCP onderzoekt en adviseert daarbij vanuit het cliëntenperspectief.

De missie van het APCP is: versterking van de positie van patiënten/cliënten in de vorm van belangenbehartiging op gebied van zorg en dit in samenhang met andere gebieden zoals welzijn, wonen, arbeid, inkomen, vervoer en dagbesteding. Het APCP wil de positie van patiënten en cliënten en de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren. Het APCP stimuleert zorgverleners, verzekeraars en overheden beter op vragen van patiënten en gebruikers in te spelen en bij te dragen aan de toegankelijkheid van het zorgaanbod voor iedereen. Het uitvoerende werk wordt verricht door een professioneel bureau dat daarin gesteund wordt door vrijwilligers, vaak mensen uit de lidorganisaties. Het APCP biedt de lidorganisaties op zijn beurt beleidsinhoudelijke ondersteuning.

Een groot aantal organisaties heeft zich de afgelopen jaren aangesloten bij het APCP. De vereniging telt momenteel (oktober 2006) 59 lidorganisaties. Het APCP heeft drie secties: de sectie Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), de sectie Categorieel en de sectie Algemeen. Elke lidorganisatie maakt deel uit van een sectie. Het bureau van het APCP ondersteunt de secties en hun besturen beleidsinhoudelijk. De secties buigen zich in toenemende mate gezamenlijk over gemeenschappelijke organisatie- en beleidsthema's.

Uitgangspunten

Belangenbehartiging van patiënten/cliënten gebeurt in ruime zin, maar wel op specifieke wijze. Kernbegrippen hierbij zijn verscheidenheid, zelfbeschikking, verkrijgen van macht (empowerment) en ervaringsdeskundigheid. Het diverse en multiculturele cliëntenperspectief is voor het APCP een essentieel uitgangspunt. Gezien de Amsterdamse demografie is het ook een vanzelfsprekende plicht.

Het APCP is spreekbuis van patiënten/cliënten in de regio. Als zodanig geeft het APCP zo getrouw mogelijk de mening weer van de aangesloten patiëntenorganisaties én van de ongeorganiseerde achterban. Tegelijk kan het APCP als koepelorganisatie nooit optreden namens een individuele lidorganisatie, tenzij het daartoe uitdrukkelijk wordt gemachtigd.

Kerntaken

De kerntaken van het APCP zijn:

- Collectieve taken: belangenbehartiging en vertegenwoordiging, beleidsparticipatie, kwaliteits-toetsing en onderzoek en ontwikkeling.
- Publieksgerichte taken: dienstverlening, klachtenopvang, klachtenbemiddeling, voorlichting, informatievoorziening en advisering.
- Ondersteunende taken: communicatie met en ondersteuning van de aangesloten organisaties.

Werkwijze

- Het APCP werkt 'bottom-up' (van onderaf); ervaringsdeskundigen, vrijwilligers zijn/worden betrokken bij beleid en activiteiten van het APCP.
- Het APCP werkt outreachend (naar buiten gericht), d.w.z. activiteiten vinden op plaatsen waar (groepen) mensen zich vertrouwd voelen.
- Het APCP creëert een veilige werkomgeving; het APCP draagt zorg voor een zorgvuldig werkgeverschap.
- Het APCP heeft een ondernemend verenigingsbureau en streeft actief naar verwerven van projectsubsidies. Het heeft wederom in 2007 met succes projecten binnengehaald of behouden. Met projectsubsidies kunnen vooral innovatieve en dienstverlenende activiteiten voor de ongeorganiseerde achterban ontwikkeld en uitgevoerd worden (zoals interculturalisatie- en cliëntondersteuningactiviteiten)

Het VOICE project EHBO voor RCO's

VOICE wil met het project EHBO bereiken dat de deelnemers, de RCO's, pro-actief en ondernemender klanten en markten voor zich kunnen winnen. En daarmee als maatschappelijk ondernemer een volwaardige partij zijn in de regio bij de vormgeving en uitvoering van de belangenbehartiging van onze doelgroepen. Het project loopt van april 2007 tot december 2009. Er zijn een aantal inhoudelijke en organisatorische thema's die aan de orde zullen komen: Welke instrumenten zijn er voor kwaliteitsonderzoek en kwaliteitstoetsing vanuit het cliëntenperspectief? Hoe kunt u de resultaten onder de aandacht brengen van aanbieders en verzekeraars? Hoe kunt u moeilijk bereikbare groepen bereiken, zoals dak- en thuislozen en allochtonen? Hoe leert u uw potentiële opdrachtgevers/afnemers beter kennen? Wat willen ze van u en wat heeft u ze te bieden? (gemeentes, provincie, zorgverzekeraars, etc.) Hoe voert een RCO een goed PR-beleid (krant, website, nieuwsbrief, folders)? Hoe maakt een RCO een goede projectaanvraag, begroting,

(tussentijdse) verantwoording, eindafrekening? Welke eisen stelt de werkwijze van een RCO aan een doelmatig intern financieel beheer? Hoe ziet een goed bestuur van een RCO eruit en welke eisen worden gesteld aan bestuursleden?

Tijdens het project zijn de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de RCO's uitgangspunt. De deelname van RCO's aan het project is niet vrijblijvend. VOICE wil de RCO's met het project een stevige stimulans geven tot professionalisering en vermaatschappelijking. Voor veel RCO's zal de doelstelling van het project ook in meer of mindere mate een cultuuromslag vereisen. Daarom vindt VOICE het betrekken van de besturen van de RCO's bij het project noodzakelijk, evenals de inzet van externe deskundigen. Voor een kleine of een grote bijdrage. De thema's worden in tweemaandelijks landelijke trainingsbijeenkomsten verder ingevuld c.q. uitgediept. Hierbij worden waar mogelijk 'best practices' van RCO's als leidraad gebruikt en worden opdrachten, schema's en andere handreikingen gegeven.

Tussen de trainingsbijeenkomsten in wordt een opdracht of huiswerk gemaakt door de RCO's. De regionale ervaringen met de opgedane kennis en vaardigheden worden weer teruggekoppeld in de landelijke bijeenkomsten. In totaal komen zo tien voor RCO's belangrijke inhoudelijke en organisatorische thema's aan de orde. De resultaten van deze cyclus worden vastgelegd in het handboek.

7.2 *Het Landelijk Platform GGz*

Het Landelijk Platform GGz profileert zich als brancheorganisatie door belangenbehartiging in landelijke gremia. Zo heeft het Landelijk Platform GGz sinds januari 2006 zitting in de landelijke Projectgroep DBC-GGz. Verder heeft het Landelijk Platform GGz in augustus 2007 samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, de brancheorganisaties en de beroepsverenigingen de Samenwerkingsafspraken kwaliteitsinformatie GGZ/Verzorging ondertekend. Het Landelijk Platform GGz levert daarnaast gevraagd en ongevraagd advies ten aanzien van relevante beleidskwesties, zoals recentelijk het statement naar aanleiding van het SER-advies over de AWBZ.

Het Landelijk Platform GGz wil graag een levendige discussie met de leden en achterban over onderwerpen die leven bij cliënten en naastbetrokkenen in de GGZ. Het Platform stuurt veel activiteiten en projecten aan en voert die ook uit. Dit gebeurt vooral via werkgroepen. Belangrijke thema's die met elkaar besproken worden zijn onder andere de vraaggestuurde zorg, maatschappelijke participatie, invloed op de zorginkoop van zorgverzekeraars, mogelijkheden voor (aangepast) werk, dwang en drang, structurele ondersteuning van naastbetrokkenen etc. Door de grote hoeveelheid onderwerpen en informatie is het belangrijk om elkaar op de hoogte te houden van wat er vanuit het Platform wordt gedaan en wat er samen met de leden wordt bereikt. Het Landelijk Platform GGz organiseert ook 't PODIUM. 't PODIUM is bedoeld als een klankbord voor en door leden. Werkgroepen van het Platform krijgen de kans om onderwerpen waar zij zich mee bezig houden in de schijnwerpers te zetten, waarbij er een duidelijkere uitwisseling ontstaat tussen werkgroepen onderling en tussen werkgroepen en alle lidorganisaties.

Projecten Landelijk Platform GGz

Op je tellen passen

Hieronder vallen het project Beste Koop en de twee vervolgprojecten (de ontwikkeling van een digitale zorginkoop gids en deze strategische beleidsverkenning).

De brug

Er moet een brug worden geslagen tussen het aanbod van de steunpunten mantelzorg en van de belangenbehartigers in de GGZ. In dit project worden de steunpunten mantelzorg ondersteund zodat ze beter in staat zijn om de 'eerste opvang' van mantelzorgers in de GGZ te bieden. Verder worden mantelzorgers in de GGZ gestimuleerd om meer gebruik te maken van de ondersteuning die vanuit de steunpunten wordt geboden.

Dwang & Drang

De meeste GGZ-instellingen en beroepsgroepen in Nederland hebben de intentie uitgesproken om het separeren in de klinische setting te verminderen. GGZ Nederland streeft ernaar om in drie jaar tijd het aantal separaties jaarlijks met 10% terug te dringen. Om dit te stimuleren is een budget van 7 miljoen euro beschikbaar voor projecten ter vermindering van het aantal separaties. Dit staat of valt met de cultuur binnen een GGZ-instelling, de attitude van hulpverleners, de bereidheid tot communiceren en de sfeer binnen afdelingen. Het Platform wil instellingen en beroepsbeoefenaren aanzetten om op al deze punten op korte termijn verbeteringen aan te brengen.

Kwaliteit van zorg

Binnen dit project is een inventarisatie gemaakt van alle kwaliteitsinformatie vanuit patiëntenperspectief. Tegelijk is een voorlichtingstraject gestart voor leden en is een handreiking gemaakt voor cliëntenraden in de GGZ om prestatie-indicatoren en de normen voor verantwoorde zorg te kunnen volgen. Het project is voorjaar 2007 afgesloten met een symposium. De begeleidingscommissie gaat verder als werkgroep van het Platform.

Lokale Versterking

In 2006 is het programma Lokale Versterking GGz gestart. Met dit programma stimuleert het Platform de belangenbehartiging op lokaal niveau. Waarom? Sinds de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn gemeenten verplicht om cliënten te betrekken bij het ontwikkelen van beleid. Mensen met psychische problemen worden echter nog weinig ingeschakeld. Met het programma Lokale Versterking brengt het Landelijk Platform GGz hier verandering in. Dit gebeurt via de doorbraakmethode: regionale initiatiefgroepen worden gestimuleerd om de belangenbehartiging op lokaal niveau op te pakken.

Voorlichting Zorgzwaartepakketten in de AWBZ

Het Landelijk Platform GGz verzorgt samen met Kwadraad al enige tijd een verhelderend informatiepakket waarin een aantal knellende zaken over de zzp's behandeld wordt. Zo is er een brochure met basisinformatie voor cliëntenraden en cliënten- en familieorganisaties. Daarbij horen twee documenten met aanvullingen en correcties op de basisbrochure en met extra achtergrondinformatie.

tie, bijvoorbeeld over cliëntondersteuning, dagbesteding en de eigen bijdrage. Deze laatste documenten worden regelmatig geactualiseerd; de bakens binnen de zzp's worden namelijk nogal eens verzet.

7.3 Wisselwerking regionale GGZ-knooppunten en landelijke organisaties

Zowel vanuit de landelijke als regionale organisaties wordt het belang van de wisselwerking tussen regionale GGZ-knooppunten en de landelijke organisaties benadrukt: zowel uitwisseling van landelijk naar regionaal en van regionaal naar landelijk. Per onderwerp kan bekeken worden hoe je de belangenbehartiging inricht. Als het gaat om medicatie en kwaliteit van zorg dan ligt landelijke belangenbehartiging voor de hand. Bij maatschappelijke participatie zijn de gemeenten belangrijk. Men gebruikt hiervoor de metafoor van het fietswiel voor de belangenbehartiging en de spaken voor de regionale belangenbehartiging. Het is belangrijk dat dingen die landelijk voor iedereen gelden op landelijk niveau goed worden geregeld met de regisseurs op de achtergrond. Voor een aantal onderwerpen kun je met modelregelingen werken die per regio worden uitgewerkt. Ook moet men goed het samenspel in de gaten blijven houden tussen wat lidorganisaties specifiek op hun terrein doen, de inzet van het Landelijk Platform GGz, en de regionale inzet.

7.4 Verdere ontwikkeling van kennis en informatie infrastructuur

Digitale zorginkoop gids

De ontwikkeling van de digitale zorginkoop gids sluit aan bij deze strategische beleidsverkenning. De digitale zorginkoopgids bevat informatie over ongeveer 300 interventies vanuit cliënten- en familieperspectief. Deze interventies zijn onder te verdelen in:

- a. Interventies die ontwikkeld zijn door cliënten- en familieorganisaties en door hen worden aangeboden.
- b. Interventies die ontwikkeld zijn in samenwerking met cliënten- en familieorganisaties en door hen gebruikt worden.
- c. Interventies die aanbevolen worden door cliënten- en familieorganisaties.

De digitale zorginkoopgids is een toegankelijke website waar de verschillende interventies snel en eenvoudig gevonden kunnen worden. De informatie wordt bijgehouden door de cliënten- en familieorganisaties zelf in samenwerking met de webmaster, de PR medewerker en de beleidsmedewerker van het Landelijk Platform. Daarnaast bevat de website informatie over ervaringen met deze interventies, ervaringen met contacten van RCO's met zorgverzekeraars. Deze website is gekoppeld aan de website van het Landelijk Platform GGz. In de toekomst kunnen ook andere informatiebestanden hieraan gekoppeld worden, bijvoorbeeld resultaten van kwaliteitsbeoordelingen en trajecten van lidorganisaties van het Landelijk Platform. De informatie van de digitale zorginkoopgids kan ook gekoppeld worden aan de patiëntenmonitor.

Het Landelijk Servicecentrum Lokale Versterking

Het ministerie van VWS ontwikkelt momenteel beleid om de positie van de zorgconsument te versterken en overweegt de opzet en/of financiering van een onafhankelijk landelijk kennis- en informatiecentrum voor zorgconsumenten. Een dergelijk centrum zou een duidelijke taak moeten krijgen in het ondersteunen van zorgconsumenten als derde partij in het zorgstelsel. Het idee van een kenniscentrum sluit aan op de aanbeveling van de RVZ om een kennis- en informatiecentrum in het leven te roepen. In een advies van Boer & Croon wordt de ontwikkeling van een kennis- en informatiestructuur voor PGO-organisaties aan bevolen. Deze kennis- en informatiestructuur bestaat uit twee delen: een kennismanagement systeem en een toolbox van webapplicaties die individuele PGO-organisaties kunnen gebruiken om hun online informatie-infrastructuur in te richten (zie bijlage 6).

Het Landelijk Servicecentrum Lokale Versterking zou zich moeten verbreden tot alle terreinen van landelijke en regionale belangenbehartiging van de lidorganisaties van het Landelijk Platform GGZ (AWBZ, zorgverzekeringswet, Wmo): dienstverlenend; informatie-uitwisseling: van landelijk naar regionaal/lokaal en vice versa' ; ook uitwisseling en kennisdeling tussen regio's en tussen cliëntenraden; en trainingen, cursussen empowerment, coachen van regionale en lokale belangenbehartigers.

8 Consequentie- en risicoanalyse stelselwijzing vanuit het perspectief van lokale Wmo belangenbehartiging van kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg

Vanuit het perspectief van lokale belangenbehartiging van Regionale Cliënten Organisaties zijn vooral de volgende twee prestatievelden van de Wmo relevant:

Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (prestatieveld 3)

Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van kwetsbare burgers (prestatievelden 3, 5,6, 7 en 9)

In deze consequentie- en risicoanalyse gaan we na wat de gevolgen zijn van de invoering van de Wmo voor de lokale en regionale belangenbehartiging van cliëntenorganisaties.

8.1 Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (prestatieveld 3)

De cliënt wil zoveel mogelijk de regie over zijn eigen leven. Dat wat je zelf kunt regelen leidt tot herstel. Tegelijkertijd is het veel moeilijker om passende zorg te krijgen. Voor veel cliënten is het moeilijker geworden om in dit versnipperde stelsel rechten te realiseren. Je hebt een zorgmakelaar nodig om passende zorg te krijgen.

Het ministerie van VWS definieert cliëntondersteuning als volgt: Individuele ondersteuning van een cliënt bij het maken van een keuze of het oplossen van een probleem.

Cliëntondersteuning heeft de regieversterking van de cliënt (en zijn omgeving) tot doel ten einde de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie te bevorderen. Cliëntondersteuning richt zich op ondersteuning en oplossingen op lokaal niveau met gebruik van sociale verbanden.

Voor (O)GGZ-cliënten is door de Regionale Cliënten Organisaties (RCO's) sinds de negentiger jaren een specifieke vorm van cliëntondersteuning ontwikkeld. Deze cliëntondersteuning is voortgekomen uit cliëntenorganisaties als individuele belangenbehartiging, aansluitend op collectieve belangenbehartiging. In Nederland zijn ongeveer 55 plaatsen waar GGZ cliëntenondersteuning wordt aangeboden, meestal gehuisvest bij een regionale of lokale cliëntenorganisatie, die bij elkaar duizenden cliënten per jaar helpen. De ondersteuning wordt geboden op het gebied van het PGB in de Wmo en AWBZ, maar ook op het gebied van wonen, belasting, WSNP, WWB, Zorgverzekering of bij toegangsproblemen om in zorg te komen. Het is vaak de eindhalte van een rondgang langs allerlei loketten waar cliënten niet afdoende geholpen zijn, meestal door communicatieproblemen die de specifieke doelgroepen van GGZ cliëntenondersteuning eigen zijn. Het gaat om mensen die door psychische, psychosociale, psychiatrische en/of verslavingsproblematiek beperkt of belemmerd worden in hun (dagelijks) maatschappelijk functioneren.

Cliëntondersteuning in de GGZ door de RCO's kenmerkt zich door:

- werken volgens door cliënten ontwikkelde standaarden;
- inzet van (geschoolde) ervaringsdeskundigen;
- gemengde teams van vrijwilligers en professionals;
- laagdrempeligheid, door de huisvesting bij een belangenorganisatie;
- bevorderend voor de ontplooiing door kennismaking met andere mogelijkheden van de cliëntenorganisatie;
- versterkend voor het sociale netwerk;
- voedend voor de collectieve belangenbehartiging.

Hoewel de GGZ cliëntondersteuning al sinds de jaren negentig bestaat, wordt het op dit moment gefinancierd met een lappendeken van regelingen, die op termijn geen continuïteit van het aanbod bieden. Sommige GGZ-steunpunten zoeken samenwerking met de MEE's of welzijnsorganisaties, maar het effect daarvan is dat de specifieke kenmerken van deze vorm van ondersteuning verdwijnen. Ook valt dan de link met de lokale cliëntenorganisaties weg. In de praktijk verwatert de kwaliteit en verdampt het aanbod, als er geen erkenning komt voor deze functie.

Cliënten in de GGZ hebben grote behoefte aan onafhankelijke wegwijs en informatie gedurende het hele traject van zorg en dienstverlening. En juist op dit terrein hebben de RCO's veel expertise opgebouwd.

Vanuit een landelijke lobby worden echter de MEE's voor prestatieveld 3 gepositioneerd. Daarnaast pleit de VNG voor het overhevelen van de functie van de MEE's naar de Wmo. Veel gemeenten zijn zich echter wel bewust van het feit dat de MEE's zich richten op ouderen en gehandicapten, en niet geëquipeerd zijn voor de doelgroep van mensen met psychische beperkingen en kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en verslavingzorg.

Agenda 22

De gemeente heeft via de Wmo voor een belangrijk deel rol van de rijksoverheid ten aanzien van de bescherming van Mensen met beperkingen overgenomen. De 22 VN Standaardregels 'Gelijke kansen voor mensen met een handicap' bieden een prima handvat om de gemeenten hierop aan te spreken. Agenda 22 is een uitwerking van de Standaardregels. De Agenda beschrijft een methode om in elke gemeente beleid te maken vanuit de 22 Standaardregels. 70 gemeenten zijn met Agenda 22 in de weer, en veel gemeenten, waaronder Rotterdam, Utrecht en Amsterdam hebben zich inmiddels geëngageerd aan Agenda 22.

De Wmo richt zich op de civil society en kent volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau drie clusters van prestatievelden: sociale samenhang (prestatieveld 1 en een deel van 4), mensen met beperkingen (prestatieveld 3,5, 6 en een deel van 4) en kwetsbare burgers (prestatieveld 7,8 en 9). De RCO's, VO!CE en het Landelijk Platform GGz bewegen zich met hun belangenbehartiging op alle prestatievelden: sociale samenhang (bijvoorbeeld dagactiviteiten als ontmoetingsplek en buurtvoorziening), mensen met (psychische) beperkingen en kwetsbare mensen (maatschappelijke opvang en schuldhulpverlening). Agenda 22 biedt dan een basis om op gemeentelijk niveau 'breed' te adviseren wat de gemeente moet doen. Breed adviseren (bijvoorbeeld ook op sociaal-economisch terrein, zoals inkomensondersteuning en schuldhulpverlening) biedt daarbij een steviger legitima-

tiebasis voor de inbreng vanuit regionale cliëntenorganisaties. En daarom wordt samenwerking met andere regionale belangenorganisaties zo belangrijk geacht.

De RCO's organiseren en vertegenwoordigen mensen met psychische beperkingen en kwetsbare burgers. Ze hebben hun expertise op het terrein van het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning ontwikkeld met behulp van de AWBZ-subsidieregeling Zorgvernieuwingprojecten GGZ (ZVP). Deze regeling maakte het voor (ex-)cliënten van de GGZ mogelijk zélf initiatieven en projecten en voorzieningen op te zetten en deze in de periferie van de GGZ-instelling, of helemaal los daarvan, in eigen beheer verder te ontwikkelen. Vanaf 2000 kregen deze cliëntgestuurde projecten een flinke impuls doordat het totaal door de zorgkantoren in te zetten ZVP-budget stapsgewijs werd verhoogd van 2,5 tot 6,5 miljoen euro. Vooral in en rondom grote steden is vandaag de dag een rijke schakering aan cliëntgestuurde initiatieven te vinden. Hierbij gaat het om informatiewinkels, steunpunten voor cliëntondersteuning en advies, maatjesprojecten, straatadvocaten, zelfstandige bedrijfjes, 'veilige' ontmoetingsplekken enzovoort en zo verder. De ZVP-subsidie is in 2007, bij de invoering van de Wmo, samen met het totaalbudget van de enkelvoudige huishoudelijke verzorging en verschillende andere AWBZ-subsidies (bij elkaar ca. één miljard euro), overgeheveld naar het Gemeentefonds.

De kracht van de cliëntondersteuning van de RCO's is dat bij hen - en ook op dit punt verschillen zij essentieel van de MEE's - de individuele cliëntondersteuning deel uit maakt van individuele belangenbehartiging van mensen met psychische beperkingen en kwetsbare burgers, welke een belangrijke basis vormt voor de collectieve belangenbehartiging van de RCO's.

Het Platform GGZ en VOICE sluiten een convenant met de VNG waarin de gemeenten aangesproken worden op Agenda 22 met als concrete afspraak dat de gelden voor cliëntgestuurde projecten in de GGZ die naar het gemeentefonds zijn overgegaan, geormerkt blijven voor cliëntgestuurde initiatieven.

Het Landelijk Platform GGZ en VOICE spreken daarnaast elk gemeente aan om gebruik te maken van hun discretionaire ruimte in het kader van de Wmo en de taak van het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning(prestatieveld 3) op het terrein van de zorg voor kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en verslavingzorg bij een RCO in de regio onderbrengen en te financieren vanuit de zorgvernieuwingsgelden die naar het Gemeentefonds zijn overgeheveld.

8.2 Ondersteunende begeleiding

De VNG bepleit in haar notitie 'de toekomst van de Wmo' (2008) voor het onderbrengen van de ondersteunende begeleiding en een deel van de activerende begeleiding (AWBZ) in het Wmo domein. Daarmee zou ook een betere begeleiding voor de GGZ-cliënt tot stand kunnen komen. De VNG sluit daarmee aan bij de adviezen van de SER maar gaat enkele stappen verder. Bussemaker heeft nu al besloten de ondersteunende begeleiding in de AWBZ deels te schrappen en deze taak aan de gemeenten over te laten (zonder een aanvullend budget overigens).

Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en verslavingzorg vormen een kwetsbare groep. Zij hebben grote behoefte aan onafhankelijke informatie en ondersteuning

gedurende het hele traject van zorg en dienstverlening. Veel keuze-ondersteunende instrumenten zijn tot nu toe vooral gericht op burgers die toch al de weg weten in het zorglandschap. Voor kwetsbare burgers lijken 'levende' vormen van ondersteuning en plaatsen waar men informeel informatie kan uitwisselen belangrijker. Sommige zorgaanbieders zijn bereid om deze functie mede te financieren.

De RCO's beschikken over veel kennis en goede praktijken op het terrein van cliëntondersteuning. Deze cliëntondersteuning richt zich niet alleen op de zorg maar ook op werk en inkomen, administratieve problemen etc.

Het Landelijk Platform GGz en VOICE pleiten ervoor dat gemeenten in overleg met het ministerie van VWS komen tot een financieringsregeling van de functie van ondersteunende begeleiding voor kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg en deze functie onderbrengen bij een RCO in de regio.

8.3 Financiering lokale en regionale collectieve belangenbehartiging RCO's

In de borgingsnotitie van Lokale Versterking stelt het Landelijk Platform GGz vast dat er geld nodig is om de noodzakelijk geachte infrastructuur in stand te houden c.q. verder om te bouwen naar Regionale Netwerken GGz. Feitelijk beschikken maar weinig GGZ belangenorganisaties over adequate (semi-)structurele financiering. Het programma Lokale Versterking GGz loopt eind 2008 af. Kortom, als er na 2008 geen zicht op financiering komt, zal de op dit moment opgebouwde structuur van regionale initiatiefgroepen uiteen vallen.

Volgens het Landelijk Platform GGz is er per regio minimaal € 60.000,- euro (in totaal € 2.160.000,-) nodig om de noodzakelijke infrastructuur in stand te houden voor:

- een (regionaal opererende) ondersteuner;
- een toegankelijke werk- en ontmoetingsruimte met voldoende communicatiefaciliteiten;
- het organiseren van (boven-)lokale bijeenkomsten voor uitwisseling, afstemming en kennisoverdracht tussen de in de regio actieve belangenbehartigers, deelnemers aan Wmo-adviesraden en hun achterbannetwerken;
- deskundigheidsbevordering zoals cursussen, trainingen en het deelnemen aan algemene zowel als doelgroepspecifieke bovenregionale en landelijke studiedagen, conferenties, congressen, enz;
- reiskosten van vrijwilligers, met inbegrip van speciaal vervoer;
- coaching en begeleiding van deelnemers aan Wmo-adviesraden;
- het organiseren van profilerings- en beeldvormingsactiviteiten;
- het organiseren van ontmoetingsactiviteiten met raadsleden, vertegenwoordigers van lokale politieke partijen, beleidsmedewerkers en wethouders t.b.v. kennismaking, kennisoverdracht, politieke en bestuurlijke lobby.

Deze gelden zouden om versnippering te voorkomen op provinciaal niveau gebundeld kunnen worden en ondergebracht kunnen worden bij een nader te bepalen RCO per provincie. Voor het Landelijk Kenniscentrum is circa € 400.000,- nodig. Daarbij dient gedacht te worden aan een of

meer kennisconsulenten, een communicatiemedewerker, een IT-medewerker (o.a. monitoring en zorginkoop gids) en een administratief medewerker.

In het debat van 19 juni is erkend dat de financiering van de regionale infrastructuur van de PGO organisaties niet geregeld is. De programma's lokale versterking en lokaal centraal lopen door tot 2009 en het ministerie van VWS gaat in overleg met Zorgbelang Nederland en LPGGz kijken wat er daarna moet gebeuren. Feit is dat de gemeenten hierin geen rol van betekenis spelen en ook niet door de betrokken partijen in stelling zijn gebracht.

Rol van de gemeenten

De RCO's nemen als ondernemende organisaties een voorhoedepositie in: ze maken geen deel uit van een subsidiebureaucratie, maar verwerven financiering van hun taken op basis van maatschappelijk rendement. Zo heeft het Basisberaad Rotterdam bijvoorbeeld er altijd voor gezorgd dat zij niet te zeer afhankelijk werd van een subsidiegever. Er zijn bilaterale afspraken en contacten met zorgaanbieders, er zijn verschillende projecten die door fondsen gefinancierd worden, er is overleg met gemeenten, VWS subsidieert ook en dan is er nog lokale versterking. Basisberaad heeft in totaal 15 subsidiegevers.

De RCO's kunnen echter geen aanspraak maken op de financiering van hun functie van collectieve regionale en lokale belangenbehartiging, omdat de RCO's buiten de financieringssysteem van het Fonds PGO vallen. Met de overgang van delen van de geestelijke gezondheidszorg naar de Wmo, dient er een aanvullende financieringssysteem ontwikkeld te worden voor de collectieve regionale en lokale belangenbehartiging van de RCO's.

De RCO's zijn van plan om ook de gemeenten in stelling te brengen en een traject in werking te zetten dat moet leiden tot een aanvullend PGO-fonds via wethouders, gemeenten en VNG.

8.4 Koploperstrategie

Agenda 22 en de Wmo vormen de kern van de missie van VO!CE en de RCO's. VO!CE wil door middel van belangenbehartiging, beleidsbeïnvloeding en het ontwikkelen van producten de maatschappelijke positie, participatie en ondersteuning van lokale en regionale cliëntenorganisaties GGz, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (RCO's) en hun achterban verbeteren.

In het kader van de Wmo heeft elke gemeente discretionaire beleidsruimte om te bepalen op welke wijze zij aan de prestatievelden invulling wil geven.

De RCO's zijn van plan om vanuit hun eigen netwerk de wethouders van gemeenten individueel aan te spreken. Door de taak van informatie, advies en cliëntenondersteuning in het kader van prestatieveld 3 op het terrein van de zorg voor mensen met psychische beperkingen en kwetsbare burgers in de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en verslavingszorg bij een RCO in de regio onder te brengen (te financieren vanuit de zorgvernieuwingsgelden die naar het gemeentefonds zijn overgeheveld), kan elke individuele wethouder met één concrete actie laten zien dat hij of zij waarde hecht aan onafhankelijke informatie, advies en cliëntenondersteuning.

Verder hebben de RCO's het plan opgevat om wethouders die hier positief tegenover staan, te vragen om als ambassadeurs op te treden naar wethouders in andere gemeenten, gebruikmakend van het netwerk van gemeentelijke Wmo-pilots en de daarbij behorende Wmo ambassadeurs.

Literatuur

Basisberaad Rijnmond (2008). *Jaarverslag 2007*. Rotterdam: Basisberaad Rijnmond

Boer & Croon (2008). *Chirurgische ingrepen voor betere zorginformatie. Verkenning kennis- en informatiecentrum zorgconsumenten*. Amsterdam: Boer & Croon.

Boutellier, H. (2007). *Nodale orde. Veiligheid en burgerschap in een netwerksamenleving*. Oratie. Amsterdam: Vrije Universiteit

Burris, S., Drahos, P., & Shearing, C. (2005). Nodal governance. In: *Australian Journal of Legal Philosophy*, 30, 58

Miltenburg, H.P., & Bakke, H.P.S. (2007). 'Nodaal' + 'nodal' = denk nodaal, werk lokaal. In: *Tijdschrift voor de Politie*, 9, 24-28

Kraan, W.G.M. van der. (2008). Zorgconsument als marktpartij. In Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zorginkoop*. Den Haag: RVZ.

Nederland, T., Oudenampsen, D., & Woerds, S. ter. (2007). *Effectief beïnvloeden van zorgverzekeraars*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Oudenampsen, D., R. Lammerts en G. Dogan (2008) *Tussenevaluatie van de programma's lokaal centraal en lokale versterking*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Poorthuis, A-M., A. van der AA, T. van Rheenen (2003). *Ketens en netwerken: Een zoektocht naar samenhang*. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers, 2003

Provan, K.G. & H.B. Milward, A Preliminary Theory of Interorganizational network Effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 1995, vol. 40, no 1, 1-33

Provan, K.G. & H.B. Milward (2001), Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review*, , vol. 61, no 414-423

Provan, K.G., & J.G. Sebastian (1998), Networks within networks; service link overlap, organizational cliques, and network effectiveness. *Academy of Management Journal*, vol. 41, no 4, 453-463

Provan, K.G., A. Fish & J. Sydow (2007), Interorganizational Networks at the Network Level; A Review of the Empirical Literature on Whole Networks (2007), *Journal of Management*, vol 33, no. 3, 479-516

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Zorginkoop*. Den Haag: RVZ.

Rijkschroeff, R., Oudenampsen, D., & Flikweert, M. (2007). *Beste Koop. GGZ-inkoop vanuit cliënten- en familieperspectief*. Utrecht: Landelijk Platform GGZ en Verwey-Jonker Instituut.

Ruth, L. van., Jong J. de, & Groenewegen, P. (2007). *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel. Keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007*. Utrecht: Nivel.

Timmermans, J., de klerk, M., & Gilse, R. (2007). *Onderzoeksopzet Evaluatie van de Wmo*. Den Haag: SCP.

Zonmw (2008). *Verslag invitational conference 6 juni 2008*.

www.basisberaad.nl

www.lokaleversterking.nl

www.platformggz.nl

www.VO!CEnederland.nl

Bijlage 1 Cliëntenparticipatie Wmo

Door het Verwey-Jonker Instituut is onderzoek gedaan naar de resultaten van de programma's Lokaal Centraal van Zorgbelang Nederland en van Lokale Versterking GGZ Wmo van de vereniging Landelijk Platform GGZ.

Uit het onderzoek blijkt dat de cliëntenparticipatie in gemeenten sinds de invoering van de Wmo is toegenomen. Dat geldt zowel voor de formele als de informele vormen van participatie. Bij de gemeenten ligt er een sterke nadruk op de formele vormen van participatie. In 86% van de gemeenten zijn Wmo adviesraden of vergelijkbare adviesinstanties geïnstalleerd. Bij de belangenorganisaties en de ondersteuningsorganisaties ligt de nadruk vooral op de informele vormen van participatie en het opbouwen en versterken van de infrastructuur van de belangenbehartiging in gemeenten.

Specifiek voor de Wmo is de aandacht voor 'behoeften van kleine doelgroepen en ingezetenen die hun belangen niet goed kunnen behartigen'. Bij de nulmeting cliëntenparticipatie die het Verwey-Jonker Instituut in 2006 uitvoerde (Oudenampsen, 2006) bleek dat bij de bestaande vormen van cliëntenparticipatie vooral psychiatrische patiënten, chronisch zieken, jongeren, mantelzorgers en dak- en thuislozen ondervertegenwoordigd zijn. Opvallend is ook dat de groepen die bij de nulmeting slecht vertegenwoordigd waren, zoals mensen met een psychiatrische of psychosociale beperking, mantelzorgers, mensen met een verstandelijke beperking, en zelfs dak- en thuislozen beter zijn vertegenwoordigd in de formele vormen van cliëntenparticipatie bij gemeenten. Een knelpunt is het grote verloop onder de betrokken cliënten. Mensen met een psychische beperking en dak- en thuislozen staan, als het gaat om betrokkenheid bij Wmo-beleidsvorming, nog steeds op achterstand.

De regionale initiatiefgroepen hebben in 33 regio's activiteiten ontwikkeld gericht op het opbouwen van een lokale infrastructuur voor participatie van mensen met een psychische beperking, verslaafden en dak- en thuislozen. Er is een duidelijk verschil te zien tussen gemeenten waar wel een regionale initiatiefgroep actief was en gemeenten waar dat niet het geval was. In gemeenten waar de Wmo-raad ondersteund wordt door een regionale initiatiefgroep is de deelname van GGZ-clieñten aan de Wmo-raden twee keer zo groot als in gemeenten waar de regionale initiatiefgroepen niet betrokken zijn bij de ondersteuning.

Als we kijken naar de doelstellingen van de programma's Lokale Versterking en Lokaal Centraal dan zien we dat op veel van de doelstellingen die geformuleerd zijn aanzienlijke stappen vooruit zijn gemaakt. Zo kunnen we wat betreft lokale versterking constateren dat veel meer mensen met een GGZ achtergrond betrokken zijn bij de Wmo-beleidsvorming en dat er intensief is samengewerkt met bestaande lokale en regionale cliënten- en gehandicaptenorganisaties. Ook zijn er veel inspanningen verricht die bijdragen aan een verbetering van de beeldvorming onder ambtenaren,

wethouders en raadsleden. Dit heeft in ieder geval tot gevolg gehad dat zowel dak- en thuislozen als GGZ cliënten vooral in de grote en middelgrote steden betrokken worden bij de beleidsvorming van de Wmo.

De hoofdconclusie van het evaluatieonderzoek luidt dat de beide programma's aanzienlijk hebben bijgedragen aan de dynamiek die rond het thema cliëntenparticipatie bij de meeste gemeenten is ontstaan. De meeste gemeenten hebben de formele vormen van participatie voortvarend ter hand genomen. Dankzij de ondersteuning door Lokaal Centraal en Lokale Versterking zijn de gemeenten door de Wmo-raden en informele vormen van participatie er in geslaagd een veel bredere groep van burgers en cliënten te betrekken bij de invoering van de Wmo. Deze voortgang is vooral opvallend bij kleine en middelgrote gemeenten. De ondersteuningsprogramma's Lokale Versterking en Lokaal Centraal hebben ieder op hun eigen wijze de versterking van de cliëntenparticipatie op lokaal niveau gestimuleerd. Dankzij Lokaal Centraal hebben de Zorgbelangorganisaties een breed aanbod aan activiteiten ontplooid gericht op het versterken van de competenties van groepen burgers op het terrein van Wmo-advisering. Daarnaast zijn instrumenten ontwikkeld voor het betrekken van kleine doelgroepen (doven, allochtonen, jongeren) bij de Wmo-advisering. Het programma lokale Versterking heeft bijgedragen aan de grotere participatie van mensen met psychische beperkingen aan de verschillende participatievormen (adviesraden, klankbordgroepen, thema bijeenkomsten) door te investeren in een lokale infrastructuur voor deelname van GGZ cliënten aan de beïnvloeding van het Wmo-beleid van de gemeente. Daarnaast heeft Lokale Versterking door de activiteiten gericht op beeldvorming de zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische beperking weer op de agenda gezet.

Bijlage 2 BS&F

Minima hebben vanwege hun gemiddeld slechtere gezondheid behoefte aan een goede toegankelijkheid van de zorg. De steeds stijgende premies en de beperkte dekking van de Basisverzekering en aanvullende verzekering belemmert deze behoefte. BS&F wil zorg voor minima toegankelijker maken.

In 1995 hebben wij daarom het Programma collectieve zorgverzekering ontwikkeld. Binnen dit concept sluit een gemeente een collectieve zorgverzekering bij een verzekeraar. De belangrijkste kenmerken en de voordelen van de collectieve zorgverzekering voor minima zijn:

- Door het inhouden van de premies op de uitkering wordt voorkomen dat mensen betalingsachterstanden bij hun verzekeraar oplopen. Door het voorkomen van betalingsachterstanden blijven minima adequaat verzekerd, waardoor de toegang tot de zorg is gewaarborgd.
- Door het sluiten van een collectieve zorgverzekering kan de gemeente een korting op de premie bedingen. Het voordeel kan oplopen tot € 100,- per deelnemer per jaar.
- Het pakket van de normale aanvullende verzekering wordt uitgebreid met vergoedingen waarvoor recht bestaat op bijzondere bijstand. De belangrijkste drempels om gebruik te maken van bijzondere bijstand worden zo omzeild. De vergoeding kan geclaimd worden bij de zorgverzekeraar in plaats van dat om een vergoeding gevraagd moet worden bij de sociale dienst.
- Zorgverzekeraars vergoeden declaraties op basis van simpele voorwaarden en hebben een organisatie en automatisering die dat proces maximaal ondersteunt. Hun uitvoeringskosten bedragen in het algemeen niet meer dan 15% van de uitgaven (bij gemeenten is dat vaak 50 - 100%). De collectieve zorgverzekering zorgt er dus voor dat de relatieve uitvoeringskosten fors dalen.

Wat is de rol van BS&F?

BS&F treedt op als onafhankelijk adviseur van gemeenten. Dat doen we op dit moment voor ruim 275 gemeenten in alle provincies. We verliezen overigens de belangen van verzekeraars niet uit het oog, omdat de beste resultaten geboekt worden als beide partijen brood zien in de samenwerking.

In het kader van de totstandkoming en uitvoering van de overeenkomst tussen een gemeente en zorgverzekeraar, verrichten wij de volgende activiteiten:

- Bemiddeling bij het afsluiten van de overeenkomst tussen de gemeente en de verzekeraar.
- Begeleiding bij het opzetten van de administratieve organisatie, de promotie en de publiciteit.
- Jaarlijkse evaluatie van de geboekte resultaten in relatie tot de doelstellingen van de gemeente.
- Afstemming en coördinatie tussen de gemeenten in het werkgebied van de verzekeraar.
- Advisering gemeente ten aanzien van de aanpassing van het product aan gewijzigde regelgeving.
- Suggesties aan gemeente en verzekeraar voor productverbeteringen.

- Begeleiding van de onderhandelingen tussen partijen over dekking en premie. In de meeste gevallen wordt bij de onderhandelingen met een verzekeraar afgesproken dat de kosten voor de inzet van BS&F worden betaald door de verzekeraar. Voor de gemeenten die met BS&F werken, zijn daar dus (meestal) geen kosten aan verbonden.

Advies zorgverzekeringen

Minima kunnen medische kosten vergoed krijgen op basis van een zorgverzekering. Of er recht op vergoeding van kosten bestaat, is lang niet altijd eenvoudig vast te stellen. BS&F heeft een programma ontwikkeld om het recht op vergoedingen voor o.a. gemeenten en minima transparanter te maken: Advies zorgverzekeringen.

BS&F heeft een database ontwikkeld waarin gegevens zijn opgenomen van alle Basis- en aanvullende verzekeringen die op de markt aanwezig zijn. Deze informatie is op uniforme wijze gerubriceerd en gewaardeerd. Deze database is aangevuld met een adviesmodule. Op basis van een aantal persoonlijke gegevens en wensen ten aanzien van de dekking, genereert de database een overzicht van alle polissen die voldoen aan deze wensen. De mogelijkheden worden gepresenteerd in volgorde van premie. Op deze wijze wordt de volledige markt van (aanvullende) zorgverzekeringen, volledig onafhankelijk, transparant gemaakt. De informatie is gratis te verkrijgen via:

www.independer.nl

www.verzekeringssite.nl

www.kiesbeter.nl.

Met welke verzekeraar kan een gemeente het best een overeenkomst sluiten?

Onze ervaring is dat de gemeente er verstandig aan doet te proberen tot overeenstemming te komen met de zorgverzekeraar die in de betreffende gemeente het grootste marktaandeel heeft. Dit voorkomt dat de doelgroep gedwongen wordt over te stappen naar een andere verzekeraar. Meestal hebben de oorspronkelijke regionale ziekenfondsen nog steeds een marktaandeel tot 80%. De verschillen tussen de aanbiedingen van de verschillende verzekeraars zijn bijna altijd te gering om de nadelen die verbonden zijn aan het overstappen naar een andere verzekeraar te compenseren. Toch kunnen zich omstandigheden voordoen waarbij het wenselijk is meerdere verzekeraars een offerte te laten uitbrengen. Wij zijn in staat de consequenties van die verschillende aanbiedingen voor de gemeente in beeld te brengen.

Bijlage 3 Kennis over het onderhandelen met zorgverzekeraars

In hun verkennende analyse hebben Nederland, Oudenampsen en Woerds (2007) het onderhandelen van zes PGO-organisaties (Diabetesvereniging Nederland, Vereniging Spierziekten Nederland, Reumapatiëntenbond, Unie KBO, Zorgbelang Nederland, ANBO) en de gemeente Eindhoven nader geanalyseerd. De resultaten van hun verkennende analyse vormt tezamen met de resultaten van het project Beste Koop van het Landelijk Platform GGZ de inhoudelijke basis voor het ontwikkelen van de handreiking regionale GGZ inkoop.

Nivel onderzoek

Nederland, Oudenampsen en Woerds (2007) vatten conclusies van een recent onderzoek van het Nivel (Ruth, van et al., 2007) naar het verschil tussen de rol van patiëntenverenigingen en werkgevers bij het afsluiten van collectieve ziektekostenverzekeringen als volgt samen:

- Eerdere contracten met zorgverzekeraars hebben een rol gespeeld in de keuze voor een specifieke zorgverzekeraar.
- Patiëntenverenigingen leggen meer dan werkgevers de nadruk op inhoudelijke zorgaspecten, zoals dekking van zorg, service en kwaliteit.
- Dat blijkt ook uit de uitkomsten van de onderhandelingen. Deze resultaten liggen vaker op het vlak van inhoudelijke zorgaspecten, zoals ketenzorg of dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen.
- De patiëntenverenigingen vinden de volgende zaken van doorslaggevend belang in hun keuze voor een zorgverzekeraar: de service van de zorgverzekeraar, de dekking van de aanvullende verzekering en de premiekorting op de aanvullende verzekering.
- Patiëntenverenigingen baseren hun keuze voor een zorgverzekeraar ook op verzamelde informatie over de wensen van de doelgroep.
- Patiëntenverenigingen geven aan dat zij gemiddeld genomen meer maanden bezig zijn geweest met het zoeken naar en onderhandelen over de collectieve zorgverzekering dan werkgevers.
- Patiëntenverenigingen zetten vaker dan werkgevers één persoon in voor de onderhandelingen.
- De patiëntenverenigingen hebben het laagste aantal verzekerden in vergelijking met werkgevers en gemeenten.
- Het onderzoek geeft tot slot aanwijzingen dat het wellicht voor patiëntenverenigingen moeilijker is om voordelige collectieve contracten te sluiten dan voor werkgevers.

Modellen om invloed uit te oefenen op inkoop zorgverzekeraars

PGO-organisaties hebben verschillende modellen ontwikkeld om invloed uit te oefenen op het beleid van zorgverzekeraars. Nederland, Oudenampsen en Woerds (2007) onderscheiden vijf modellen:

1. Het afsluiten van collectieve ziektekostencontracten om ziektespecifieke standaarden te implementeren (Diabetesvereniging Nederland).
2. Het afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten/convenanten tussen zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties ter bevordering van de zorg voor specifieke aandoeningen (VSN).
3. Het maken van regionale samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgbelangorganisaties (Friesland en Zuid-Holland) voor het verbeteren van de zorginkoop (Friesland) en de acute zorg (Zuid-Holland). Hierbij staan de invoering van algemene, niet ziektegebonden standaarden centraal (zie bijlage 2).
4. Het afsluiten van convenanten tussen zorgverzekeraars, landelijke en regionale patiënten- en gehandicaptenorganisaties en ziekenhuizen over het integreren van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen. Hierbij zijn algemene thema's uitgewerkt in 'smart' geformuleerde ziektespecifieke doelstellingen (kanker, Duchenne, stoma).
5. Het versterken van de eigen regie in de Zorgverzekeringswet via het persoonsgebonden budget (PGB). Dit is een project van Per Saldo en Federatie Slechtzienden en Blindenbelang samen met zes patiëntenorganisaties, om de collectieve inkoopmacht van mensen met een visuele handicap te vergroten en het PGB te verankeren in de zorgverzekeringswet. Ook voor de GGz heeft Per Saldo een dergelijk project in samenwerking met het Platform GGZ opgezet.

Zorgbelang Groningen

'Het gaat om het serieus nemen van de patiënt/verzekerde. De deskundigheid van de patiënt en de deskundigheid van de specialist moeten naast elkaar bestaan.'

Zorgbelang Groningen is een samenwerkingsverband van PGO-organisaties in de provincie Groningen. De doelen van het samenwerkingsverband zijn: goede zorg moet vraaggestuurde en toegankelijk zijn; goede zorg moet aansluiten bij de wensen, behoeften en leefomstandigheden van mensen; mensen moeten keuzevrijheid hebben; patiënten moeten gezien worden als volwaardige burgers.

Aanleiding en initiatief

Zorgbelang Groningen is een integrale patiëntenorganisatie, zij richt zich op alle patiënten, ongeacht hun aandoening. Een collectieve zorgverzekering is vaak gericht op een specifieke aandoening of groep aandoeningen. Vandaar dat het idee ontstond dat het voor Zorgbelang Groningen beter was om te focussen op polimorbiditeit dan op een specifieke aandoening.

In Groningen is er een lange geschiedenis met de voorlopers van zorgverzekeraar Menzis (achtereenvolgens RZG, VOG en nu Menzis). Ongeveer 85% van de verzekerden in de provincie Groningen is verzekerd bij Menzis. Het idee van de directeur van Zorgbelang Groningen is dat als alle collectieve verzekeringen afgeschaft zouden worden, de premie naar beneden zou kunnen vanuit het solidariteitsbeginsel. Nu zijn de voordelen voor bepaalde groepen geregeld en andere groepen komen juist onvoordelig uit. Zorgbelang Groningen merkte dat het zeer goed mogelijk is de zorginkoop van verzekeraars te beïnvloeden en is zich daar dan ook op gaan richten. Dit doet de organisatie door regulier overleg te plegen met de verzekeraar.

Vorbereiding

Sinds 2004 is er een convenant met de verzekeraar Menzis in drie regio's (naast Groningen doen ook Zorgbelang Twente en Zorgbelang Gelderland mee). Zorgbelang heeft dit bewust breed ingezet vanwege de inkoop van zorg. Al enkele jaren werkt Menzis met de Zorgbelangorganisaties in de drie regio's samen via de meldweken. In januari 2007 ondertekenden de partijen een hernieuwd convenant, een vervolg op een soortgelijk convenant dat getekend werd in november 2004.

Aanleiding daartoe was de wens om de samenwerking tussen de partijen te verankeren. De partijen streven ernaar dat de zorginkoop zoveel mogelijk gebaseerd is op de klantwensen en -behoeften. Het convenant waarborgt deze intentie: resultaatgerichte aanpak, heldere en concrete plannen, strakke bewaking van de voortgang.

Er spelen diverse belangen bij de partijen. Voor zorgbelang gaat het om het inbrengen van het consumenten- en patiëntenperspectief op goede zorg, de samenwerking tussen de organisaties en het optimaal benutten van kennis en informatie. Voor Menzis gaat het om het borgen van de inbreng van de klant met het oog op verbetering van zorginkoop, betere informatievoorziening en verbetering van dienstverlening. De onderlinge afstemming loopt via een bestuurlijk platform dat het convenant tekent en evalueert en de jaarlijkse kaders vaststelt (leden: bestuurs- en directieleden) en een tactisch operationeel overleg dat zorgt voor het opstellen van de jaarlijkse werkplannen, het instellen van werkgroepen, organiseren van inzet en middelen (leden: beleidsmedewerkers).

In het convenant is een ombudsfunctie vastgelegd. Dit betekent dat een man of vrouw ervoor moet zorgen dat verzekerden met hun vragen over zorg terecht kunnen bij Menzis.

Het onderhandelingsproces

De rondetafelgesprekken die Zorgbelang en Menzis organiseren zijn een goed voorbeeld van een constructieve manier van communiceren en passen geheel binnen het convenant. Deelnemers aan de rondetafelbijeenkomsten zijn in eerste instantie de 'Groningers'. Zorgbelang is vrij bekend in de provincie onder de mensen. Ze werken samen met koepels van verenigingen, ook binnen de GGZ, waardoor ze over een breed netwerk beschikken. Mensen kunnen zich inschrijven om deel te nemen aan de bijeenkomsten. Soms komen er tien reacties, maar soms ook wel veertig, afhankelijk van het onderwerp dat ter tafel komt. De opkomst ligt gemiddeld rond de veertig. Ten tijde van dit onderzoek speelt de discussie rond het PGB en daar komt een divers samengestelde groep mensen op af, uit allerlei sectoren. Mensen hoeven geen lid te zijn van een vereniging om deel te kunnen nemen aan de bijeenkomst. Zorgbelang ziet sommige mensen regelmatig terug op de bijeenkomsten, maar er is ook regelmatig nieuwe aanwas (rond twintig procent). Daarnaast is er een groep die

specifiek komt voor het onderwerp, zo'n dertig procent. Ook aan de werkgroepen/projectgroepen die voortvloeien uit het overleg nemen patiënten deel.

Via deze bijeenkomsten met patiënten, verzekeraars en verzekerden geeft Zorgbelang vorm aan de samenwerking, waarbij zij breed inzet op thematiek. Bijeenkomsten kunnen bijvoorbeeld de complementaire zorg die buiten de basisverzekering valt als thema hebben. De uitkomst van de bijeenkomsten is dat partijen overeenkomen hoe zij een en ander willen gaan regelen. Een kleinere projectgroep met vertegenwoordigers van Zorgbelang en Menzis werkt vervolgens aan de uitvoering van de afspraken.

Naast de rondetafelbijeenkomsten werkt Zorgbelang nu ieder jaar samen op projectbasis aan zo'n drie à vier projecten per jaar. Onderwerp van die projecten kunnen zijn de complementaire zorg, maar ook de toegankelijkheid van Menzis, waarbij wordt bekeken of casemanagement een rol kan spelen.

In het begin van het contact en overleg tussen Zorgbelang en de verzekeraar was het zoeken naar de toon van communiceren en wijze van omgaan met elkaar. Voor Zorgbelang geldt dat ze elke klacht serieus nemen, van iedere patiënt. Er was sprake van een cultuurverschil tussen patiëntenorganisatie en verzekeraar. Voor de verzekeraar geldt de financiële kant van het verhaal als doorslaggevend. Het doel van de verzekeraar is om de financiën in de gaten te houden en dat van Zorgbelang om de zorg te verbeteren. Die belangen lopen uiteen.

Langzamerhand is die tegenstelling gekanteld: bij de verzekeraar begint door te dringen dat het financieel voordeel op kan leveren wanneer je patiënten meer invloed geeft, ze een stem geeft en naar ze luistert.

Het is een langzaam proces. Zo verwisselen verzekeraars nogal eens het begrip 'patiëntvriendelijk' met 'patiënt centraal', terwijl daar toch iets wezenlijk anders mee bedoeld wordt. De leden van het platform luisteren nu beter dan voorheen naar elkaar. De inbreng wordt gelijkwaardiger. Menzis is een grote en logge organisatie, terwijl Zorgbelang klein is. Het convenant is een middel om de partijen dichter bij elkaar te brengen. Ook worden managers aangetrokken, vanuit de gedachte: het moet breder in de organisatie bekend zijn wat Zorgbelang is en doet, ook op uitvoerend en dagelijks niveau. Niet enkel vanuit een medewerker die de patiëntenbelangen in zijn of haar takenpakket heeft. Een grotere bekendheid binnen de organisaties en meerdere lijntjes zullen alleen maar bijdragen aan die meer gelijkwaardige samenwerking.

De nieuwste ontwikkeling is dat Zorgbelang samen met de verzekeraar werkt aan een project in het kader van het programma Zekere Zorg, over de zorginkoop. Dit is een pilot in Groningen en Utrecht over kankeraandoeningen en spierziekten. Samen met NFK, VSN, Menzis en ziekenhuizen zit Zorgbelang om de tafel om te kijken of er voldoende kwaliteit en criteria zijn. Als blijkt van niet, dan gaan de partijen verbeterpunten formuleren. Ook patiënten zijn hier op landelijk niveau bij betrokken. Het geeft directe invloed, de mogelijkheid tot monitoren en staat dicht bij de patiënt.

Effecten en resultaten

Zorgbelang Groningen is van mening dat er beter naar de patiënt geluisterd wordt en dat beter wordt voldaan aan zijn of haar behoeften. Een probleem is dat de organisatie als belangenbehartiger over onvoldoende middelen beschikt. Dan blijkt het vaak onmogelijk om alledrie de partijen ook daadwerkelijk aan tafel te krijgen. Het ontbreekt Zorgbelang aan menskracht om alles te kunnen doen. Bijvoorbeeld: de zorginkoop is een landelijk traject. Dat levert winst op. Iedereen is bereid mee te werken, maar Zorgbelang heeft onvoldoende financiën en te weinig menskracht.

De financiering van de patiëntenbeweging gebeurt deels door de provincie. Iedere provincie heeft daartoe eigen beleid. PGO mag weer niet regionaal gaan werken, maar: 'Als je je voor de patiënt in wilt zetten, zul je op dat regionale niveau actief moeten zijn. Daar speelt het zich af! En de situatie is altijd anders dan op landelijk niveau, denk bijvoorbeeld aan het platteland. Maar ook vanwege de andere partijen die daar de dienst uitmaken.'

Kijken we naar het overleg met de verzekeraars, dan was de reactie van patiënten aanvankelijk wantrouwig en zeer kritisch. Maar nu begint men te merken dat het ook wat oplevert. Vooral de rondetafelbijeenkomsten blijken te werken: ideeën worden daadwerkelijk opgepikt en uitgevoerd door de verzekeraar. Herhaling blijft belangrijk, pas dan beklijft het. Maar patiënten zien dat hun inbreng ertoe doet.

Bijlage 4 Het zorglandschap van morgen (VWS, p. 85)

De institutionele structuur van de zorg, die in 2005 nog voor een groot deel in algemene en (deels) in academische ziekenhuizen bestond, is een stuk flexibeler en kleinschaliger georganiseerd. Het aantal juridische eenheden is fors afgenomen (van 120 in 2005 tot ca 70 in 2020), maar het aantal locaties is toegenomen. De verbinding tussen deze locaties binnen één zorgonderneming kan gebeuren via een franchisemodel. Vroeger waren organisaties bureaucratisch en sterk hiërarchisch. In de nieuwe organisaties is de externe focus verbeterd en stuurt het management met behulp van resultaat verantwoordelijke eenheden (RVE's).

'Ook bij de langdurige zorg hebben dergelijke ontwikkelingen zich voorgedaan. Er zijn een aantal landelijk opererende instellingen ontstaan, die verspreid over het hele land onder één merknaam optreden. Zo staat de merknaam 'Groeneweg' voor kleinschalige woonzorgcomplexen in een natuurrijke omgeving, biologische producten en zonne-energie, terwijl de naam 'Gloria' staat voor complexen in het centrum van grote en middelgrote steden, met fitnesscentra en de modernste technologische snufjes.

Vanwege de veranderende marktverhoudingen heeft er een aanzienlijke 'shake-out' plaatsgevonden, waarbij de duurdere aanbieders, zonder aanduidbare positieve kwalitatieve bijdrage, als eerste slachtoffer zijn geworden. Failliete organisaties zijn daarbij opgekocht en vervolgens omgebouwd. Zorgaanbieders zijn (gewone) marktspelers die met een zelf gekozen ondernemingsstrategie hun boekhouding op orde moeten krijgen en hun investeringen moeten terug verdienen.

Bijlage 5 Deelnemers VO!CE december 2007

AanZet (Cliëntgestuurde projecten) Leeuwarden
APCP Amsterdam, sectie GGZ
Basisberaad Rijnmond
CAB Noord- en Midden Limburg, Venray
Cliëntenbelangenbureau Participant, Wolfheze
Cliëntebelangenbureau ZH Zuidoost, Dordrecht
Cliëntenbelangenbureau GGZ Eindhoven
Cliëntenbelangenbureau KAM, Haarlem
Cliënten Initiatieven Deventer e.o. (CIDO)
Cliëntenbond in de GGz
CLIP Noord- en Oost Flevoland, Emmeloord
Door en Voor, 's Hertogenbosch
Gebruikersplatform GGZ in Drenthe
GGZ Cliëntenplatform Groningen
Home Sweet Home, Nijmegen
Info-Méér, Breda
Infocentrum GGz, Hilversum
Kentering Basisberaad, Nijmegen Kentering Basisberaad Rivierenland, Tiel
Klaverblad Zeeland, sectie GGz
Platform Haagse Cliëntenorganisaties GGZ
Provinciaal Platform GGZ Zorgvragers Limburg
RCO De Hoofdzaak, Alkmaar / Hoorn
RCO GGZ Eindhoven en de Kempen, Eindhoven
Steunpunt GGZ Utrecht
Vereniging Psyïent Nederland, afdeling Zeeland
Vereniging Trimaran, Hengelo
ZON i.o., Leiden
Zorgbelang Gelderland, Arnhem
Zorgbelang NO Brabant, cluster GGZ, Rosmalen
Zorgbelang West Brabant, Breda
Zorgvragersorganisatie GGZ Midden Holland, Gouda

Bijlage 6 Advies Boer & Croon

Doel van het door Boer & Croon uitgevoerde onderzoek was te verkennen in welke vorm een landelijk kenniscentrum het beste kan bijdragen aan positieversterking van de zorgconsument. In de oorspronkelijke onderzoeksvraag van VWS werden drie scenario's gevraagd voor de oprichting van een kenniscentrum. Bij het formuleren van deze scenario's was een draagvlak-/veldonderzoek gewenst, met nadruk op overleg met de relevante partijen in het veld van PGO-organisaties. Daarnaast was de opdracht om bij ieder van deze drie scenariovoorstellen rekening te houden met een mogelijke modulaire opbouw van het kenniscentrum. Elk voorstel diende vervolgens te worden voorzien van een verantwoord implementatieplan waarbij voorstellen voor 'quick wins' of snel te bereiken mijlpalen werden gedaan.

Tijdens het onderzoek van Boer & Croon bleek echter dat partijen in het veld betwijfelen of een kenniscentrum een oplossing biedt voor de gebrekkige informatievoorziening voor zorgconsumenten.

Boer & Croon heeft vervolgens verkend met welke aanpak de informatiepositie van zorgconsumenten versterkt kan worden en komt met zes aanbevolen interventies:

1. De inrichting van een virtueel landelijk centraal informatie- en startpunt.
2. Regie en coördinatie op ontsluiting van informatie over patiëntenrechten.
3. Versterking van en coördinatie onder bestaande juridische steunpunten.
4. Aanpak voor het ontwikkelen en ontsluiten van voor de patiënt toegankelijke landelijke behandelrichtlijnen.
5. Ontwikkelen van een database met basisscores op kwaliteitsindicatoren waar informatiepartijen naadloos op kunnen aansluiten.
6. Ontwikkeling van een kennis- en informatiestructuur voor PGO-organisaties.

Uitgangspunten bij het formuleren van deze interventies zijn geweest:

- De interventies zijn erop gericht om bestaande initiatieven te gebruiken dan wel te versterken en niet onnodig nieuwe initiatieven op te starten.
- Informatiefuncties van PGO-organisaties en marktpartijen worden niet overgenomen maar versterkt of in positie gebracht.
- Alle functies die door private partijen kunnen worden opgepakt laat de overheid aan die partijen.
- De overheid neemt alleen die functies op zich die door geen enkele private partij levensvatbaar; of kwalitatief afdoende kunnen worden ingevuld.

PGO-organisaties hebben een cruciale rol in de informatievoorziening naar zorgconsumenten. Er is echter een grote diversiteit in verschijningsvormen, schaal en professionaliteit. De toegevoegde waarde van PGO-organisaties in informatievoorziening en behartiging van patiëntenbelangen kan worden vergroot door te investeren in kennismanagement en web-infrastructuur.

Ontwikkeling kennis- en informatiestructuur voor PGO-organisaties (Boer & Croon)

Faciliteer en financier in samenwerking met koepelorganisaties van PGO-organisaties een programma waarbij een professionele ontwikkelpartij wordt gecontracteerd om een standaard infrastructuur te ontwikkelen ten behoeve van:

- kennismanagement tussen PGO-organisaties onderling;
- informatievoorziening door PGO-organisaties aan hun doelgroepen.

Dit stelt PGO-organisaties beter in staat om onderling kennis te delen. Daarnaast stelt het PGO-organisaties in staat om onafhankelijk van hun eigen middelen een professionele en state-of-the-art online voorziening in te richten voor het uitwisselen van informatie met hun achterban en andere zorgconsumenten. PGO-organisaties dienen indien zij dit wensen gebruik te kunnen maken van deze standaard infrastructuur. Ze worden hier echter niet toe verplicht.

Uitvoering van een kennis- en informatiestructuur voor PGO-organisaties (Boer & Croon)

Koepels van PGO-organisaties spelen een belangrijke rol bij het verder professionaliseren van de informatiestructuur van PGO-organisaties. Boer & Croon beveelt aan dat overheid en marktpartijen ze hierbij ondersteuning bieden.

Het verdient aanbeveling dat koepels van PGO-organisaties in staat worden gesteld een plan van aanpak te schrijven voor de versterking van de informatieinfrastructuur van het PGO-veld. Deze versterking bestaat uit twee delen:

Ontwikkeling van een kennismanagementsysteem, waaruit PGO-organisaties informatie voor hun eigen werkzaamheden kunnen putten om effectief en efficiënt te kunnen werken. Hierbij wordt gedacht aan een database met documentatie over bijvoorbeeld best practices van PGO-organisaties op het gebied van onderhandelingen met verzekeraars en beleid en het informeren en bereiken van de achterban. Het Fonds PGO zou ook gebruik kunnen maken van deze documentatie, om te monitoren wat er bij PGO-organisaties al wel en niet beschikbaar is.

Ontwikkeling van een toolbox van webapplicaties die individuele PGO-organisaties kunnen gebruiken om hun online informatie-infrastructuur in te richten.

Voor een succesvolle uitwerking van deze interventie stelt Boer & Croon enkele randvoorwaarden voor waaraan een programmavoorstel vanuit de koepels moet voldoen:

Er moet ruimte zijn om een professionele ontwikkelaar te contracteren voor de technische ontwikkeling.

Bij het formuleren van functionele eisen zal een sterke inbreng vanuit individuele PGO-organisaties georganiseerd moeten worden.

Er zal een adequate vorm moeten worden ontwikkeld waarin het kennismanagementsysteem structureel wordt onderhouden en PGO-organisaties worden getraind om gebruik te maken van de geboden tools.

Implementatie kennis- en informatiestructuur voor PGO-organisaties (Boer & Croon)

Koepels van PGO-organisaties maken in het eerste halfjaar van 2008 een gezamenlijk plan van aanpak voor de ontwikkeling, de toepassing en het beheer van een toolbox voor webapplicaties en een kennismanagementsysteem ten behoeve van de uitwisseling tussen PGO organisaties. Zij vragen voor de uitvoering ervan een subsidie bij het ministerie van VWS en laten deze tools ontwikkelen

door een derde partij. Het PGO fonds draagt er intussen, in samenwerking met PGO-koepels, zorg voor dat deze informatievoorzieningselementen onderdeel worden van het te ontwikkelen keurmerk voor PGO-organisaties. PGO-organisaties organiseren een centrale coördinatie bij de ontwikkeling en bij het gebruik van de applicaties. Met deze planning zijn de tools per 1 januari 2009 gereed en kunnen individuele PGO-organisaties subsidie aanvragen bij het Fonds PGO om hun webapplicaties en informatievoorziening te verbeteren.

Colofon

Opdrachtgever/financier Landelijk Platform GGz
Auteurs Dr. R.A.L. Rijkschroeff, dr. D.G. Oudenampsen, drs. S. Botman
Omslag GrafitalI, Valkenswaard
Uitgave Verwey-Jonker Instituut
Kromme Nieuwegracht 6
3512 HG Utrecht
telefoon 030-2300799
telefax 030-2300683
e-mail secr@verwey-jonker.nl
website www.verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl>. Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar verwey-jonker@adrepak.nl of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 9789058303035

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2009

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.