



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Leden van de vaste Kamercommissie
voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Betreft: begroting VWS 2012
Datum: 2 november 2011
Kenmerk: 1111-002

Landelijk Platform
cliënten- en
familieorganisaties in
de geestelijke
gezondheidszorg

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 71-H
Utrecht

T (030) 236 37 65
F (030) 231 30 54
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

Postbank 1948735
KvK Utrecht 30213449

Geachte Kamerleden,

Op 8,9 en 10 november aanstaande bespreekt u de begroting 2012 van het ministerie van VWS en de plannen voor het regeringsbeleid de komende periode. Door middel van deze brief wil het LPGGz graag haar visie op deze zaken kenbaar maken. We verzoeken u om de genoemde overwegingen in te brengen in het debat. Uiteraard zijn wij bereid om desgewenst een en ander nader toe te lichten.

Onbetwistbaar (gelijke) rechten op zorg

Het LPGGz wil er op aandringen dat het recht op zorg in een beschaafd land als Nederland voor alle burgers gewaarborgd moet blijven, ongeacht hun sociaal-economische status, afkomst, levensovertuiging, leeftijd of aard van de ziekte. Dus ook mensen met psychische problemen moeten die rechten onbetwist kunnen effectueren. Bovenal verwachten wij dat de rijksoverheid groepen burgers met gezondheidsproblemen niet stigmatiseert, zoals nu gebeurt.

Het LPGGz vraagt uw inzet bij de komende begrotingsbehandeling op de volgende concrete punten:

1. Het blijven afwijzen van ggz-specifieke eigen bijdragen om te voorkomen dat mensen met psychische gezondheidsproblemen anders worden behandeld dan mensen met lichamelijke gezondheidsproblemen. Wij vragen u om de eigen bijdrage tweedelijs ggz op te schorten.
2. Middelen ter beschikking te stellen voor de monitoren van de wachtlijsten en van het afzien van zorg. Wij vragen om een objectief en serieus onderzoek naar de gevolgen van de stapeling van maatregelen voor de maatschappelijke participatie en positie van mensen met psychische problemen.

Onbetwistbaar (gelijke) rechten op maatschappelijke participatie

Maatschappelijke participatie en een volwaardige positie in de samenleving staan centraal, ook voor mensen met psychische problemen. Dit houdt in dat enerzijds, kinderen en volwassenen met lichte psychische gezondheidsproblemen snel en adequaat passende alternatieve en lichte psychologische hulp en ondersteuning krijgen en anderzijds, kinderen en volwassenen met zware psychiatrische ziekten snel en adequate matched care krijgen. Het ministerie is eindverantwoordelijk voor de inrichting en sturing van een passend stelsel en voor bewaking van de toegankelijkheid en de kwaliteit.

Het LPGGz vraagt uw inzet bij de komende begrotingsbehandeling op de volgende concrete punten:

1. LPGGz maakt zich zorgen over de situatie van mensen met ernstige psychische gezondheidsproblemen in de langdurige zorg. Velen verkeren in een uitzichtloze positie omdat zij hun behandelaar te weinig zien en het ontbreekt aan zinvolle dagbesteding. De dagen zijn lang; toekomstperspectief ontbreekt; zij zitten a.h.w. in de wachtkamer van het leven. Te veel mensen zijn nog kansloos als het gaat over maatschappelijk participatie.
2. Zichtbare inspanning en financiële prikkels in het systeem om de herstelbenadering van ggz-cliënten centraal te zetten. Dit betekent een integrale visie op zorg en maatschappelijke participatie (en maatschappelijke steunsystemen). Daarbij moeten in de sturingsfilosofie van de landelijke overheid (financieel of d.m.v. sancties) verzekeraars en gemeenten gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen m.b.t. de consequenties van maatregelen AWBZ/overheveling Wmo.



Landelijk Platform GGz

LPGGz

3. Zichtbare en stevige inzet op versterking van de eerste lijn, zoals het verbeteren van diagnostiek en consultatie door huisartsen, betere inzet van laagdrempelige hulpverlening in de eerste lijn, ontmedicaliseren, stimulering van innovaties op het gebied van preventie, e-health en zelfmanagement gebaseerd op onderzoek naar de effectiviteit van deze toepassingen in zorgpaden en zorgprogramma's.
4. In plaats van het terugbrengen van 8 naar 5 zittingen eerstelijns psychologische zorg in het basispakket, een variant kiezen waarbij in een periode van twee jaar een maximum aantal zittingen vergoed wordt. Op die manier kunnen meer behandelingen tot einde goed komen en minder substitutie naar de tweedelijns zal plaatsvinden.
5. Zo snel mogelijk wegnemen van de huidige financiële schotten tussen Zorgverzekeringswet, AWBZ en Wmo voor zover die verdergaande extramuralisering en afbouw van het grote aantal bedden in de ggz momenteel in de weg staan.
6. Zo snel mogelijk aanpassen van de DBC- en ZZP-systematiek zodat er ook voor doelgroepen met een extreem hoge of afwijkende zorgzwaarte passende tarieven voor de zorg komen.
7. Behoud van de keuzemogelijkheid voor een persoonlijke zorgvergoeding en een PGB bij indicaties voor extramurale zorg minder dan 10 uur, als het langerdurende zorgvragen betreft. Zodat de mensen die met inzet van hun netwerk veel zorguren zelf voor hun rekening nemen, slechts een beperkt aanvullend beroep blijven doen op de duurdere AWBZ.
8. Transparantie over de cijfers van dwang en drang in ggz-instellingen en bewerkstelligen dat alle vrijheidbeperkende maatregelen (ook in de forensische jeugd-ggz) aan toetsing m.b.t. de rechtspositie van cliënten kunnen worden onderworpen.
9. Verdergaand ontwikkelen en invoeren van kwaliteitsmeting op vergelijkbare aspecten en het verbeteren van de transparantie over de kwaliteitsinformatie en de uitkomsten op Kies Beter, ook over wachttijden, herstel en dienstverlening.
10. Scheiden van wonen en zorg alleen als dat daadwerkelijk leidt tot meer keuzevrijheid van cliënten. Voorafgaand onderzoek naar en maatregelen ter voorkoming van negatieve financiële gevolgen voor de cliënten en zorgverschraling.
11. Handhaven van het wettelijk verankerd recht van de cliënt op dagbesteding en begeleiding bij overheveling van deze AWBZ-functies naar de Wmo.
12. De decentralisatie van jeugd-ggz naar de gemeenten opnieuw ter discussie stellen en het recht op zorg van goede kwaliteit voor kinderen waarborgen (incl. diagnostiek en indicatie). De jeugd-ggz en jeugd-lvg niet loskoppelen van de rest van de gezondheidszorg, maar versterken en de samenhang met andere terreinen van jeugdzorg verbeteren.
13. Versterken van de (financiële) positie van de cliënten-/ en familieorganisaties zodat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten gelijkwaardige partners in het zorgstelsel worden.
14. Maatregelen voor versterking van de cliëntondersteuning ggz en behoud van bestaande steunpunten, zodat ook op lokaal/regionaal niveau cliënten hulp krijgen bij alle veranderingen.

In de bijlage geven wij een toelichting op de hier genoemde punten en onze reactie op de voorgenomen maatregelen op diverse beleidsterreinen. Uiteraard zijn we van harte bereid om ook mondeling toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Marjan Ter Avest
directeur LPGGz



LPGGz

Landelijk Platform GGz

BIJLAGE Toelichting op de punten en de beleidsvoornemens

Uitgangspunten

De uitgangspunten van de rijksoverheid voor het beleid op het gebied van volksgezondheid, curatieve en langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning zijn kort samengevat als volgt. De overheid gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van burgers, wil hen optimaal in staat stellen zelf keuzes te maken en streeft naar goede en toegankelijke basiszorg en zorgzaamheid dicht bij huis.

Het LPGGz deelt de insteek dat de kracht van mensen en van de samenleving wordt benut, zodat mensen worden aangesproken op hun eigen mogelijkheden en zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven kunnen voeren. Daarmee kan deels voorkomen worden dat alledaagse vragen zorgvragen worden. Het gaat immers niet alleen om kwaliteit van zorg, maar om kwaliteit van leven. En dat veronderstelt dat mensen ook daadwerkelijk de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben om te kunnen (blijven) participeren in de samenleving.

Het LPGGz vindt echter de maatregelen die de rijksoverheid neemt om dit te stimuleren incompleet, te vrijblijvend en onvoldoende uitgewerkt.

- Incompleet, omdat er nauwelijks aandacht in het rijksbeleid is om de familie van cliënten en organisaties te versterken, noch om cliëntondersteuning te continueren. Terwijl door (eerdere) bezuinigingen een steeds groter deel van de zorg neerkomt op mantelzorgers en op het eigen netwerk en ondanks dat onderzoek laat zien dat dit slechts voor een beperkte periode mogelijk is, besteedt de rijksoverheid geen aandacht aan deze consequenties.*
- Te vrijblijvend, omdat de gemeenten weliswaar de plicht hebben om te zorgen dat iemand zo goed mogelijk kan deelnemen aan de maatschappij, maar de rijksoverheid geen incentives in het systeem inbouwt om in te grijpen wanneer de gemeente de gedecentraliseerde taken onvoldoende waar maakt.*
- Onvoldoende uitgewerkt. Een aantal majeure wijzigingen is tegelijkertijd in gang zijn gezet en de uitvoering daarvan is al op het bordje gelegd van gemeenten en uitvoerende instanties, nog voordat de wetgeving goed is voorbereid en nog voordat de mogelijke risico's en belemmeringen van de samenloop bij individuele zorggebruikers is onderzocht. De overheid geeft aan dat zij niet langer de eindverantwoordelijkheid neemt voor recht op zorg en bewaking van de kwaliteit van zorg.*

Financieel kader

In de begroting valt te lezen dat de zorgkosten jaarlijks zwaarder drukken op de collectieve uitgaven. De overheid ziet het als haar opgave is om de zorg toegankelijk te houden, de kwaliteit te verhogen en tegelijkertijd de zorguitgaven te beheersen.

Sturingsinformatie

Het LPGGz kan zich vinden in het streven dat de zorg ook in de toekomst bereikbaar blijft voor burgers die dat nodig hebben. Echter, de groei van de zorguitgaven wordt in belangrijke mate beïnvloedt door factoren die moeilijk te voorspellen zijn, gegeven het 'recht op zorg'. Daarnaast wordt de sector keer op keer achteraf geconfronteerd met de constatering dat de uitgaven hoger zijn geweest dan de raming. Dat vindt LPGGz onwenselijk.

Er moet o.i. een flinke verbetering worden gemaakt in de informatievoorziening, zodat op een eerder moment in de budgettaire cyclus zicht is op de verschillen tussen de raming en de feitelijke kosten. Dit punt staat al enige jaren op de overheidsagenda, maar heeft nog niet geleid tot het beschikbaar komen van betrouwbare cijfers over de zorguitgaven op een moment dat nog bijsturing mogelijk is.

BKZ, een willekeurige raming

Daarnaast roept de jaarlijks terugkerende discussie over de overschrijding van het macrokader bij LPGGz vraagtekens op over de betrouwbaarheid van de raming. De hoogte van het vastgestelde BKZ is ten principale een politieke beslissing en verantwoordelijkheid. Echter, het LPGGz constateert dat de overheid de gestelde budgettaire grenzen aan het zorgaanbod (en dus ook aan de zorgvraag) niet onderbouwt door



LPGGz

Landelijk Platform GGz

een analyse van de vraag of op een visie of koers die is gebaseerd op een afweging van de maatschappelijke kosten die gemoeid zijn met psychische ziekten.

Maatschappelijke kosten en baten

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 valt te lezen dat de meeste kwaliteit van leven in Nederland verloren gaat door angststoornissen, op de voet gevolgd door coronaire hartziekten en depressies en dat mensen met psychische stoornissen, zich minder vaak vitaal voelen en vaak ernstig beperkt zijn in hun sociaal functioneren. Daarnaast zijn zij door hun emotionele problemen minder in staat hun dagelijkse bezigheden uit te voeren. Dit brengt hoge maatschappelijke kosten met zich mee (door bijv. schooluitval, arbeidsverzuim etc.).

Deze verkenningen vragen o.i. eerder een diepgaande analyse van de maatschappelijke schadelast door de overheid, dan in de discussie te voortdurend te focussen op de uitgaven in de curatieve ggz.

Eigen bijdragen tweedelijns ggz

De rijksoverheid introduceert in de ggz een aantal eigen bijdragen:

- Van verzekerden van 18 jaar en ouder wordt eigen bijdrage gevraagd van € 100 of € 200 voor DBC's met een behandelingsduur van <100 min. resp. >100 min. (m.u.v. DBC's crisis en indirecte tijd). De verzekerde betaalt niet meer dan € 200 per jaar (exclusief de eigen bijdrage verblijf);
- Invoering van een nominale eigen bijdrage verblijf van circa € 145 per maand voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Patiënten die worden behandeld op grond van de BOPZ hoeven geen eigen bijdrage te betalen.

Het LPGGz vindt deze maatregelen onnodig stigmatiserend en discriminerend.

Bovendien is de verwachting reëel dat het effect van de invoering van de eigen bijdrage negatief blijkt te zijn als naast de eigen bijdrage ook de indirecte kosten van maatschappelijke uitval (ziektelast, productiviteit) worden meegenomen. LPGGz dringt er dan ook op aan dat het kabinet de tweedeling die in het systeem van de zorgverzekeringswet is ontstaan door de behandeling van somatische en psychische ziekten niet gelijk te belasten, recht zal zetten.

Efficiency en kwaliteit

De rijksoverheid wil goede zorg voor mensen nu en in de toekomst garanderen. Zowel in de curatieve zorg als in de langdurige zorg moet het beleid gericht zijn op maximale aandacht en kwaliteit voor de patiënt tegen een betaalbare premie door een zo efficiënt mogelijke organisatie van de zorg. Het is een ministeriële verantwoordelijkheid om de randvoorwaarden te scheppen om de kwaliteit, de toegankelijkheid, de veiligheid en de betaalbaarheid van de curatieve zorg te waarborgen.

Het LPGGz ziet zeker mogelijkheden om efficiënter en slimmer te werken in de zorg en om meer maatwerk te bieden. Echter, het accent ligt op volumebeheersing, maar er is nauwelijks oog voor de mogelijke risico's die dit met zich meebrengt. De aangekondigde budget- en tariefmaatregelen kunnen negatieve gevolgen hebben voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Zo zullen zorgaanbieders die specifieke zorgvragen behandelen, dat goed doen en voor veel cliënten de voorkeursaanbieder zijn, de 'rekening' van eventuele overschrijding hard terugkrijgen. En de zorgaanbieders die al grote efficiëncyslagen hebben gemaakt, kunnen alleen nog aan de kwaliteit van de zorg knabbelen of wachtlijsten instellen. De rijksoverheid geeft er geen blijk van dat zij wil weten welke consequenties haar beleid heeft.

Het LPGGz vindt het van belang dat de rijksoverheid goed laat onderzoeken welke gevolgen de budgetmaatregelen hebben op de wachtlijstontwikkeling en op de kwaliteit van zorg- en dienstverlening.

Curatieve zorg

De organisatie van de curatieve zorg moet klantvriendelijker en eenduidiger, maar moet ook minder gaan kosten. Het leidende principe is daarbij: dichtbij wat kan en verder weg waar nodig. Eenvoudige zorg (basiszorg) moet dicht bij de burger worden georganiseerd en complexere zorg moet bereikbaar zijn voor mensen die dat op dat moment nodig hebben. Tevens moet de (publieke) gezondheidszorg zich meer richten op het bevorderen van gezondheid; dus op tijdige signalering van (individuele en collectieve) gezondheidsrisico's, effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen. Uitgangspunt zijn behoeften en wensen van de mensen en niet de stelsels of sectoren die zorg leveren.



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Het LPGGz is voorstander van herkenbare, laagdrempelige voorzieningen in de buurt waar de verbinding wordt gelegd tussen preventie, curatieve zorg en maatschappelijke ondersteuning en van een doelmatige en effectieve publieke gezondheidszorg.

Echter, collectieve preventie op lokaal niveau dreigt naar beneden te schuiven op de gemeentelijke prioriteitenlijst gezien de beperkte financiële middelen in verhouding tot de grote hoeveelheid gemeentelijke kerntaken. Dit is zichtbaar in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, die gemeenten uitbrengen in het kader van de Wet publieke gezondheid.

Het LPGGz juicht het streven toe om de bekostiging van de eerstelijns zodanig in te richten dat meer mensen in de eerstelijns ggz behandeld kunnen worden in plaats van in de tweedelijns. Het is daarbij belangrijk om ervoor te zorgen dat binnen de eerstelijns en tussen de eerste en de tweedelijns goed wordt samengewerkt. Dit kan het ontstaan van zwaardere en langdurige psychische problematiek voorkomen, mits er aan een aantal voorwaarden is voldaan:

- In de ggz vindt diagnostiek nog veelal plaats in de tweedelijns. Adequate screening in de eerste lijn kan onnodige verwijzingen en onnodige behandelingen in de gespecialiseerde tweedelijnszorg deels voorkomen, als de huisartsen over voldoende expertise beschikken en/of deze snel betrekken bij andere eerstelijns zorgverleners (POH GGz, ELP etc.) dan wel snel de tweedelijns zorgverlener (psychiater/psychotherapeut) kunnen consulteren.*
- Wanneer de huisarts goed in staat is om snel adequate screening of diagnostiek te bewerkstelligen, kan in veel gevallen niet-medische hulp en ondersteuning een (tijdelijke) oplossing bieden, bijv. ter overbrugging. De huisarts moet daarvoor meer kennis hebben van alternatieve mogelijkheden en daarnaar verwijzen. Bijv. naar algemeen of jeugdmaatschappelijk werk, anonieme e-mental health programma's, lotgenotencontact(groepen), etc.*
- De korting op het budget van de huisartsen draagt o.i. niet bij aan de toegankelijkheid van de eerstelijns, niet aan het innoverend vermogen en ook niet aan goede screening van psychische problematiek. LPGGz pleit ervoor om de verkeerde prikkels in het systeem aan te pakken, zodat zorgverzekeraars gerichter inkoopbeleid ten aanzien van diagnostiek gaan voeren.*
- Bij taakherschikking zal optimaal gebruik gemaakt moeten worden van (nieuwe) beroepen, zoals de verpleegkundig specialist, om te voldoen aan de (toenemende) zorgvraag. In de ggz is het van belang om gebruik te kunnen maken van de mogelijkheid om laagdrempelig sociaal-psychiatisch verpleegkundigen in te zetten. Een nauwe samenwerking tussen huisarts, zorgverzekeraar en het gemeentelijk Wmo-loket is daar van belang (ook gezien de verzorgende, verpleegkundige en huishoudelijke ondersteuning).*
- E-health en zelfmanagementprogramma's kunnen bijdragen aan het versterken van de eigen regie doordat patiënten met een chronische aandoening thuis of op het werk op afstand worden gemonitord of begeleid. Er is echter nog niet veel bekend over de effectiviteit van deze toepassingen in zorgpaden en zorgprogramma's in relatie tot face-to-face behandelingen (en in combinatie daarmee). Voorsnog ontbreken adequate kwaliteitstandaarden voor e-health interventies. Gezien het toenemende belang van e-health is het zaak daarin te voorzien, o.a. met inbreng vanuit het cliënten- en familieperspectief.*
- De financiering van met name anonieme e-health in de ggz die momenteel een groot probleem is, zal adequaat geregeld moeten worden. Dit geldt met name voor de e-health service die geleverd wordt door cliënten-/familieorganisaties (mail, chat, informatie, advies, verwijzing, lotgenotencontact). De kosten zijn verwaarloosbaar in vergelijking met de opbrengsten.*
- Ook is het nodig om de positie van de patiënt te versterken, zodat deze in staat is om zijn rol als zorgconsument te vervullen. Mensen moeten een beroep kunnen doen op cliëntondersteuning, die laagdrempelig beschikbaar is.*

Stringent pakketbeheer en lage ziektelast

Door pakketbeheer beoogt de rijksoverheid een bijdrage te leveren aan de financiële houdbaarheid van de zorg. Zorg die niet bewezen effectief is, dient uit het verzekerde pakket van de Zvw te worden verwijderd en mag dan ook niet langer ten laste van de Zvw worden gebracht. Tegelijkertijd moet er ruimte zijn voor innovaties die van belang zijn voor de vernieuwing van de zorg en die bijdragen aan die houdbaarheid.



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Het LPGGz vindt de focus op het criterium 'bewezen effectieve zorg' niet alleen een achterhaald principe, maar ook belemmerend voor het streven naar innovatie en om die reden strijdig met het principe van matched care. Het leveren van wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van bijv. preventieve interventies is ethisch onverantwoord en daarom zelden aantoonbaar (want het vraagt dat aan een deel van de steekproef zorg wordt onthouden). Juist het streven van het kabinet om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te halen, gaat voorbij aan de maatschappelijke lasten en zal leiden tot hogere ziektekosten op termijn.

Andere criteria verdienen de voorkeur; bijv. -volgens het CVZ - zorg zoals de zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn die plegen te bieden of cliëntgestuurde initiatieven, die beter aansluiten omdat het interventies zijn vanuit cliëntervaring. Er is ook vanuit cliëntperspectief niets mis met doelmatig handelen, gepast gebruik en behoorlijk rechtmatigtoezicht, echter die mogen niet ten koste van kwaliteit gaan.

Voorts gebruikt de regering DSM IV, een instrument dat is bedoeld om in handen van professionals psychiatrische diagnoses te kunnen stellen, als instrument om willekeurig behandelingen te schrappen uit het basispakket van verzekerde zorg, zonder zich af te vragen of er in de zorgvraag of in de context redenen zijn om wel te behandelen en de behandeling te vergoeden.

De door het kabinet beoogde effecten worden in ieder geval niet bereikt door het aantal vergoede zittingen voor psychologische zorg in de eerstelijns te verlagen van acht naar vijf en de bijbehorende eigen bijdrage per zitting te verhogen van € 10 naar € 20. Het aantal onafgeronde behandelingen neemt daardoor toe. Wij betwijfelen dan ook dat er minder druk ontstaat op de tweede lijn.

Bovendien is een aantal zaken in de argumentatie en in de kosten-batenanalyse onduidelijk.

Is het te verwachten dat meeropbrengst van de verhoogde eigen bijdrage voor de psychologische zorg in de eerste lijn in de komende vier jaren opweegt tegen de meerkosten van de behandelingen die na het eerste jaar worden voortgezet, omdat ze niet in één jaar zijn afgerond.

Op welke wijze monitort de minister dit?

Rol van de zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars vervullen m.b.t. de zorginkoop ggz onvoldoende een sturende rol. Zij laten de kennis en ervaringsdeskundigheid vanuit cliënten-/familieperspectief nog onvoldoende zwaar wegen. Zo is bijv. geen verzekeraar te vinden die een bijdrage wil leveren aan het kopen van de crisiskaart. De crisiskaart is voor ggz-clienten een essentieel hulpmiddel om eigen regie te voeren. Dit beschouwt het LPGGz wel als een tamelijk beschamende aangelegenheid. Het lijkt erop dat deze partijen in de driehoek elkaar nog slecht kunnen vinden en verstaan. Wij verwachten dat de verzekerden een inhoudelijke bijdrage kunnen leveren aan de invulling van de zorginkoop en zijn van harte bereid hierin te investeren.

Een toekomstbestendige langdurige zorg

De overheid geeft aan dat er in de langdurige zorg gewerkt wordt aan een cultuurverandering door een structuurverandering. De zorgbehoefte van de cliënt zal, meer dan nu het geval is, centraal komen te staan. Uitgangspunt is dat cliënten de zorg ontvangen die zij nodig hebben. In een instelling als de zorgbehoefte daarom vraagt, thuis als dat kan. Het eindperspectief is een AWBZ van hoge kwaliteit voor de mensen met een langdurige vraag naar zorg. Ook moeten de meest kwetsbare mensen in onze samenleving op goede zorg kunnen blijven rekenen.

Het LPGGz staat achter het streven dat intramurale zorg niet zou moeten plaatsvinden als de behandeling ook in de thuissituatie kan plaatsvinden. Deze keuze moet echter worden gemaakt op basis van een assessment van de individuele problematiek en de sociale context. Dit veronderstelt wel dat de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid waarmaakt en de voorwaarden schept dat de zorg feitelijk wordt geboden en voor de cliënt betaalbaar is.

IGZ-toezicht

De overheid geeft aan dat het IGZ m.i.v. 2012 meer toezicht zal houden op de zorg voor kwetsbare groepen, met de nadruk op de zorg voor ouderen. De inspectie voert (pro-actief) meer inspecties uit en maakt gebruik van Mystery guests en zal papieren verantwoording terugdringen. De inspectie zal meer dan voorheen bovenop de zorguitvoering moeten zitten en krijgt vanaf 2013 de bevoegdheid om zorgaanbieders te verplichten bedrijfsonderdelen af te splitsen indien dat uit kwaliteitsoverwegingen noodzakelijk is.



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Het LPGGz is er voorstander van dat IGZ een actievere toezichthoudende rol neemt en goed toegankelijk is voor cliënten. Echter, de inspectie moet niet alleen bij de ouderenzorg meer individueel toezicht houden, ook voor de ggz is dat essentieel. Kijkend naar de invulling bij de wet verplichte ggz, is de rol van de inspectie daarin onderbelicht. Zeker wanneer het gaat over dwang, moet de inspectie makkelijk toegankelijk zijn en individuele signalen opvolgen en pro actief toezicht houden. Wat betreft melden van dwangmaatregelen, mist het LPGGz hierbij het verplicht stellen van registratie volgens Argus vereisten.

Patiëntveiligheid

Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat ze goede en veilige zorg krijgen en de zorg daarop kunnen beoordelen. Daarvoor is inzicht in de kwaliteit en veiligheid van zorgaanbieders noodzakelijk. Door het invoeren van veiligheidsprogramma's o.a. in ggz-instellingen is dit te verbeteren.

Het LPGGz betreurt het lage ambitieniveau van de rijksoverheid op dit gebied. VWS werkt momenteel aan minimumnormen voor de ggz. Vanuit het cliëntperspectief benadrukken wij ook hier pro-activiteit: kwaliteitsverbetering en streefnormen.

Gelijkwaardige relatie professional en cliënt

Cliënten krijgen recht op keuze-informatie, er komt een laagdrempelige en niet-vrijblijvende behandeling van klachten en geschillen waar burgers zonder hoge kosten hun recht kunnen halen en de medezeggenschap van bewoners van instellingen wordt verbeterd. Verder stelt de Wcz aanvullende eisen aan het bestuur en toezicht van zorginstellingen.

LPGGz vindt de Wcz een belangrijke wet om de rechtspositie van cliënten in zorginstellingen te versterken. Het is positief dat er m.b.t. cliëntenrechten een wettelijk kader wordt gerealiseerd. Het LPGGz wijst er wel op dat er onduidelijkheid zal ontstaan als de WGBO volledig naast de Wcz blijft bestaan. Het is niet helder bij wie iemand voor welke klacht over de kwaliteit van de zorg moet aankloppen: bij de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder. Daarmee lopen cliënten grote(r) kans om van het kastje naar de muur gestuurd te worden. Het LPGGz pleit voor meer duidelijkheid op dit punt.

Beginselenwet

De rijksoverheid wil met de Beginselenwet zorginstellingen de dialoog tussen zorgverlener en cliënt in de langdurige zorg centraal stellen en een wettelijke basis geven. Mensen die gebruik maken van de intramurale AWBZ hebben recht op bespreking, actualisering en evaluatie van hun zorgplan. In het zorgplan van bewoners van instellingen moeten over de wijze waarop de cliënt zijn leven wenst in te richten goede en afdwingbare afspraken worden gemaakt waar de cliënt de zorgaanbieder ook aan kan houden. Ook het zelfbeschikkingsrecht voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg moet goed gewaarborgd zijn. Bovendien krijgen mensen met deze wet het recht direct de IGZ in te schakelen als zij ernstige klachten hebben over hun persoonlijke verzorging of persoonlijke bejegening.

Het LPGGz wil graag benadrukken dat het bij de beginselenwet gaat om iedereen in de langdurige zorg en dus niet alleen om ouderen. Ook voor de ggz-cliënten gaat het om essentiële rechten; ook zij moeten in deze beginselenwet nadrukkelijk in worden meegenomen. Het persoonlijk zorgplan is nog niet overal gemeengoed.

AWBZ: betalen voor resultaat

Mensen moeten de zorg krijgen die bij hen past. De afgelopen jaren hebben zorgaanbieders een grote inzet gepleegd om een financiering in te voeren die gericht is op de individuele cliënt d.m.v. de ZZP's. Op dit moment staat in een ZZP beschreven welke soort en hoeveel zorg is geïndiceerd, maar dit zegt niets over of deze zorg ook zo wordt geleverd en wat het resultaat is. Bekostigen op resultaat stimuleert aanbieders om maatwerk en kwaliteit aan de cliënt te leveren, uitgaande van mogelijkheden in plaats van beperkingen. Daarmee is resultaatfinanciering een logische volgende stap op de ZZP's. Als onderdeel van de aanpassing van de AWBZ-financiering gaat het kabinet vanaf 2012 integrale tarieven voor de langdurige zorg hanteren.



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Het LPGGz wil erop wijzen dat er in de ontstaansgeschiedenis van de ZZP's voor is gekozen om deze te koppelen aan het geleverde zorgaanbod, zodat er niet altijd een verband is tussen werkelijke zorgvraag en ZZP. Dat leidt in toenemende mate tot problemen. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van méér grondslagen. Het leidt ook tot ongelijke behandeling van vrijwel gelijke groepen verzekerden.

Door de manier van onderhoud tot nu toe is de omvang van de ZZP's steeds minder gekoppeld aan de werkelijke zorgvraag; dat wreekt zich met name bij kinderen en jeugdigen. Het is uiteraard goed wanneer middelen beschikbaar zijn om de ZZP-tarieven op te hogen, maar daarmee blijft de ontstane scheve tarifiering bestaan.

Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars

De regering is voornemens om vanaf 1 januari 2013 zorgverzekeraars de AWBZ voor hun eigen verzekerden te laten uitvoeren. De cliënt krijgt daarmee de beschikking over één loket waar hij met elke zorgvraag terecht kan, of dat nu zorg is vanuit de Zorgverzekeringswet of zorg vanuit de AWBZ.

De beoogde positieve effecten zijn dat er een directe klantrelatie ontstaat tussen cliënt en zorgverzekeraar, dat de cliënt niet meer is gebonden aan het zorgkantoor in zijn regio en dat de zorgverzekeraar zich meer zal richten op de wensen van de individuele cliënt en diens zorgvraag. De overheid veronderstelt dat de zorgverzekeraars beter in staat zijn om de cliënt in de hele keten te volgen en de aansluiting tussen de langdurige zorg en de curatieve zorg beter te waarborgen.

Het LPGGz vindt dat de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars aan een aantal voorwaarden zal moeten voldoen om de beoogde positieve effecten te bereiken:

- *We pleiten voor een systeem waarin de zorginkoop berust op een inhoudelijke schets van 'meerwaarde voor cliënten', waarin werkbare inkoopbudgetten worden geraamd op basis van de (trends in de geïndiceerde zorgvragen); binnen dat budget moet voldoende ruimte zijn voor innovatie en zorg op maat.*
- *Robuuste onafhankelijke indicatiestelling is nodig: een landelijke uniforme systematiek voor 'assessment' van zorgbehoefte; die overigens deels door zorgaanbieders kan worden ingevuld (voor enkelvoudige en eenvoudige indicaties).*
- *Uitvoering van de pgb-regeling zoals die onder de AWBZ bestond, wordt voortgezet (waaronder informatie vooraf en ondersteuning, voorschotbetaling en inkoop door budgethouder, dus ook bij natuurlijke personen).*
- *Onafhankelijke informatie over aanbod en kwaliteit van langdurige zorg (o.a. klantwaarderingsonderzoek) waarbij landelijke cliëntenorganisaties een intermediaire rol hebben bij het verspreiden van informatie).*
- *Daarnaast blijven veel vragen nog onbeantwoord, zoals:*
 - *Hoe wordt bij overdracht naar verzekeraars gewaarborgd dat de overheid kan bijsturen indien noodzakelijk?*
 - *In hoeverre verschilt het representatiemodel waarmee zorgverzekeraars willen gaan werken van de huidige werkwijze van zorgkantoren en verdwijnen die fysiek? Oftewel: wegen de transitiekosten op tegen de huidige uitvoeringskosten?*
 - *Hoe worden in de nieuwe systematiek verbindingen gelegd in het geval van ketenzorg voor (groepen) individuele cliënten en de contractering van zorgaanbieders in deze ketens? Of hebben de zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de toekomst wel AWBZ en Zvw afzonderlijk in te kopen?*
- *Nu kennen cliënten(organisaties) nog wettelijke inspraak bij Raden van Advies bij zorgkantoren. Is die wettelijke inspraak geborgd in een nieuwe situatie waarin zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren?*
- *Als AWBZ wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars is er sprake van vergroten van de schaalgrootte. Een groot marktaandeel is in handen van enkele zorgverzekeraars. Dit schept afstand. Dit heeft bij diverse andere sectoren niet tot verbetering van kwaliteit geleid. Wat zijn de argumenten om te veronderstellen dat dit in de huidige situatie wel zal werken?*

Kwaliteitsinstituut voor de zorg

De overheid signaleert dat zorg soms onnodig wordt verleend, niet altijd gegeven door de juiste zorgverlener en dat die zorg van wisselende kwaliteit is. Cliënten hebben onvoldoende zicht op de kwaliteit van zorg omdat die te weinig transparant is en de inzichten van de verzorgers en verplegers zijn te weinig expliciet bij



Landelijk Platform GGz

LPGGz

kwaliteitsvraagstukken. Daarom zijn er professionele standaarden nodig die vanuit het perspectief van de patiënt beschrijven hoe een samenhangend zorgproces eruit behoort te zien; van preventie tot nazorg. Het Kwaliteitsinstituut zal vanaf 2012 de professionele standaarden coördineren en ingrijpen als standaarden niet op tijd klaar zijn of bruikbaar zijn. Het kwaliteitsinstituut neemt de functie van ZiZo over om partijen te faciliteren in de totstandkoming van publieke (keuze)informatie. Vervolgens zijn veldpartijen zelf verantwoordelijk om in overleg met elkaar afspraken te maken over het openbaar maken van kwaliteitsinformatie.

Graag wijst het LPGGz erop dat er momenteel wel veel kwaliteitsdata beschikbaar zijn over de ggz, maar geen betrouwbare kwaliteitsinformatie. Transparante en betrouwbare gegevens m.b.t. cliëntwaardering en m.b.t. behandelresultaten ontbreken. KiesBeter.nl levert geen andere informatie dan etalage-informatie. De uitdaging voor de ggz is nu om echt transparant te worden.

Alleen wanneer duidelijk is welke kwaliteit zorgaanbieders leveren, is het voor cliënten en verzekeraars mogelijk een goede keuze te maken. Ook de service en de bejegening door zorgaanbieders moeten inzichtelijk zijn. Voor het LPGGz is het nog maar de vraag of de informatie openbaar wordt en of aanbieders en inkopers meer aandacht zullen geven aan cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid als indicator, wanneer dit vrijblijvend aan veldpartijen wordt overgelaten.

Graag wijst het LPGGz erop dat er meerdere richtlijnen en zorgstandaarden m.b.t. de ggz zijn ontwikkeld en beschikbaar zijn. De implementatie ervan in de praktijk laat vooralsnog te wensen over. Daarop moet intensiever worden toegezien. Het kwaliteitsinstituut dient vervolgens over doorzettingsmacht te kunnen beschikken om hanteren van de richtlijnen en implementatie van zorgstandaarden te kunnen afdwingen.

In het kwaliteitsinstituut dient expertise vanuit het cliënten-/familieperspectief (ervaringskennis) naast wetenschappelijke en professionele kennis een evenwichtige plek te krijgen. Het cliënten-/familieperspectief dient op alle niveaus van het instituut in alle gremia evenwichtig vertegenwoordigd te zijn.

Vereenvoudiging indicatiestelling

De huidige wijze van indicatiestelling voor AWBZ-zorg gaat gepaard met te veel administratieve lasten. Het CIZ heeft de afgelopen jaren gewerkt aan een vereenvoudiging van de indicatiestelling, onder andere: Sinds april 2011 blijft de indicatie voor mensen met een stabiele en langdurige zorgvraag niet vijf, maar vijftien jaar geldig. Vanaf 1 oktober 2011 kunnen zorgaanbieders voor mensen boven de tachtig jaar die voor verblijf in aanmerking komen, volstaan met een melding bij het CIZ. Maar verdere stappen zijn nodig.

Het LPGGz is voorstander van indicatiestelling die cliënten zo min mogelijk belast. Bij standaardisering moet zorgvuldigheid voorop staan en blijft een rol weggelegd voor het CIZ die vanuit haar eindverantwoordelijkheid steekproefsgewijze controleert. Ook juicht het LPGGz de ontwikkeling van kwaliteitscriteria voor indicatiestelling door CIZ toe. Ook in de 'gewone' indicatieroutine voor volwassen cliënten, komt het helaas nog voor dat (her)indicatiestelling plaatsvindt, zonder dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger/ouders erbij betrokken zijn. Voor het LPGGz is het daarnaast van belang dat ook de oudere de cliënten zoveel mogelijk de eigen regie kunnen behouden bij de invulling van de zorg.

Extra personeel en opleiding

Instellingen krijgen meer financiële armsgang om medewerkers die al in de intramurale zorg werken op te leiden of extra medewerkers op te leiden en aan te nemen.

Het LPGGz verwacht dat dit voor bepaalde sectoren daadwerkelijk leidt tot 'meer handen aan het bed'. Tegelijkertijd constateren wij dat in de ggz-instellingen die met een forse financiële inkrimping worden geconfronteerd, deze extra middelen een 'druppel op een gloeiende plaat' zijn. LPGGz vraagt de regering dringend om aan te geven hoe zij de kwaliteit van zorg hier gaat volgen en bewaken.

Wettelijke verankering persoonsgebonden budget (pgb)

De overheid vindt het pgb een waardevol instrument voor personen met een levenslange zorgvraag. Het recht op een pgb wordt per 1 januari 2014 wettelijk vastgelegd. Het pgb en zorg in natura worden dan gelijkwaardige alternatieven en beide budgetten worden samengevoegd.



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Daarentegen, komen vanaf 2012 alleen mensen die recht hebben op een verblijf in een zorginstelling, nog in aanmerking voor een pgb en is een 10-uursgrens ingesteld om in aanmerking te komen voor de persoonlijke vergoedingsregeling voor extramurale zorg. De huidige budgethouders behouden hun pgb tot uiterlijk 1 januari 2014.

Het LPGGz ziet in deze maatregelen van het kabinet zeker geen impuls om het zorgaanbod meer te richten op de specifieke wensen en behoeften van de cliënt. De verwachting is zeker niet reëel dat er voor iedereen met een extramurale indicatie, passende naturazorg beschikbaar zal zijn of komen in 2012. Eenvoudigweg omdat die op dit moment niet meer binnen de contracteerruimte kan worden aangevuld. En hoewel zorgkantoren vanaf 2012 ook rechtstreeks zelfstandigen zonder personeel mogen contracteren, lijkt dat nog niet veel te gebeuren.

Daarnaast vindt LPGGz het niet wenselijk dat zorgkantoren/zorgverzekeraars moeten gaan besluiten of iemand wel of niet toegelaten wordt tot de persoonlijke zorgregeling. Het is ook praktisch onmogelijk. Er zijn nog geen criteria en die zijn ook lastig te objectiveren.

Het gevolg zal zijn dat een deel van de bestaande pgb-aanbieders hierdoor in hun voortbestaan wordt bedreigd en daarmee komt de continuïteit van zorg aan de huidige cliënten in gevaar, terwijl zij juist de garantie hadden dat er voor hen in 2012 niets zou veranderen. Het LPGGz vraagt dan ook om deze maatregelen op te schorten.

Het scheiden van wonen en zorg

De rijksoverheid gaat wonen en zorg van elkaar scheiden; de AWBZ gaat dan alleen nog over zorg. De verwachting is dat bewoners van instellingen daardoor meer keuzevrijheid krijgen en dat zorginstellingen zullen zich beter richten op de woonwensen van cliënten. Hiervoor worden stapsgewijs maatregelen genomen. Cliënten betalen uiteindelijk zelf de kosten voor wonen. Ter compensatie van deze kosten verlaagt het kabinet de eigen bijdragen. Ook komen cliënten in aanmerking voor huurtoeslag als hun inkomenspositie hier aanleiding toe geeft. Het streven is om per 1 januari 2014 te starten met het scheiden van wonen en zorg voor mensen met een lichte zorgvraag.

Het LPGGz is alleen voorstander van het scheiden van wonen en zorg als dat daadwerkelijk leidt tot meer keuzevrijheid van cliënten. De krapte op de huidige woningmarkt geeft geen aanleiding om dit hoopvol tegemoet te zien. Wij roepen u dan ook op om daartoe de nodige voorwaarden te scheppen. Scheiden wonen en zorg mag niet leiden tot negatieve financiële gevolgen voor de cliënt of tot zorgverschraling. Wij vragen u om deze risico's goed af te dekken in het verder voorbereidingstraject.

Decentralisatie begeleiding

In de AWBZ maken 130.000 mensen gebruik van een pgb, daarvan hebben 96.000 de indicatie 'begeleiding'. Het gaat om cliënten met matige en ernstige zorgvragen. Deze cliënten vallen straks met hun begeleidingsvraag onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en kunnen dan een beroep doen op de Wmo.

Het LPGGz heeft grote zorgen over deze decentralisatie. Wij vrezen dat door een combinatie van bezuinigingsdruk en gebrek aan kennis bij gemeenten van specifieke doelgroepen, de kwetsbare cliënten hun individuele begeleiding zullen kwijtraken, met verwijzing naar eigen kracht, eigen netwerk of collectieve voorzieningen. Bij gebrek aan professionele (individuele) begeleiding dreigen veel cliënten buiten de boot te vallen.

In de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ is aangegeven dat het risico's met zich meebrengt wanneer aan mensen met matige en ernstige beperkingen geen professionele frequente begeleiding wordt geboden. In veel gevallen zal het nodig zijn de bestaande, professionele vaak individuele begeleiding voort te zetten, omdat personen anders hun zelfredzaamheid verliezen en verkommeren of verloederen of veiligheidsrisico's ontstaan. Wij vrezen dat gemeenten door de bezuinigingsdruk te snel zullen overgaan op niet-professionele hulp of op collectieve voorzieningen waar individuele voorzieningen nodig zijn.

Onder meer uit de Wmo-evaluatie van het SCP en de inventarisatie van HHM blijkt dat gemeenten zelf en gemeentelijke loketten de (o)ggz-doelgroep nog altijd slecht bereiken.

Wij vragen u bij de staatssecretaris aan te dringen op: extra aandacht voor kennisontwikkeling bij gemeenten en monitoren van resultaten op cliëntniveau ten aanzien van de doelgroep ggz en oggz. Tevens vragen wij



Landelijk Platform GGz

LPGGz

meer sturing op regionale samenwerking en op regionaal (inkoop)beleid, ook in samenwerking met zorgverzekeraars.

ZZP 1 en 2 en decentralisatie

Voorts constateert LPGGz dat er nog grote onduidelijkheden zijn rond de decentralisatie begeleiding met name voor de groep cliënten die nu nog een ZZP ontvangen, maar die bij het scheiden van wonen en zorg wellicht voor hun begeleiding ook afhankelijk worden van gemeenten. Wanneer ook deze groep cliënten straks onder de Wmo moet vallen, dan is de transitie begeleiding een nog grotere en complexere operatie dan gedacht. Om hoeveel cliënten gaat het? Hoe ziet het overgangstraject eruit? Hoe worden gemeenten hierover geïnformeerd?

Een transitiedatum van 1 januari 2013 voor nieuwe cliënten en 1 januari 2014 voor bestaande cliënten lijkt ons gezien bovenstaande onverantwoord. Wij pleiten voor een zorgvuldiger traject van drie tot vijf jaar.

Jeugdstelsel

De overheid wil de zorg voor jeugd laagdrempeliger, integraler en efficiënter maken. Door decentralisatie naar gemeenten komen budgetten voor de zorg die nu nog onder het Rijk, de provincies, de AWBZ en de Zvw vallen, in één hand. Daardoor ontstaan in de uitvoering meer mogelijkheden voor preventie, integrale ondersteuning en afstemming met school en werk. Uitgangspunten zijn dat de gewone opvoeding, de eigen kracht en autonomie van jongeren en hun ouders wordt versterkt. De beoogde doelen zijn ondermeer dat het beroep op gespecialiseerde zorg afneemt en dat jeugd met zware en complexe problematiek voldoende wordt geholpen.

Het LPGGz vindt het alleszins wenselijk dat kwalitatief goede zorg in de nabijheid van kind en gezin kan worden geboden, dat preventie adequaat is en dat samenwerking tussen instellingen en voorzieningen verbetert ten behoeve van integraliteit en coördinatie van het aanbod van zorg in de individuele situatie.

Echter, o.i. zijn die beoogde doelen niet 'automatisch' beter geregeld door de verantwoordelijkheden en de financiering in handen van één partij te leggen. Zeker niet voor kinderen en jeugdigen met neurologische ziekten of afwijkingen, psychologische en/of psychiatrische stoornissen. Daarvoor in o.i. meer nodig. Vanuit onze optiek zijn er incentives en bestuurlijke afspraken nodig waardoor de rijksoverheid garandeert dat het recht op zorg wordt nageleefd en het toezicht op de kwaliteit van de zorg wordt nagekomen.

Wij zien hier enorme risico's, niet alleen vanwege de geringe financiële middelen die de gemeenten ter beschikking krijgen, maar ook gezien schaalgrootte waarop aanbod en expertise zijn georganiseerd.

Wij vragen dan ook om van deze decentralisatie af te zien en eerst een 'droge evaluatie' uit te voeren, waarmee in kaart wordt gebracht wat de consequenties zijn van de beoogde stelselwijziging, voor kinderen en jeugdigen met psychiatrische problemen, zoals momenteel gediagnosticeerd volgens de DSM IV.

Omdat het onderdeel van de rijksbegroting dat betrekking heeft op de decentralisatie van jeugdzorg, zal worden besproken in de Commissie Jeugd, zullen wij een separate brief aan hen sturen.

Cliëntondersteuning

De Tweede Kamer heeft uitgesproken dat de overheveling van de MEE-middelen naar gemeenten pas mag plaatsvinden na de transitie begeleiding en jeugdzorg. Op deze wijze blijven continuïteit en kwaliteit van de cliëntondersteuning voor doelgroepen van de MEE tijdens de overgangsfase gegarandeerd.

Het LPGGz vraagt zich af hoe de cliëntondersteuning voor doelgroepen die niet door MEE bediend worden, zoals cliënten ggz, tijdens de transitiefase gewaarborgd wordt. Voor hen is nog geen politieke oplossing. En ook zij hebben juist de komende jaren goede cliëntondersteuning hard nodig.

Het LPGGz pleit in afwachting van de overheveling van de MEE-middelen naar gemeente voor:

- *Middelen en maatregelen voor versterking cliëntondersteuning ggz en behoud van bestaande steunpunten, in ieder geval tijdens de komende transitieperiode.*
- *Versterking en meer verplichtend karakter van samenwerking MEE, gemeenten en steunpunten ggz.*
- *Volledige betrokkenheid van cliëntenorganisaties en steunpunten ggz bij verdere verkenningen en uitwerkingen n.a.v. de visiebrief cliëntondersteuning van de staatssecretaris.*



LPGGz

Landelijk Platform GGz

De cliëntondersteuning ggz staat op aanzienlijke achterstand. Voor deze cliëntondersteuning is bij de start van de Wmo € 6 miljoen (vgl. €180 miljoen euro voor MEE!) overgeheveld naar het Gemeentefonds. Gemeenten hebben de cliëntondersteuning (o)ggz in het algemeen slecht opgepakt. Uit onderzoek van het LPGGz in 2010 blijkt dat er veel witte vlekken in Nederland zijn. Diverse steunpunten ggz zijn in de afgelopen jaren noodgedwongen gestopt. Elders verkeren steunpunten in een onzekere positie als gevolg van versnipperde en kortdurende subsidies.

Patiënten- en gehandicaptenorganisaties

Voor onze reactie op de bezuinigingen die zijn doorgevoerd naar aanleiding van het beleidskader subsidiëring PG-organisaties, wordt gezamenlijk met andere koepels een separate brief gestuurd.

Tot slot zijn vanuit de landelijke cliëntenorganisaties en mede door LPGGz twee brieven aan u gestuurd met vragen en reactie op curatieve en langdurige zorg, die door LPGGz.