

Visie op het zorgstelsel en de ggz Inbreng contourennota VWS

Inhoud

Inleiding

1. Algemeen probleem en uitgangspunten
2. Knelpunten en oplossingen
 - 2.1 Knelpunten
 - 2.2 Oplossingsrichting: omslag maken binnen het stelsel
 - 2.2.1 Anders denken
 - 2.2.2 Anders werken
 - 2.2.1 Anders regelen
3. Samenhang regionaal niveau met lokaal en nationaal niveau
4. Tot slot: de belangen van de cliënten en de rol van de cliëntenorganisatie

Bijlagen

Inleiding

Deze notitie is mede de uitkomst van consultaties met mensen uit de achterban van MIND. Een eerdere versie en bijlagen zijn voorgelegd aan leden van de expertcommissies en kerngroepen. In eerste instantie is dat gebeurd via het online platform Synmind (schriftelijk) en ook per email is gereageerd. Vervolgens is op basis van de hoofdpunten uit de feedback een online videomeeting georganiseerd waar verder is gesproken met de genoemde leden. Aan de online videomeeting namen ca. 20 personen deel.

Deze notitie geeft de richting en de kaders aan voor de uiteindelijke bijdrage van MIND aan de 'contourennota' die het Kabinet voorbereidt. Het gaat hier om een visie op het (toekomstig) zorgstelsel. Dat is de kern van de vraag die VWS ook aan MIND heeft voorgelegd (zie verder). Onze bijdrage moet begin juni zijn ingebracht bij het ministerie van VWS. De notitie geeft vanuit cliënten- en familieperspectief een aantal hoofdrichtingen aan.

De notitie dient ook als de input van MIND op de visie op de ggz die staatssecretaris Blokhuis in het najaar naar de Kamer wil sturen. Hier gaat het om de invulling van het 'zorglandschap'. Over de uitwerking is al wel gesproken in de consultatie; deze uitwerking wordt in de loop van de zomer ter hand genomen. Deze twee visies dienen ook als input van MIND voor de verkiezingsprogramma's en het subsidiekader voor de cliëntenorganisaties.

Vooraf

Definitie zorg en gezondheidszorg

Als we spreken over zorg wordt bedoeld: gezondheidszorg. Het doel van de gezondheidszorg is zorgen voor gezondheid: het vermogen aan te passen en regie te voeren in het licht van de omstandigheden van het leven). Gezondheid is geen doel maar een middel om een zinvol en volwaardig leven te leiden. Iemand kan deelnemen naar vermogen en/of in geval van ziekte: ik kan (weer) verder met mijn leven. Gezondheid kent zes domeinen: lichamelijke functies, mentaal wel bevinden, sociale participatie, spirituele dimensie, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven.

Inclusief Verslavingszorg

Daar waar in deze notitie 'zorg' of 'ggz' wordt gebruikt is dit inclusief de zorg voor mensen met verslavingsproblemen en hun naasten. In de uitwerking 'zorglandschap' zal worden ingegaan op specifieke aspecten van de verslavingszorg.

Patient-journeys

De mens en zijn/haar leefwereld zijn uiteindelijk de leidraad, maar ieder mens is uniek en heeft zijn of haar eigen behoeften en eventueel ondersteuning en zorg nodig. Om lijn te brengen in deze behoeften zijn vier zogenoemde patient-journeys opgesteld, gebaseerd op verschillende mensen en situaties. De uitgebreide beschrijvingen zijn opgenomen als bijlage.

Deze beschrijvingen zullen worden betrokken bij het schetsen van het 'zorglandschap'.

1 Algemeen probleem en uitgangspunten

De output van het stelsel is onvoldoende

In het algemeen is de output van het stelsel onvoldoende. Er gaat zeker veel goed en er zijn veel goede praktijken en initiatieven, ook vanuit cliënten en naasten, maar het stelsel als zodanig schiet tekort.

Dat het stelsel niet goed presteert blijkt op allerlei manieren. Er is om te beginnen onvoldoende transparantie over de kwaliteit van de aanbieders van zorg en de effecten van een behandeling. De nadruk ligt op lichte problematiek maar veel complexe zorgvragen vallen tussen wal en schip. Het zorgaanbod sluit niet aan op de vraag; de behoefte van cliënt en naasten is onvoldoende leidend. De kwaliteit van zorg is bovendien ondergeschikt gemaakt aan rechtmatigheid. We zien onvoldoende samenwerking binnen de zorg zelf en te weinig afstemming met de ondersteuning in het sociale domein waardoor een sluitende aanpak ontbreekt. Dit belemmert de kwaliteit van zorg en ondersteuning. Een belangrijke oorzaak hiervan is in onze ogen het ontbreken van een integrale financiering zodat aanbieders beter in keten kunnen samenwerken.

MIND wil dat zorg en andere ondersteuning georganiseerd zijn rond de cliënt, maar het gaat om meer dan zorg. Het gaat om 'heel de mens' en dus ook om ondersteuning op andere aspecten van het leven. Dat betekent ook dat bij de discussie over een toekomstig stelsel goed moet worden gekeken naar de 'buitenwereld' waarin mensen leven. Het zorgstelsel is hier een onderdeel van, maar het zorgdomein en het sociale domein horen met elkaar in verbinding te staan, evenals met andere domeinen, zoals arbeid en inkomen.

Uitgangspunten

Het stelsel hoeft naar onze mening niet in zijn geheel op de schop, maar een aantal zaken zou grondig veranderd moeten worden en er moeten nieuwe elementen aan worden toegevoegd. Het stelsel zou zo georganiseerd moeten worden (aangepast) dat het veerkracht en vitaliteit van burgers stimuleert. Zodat de burger en diens naasten (weer) in staat zijn tot zelfredzaamheid en zelfmanagement, goed kunnen omgaan met gezondheidsproblemen en volwaardig kunnen deelnemen aan het maatschappelijke leven. Vanzelfsprekend speelt bekostiging, als onderdeel van het stelsel, hierbij een voorwaardenscheppende rol.

MIND wil dat mensen (en hun naasten) de juiste hulp op het juiste moment krijgen: uitgevoerd door de juiste professional, met behoud van continuïteit van zorg, gebaseerd op professionele standaarden en afgestemd op de waarden en de behoeften van de mensen waar het om gaat. Deze hulp is dus herstelgericht en burger-gestuurd. En gedreven door de kernwaarden autonomie, compassie en respect.

De manier waarop deze kwaliteit van zorg wordt ingevuld en uitgewerkt voor de praktijk is aan de orde geweest in de consultatie en wordt in een vervolgnote beschreven als input voor de nota 'zorglandschap' die staatssecretaris Blokhuis in het najaar naar de Kamer wil sturen.

2 Knelpunten en oplossingen

Naar aanleiding van de feedback uit de consultatierondes zijn de knelpunten en oplossingsrichtingen samengevoegd.

2.1. Knelpunten

De huidige geestelijke gezondheidszorg (ggz) heeft een aantal uiteenlopende knelpunten die leiden tot problemen in de dagelijkse praktijk. Om te beginnen zijn er knelpunten met betrekking tot:

1. Toegankelijkheid
2. Uitvoerbaarheid
3. Betaalbaarheid
4. Beheersbaarheid

Ad 1. Meest in het oog springt op dit moment de toegankelijkheid met als probleem veel en veel te lange wachtlijsten. Dit probleem verhindert dat tienduizenden mensen met ernstige psychische problemen de juiste hulp op het juiste moment krijgen. Verder vormt het eigen risico in de ZvW voor veel mensen een drempel om de (noodzakelijke) specialistische zorg te vragen.

Ad 2. Ook bij de uitvoering constateren we problemen: de instroom van patiënten is te groot, er zijn onvoldoende (gespecialiseerde) professionals, er is onvoldoende verbinding tussen formele - informele zorg en er is een gebrek aan continuïteit van zorg(verleners). Mensen krijgen dus niet altijd zorg die wordt uitgevoerd door de juiste professional.

De vraag is daarmee: hoe wordt de juiste zorg op juiste plek geboden, hoe kunnen we de schaarse beschikbare competenties van de hulpverleners optimaal inzetten voor de zorgvragen van de burgers en hoe wordt er zinnige en zuinige zorg geboden?

Ad 3. De schotten tussen de financieringsstromen op lokaal niveau belemmeren een goede integrale bekostiging. Met als gevolg dat burgers niet goed kunnen worden geholpen en geen maatwerk krijgen. De betaalbaarheid en huidige financiering leidt tot budgettaire kaders en plafonds bij de zorgaanbieders en daarmee onder meer tot problemen rond toegankelijkheid en kwaliteit.

Ondertussen zien we een onderbesteding in de ggz terwijl er tekorten zijn in het sociaal domein. We constateren dat knelpunten vaak worden opgevangen door incidentele oplossingen: extra geld voor acute ggz, voor beveiligde zorg en straks misschien voor hoog complexe zorg. Hete systeem leidt bovendien tot perverse prikkels voor zorgaanbieders: complexe zorgvragen zijn (financieel) minder aantrekkelijk om in behandeling te nemen en investeren in preventie loont niet. De betaalbaarheid van de zorg heeft bovendien te maken met de enorme -dubbele- vergrijzing van de bevolking, ook in de komende decennia.

Ad 4. De afgelopen jaren is door partijen fors geïnvesteerd in de beheersbaarheid van het stelsel. Maar hoe gaan we om met de toenemende bureaucratie en regeldruk? Met andere woorden, hoe komt er goed evenwicht tussen de noodzakelijke zaken vastleggen en een administratieve overkill? En kunnen we de regels voor de burgers duidelijker en eenvoudiger maken?

2.2 Oplossingsrichting: omslag maken binnen het stelsel

MIND constateert een lappendeken van knelpunten en wil deze met een samenhangende oplossing 'te lijf' gaan. Dat vraagt ons inziens niet om een geheel nieuw stelsel. We moeten binnen het (of: een) stelsel een omslag maken ten aanzien van de toegankelijkheid, de uitvoerbaarheid, financiering en betaalbaarheid en de beheersbaarheid. Die omslag bestaat uit anders denken, anders werken en anders regelen. Dit is ons antwoord op de vragen van VWS.

2.2.1 Anders denken

Om te beginnen moeten we -binnen de context van 'de buitenwereld'- gaan denken vanuit gezondheidszorg (zorgen dat mensen gezond blijven) in plaats van uit ziekenzorg (zorgen dat zieke mensen weer beter worden). Dit vraagt onder meer om inzet op preventie en het bevorderen van gezond gedrag.

Om mensen gezond te houden is het nodig naar 'de totale mens' in zijn of haar omgeving te kijken. Er is meer focus nodig op activeren en participeren met daarbij het stimuleren van inclusie en cohesie in de samenleving. Er zal meer aandacht moeten komen voor volksgezondheid, de ziektelast en de gezondheidswinst op het niveau van de bevolking. Kiezen voor deze manier van denken resulteert in een andere manier van regelen (zie verder).

2.2.2 Anders werken

Anders werken stelt de cliënt met zijn/haar behoeften centraal in plaats van de aandoening/bepanking. Anders werken betekent integraal werken over schotten heen, vanuit het beginsel van een (lokaal) netwerk rondom de cliënt waarin hulpverleners en anderen *aanschuiven* en *deelnemen* in plaats van verwijzen en overnemen. Hoe zit dat er dan uit?

Burgers gaan (weer) zo gezond mogelijk door het leven en doen mee naar vermogen. Er is zorg en ondersteuning op maat (*wrap-around care*) door een zorgnetwerk rond de cliënt. Het gaat hier zowel om formele als informele netwerken. Op basis van de behoeften wordt een integraal aanbod gedaan. Dat kan zorg zijn en/of andere ondersteuning. Zo maken we laagdrempelige lokale zorg toegankelijk. De zorgaanbieders en ondersteuners in dit zorgnetwerk werken op basis van het principe van aanschuiven en 'warm' overdragen in plaats van verwijzen en 'verantwoordelijkheid afschuiven'. De hulpverleners werken als een schil om de cliënt met elkaar en met de naasten samen. In de schil zitten bijvoorbeeld maatschappelijk werk, wijkverpleegkundige, huisarts/POH-GGZ, maar ook ervaringsdeskundigen waar nodig. In de schil kunnen ook specialisten aanschuiven en deelnemen zodat ze direct hun bijdrage kunnen leveren in plaats van verwijzen en overnemen. Zij maken dan ook deel uit van deze netwerkzorg rond de client. In dit netwerk is er iemand die betrokken blijft bij degene waarom het gaat. Noem het een casemanager.¹

In de wijk is een zorgcentrum of ander steunpunt waar mensen kunnen binnenlopen en in de wijk werken integrale teams die integraal worden bekostigd. In de feedback is ook het idee van mobiele teams geopperd die 'naar de mensen toe gaan'.

Een specifiek probleem -ook genoemd als feedback- is dat huisarts (te) druk is en de praktijk (te) groot. Daarom schuift de huisarts zorgvragen af en door naar anderen. Dat is onwenselijk, de huisarts moet doorverwijzen maar er ook bij blijven. Dat zou betekenen dat de praktijken van de huisartsen kleiner moeten worden en de tarieven hierop worden aangepast.

¹ Een initiatief in de goede richting is Psynet, een project uitgevoerd door UMC Utrecht en dat werkt in de regio Utrecht.

Idee voor structurele facilitering lotgenotencontact: Duitse model van Kontaktstellen.

Op lokaal niveau is er ruimte voor preventie, buurt- en bemoeizorg, herstel- en zelfregiecentra, peer support, inloopsteunpunten voor en door jongeren, respijtzorg en Bed op Recept. Een goed voorbeeld zijn de “Kontaktstellen” in Duitsland.

Dertig jaar geleden heeft Duitsland een bewuste politieke en maatschappelijke keuze gemaakt om de ondersteuning van lotgenotencontact officieel als derde pijler van de informele zorg te benoemen. Daarmee wordt bevestigd dat wat lotgenoten voor elkaar kunnen betekenen even waardevol is als de ondersteuning van mantelzorg of vrijwilligerszorg. Met de Förderungswet van 1993 zijn daarna Rijk, zorgverzekeraar en lokale overheid samen verantwoordelijk gemaakt voor de financiële ondersteuning van zelfhulp.

Inmiddels kent Duitsland ruim 100.000 zelfhulpgroepen voor uiteenlopende onderwerpen. Deze groepen zijn gemakkelijk en dichtbij huis te vinden in regionale netwerken rondom centrumgemeenten, de zogenoemde Kontaktstellen. In deze Kontaktstellen worden groepen gefaciliteerd met ruimte, beheer, gemeenschappelijke ondersteuning, PR en een lichte coördinatie. De groepen zelf zijn autonoom, vaak verbonden aan een patiëntenvereniging en krijgen hier ook hun inhoudelijke voeding vandaan. Overigens, is de inbreng van ervaringskennis in Duitsland weer beperkt of niet aanwezig.

Per deelstaat is er een koepelorganisatie en de landelijke coördinatie en expertise gebeurt door twee landelijke zelfhulpinstellingen (NAKOS en BAG).

In de (positieve) feedback is opgemerkt dat voor de Nederlandse situatie zou moeten worden nagegaan hoe ervaringsdeskundigheid, maar ook herstelcentra en zelfregie academies kunnen worden benut c.q. aangehaakt. Het gaat er immers niet alleen om dat het gebeurt waar burgers wonen, maar ook dat vanuit eigen kracht wordt gewerkt. En tot slot, het gaat om een structurele aanpak met structurele financiering.

Opmerking: Dit idee is uitgewerkt in een separate notitie. Deze is als bijlage toegevoegd.

Ook wordt dit onderdeel verder uitgewerkt t.b.v. input voor het ‘zorglandschap’ van staatssecretaris Blokhuis.

2.2.3 Anders regelen

Anders regelen (of sturen) betekent dat er zaken binnen het stelsel veranderd moeten worden. De volgende zaken kunnen een onderdeel van de oplossing zijn: accreditatiestelsel voor zorgaanbieders (zie bijlage), integrale bekostiging en een stevige regiostructuur.

Oplossingsrichtingen:

Accreditatiestelsel voor zorgaanbieders

Een belangrijke lacune voor MIND is het gebrek aan transparantie als het gaat om de kwaliteit van de zorg en de zorgaanbieders. Dat heeft tot gevolg dat zorg kiezen en inkopen op kwaliteit niet mogelijk is. Niet voor de cliënt en niet voor de zorgverzekeraar. Opmerking: als het gaat over marktwerking en kwaliteit van zorg gaat het ons om drie dingen: de aanpassing van de toelating tot de markt; de aanpassing van de inkoopmarkt; meer transparantie over kwaliteit.

Voor de cliënt is inzicht in kwaliteit van de prestaties van de zorgaanbieders cruciaal. Dat inzicht in kwaliteit en kwaliteitsverschil is nu niet beschikbaar. Dat betekent dat burgers - de markt- niet

kunnen kiezen op kwaliteit. MIND wil dat dit inzicht beschikbaar komt. Een model van accreditatie kan een oplossing voor zijn.

Wij stellen voor dat, net als in het hoger onderwijs, aanbieders door middel van accreditatie worden toegelaten tot de markt. Bij accreditatie wordt de kwaliteit aan de poort vastgesteld en de kwaliteitscriteria zijn democratisch bepaald. Iedereen die is toegelaten tot de markt kan vervolgens de concurrentie aangaan op kwaliteit, cliëntvriendelijkheid, etc. De toegelaten aanbieders vallen onder toezicht van de Inspectie. De financiering van de zorgaanbieders kan dan plaatsvinden op basis van productie en prestatie.

De accreditatie zou dan, net als in het hoger onderwijs, gebeuren door een onafhankelijk accreditatie-orgaan en op basis van de PDCA-cyclus, waarbij de implementatie van de zorgstandaarden een aspect zal vormen. De achtergrond hiervan is dat een aanbieder leert en blijft verbeteren. Dit vinden we iets wat in de ggz in hoge mate ontbreekt: een lerende cultuur.

Voor de rol van de zorgverzekeraar betekent dit dat de inkoopfunctie op kwaliteit kan verdwijnen en dat het accent verschuift naar een uitvoeringsorganisatie die zorgt voor voldoende aanbod en capaciteit om de zorgvraag te (laten) bedienen.

Voor alle duidelijkheid: het gevolg van het accreditatiestelsel is dat cliënten vrij voor een zorgaanbieder kunnen kiezen (dus geen beperkingen in de natura/budget polissen). Vervolgens is duidelijke keuze/kwaliteitsinfo noodzakelijk om cliënten in staat te stellen een aanbieder te kiezen die bij hun past.

Dit idee met betrekking tot accreditatie is uitgewerkt in een separate notitie. Deze is als bijlage toegevoegd.

Integrale bekostiging

Vanwege betaalbaarheid moet de instroom in zorg worden beperkt, bijvoorbeeld door te investeren in sociaal domein en ondersteuning op wijkniveau. Dus investeren in zaken als zelfredzaamheid, bestaanszekerheid, wonen en ook het oplossen van schuldenproblematiek. Ook moeten er flexibelere regels en meer diversiteit in mogelijkheden voor participatie komen. Dit gaat dus ook over grenzen van het VWS-beleid heen.

Hierbij past een integrale bekostiging van zorg en ondersteuning die cliëntvolgend is en passend bij zwaarte van de zorg. Een dergelijke financiering maakt het veel makkelijker voor (zorg)aanbieders om samen te werken en afspraken te maken. Deze samenwerking over de schotten heen geeft mogelijkheden tot verbinding. En tot slot is een integrale en geormerkte financiering van preventie noodzakelijk om ook via die weg de instroom te beperken.

De gemeente wordt positief geprikkeld om hierin te investeren en krijgen een rekening gepresenteerd als zij niets doen aan 'gezonde' zaken zoals verbeteren van de leefomgeving (risk sharing).

Regiostructuur

VWS stelt de regio centraal. Wij zien echter veel verschillende regio-indelingen gebaseerd op 5 verschillende wetten: 25 GGD-regio's (WPG), 22 landelijk werkende zorgverzekeraars (ZVW), 32 zorgkantoren (WLZ), 44 WMO-regio's (WMO) en 42 jeugdregio's (JW). De splitsing ZVW (zorg) en WMO (ondersteuning) zorgt ons inziens in de ggz voor twee langs elkaar werkende bureaucratieën. Resultaat: zorg en ondersteuning worden niet integraal en rond cliënt en diens naasten ingezet. Dit leidt ook tot een situatie waarin partijen onvoldoende verantwoordelijkheid nemen en aanspreekbaar zijn.

Een ander knelpunt dat we zien m.b.t. de regio is dat op dit moment vooral de landelijke brancheorganisaties bepalend zijn: deze belangenbehartigende organisaties (denk aan GGZ

Nederland, ZN, LVVP) zijn top down georganiseerd en zijn niet verantwoordelijk voor de uitvoering en interne besluitvorming van hun leden. De brancheorganisaties maken afspraken, maar MIND constateert dat deze afspraken vaak niet worden nagekomen door hun leden. De verantwoordelijkheden zijn te versnipperd en ook vanuit VWS kan hierdoor onvoldoende (visionair) worden gestuurd op volksgezondheid.

MIND zet in op een landelijke coördinatie voor regio-overstijgende zorg en wil tegelijk harmonisatie van een eenduidige regio-indeling voor zorg en ondersteuning. Wij denken hierbij aan de GGD-regio's.

Per regio willen we dat er een verantwoordelijke zorgverzekeraar en kerngemeente wordt aangewezen en een doorzettingsmacht op regionaal niveau voor complexe zorgvragen. Landelijke brancheorganisaties zijn als belangenbehartigers visievormend en richtinggevend. En tot slot komen er wettelijke instrumenten om te kunnen sturen en ingrijpen.

Op het regionale niveau 'moet het gebeuren'. Om te beginnen moet de communicatie tussen partijen verbeteren en moeten verantwoordelijkheden duidelijk worden zodat partijen ook kunnen worden aangesproken. In de feedback ronde is geopperd dat daarom iedere regio verplicht wordt een integraal 'regioplan' te maken, met een kerngemeente als trekker.

Rol van de zorgverzekeraar in de regiostructuur nader toegelicht

Het huidige zorgverzekeringsstelsel kent in feite drie markten. De drie markten in de zorg zijn: de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt.

In alle drie markten speelt de patiënt een onmisbare rol in de werking van de markt.

Binnen de zorgverzekeringsmarkt als consument/ burger die zich dient te verzekeren en een verzekering kiest.

Binnen de zorginkoopmarkt als verzekerde die wil dat zijn zorgverzekeraar namens hem goed inkoopt of als consument die zijn eigen zorg inkoopt.

Binnen de zorgverleningsmarkt waar de zorgverleners dingen naar de gunst van de cliënt.

Rekening houdend met deze markten stelt MIND voor het volgende te doen.

Per regio wordt één zorgverzekeraar verantwoordelijk voor adequate gezondheidszorg in de breedte en is een kerngemeente de partner als het gaat om ondersteuning in het sociale domein.

Daarmee verdwijnt de concurrentie tussen zorgverzekeraars binnen een regio; er is immers nog maar één zorgverzekeraar per regio. Een concurrentie die er nu feitelijk ook niet of nauwelijks is. De nadruk van de inkoop ligt op inkopen van zinnige zorg tegen een faire prijs.

Iedere (regionale) zorgaanbieder met een accreditatie (zie hierboven) kan diensten aanbieden en strijden om de gunst van de klant. Vanuit mededingingsaspect moet Nederland actief onderzoeken hoe binnen de Europese mededingingsregels de marktwerking op specifiek de zorgverzekeringsmarkt zou kunnen worden beperkt. Naar onze mening zijn hier uitzonderingen mogelijk, onder meer vanwege de betaalbaarheid en houdbaarheid van de sociale verzekering (reden waarom bijvoorbeeld de risicoverevening mocht worden ingevoerd). De vraag is ook of er sprake is van een beperking als er feitelijk geen marktwerking is.

Zoals gezegd: de zorgverzekeraar wordt meer uitvoerder dan verzekeraar die moet zorgen dat de regionale zorgvraag wordt ingevuld.

3. Samenhang regionaal met lokaal en nationaal niveau

In onze visie wordt de regio leidend in het organiseren van de gezondheidszorg en de verbinding met bijvoorbeeld het sociale domein. Lokaal, regionaal en nationaal niveau gaan zich dan als volgt tot elkaar verhouden:

Op lokaal niveau wordt integraal samengewerkt door voornamelijk generalisten in de 1^e lijn. Op regionaal niveau wordt vooral samengewerkt door specialisten voor gespecialiseerde behandelingen van psychische stoornissen en crisiszorg. De verbinding tussen eerste en tweede lijn is cruciaal: de specialisten uit de 2e lijn 'dalen af' naar de 1e lijn indien nodig.

Regionaal worden gespecialiseerde behandelingen aangeboden met in elke regio één zorgverzekeraar en één kerngemeente in de lead. Het gaat dan om bijvoorbeeld de behandeling van psychische stoornissen in tweedelijns ggz (instellingen/vrijgevestigden) en crisiszorg.

Er komen regionale tafels waar cliënten worden doorverwezen bij te lange wachttijden of vastlopende zorg (bijvoorbeeld draaideurcliënten) met daaraan gekoppeld een regionale doorzettingsmacht. Deze doorzettingsmacht staat naast de cliënt en kan regionaal en landelijk zorg regelen door alle schotten heen.

Op landelijk niveau worden zaken opgepakt als het formuleren van visie en het sturen op het stelsel. Deze visie wordt bekrachtigd en waar nodig worden knopen doorgehakt. Bijvoorbeeld als het gaat om bovenregionale zeer complexe zorgvragen, die van onderop worden aangedragen. Het is belangrijk dat de zorg die niet regionaal of lokaal geregeld kan worden (bijvoorbeeld hoog specialistische zorg) op landelijk niveau moet worden geregeld.

4. Tot slot: de belangen van de cliënten en de rol van de cliëntenorganisatie

De belangen van de cliënten en naasten zijn in het huidige stelsel onvoldoende gewaarborgd. Naar onze mening staat de cliënt alleen in theorie centraal. Cliënten zijn in een afhankelijke positie gebracht door het ontbreken van structurele financiering voor regionale belangenbehartiging, lotgenotencontact-, zelfhulp- en herstelgroepen. Daarnaast hebben cliënten en naasten geen zicht op kwaliteit van zorg met als gevolg dat betrouwbare keuze-informatie ontbreekt.

Oplossingsrichting:

Om te beginnen wordt het uitgangspunt 'cliënt centraal' wettelijk vastgelegd en komt er een wettelijke borging van positie en rol cliënten en naasten in beleid en uitvoering. Er komt een structurele en voldoende financiering en daarmee ook borging van de continuïteit van effectieve ondersteuning als lotgenotencontact, zelfregie(centra) en herstelinitiatieven.

Cliënten en naasten hebben recht op keuze-informatie; dit wordt een geborgd recht. Cliënten en naasten krijgen toegang tot alle beschikbare informatie zodat zij hun belangen goed kunnen behartigen en krijgen ook structurele financiering voor het vervullen van hun belangenbehartigende rol bij de ontwikkeling en uitvoering van beleid op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Dat vraagt om structurele financiering uit de Rijksbegroting die recht doet aan integrale lokale financiering. Deze financiering gaat immers breder dan alleen VWS en betreft alle departementen en bestuurslagen.

De rol van de cliëntenorganisatie

Een sterke cliëntenorganisatie is een flexibele, veelvormige, krachtige beweging van en voor cliënten en naasten, lidorganisaties, cliënten- en familieraden, belangenbehartigers, beïnvloeders, netwerkpartners etc. Zo'n organisatie heeft een eigen, onmiskenbare rol in het stelsel naast de overheid en (zorg)aanbieders. Zonder die rol kan het stelsel niet werken.

Zij biedt de nodige ‘tegenkracht’ in een steeds meer door marktwerking gedomineerd speelveld, opdat alle mensen met een aandoening en hun naasten passende zorg, ondersteuning en participatiemogelijkheden krijgen.

Zo kan het belang van mensen met zorgvragen en hun naasten door henzelf worden vertegenwoordigd (en niet door partijen met andere belangen) en wordt hun (rechts)positie in zorg, maatschappelijk domein en in de samenleving beter geborgd. Een krachtige cliëntenorganisatie is de sleutel voor een duurzame toekomst van zorg, ondersteuning en maatschappelijke participatie. Een dergelijke organisatie verdient positie, voldoende en structurele middelen om een gezonde tegenkracht en stem te kunnen organiseren op alle drie de niveaus: lokaal, regionaal en nationaal.

Lokaal niveau

Op lokaal niveau kan de organisatie gebaseerd zijn op aandoening, op thema, op doelgroep, op problematiek, o.b.v. vraag, lotgenoot, activiteit, lokale issues etc. Er is daarvoor een ondersteunende infrastructuur, integrale bekostiging en wettelijke borging noodzakelijk, bijvoorbeeld voor georganiseerd lotgenotencontact of zelfregiecentra.

Regionaal niveau

Op regionaal niveau zijn er regionale platforms/netwerken die ook kunnen fungeren als ‘tussenkoepels’. Zij maken verbinding naar type aandoening, of naar soort probleem, of naar thematiek voor doelgroep. Deze organisaties hebben behoefte aan structurele bekostiging voor het organiseren van een regionale infrastructuur. Deze bekostiging wordt aangevuld met project/programmasubsidies.

Landelijk niveau

De nationale cliëntenorganisatie is de brug tussen de systeemwereld en leefwereld en spreekt zowel de taal van beleid en politiek als van de burger. Zij behartigt op nationaal de belangen van de cliënten en naasten en houdt zicht op overkoepelende thema’s en domeinen. Zij brengt op dit niveau ervaringskennis in. Er is voor deze rol voldoende en structurele bekostiging.

Inspiratiebronnen

OECD 2019 Landenprofiel Nederland, VWS 2018 Rechtmatige Zorg, VWS 2018 Werken in de Zorg, VWS 2018 Ontregel de Zorg, VWS 2018 Onbeperkt Meedoen, VWS 2018 Zorg voor de Jeugd, VWS 2018 De juiste zorg op de juiste plek, NVAO 2018 Accreditatiestelsel Nederland, MIND 2018 Outline Kiezen met Kennis, MIND 2018 Focus op Gezondheid, NZA 2019 Advies Zorgprestatie model.