

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3010

Vragen van het lid **Dijkstra** (D66) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de bezuinigingen op PGO's* (ingezonden 31 mei 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 28 juni 2011).

Vraag 1

Klopt het dat u in totaal 18 miljoen euro gaat bezuinigen op patiënten- en ouderenorganisaties?¹ Zo ja, wat zijn de consequenties voor het functioneren van deze patiënten- en ouderenorganisaties en de representatieve functie die zij uitoefenen?

Antwoord 1

Dat klopt, bij brief van 25 mei jl. (TK 29 214, nr. 59) aan Uw Kamer heb ik aangegeven welke maatschappelijke functie patiënten-, gehandicapten-, en ouderenorganisaties vervullen en voor welke taken een bijdrage uit algemene middelen passend is. Onder de representatieve functie versta ik het inbrengen van ervaringsdeskundigheid om zorg, ondersteuning en maatschappelijke participatie te verbeteren. Ik vind dat organisaties dat op een manier moeten doen, waarbij ze zoveel mogelijk kunnen bereiken: door meer samen te werken en één geluid te laten horen. Het nieuwe beleidskader stimuleert deze samenwerking. Ouderenorganisaties ontvangen geen subsidiemiddelen meer. Oud zijn zelf is geen aandoening. Voor de beperkingen die bij ouderdom komen kijken zijn specifieke patiënten- of gehandicaptenorganisaties die daar aandacht aan besteden.

Vraag 2

Deelt u de mening dat patiënten- en ouderenorganisaties een belangrijke taak hebben in het uitoefenen van tegenmacht ten opzichte van grote belanghebbende partijen als zorginstellingen en zorgverzekeraars?

Antwoord 2

Ik deel dat patiënten- en gehandicaptenorganisaties een belangrijke taak hebben in het beïnvloeden van partijen om zorg, ondersteuning en maatschappelijke participatie te verbeteren. Ondanks dat er minder middelen beschikbaar zijn, zorg ik wel voor meer invloed van de patiënten- en gehandicaptenorganisaties bij zowel de agenda van het Kwaliteitsinstituut, als

¹ Trouw, 25 mei 2011.

de uitvoering van die agenda. Op die manier wordt de stem van de cliënt echt meegenomen.

Vraag 3

Welke rol spelen de patiënten- en ouderenorganisaties in uw visie bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg?

Antwoord 3

In mijn brief van 25 mei 2011 (TK 29 214 nr. 59) ben ik uitgebreid ingegaan op de rol van patiënten- en gehandicaptenorganisaties bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Daarnaast versterk ik de invloed van patiënten- en gehandicaptenorganisaties bij het Kwaliteitsinstituut. Uit mijn brief van 14 juni 2011 (CZ-PKI-3061827) volgt dat het nadrukkelijk mijn inzet is om de inbreng van het cliëntperspectief bij programmering en ontwikkeling van professionele standaarden te borgen. Van patiënten- en gehandicaptenorganisaties wordt verwacht dat zij de ervaringsdeskundigheid die zij ter beschikking hebben als kennis kunnen inbrengen in de professionele standaarden. Ervaringsdeskundigheid overstijgt daarbij de ervaring van een individuele cliënt, want het betreft een gebundelde inbreng van systematisch verzamelde ervaringen. Dit vergt van patiënten- en gehandicaptenorganisaties nog een zekere professionaliseringslag ten aanzien van het ontwikkelen en effectief inzetten van hun ervaringsdeskundigheid. Ik ondersteun hen daarbij door naast invloed ook middelen ter beschikking te stellen voor deze specifieke inbreng.

Vraag 4

Welke financiering voor de patiënten- en ouderenorganisaties past het beste bij uw visie?

Antwoord 4

In mijn brief van 25 mei 2011 en het bijbehorende concept-beleidskader (TK 29 214, nr. 59) is uitgebreid beschreven hoe ik de toekomstige financiering wil inrichten. Daarbij heb ik aangegeven dat ouderenorganisaties geen subsidie-middelen meer binnen dit beleidskader ontvangen. Ik onderscheid vier taken met een bijpassende bekostiging:

1. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties (ca. 240): totaal € 8,5 miljoen (max. € 35 000 per organisatie) voor het delen van ervaringskennis van individuele cliënten door informatievoorziening en lotgenotencontact;
2. Samenwerkende organisaties: totaal € 4,5 miljoen (minimaal € 126.00 per project door middel van steun van 7 voucher van € 18 000 per organisatie) voor het gezamenlijk inbrengen van cliëntenervaringen;
3. NPCF, CG-Raad, Platform VG en LPGGz (pg-top): totaal structureel € 4 miljoen. € 2 miljoen is beschikbaar als zij samenwerken in een regierol bij het positioneren van ervaringsdeskundigheid en het bevorderen van samenhang ten aanzien van zorg, ondersteuning en maatschappelijke participatie;
4. Kennisfunctie: € 2 miljoen voor het ondersteunen van organisaties in het verder professionaliseren. Daarnaast € 2 miljoen voor het verzamelen, bundelen, inbrengen en verspreiden van (ervarings)kennis ten behoeve van professionele standaarden.

Vraag 5

Wat vindt u van het idee om patiëntenorganisaties te financieren uit de zorgpremies, zodat zij onafhankelijker van de overheid, zorginstellingen en zorgverzekeraars kunnen opereren en minder de dupe worden van bezuinigingsmaatregelen als gevolg van kostenoverschrijdingen op uw begroting?

Antwoord 5

Allereerst wil ik aangeven dat de keus om te bezuinigen op patiëntenorganisaties reeds is gemaakt in het regeer- en gedoogakkoord. Deze bezuinigingsmaatregel is daarbij niet het gevolg van kostenoverschrijdingen in de zorg. In mijn brief van 25 mei 2011 (TK 29 214, nr. 59) heb ik onder premiefinanciering verstaan: het betalen van pg-organisaties uit de premiemiddelen voor de basisverzekering. Deze manier van premiefinanciering is voor mij niet wenselijk.

Bij de financiering uit premiemiddelen wil ik als principe zuiver houden dat de zorgverzekering en premieopbrengsten bedoeld zijn voor het leveren van zorg. Ik wil het ondersteunende werk van de patiënten- en gehandicaptenorganisaties, hoe nuttig ook niet onder zorgverlening scharen. Het nastreven van zuiverheid in deze vind ik met name van belang omdat ik bij de keuze voor premiefinanciering de werkgevers mede verplicht om eraan mee te betalen. Volgens een onderzoek van de CG-Raad zou de premieverhoging neerkomen op € 0,80 per persoon per maand, dus € 9,60 per jaar. Ik vind een dergelijke verhoging van de premie groot. Ten tweede zal ook bij inning van middelen via de zorgpremie het verdelingsvraagstuk en de systematiek en die daarbij horen, inclusief het toezicht op de besteding van middelen, aan de orde zijn.

Ten derde leidt premiefinanciering ertoe dat organisaties afhankelijker worden van verzekeraars, tegen wie ze juist ook een tegenwicht moeten bieden. Dit geldt des te meer als verzekeraars gaan beslissen over de verdeling van de middelen. Ik vind dat emancipatie van de patiënten- en gehandicaptenorganisaties niet bereikt wordt door een afhankelijkheidsrelatie met verzekeraars aan te gaan.

Ten vierde zijn patiënten- en gehandicaptenorganisaties er in eerste instantie voor patiënten en gehandicapten. Mensen met een aandoening of beperking kunnen als zij dit willen bij die organisaties terecht voor lotgenotencontact en informatievoorziening. Als zij dit belangrijk vinden, dan betalen ze lidmaatschap. Dit lidmaatschap wordt overigens steeds vaker vergoed middels de aanvullende verzekeringen.

Ten slotte wordt vaak aangedragen dat verzekeraars en aanbieders hun belangenbehartiging ook middels premiemiddelen betalen. Als zij dit doen, dan is dat hun eigen keuze. Zij kiezen ervoor om een lidmaatschapsvergoeding te betalen, dit is echter geen verplichting die voortvloeit uit de premiemiddelen en is derhalve geen automatisme. Zij kunnen hun belangenbehartiger afrekenen op het moment dat deze zijn taak niet goed uitvoert. Die belangenbehartiger moet zich bewijzen naar zijn leden.

Indien overigens onder premiefinanciering wordt verstaan dat aanbieder en verzekeraars specifieke diensten van pg-organisaties verlangen, waarbij organisaties specifieke kennis inbrengen en daar vergoeding voor ontvangen, dan acht ik dat wel mogelijk en juich ik dat zelfs toe. Het gaat dan om incidentele bijdragen vanuit de verzekeraars of aanbieders en niet om een structurele koppeling aan premiegelden.