

Vergaderjaar 2010–2011

29 214

Subsidiebeleid VWS

Nr. 59

## **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 mei 2011

Iedere Nederlander moet kunnen rekenen op zorg van hoge kwaliteit: snel, goed, veilig en respectvol, waarbij ruimte is voor de burger om te kiezen en voor de zorgaanbieder om daarop in te spelen. De zorgaanbieder moet inzichten van cliënten bij zijn afwegingen betrekken om te komen tot betere en betaalbare zorg. Het Kabinet wil dat Nederland sterker uit de crisis komt en het huishoudboekje op orde krijgt, om voor nu en in de toekomst te zorgen voor betaalbare zorg. Voor de overheid ligt er een grote financiële taakstelling, die verstrekkende gevolgen heeft. Om gevolgen te beperken, spreekt het Kabinet patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (pgo) aan op hun eigen verantwoordelijkheid:

**Wij streven met de aangepaste subsidiesystematiek naar effectief en efficiënt werkende organisaties, die samen activiteiten uitvoeren, zodat cliënten hun rol in het zorgstelsel optimaal kunnen spelen.**

Pgo-organisaties vertegenwoordigen cliënten als sterke partij in het zorgstelsel en leveren daarmee een bijdrage aan het bieden van zorg die past bij de individuele cliënt. Pgo-organisaties zetten zich in door te luisteren naar mensen, ze brengen ervaringen bij elkaar en maken die toegankelijk voor anderen. Pgo-organisaties weten waar de patiënt, gehandicapte of oudere behoefte aan heeft, omdat zij zelf de ervaringsdeskundige zijn. De werkgroep Wenkend Perspectief<sup>1</sup> verwoordt dit als volgt:

*«Mensen die zelf een aandoening of beperking hebben en deze in hun leven een plaats hebben gegeven, kunnen door zich in te zetten voor een pgo-organisatie anderen ondersteunen en toerusten. Juist doordat zij weten wat het hebben van een aandoening of een beperking betekent en vanuit dat perspectief en dat belang opereren, zijn zij in de positie om de belangen van anderen in een vergelijkbare positie te behartigen en hen zodanig toe te rusten dat zij hun leven*

<sup>1</sup> Rapport van de werkgroep Wenkend Perspectief (2009).

Wij hebben grote waardering voor de vele vrijwilligers die zich iedere dag met hart en ziel inzetten voor het werk van pgo-organisaties en met hun inzet en betrokkenheid cliënten veel steun bieden. Pgo-organisaties zijn daarmee voor de zorg in Nederland van blijvende maatschappelijke waarde. Tegelijkertijd is door pgo-organisaties meer winst te behalen. Via pgo-organisaties, onderzoeken, uw Kamer, aanbieders en verzekeraars komt het beeld naar voren dat organisaties hun inbreng kunnen verbeteren. Daarom scherpen wij de visie op pgo-organisaties en de bijpassende subsidiesystematiek aan. Daarbij houden wij rekening met:

- diverse rapporten waarin het pgo-veld zelf zijn visie schetst: «De stem van de cliënt»<sup>1</sup>, «Wenkend Perspectief» en het advies van de RVZ «De patiënt als sturende kracht»<sup>2</sup>. Deze rapporten geven allen aan dat het veld zelf vindt dat het meer van zijn kracht gebruik kan en moet maken. Tijdens diverse gesprekken die mijn medewerkers de afgelopen maanden met het veld voerden, gaven pgo-organisaties aan effectiever te willen en kunnen werken, maar dat onder meer de huidige subsidiesystematiek daar niet toe aanzet.
- een veranderende samenleving, waarin mensen minder snel lid van een vereniging worden<sup>3</sup>. Om mensen aan zich te binden kunnen pgo-organisaties meer profiteren van maatschappelijke trends, zoals het inzetten van social media en het aanbieden van (online) diensten. Hiermee helpen pgo-organisaties mensen om zelf kritisch te kiezen of kunnen zij instrumenten aanbieden voor zelfmanagement en e-health.
- een grotere vraag naar zorg, die de grenzen van het huidige zorgstelsel op de proef stelt. Het is daarom belangrijk dat cliënten ook zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid, zodat de zorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk blijft. Pgo-organisaties kunnen cliënten met hun kennis en ervaring helpen die verantwoordelijkheid in te vullen.
- de stem van pgo-organisaties in de stelsels van zorg en ondersteuning. Deze stem kan nog krachtiger worden, wanneer zij deze met voldoende massa kritisch en professioneel laten horen<sup>4</sup>. Met een sterke stem kunnen pgo-organisaties bijdragen aan meer vraagsturing in de zorg. De kwaliteit van de stem van pgo-organisaties is wisselend. Verzekeraars en aanbieders geven aan dat een professionele benadering door de organisaties nodig is voor kwalitatief goede inbreng van het cliëntenperspectief bij het ontwikkelen van richtlijnen, zorgstandaarden en andere kwaliteitscriteria.
- de vragen van uw Kamer om zowel een visie op structurele versterking van pgo-organisaties<sup>5</sup>, als een visie op versterking van de «derde partij rol» en een bijbehorende evenwichtige financiering<sup>6</sup>. Daarnaast heeft uw Kamer tijdens het AO op 8 februari 2011 te kennen gegeven dat zij niet tevreden is met de criteria van de huidige subsidieregeling. Ten slotte is ons via de motie Uitslag<sup>7</sup> verzocht met diverse betrokkenen overleg te voeren om de expertise en betrokkenheid van het Landelijk Platform GGz en het Platform VG te waarborgen en is bovendien het verzoek geuit de subsidie van beide platforms terug te brengen naar het niveau 2010.
- de evaluatie van de huidige Subsidieregeling PGO. De belangrijkste les die wij hieruit meenemen, is dat de pgo-organisaties efficiënter en effectiever kunnen werken, ook als er minder budget beschikbaar is. Wij willen de pgo-beweging uitdagen haar eigen kracht optimaal te benutten.
- de financiële paragraaf van het regeer- en gedoogakkoord waarin een taakstellende bezuiniging voor onder meer pgo-organisaties is neergelegd, die dwingt tot het maken van keuzes. Wij realiseren ons

<sup>1</sup> NPCF, CG-Raad, CSO, LPGGz en Platform VG (2010): Gezamenlijke visie op rol pgo-top.

<sup>2</sup> RVZ (2010): De patiënt als sturende kracht.

<sup>3</sup> SCP (2011): Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 2010.

<sup>4</sup> Motie Thissen c.s. (Eerste Kamer 2010–2011, 32 500 L).

<sup>5</sup> Motie Koser-Kaya (Tweede Kamer 2009–2010, 32 123 XVI, nr. 66).

<sup>6</sup> Toezeggingen AO 3 december 2009 (Tweede Kamer 2010–2011, 29 214, nr. 57).

<sup>7</sup> Motie Uitslag (Tweede Kamer 2010–2011 29 214, nr. 56).

dat deze bezuiniging grote gevolgen heeft voor pgo-organisaties en willen daarom zorgvuldig omgaan met het nog beschikbare budget.

Bovenstaande signalen geven ons de mogelijkheid om de visie op pgo-organisaties aan te scherpen en keuzes te maken: waarom en waarvoor willen we pgo-organisaties in de toekomst financieren? In deze brief lichten wij toe welke keuzes wij maken en hoe deze keuzes leiden tot een nieuwe subsidiesystematiek. De uitwerking van de systematiek treft u aan in het meegestuurde conceptbeleidskader (zie bijlage 1)<sup>1</sup>. In deze brief bespreken we de volgende onderwerpen:

1. Visie op de rol van pgo-organisaties
2. Evaluatie Subsidieregeling PGO
3. Beschikbare middelen
4. Uitgangspunten en hoofdlijnen subsidiesystematiek
5. Toelichting op hoofdlijnen systematiek
6. Consequenties voor specifieke organisaties
7. Invoering nieuw beleidskader

## 1. Visie op de rol van pgo-organisaties

Met wet- en regelgeving, zoals de Wet cliëntenrechten zorg<sup>2</sup> (Wcz) en de Zorginstellingen beginselenwet<sup>3</sup> (Zibw), willen wij de positie van de cliënt in de zorg versterken. Ook pgo-organisaties leveren een bijdrage aan het versterken van de positie van de cliënt, zodat deze de zorg krijgt die voldoet aan zijn wensen en behoeften. Dit doen pgo-organisaties, doordat zij individuele cliënten bijstaan in het *delen van ervaringskennis over een aandoening of beperking*. Door het aanbieden en uitwisselen van ervaringskennis kunnen cliënten zelf betere keuzes maken, de regie over hun leven voeren, zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en maatschappelijk participeren. Pgo-organisaties bestaan vaak uit veel actieve vrijwilligers die luisteren naar mensen, ervaringen bij elkaar brengen en die toegankelijk maken voor anderen.

Naast het bijdragen aan een sterkere individuele cliënt vinden wij het van belang dat pgo-organisaties *cliëntenervaringen gebundeld inbrengen* in verschillende discussies met bijvoorbeeld organisaties van aanbieders en verzekeraars. Pgo-organisaties beschikken over unieke ervaringsdeskundigheid. Als zij deze cliëntenervaringen systematisch verzamelen, kunnen zij deze effectief inbrengen bij de ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden, bij het ontwikkelen van innovatieve zorgconcepten via e-health en het bijdragen aan meer zelfmanagement. Niet alle pgo-organisaties kunnen of willen deze rol oppakken. Wij vinden daarom dat bundeling op een niveau moet plaatsvinden waar organisaties, gezamenlijk, voldoende kritieke massa hebben om een professionele inbreng te leveren richting overheden, verzekeraars, aanbieders en andere maatschappelijke organisaties. Meer en beter samenwerken om krachten te bundelen, zien wij als een noodzakelijke voorwaarde om effectief cliëntenervaringen in te brengen. Pgo-organisaties kunnen zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande initiatieven, zoals het Kwaliteitsinstituut i.o.<sup>4</sup>. Samen kunnen pgo-organisaties de inbreng van ervaringsdeskundigheid borgen en verspreiden. Wij nemen dit ook mee in de uitwerking van het Kwaliteitsinstituut i.o.. Daarmee verbeteren en borgen wij de inbreng van het cliëntenperspectief in professionele standaarden, zodat de cliënt en zijn wensen en behoeften meer centraal komt te staan in de zorg.

Ten slotte hebben pgo-organisaties een taak in het *scherp houden van overheden en maatschappelijke organisaties en het bijdragen aan goed functionerende zorgstelsels*. De pgo-top (NPCF, CG-Raad, CSO, Platform VG en LPGGz) benoemt deze taak ook in zijn rapport «De stem van de cliënt». Het is noodzakelijk dat de pgo-top veel meer samenwerkt en in

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>2</sup> Bij u aanhangig onder Tweede Kamer 2009–2010, 32 402, nr. 2.

<sup>3</sup> Aangekondigd wetsvoorstel Tweede Kamer 2010–2011, 32 604, nr. 1.

<sup>4</sup> Tweede Kamer 2009–2010, 31 766, nr. 19.

onderlinge afstemming naar buiten treedt om zo een krachtige stem te zijn tegenover de belangen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheden en andere maatschappelijke organisaties (bijvoorbeeld UWV, wetenschappelijke organisaties en vervoersbedrijven). Wij vinden het daarom belangrijk dat pgo-organisaties, zoveel als mogelijk, gezamenlijk opkomen voor hun achterban. Pas dan hebben de organisaties voldoende massa, waarmee ze voor hun achterban kunnen bereiken dat zij beter maatschappelijk kunnen participeren en dat de cliënt als onderdeel van het zorgstelsel goed gehoord gaat worden.

## 2. Evaluatie Subsidieregeling PGO

Afgelopen najaar is de doeltreffendheid en doelmatigheid van de huidige Subsidieregeling PGO, het huidige beleidskader en de uitvoering daarvan geëvalueerd. Bij het ontwerpen van het nieuwe beleidskader hebben wij ons laten leiden door aanbevelingen uit de evaluatie. Het rapport vindt u in bijlage 2.<sup>1</sup> Hier reageren wij kort op de conclusies en aanbevelingen:

- Het huidige beleidskader biedt onvoldoende garanties voor het bereiken van doelen, zoals het versterken van de positie van de cliënt. In de huidige voorwaarden zijn onvoldoende waarborgen opgenomen voor kwaliteit en effectiviteit. In het nieuwe kader sturen wij daarom duidelijker en gericht op doelbereiking, door doelstellingen transparant en beter meetbaar te maken.
- Het huidige beleidskader voorkomt verdere versnippering van het veld, maar stimuleert geen samenwerking en/of innovatie. Het huidige kader maakt samenwerken voor sommige organisaties zelfs financieel onaantrekkelijk, terwijl krachtenbundeling het pgo-veld juist effectiever kan maken. Wij zijn ervan overtuigd dat door samenwerking ook efficiency kan worden bereikt, omdat organisaties informatie, ervaringen en kosten kunnen delen. Samenwerking is daarom expliciet onderdeel van het nieuwe beleidskader.
- Ondanks het belang van samenwerking, vinden wij wel dat in het nieuwe kader ruimte moet blijven voor diversiteit en nieuwe toetreders. Het nieuwe kader stelt duidelijke grenzen aan wie wel en wie geen aanspraak kan maken op subsidies. Uitbreiding van het aantal gesubsidieerde organisaties is alleen mogelijk wanneer een organisatie mensen vertegenwoordigt met een aandoening of beperking waarvoor nog geen organisatie gesubsidieerd wordt.
- In de evaluatie zijn verschillende organisaties benoemd die niet tot de doelgroepen van het huidige kader behoren. Wij nemen de aanbeveling over om duidelijke keuzes te maken ten aanzien van de doelgroepen die wij subsidiëren. Ouderenorganisaties richten zich niet op een specifieke aandoening of beperking en komen daarom niet meer in aanmerking voor subsidie.
- Het pgo-veld heeft onbegrip en onvrede geuit over de beoordeling van projectsubsidies vanwege onduidelijke criteria, een intransparant proces en onvoldoende verwachtingenmanagement. In het nieuwe kader geven wij organisaties meer duidelijkheid en besteden wij aandacht aan de invoering.
- Projectsubsidies dragen voor organisaties onvoldoende bij aan de continuïteit van hun organisatie. In het nieuwe kader zorgen wij dat organisaties vooraf goed kunnen inschatten of zij een bijdrage zullen ontvangen. Daardoor wordt het intensief beoordelen van grote aantallen projecten overbodig. Een gevolg hiervan is dat de Programmaraad, die vanuit kennis en ervaring onafhankelijk adviseert, in deze vorm ophoudt te bestaan.
- PGOsupport draagt bij aan het professionaliseren van pgo-organisaties. De organisaties geven in de evaluatie aan (zeer) tevreden te zijn over de ondersteuning door PGOsupport. Er wordt daarom meer budget vrijgemaakt voor het begeleiden van het professionalise-

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

ren van pgo-organisaties en het stimuleren van efficiëntie en samenwerking.

### 3. Beschikbare middelen

De keuze om onder meer het budget voor pgo-organisaties terug te brengen, is gemaakt in het regeer- en gedoogakkoord. Het budget voor pgo-organisaties brengen wij vanaf 2015 structureel met € 18 miljoen per jaar terug (van € 43 miljoen naar € 25 miljoen). Wij realiseren ons dat dit voor veel, goed gewaardeerde, organisaties een vermindering van subsidie betekent. Wij zijn ervan overtuigd dat wij met de voorgestelde invulling van de bezuiniging een zorgvuldige afweging maken, waar wij de accenten van de taakstellende bezuiniging willen leggen. De komende jaren ziet het pgo-budget er als volgt uit:

Bedrag x € 1 miljoen	2012	2013	2014	2015
Huidig pgo-budget	43	43	44	44 <sup>1</sup>
Bezuiniging	4	10	17	18
Pgo-budget na bezuiniging	39	33	27	25

<sup>1</sup> De verschillen in 2015 worden veroorzaakt door afrondingen

Wij zijn van mening dat wij een weliswaar pijnlijke, maar wel verantwoorde, verandering van het subsidiebeleid voor pgo-organisaties kunnen doorvoeren. De omvang van de bezuiniging maakt het niet mogelijk om eenvoudig een «kaasschaaf» te hanteren. Het dwingt ons tot het zetten van fundamentele stappen die zijn gebaseerd op bovenstaande visie en de evaluatie. Met deze stappen richten wij ons op meer effectiviteit, afstemming, samenwerking en taakverdeling in het pgo-veld. Wij kiezen voor een zorgvuldige afbouwperiode, zodat organisaties tijdig maatregelen kunnen nemen zich aan de nieuwe systematiek aan te passen (zie paragraaf 5 en 6).

De subsidiemiddelen voor pgo-organisaties stellen wij vanuit onze begroting ter beschikking. De motie Van Dijken/Vendrik<sup>1</sup> verzocht ons om de mogelijkheden voor onafhankelijke premiefinanciering nader te onderzoeken en dit met verzekeraars te bespreken. Premiefinanciering is voor ons om meerdere redenen niet wenselijk. Ten eerste zijn de zorgverzekering en premieopbrengsten bedoeld voor het leveren van zorg. Pgo-organisaties verlenen geen zorg, maar ondersteunen mensen die zorg nodig hebben. Het financieren van pgo-organisaties vanuit de premie zou ten koste gaan van het leveren van zorg, tenzij we de al sterk onder druk staande premie verhogen. Ten tweede leidt premiefinanciering ertoe dat pgo-organisaties afhankelijker worden van verzekeraars, met wie ze juist onderhandelen.

Uit gesprekken met Zorgverzekeraars Nederland blijkt dat verzekeraars het onwenselijk vinden het legitimiteitsvraagstuk naar zich toe te halen. Verzekeraars vinden de onafhankelijkheid van pgo-organisaties daarvoor te belangrijk. Daarnaast lost het financieren van pgo-organisaties via premiemiddelen niet de vraag op hoe hoog de bijdrage uit algemene middelen voor pgo-organisaties moet zijn en hoe de middelen onder pgo-organisaties verdeeld moeten worden. Met financiering vanuit de premies voor de basisverzekering zouden we ten slotte ingaan tegen een positieve beweging, waarbij veel verzekeraars op dit moment de mogelijkheid bieden om het lidmaatschapsgeld van een pgo-organisatie te vergoeden vanuit een aanvullende verzekering. Pgo-organisaties hebben dit veelal zelf kunnen afdwingen. Met de keuze voor premiefin-

<sup>1</sup> Motie Van Dijken/Vendrik (Tweede Kamer 2009–2010, 29 214, nr. 40).

ciering voelen verzekeraars wellicht een kleinere prikkel om daarnaast nog het lidmaatschap te vergoeden.

#### **4. Uitgangspunten en hoofdlijnen subsidiesystematiek**

Op basis van onze visie, de evaluatie en gesprekken met het veld komen wij tot een aantal uitgangspunten voor de toekomstige financiering. Deze uitgangspunten vormen de basis voor de manier waarop wij organisaties willen financieren:

- Wij zijn verantwoordelijk voor de invulling van landelijk beleid en bestemmen het beschikbare budget voor landelijk georganiseerde organisaties die zich richten op landelijke activiteiten. Als pgo-organisaties regionale en/of lokale taken willen uitvoeren of ondersteunen, zijn zij zelf verantwoordelijk voor het verwerven van financiering. Zij kunnen zich daarvoor bijvoorbeeld wenden tot de overheden die voor die taken verantwoordelijk zijn. Op het lokale niveau is ondersteuning en cliëntenparticipatie geborgd door onder meer de inzet van WMO-raden. Dit wordt verder uitgewerkt in de visie op cliëntondersteuning die de staatssecretaris u in juni toezendt<sup>1</sup>.
- Ouderenorganisaties richten zich niet op een specifieke aandoening of beperking en ontvangen daarom geen middelen meer binnen de nieuwe subsidiesystematiek. De subsidie aan de ouderenorganisaties bouwen wij de komende jaren af. Ouderen met een aandoening of beperking kunnen zich aansluiten bij bestaande patiënten- of gehandicaptenorganisaties. Wij vragen deze organisaties om ook aandacht te besteden aan specifieke doelgroepproblematiek, zoals ouderen of juist jongeren.
- Patiënten- en gehandicaptenorganisaties behandelen wij op gelijke wijze. Het aantal leden is niet leidend. Organisaties voeren vaak vergelijkbare taken en activiteiten uit. Door samenwerking en krachtenbundeling creëren patiënten- en gehandicaptenorganisaties meer massa, die hen professioneler maakt en die hun invloed vergroot. Daardoor worden organisaties minder afhankelijk van de overheid en kunnen zij van elkaar leren. Wij stimuleren daarom samenwerking en zorgen zo voor effectievere en efficiëntere besteding van middelen.
- De patiënten- en gehandicaptenorganisaties kunnen zelf bepalen hoe zij zich organiseren, welke activiteiten zij uitvoeren en op welk niveau. Wij stellen echter alleen onder voorwaarden middelen ter beschikking. Daarnaast stellen wij bij de toekomstige financiering de voorwaarde dat de taken die organisaties uitvoeren effectief en efficiënt zijn. Organisaties kunnen wel zelf bepalen of en hoe zij als landelijk werkende organisatie met regionale en lokale patiënten- en gehandicaptenorganisaties samenwerken.
- Om te zorgen dat organisaties tijdig maatregelen kunnen nemen zich aan te passen aan de nieuwe subsidie, wordt een zorgvuldige afbouwperiode in acht genomen die loopt tot 2014. Wij kiezen voor een korte, maar redelijke standaardafbouw (20% in 2012, 50% in 2013 en 100% in 2014) om tegelijkertijd een snelle opbouw van nieuwe subsidiestromen mogelijk te maken. Hiermee is voor partijen snel duidelijk waar zij in de toekomst op kunnen rekenen. Voor veruit de meeste organisaties geldt geen volledige afbouw, aangezien zij in de toekomst aanspraak blijven maken op subsidie.
- In de nieuwe systematiek willen wij organisaties aan de ene kant een eigen structurele basis bieden, maar ze aan de andere kant aanzetten tot en belonen voor samenwerking. Cliënten bezitten unieke ervaringskennis en kunnen door deze effectief in te zetten, zorgen voor betere kwaliteit van zorg en maatschappelijke participatie, die is gericht op de wensen en behoeften van cliënten. Wij zetten daarom in op de

<sup>1</sup> Motie Venrooy-Van Ark en Azmani (Tweede Kamer 2010–2011, 30 597, nr. 172).



maatschappelijke meerwaarde van die ervaringen en financieren in de toekomst de volgende taken:

1. het delen van ervaringskennis van individuele cliënten door informatievoorziening en lotgenotencontact;
2. het gezamenlijk bijdragen aan de werking van zorg, ondersteuning en maatschappelijk participatie door het inbrengen van cliëntenervaringen;
3. een regierol bij het positioneren van ervaringsdeskundigheid en het bevorderen van samenhang ten aanzien van zorg, ondersteuning en maatschappelijke participatie;
4. het verzamelen, bundelen, inbrengen en verspreiden van (ervarings)kennis voor professionele, effectieve en efficiënte pgo-organisaties.

De nieuwe systematiek ziet er in hoofdlijnen als volgt uit:

Taak	2011	2015	Wie
1. Delen van ervaringskennis	€ 17 mln	€ 8,5 mln	Patiënten- en gehandicapten organisaties (ca. 240): max. € 35 000 per organisatie.
2. Gezamenlijk bijdragen aan de werking van zorg, ondersteuning en participatie	€ 0 (€ 10 mln voor Programmaraad)	€ 4,5 mln	Samenwerkende organisaties: voucher van € 18 000 per organisatie
3. Regierol bij positioneren ervaringsdeskundigheid		€ 4 mln	NPCF (€ 1,2) CG-Raad (€ 1,2) Platform VG (€ 0,8) LPGGz (€ 0,8)
		€ 2 mln	Samenwerking tussen NPCF, CG-Raad, Platform VG en LPGGz die aansluit bij onder meer de agenda van het Kwaliteitsinstituut i.o.
4. Inbreng en bundeling van kennis	€ 1,5 mln	€ 2 mln	Tot 2013 PGOsupport voor organisatorische professionalisering. Vanaf 2013 aanbesteding.
		€ 2 mln	Aanbesteding vanaf 2013. In gezamenlijkheid met organisaties, aansluitend bij agenda Kwaliteitsinstituut i.o.
<b>Totaal<sup>1</sup></b>		<b>€ 23 miljoen</b>	

<sup>1</sup> Overige bedragen zijn voor specifieke organisaties zoals CKZ, LOC en Per Saldo.

## 5. Toelichting op hoofdlijnen systematiek

De meeste organisaties krijgen te maken met een aanzienlijke vermindering van directe subsidies. Daar staan echter meer mogelijkheden tot samenwerken, ondersteuning via PGOsupport en een directere invloed en betrokkenheid bij onder andere het Kwaliteitsinstituut i.o. tegenover. Hieronder lichten wij de hoofdlijnen toe, geven we de (financiële) consequenties aan en geven we aan hoe we de afbouw en transitieperiode inrichten.

### Taak 1: Delen van ervaringskennis

Het delen van ervaringskennis door informatievoorziening en lotgenotencontact vindt zo dicht mogelijk bij de cliënt plaats, op het niveau waar het de cliënt direct raakt, het niveau van de specifieke aanpak of beperking. Wij financieren patiënten- en gehandicaptenorganisaties vanaf 2012 voor activiteiten op het gebied van informatievoorziening en lotgenotencontact, zodat zij ervaringen, wensen en behoeften kunnen samenbrengen en delen. Zowel tijdens de veldbijeenkomst eind 2010, als bij de enquête gehouden ten behoeve van de evaluatie, geven organisaties aan dat lotgenotencontact en informatievoorziening hun belangrijkste taken zijn en dat daar ook hun kracht zit.

Naast bovenstaande taken, werden er in het verleden nog vier andere activiteiten gesubsidieerd die in het rapport «Wenkend Perspectief» en in

de «Stem van de cliënt» staan beschreven als kerntaken. Organisaties mogen deze activiteiten uitvoeren, maar wij subsidiëren deze activiteiten niet meer rechtstreeks. Voor professionalisering, kwaliteitstoetsing en dienstverlening geldt:

- Voor *professionalisering* van de organisaties trekken wij geld uit, deze taak blijft van belang. Deze taak wordt tot 2013 uitgevoerd door PGOsupport. De organisatie die deze taak uitvoert krijgt de opdracht om het veld te begeleiden in het efficiënter werken. De organisatie zorgt voor kennis, zodat organisaties samen doen wat samen kan, zoals gezamenlijke inkoop, uitbesteden van ledenadministratie, ontwikkelen van websites en trainingen voor vrijwilligers.
- *Kwaliteitstoetsing* om bij een instelling de kwaliteit van zorg te verbeteren, vinden wij primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Dit biedt organisaties wel een kans om, bijvoorbeeld op verzoek van aanbieders en verzekeraars, hun unieke ervaringskennis in te zetten. Zo kunnen zij tevens extra inkomsten verwerven. Hoewel wij organisaties niet subsidiëren om zelf de kwaliteit van zorg te toetsen, hebben zij bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg nadrukkelijk wel een taak. Dit lichten wij hieronder toe bij taak 4.
- De laatste door het veld benoemde activiteit is *dienstverlening*. Wij vinden, net als de RVZ, dat patiënten- en gehandicaptenorganisaties voor dienstverlening andere geldstromen kunnen aanboren. Organisaties zijn door het aanbieden van diensten een interessante partij voor cliënten om zich bij aan te sluiten, terwijl die diensten tegelijkertijd opbrengsten kunnen genereren. Bijvoorbeeld door het aanbieden van specifieke producten aan leden, het zorgen voor kortingen op verzekeringen of het ontwikkelen van zelfmanagementtools. Dit levert zowel de organisatie als haar leden winst op.

*«DVN wil met DVN-winkel alle mensen met diabetes ondersteunen in hun strijd voor goede zorg en een beter leven. Doelstelling van de winkel is om de kosten van de zorg waar mogelijk drukken door middel van lage(re) prijzen voor diabeteshulpmiddelen. Uniek aan de winkel is verder dat u als klant kunt bepalen waar de winst van de winkel aan besteed wordt, bijvoorbeeld aan onderzoek naar de genezing van diabetes of DVN-projecten.» (www.dvn.nl)*

Voor het uitvoeren van informatievoorziening en lotgenotencontact door patiënten- en gehandicaptenorganisaties is jaarlijks een budget van € 8,5 miljoen beschikbaar. Aandoening- of beperkingspecifieke organisaties krijgen onder het nieuwe kader jaarlijks een instellingssubsidie van maximaal € 35 000 om te besteden aan die taken. Met dit bedrag kunnen organisaties de taken informatievoorziening en lotgenotencontact blijven uitvoeren<sup>1</sup>. Op dit moment maken organisaties aanspraak op een instellingssubsidie van maximaal € 120 000 voor zes activiteiten. Dit bedrag brengen wij in 2012 en 2013 geleidelijk terug: in 2012 bedraagt de korting 20%. In 2013 wordt een korting van 50% toegepast. Uiterlijk 2014 is het nieuwe subsidieniveau bereikt. Een uitzondering vormen de organisaties met minder dan 100 leden, zij ontvangen vanwege hun zeer kleine omvang geen directe subsidie meer. Wij zijn van mening dat voor de aanspraak op instellingssubsidie een organisatie een zekere omvang moet hebben. Nieuwe organisaties met meer dan 100 leden kunnen na twee jaar zelfstandig te hebben bestaan subsidie ontvangen. Deze nieuwe organisatie moet zich wel richten op een aandoening of beperking waarvoor geen andere organisatie gesubsidieerd wordt.

Zowel zeer kleine als nieuwe organisaties kunnen wel gebruik maken van de kennis die wij binnen de patiënten- en gehandicaptenbeweging willen opbouwen (taak4). Daarnaast is per patiënten- of gehandicaptenorganisatie vanaf 2013 één voucher beschikbaar voor het gezamenlijk bijdragen aan de werking van zorg, ondersteuning en maatschappelijke participatie (taak 2). Organisaties met minder dan 100 leden kunnen in aanmerking

<sup>1</sup> motie Thissen c.s. (Eerste Kamer 2010–2011, 32 500, L).



voor een voucher. Zowel kleine als nieuwe organisaties kunnen vrijwillig participeren in samenwerkingstrajecten.

*Taak 2: gezamenlijk bijdragen aan de werking van zorg, ondersteuning en maatschappelijk participatie*

Om de werking van zorg, ondersteuning en participatie te optimaliseren zijn de ervaringen van cliënten van belang. Om effectief de ervaringen van cliënten in te brengen, is bundeling van krachten relevant. «Wenkend Perspectief» geeft aan dat gezamenlijk optreden vaak mogelijk is en dat organisaties afspraken kunnen maken dat een andere organisatie ook voor hun belangen opkomt. Samenwerking is hierbij geen doel, maar een middel om te komen tot een sterkere positie van de cliënt. Met welke partners organisaties samenwerken en of ze dat tijdelijk of structureel doen, bepalen zij zelf, daarin sturen wij niet. Er zijn goede voorbeelden van organisaties die zich hebben verenigd in een samenwerkingsverband en daarin zonder verlies van eigen identiteit samenwerken. De samenwerkingsverbanden mogen zelf bepalen op welke thema's zij zich willen richten. Het ene verband wil zich wellicht richten op ontwikkeling van zelfmanagementtools en voorrang geven aan criteria voor zorginkoop bij verzekeraars, terwijl bij een ander verband juist arbeidsparticipatie voorop staat. Met het bundelen van organisaties in samenwerkingsverbanden kunnen patiënten- en gehandicaptenorganisaties professionals<sup>1</sup>, aanbieders, verzekeraars en andere maatschappelijke organisaties effectiever beïnvloeden. Tegelijkertijd blijft er een nauwe relatie met de doelgroep en diens ervaringsdeskundigheid.

*«Patiëntenorganisaties en ziekenhuizen is gevraagd samen projecten te ontwikkelen die, waar nodig, zichtbare verbeteringen voor de betrokken patiënten opleveren. Patiëntenorganisaties hebben hiervoor thema's opgesteld, waarbinnen afspraken worden gemaakt: informatie en voorlichting, toegankelijkheid en interne logistiek, multidisciplinair handelen, de bewaking en uitvoering van richtlijnen en transparantie van kwaliteit. [...] De betrokken patiëntenorganisaties zijn de Borstkanker Vereniging Nederland, de Nederlandse Stomavereniging, de Stichting Contactgroep Prostaatanker, allen lid van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), de Vereniging Spierziekten Nederland (VSN) en het regionale patiëntenplatform CliëntenBelang Utrecht.» (www.borstkanker.nl)*

Patiënten- en gehandicaptenorganisaties verenigen zich vast of tijdelijk in een samenwerkingsverband dat in hun belang zich richt op aandoening- en beperkingoverstijgende thema's. Momenteel bestaat er al een aantal samenwerkingsverbanden. Deze ontvangen momenteel als zij geen leden of donateurs hebben niet meer dan € 30 000 subsidie. In de nieuwe systematiek kunnen patiënten- en gehandicaptenorganisaties een voucher inzetten. De voucher vertegenwoordigt een waarde van ca. € 18 000. Eén organisatie neemt het voortouw in het opstellen van een projectplan voor het samenwerkingsverband. Het projectplan wordt opgesteld in afstemming met minimaal zeven vouchergevers. Met de voucher verklaart elke deelnemende organisatie het project te onderschrijven. De organisatie die het voortouw heeft, ontvangt de subsidie en voert in het belang van de deelnemende organisaties de activiteiten uit. Samenwerkingsverbanden kunnen zo door middel van vouchers een jaarlijkse subsidie ontvangen van minimaal € 126 000. Vanwege de zorgvuldige afbouw is er vanaf 2013 structureel budget beschikbaar voor deze vouchers. Organisaties hebben zo de mogelijkheid om komend jaar voorbereidingen te treffen. Organisaties die samen de patiënten- en gehandicaptenopvormen, zijn uitgesloten van de mogelijkheid om via vouchers subsidie te incasseren.

<sup>1</sup> (Eerste Kamer 2010–2011, 32 500, L).

*Taak 3: een regierol bij het positioneren ervaringsdeskundigheid en bevorderen van samenhang ten aanzien van zorg, ondersteuning en participatie*

Voor de regierol blijven wij de vier organisaties die de huidige patiënten- en gehandicaptenop vormen, afzonderlijk financieren. Dit zijn de CG-Raad, NPCF, LPGGz en Platform VG. Een volledige bundeling van alle activiteiten gaat volgens «De stem van de cliënt» op dit moment nog te ver. Wij willen dat de vier organisaties intensief gaan samenwerken, maar kunnen ons voorstellen dat zij wel hun eigen identiteit willen behouden om op te kunnen komen voor sectorspecifieke belangen. Door het scherp houden van overheden, politiek, verzekeraars, aanbieders en andere maatschappelijke organisaties vervult de patiënten- en gehandicaptenop een belangrijke taak. De patiënten- en gehandicaptenop kan onderwerpen die grote groepen patiënten en gehandicapten raken, op de politieke agenda zetten. Hij kan signalen en ervaringen van lidorganisaties bundelen en ook de uitkomsten van hun inbreng terugkoppelen. Daarnaast krijgt de patiënten- en gehandicaptenop een regierol bij de inbreng van cliëntenervaringen bij onder meer richtlijnontwikkeling. Van belang daarbij is een goede afstemming en aansluiting op de prioriteiten en de agenda die het Kwaliteitsinstituut i.o. in overleg met veldpartijen opstelt. Wij zijn van mening dat de vier organisaties die samen de patiënten- en gehandicaptenop vormen hier nauw moeten samenwerken. Als de patiënten- en gehandicaptenop dit gezamenlijk realiseert, geeft hij daarmee zijn achterban grotere invloed op de kwaliteit van zorg. Andere onderwerpen waarop de patiënten- en gehandicaptenop zijn regierol gezamenlijk kan invullen zijn bijvoorbeeld een meldpunt voor cliënten of juridische ondersteuning.

De subsidiestroom bestaat uit twee delen. De NPCF, CG-Raad, Platform VG en LPGGz ontvangen straks in het eerste deel gezamenlijk € 4 miljoen. Dit bedrag wordt zo toegedeeld dat het LPGGz en het Platform VG in 2012 financieel terugkomen op het niveau van 2010. De subsidie aan de NPCF en CG-Raad wordt in de periode tot 2014 teruggebracht. De organisaties mogen zelf bepalen voor welke activiteiten ten behoeve van de regierol zij deze middelen inzetten. De subsidies verstrekken wij aan de vier organisaties die de huidige patiënten- en gehandicaptenop vormen. Naast een eigen structurele subsidie kan de top een extra subsidie ontvangen als hij een gezamenlijk werkplan indient (vanaf 2013 € 1,5 miljoen en vanaf 2015 € 2 miljoen). In dat gezamenlijke werkplan nemen de organisaties activiteiten op waaruit hun gezamenlijke regierol in het veld moet blijken. Een belangrijk onderdeel van deze activiteiten is voor ons een duidelijke regierol bij de inbreng van het cliëntenperspectief voor het Kwaliteitsinstituut i.o.. Voor het onderdeel waarin zij de regierol voor het Kwaliteitsinstituut i.o. uitwerken, wordt het Kwaliteitsinstituut i.o. een zienswijze gevraagd over de mate waarin het werkplan aansluit op de prioriteiten en de agenda die betrekking hebben op de totstandkoming van professionele standaarden. Lidorganisaties moeten voldoende invloed kunnen uitoefenen op de wijze waarop de top haar regierol uitvoert, bijvoorbeeld door stemrecht op de jaarlijkse werkplannen. De inbreng van lidorganisaties borgen wij in de subsidievoorwaarden.

*Taak 4: Inbreng en bundeling van kennis*

Het verzamelen, bundelen, inbrengen en verspreiden van kennis, waaronder een systematische inbreng van cliëntenervaringen moet professioneel gebeuren op een niveau, waar voldoende kennis aanwezig is en waar deze kennis ook geborgd is en verspreid kan worden. Hierbij kan optimaal gebruik gemaakt worden van ervaringskennis die beschikbaar is bij patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Voor de

inbreng van cliëntenervaringen is massa nodig om gehoord te worden. Verschillende pgo-organisaties benoemden deze taak tijdens gesprekken die mijn medewerkers voerden en ook het rapport «Stem van de cliënt» besteedt hier aandacht aan. Wij professionaliseren de inbreng van het cliëntenperspectief bij onder meer het opstellen van richtlijnen en zorgstandaarden. In ons beleid is het verbeteren van de kwaliteit van zorg met inbreng van cliënten een belangrijk speerpunt waar wij extra op in gaan zetten.

Wij onderscheiden twee typen kennisfuncties:

A. kennis waarmee aandoening of beperkingspecifieke patiënten- en gehandicaptenorganisaties kunnen professionaliseren en waar samenwerkingsverbanden gebruik van kunnen maken om elkaar te vinden. Met het aanbieden van deze kennis willen wij de patiënten- en gehandicaptenorganisaties effectiever, efficiënter en professioneler maken, doordat zij gebruik maken van elkaars kennis en daarmee van elkaar leren. Deze functie is gericht op ondersteuning van behoeften van organisaties om zich op organisatorisch vlak te professionaliseren. PGOsupport ontwikkelt momenteel al instrumenten en methoden voor activiteiten van patiënten- en gehandicaptenorganisaties, stimuleert kennisdeling en -uitwisseling, organiseert cursussen voor medewerkers van patiënten- en gehandicaptenorganisaties en biedt kennis over en praktische ondersteuning bij het vormen van samenwerkingsverbanden. Daarnaast draagt het bij aan de kwaliteit van bedrijfsvoering door kennis over het bundelen van backoffice-taken. Voor deze taak ontvangt PGOsupport op basis van toezeggingen uit de huidige regeling tot 2013 een subsidie (€ 1,9 miljoen). Met ingang van 2013 wordt deze kennisfunctie aanbesteed (€ 2 miljoen in 2013). Tot 2013 kunnen ouderenorganisaties gebruik maken van de diensten van PGOsupport. Zo kunnen ouderenorganisaties ondersteuning ontvangen in het zelfstandig voortbestaan zonder subsidie en kunnen zij gebruik maken van het netwerk van patiënten- en gehandicaptenorganisaties om specifieke ouderenproblematiek onder de aandacht te brengen.

B. kennis waarin een kennisorganisatie samen met samenwerkingsverbanden en patiënten- en gehandicaptenorganisaties bijdraagt aan het waarborgen van specifieke kennis van voldoende kwaliteit die onder meer nodig is voor de uitwerking van de prioriteiten van het Kwaliteitsinstituut i.o..

Deze kennisontwikkeling heeft als doel de inbreng van het cliëntenperspectief door patiënten- en gehandicaptenorganisaties bij onder meer professionele standaarden (richtlijnen en zorgstandaarden) te professionaliseren. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten vraagt om een specifieke kennisbijdrage vanuit patiënten- en gehandicaptenorganisaties die van voldoende kwaliteit is voor de ontwikkeling van professionele standaarden. De kennisorganisatie gaat patiënten- en gehandicaptenorganisaties faciliteren bij het systematisch verzamelen, bundelen en effectief inbrengen van cliëntenervaringen en borgt dat activiteiten van patiënten- en gehandicaptenorganisaties aansluiten op de prioriteiten en de agenda van het Kwaliteitsinstituut i.o.. Daarnaast is het mogelijk kennis te verzamelen en in te brengen bij trajecten die aansluiten bij samenhangende zorg, zoals ketenzorg of comorbide problematiek bij bijvoorbeeld autisme, ouderen en reuma. Vanaf 2013 is € 1,5 miljoen beschikbaar en vanaf 2015 € 2 miljoen. Ook hier geldt dat het Kwaliteitsinstituut i.o. om een zienswijze gevraagd wordt over de mate waarin de uitvoering van deze kennisfunctie aansluit bij de agenda en prioriteiten die door het Kwaliteitsinstituut zijn opgesteld. Tevens wordt gelet op de samenhang met het gezamenlijke werkplan van de patiënten- en gehandicaptentop.

*«In toenemende mate worden patiëntenorganisaties betrokken bij de ontwikkeling van richtlijnen. Patiëntenvertegenwoordigers zijn bijvoorbeeld betrokken bij de richtlijn Pijn bij kanker, erfelijke darmkanker, melanoom, dikke darmkanker, rectumkanker en prostaatkanker. De betrokkenheid van patiënten bij richtlijnontwikkeling wordt gecoördineerd door de beleidsmedewerker Kwaliteit van Zorg bij NFK.» (www.nfk.nl)*

## **6. Consequenties voor specifieke organisaties**

In de huidige regeling ontving een aantal organisaties een specifieke subsidie vanwege een bijzondere positie of bijzondere activiteiten. Wij hebben zorgvuldig gekeken of deze organisaties inderdaad deze bijzondere positie kunnen behouden. Voor elke organisatie geldt in elk geval een vermindering van de subsidie (20% in 2012, 50% in 2013 en 100% in 2014). Hieronder wordt gemotiveerd aangegeven waarom wij in sommige gevallen afwijken van de standaardafbouw. Daarnaast heeft de nieuwe systematiek consequenties voor de ouderenorganisaties.

- Centrum Klantervaring Zorg (CKZ): Deze organisatie is niet aan te merken als een patiënten- of gehandicaptenorganisatie. Vanaf 2012 ontvangt het CKZ een subsidie op basis van de Kaderregeling VWS-subsidies. Het huidige budget (waaronder ook het CKZ valt) korten wij met 40%. Deze korting trekken wij door naar het CKZ (20% in 2012 en 40% in 2013). Het CKZ blijven wij subsidiëren vanwege haar toekomstige rol bij het Kwaliteitsinstituut i.o..
- Per Saldo: Deze organisatie richt zich op belangenbehartiging voor pgb-houders. Aangezien zij zich niet richt op een specifieke aandoening of beperking, is zij geen patiënten- of gehandicaptenorganisatie. Wij subsidiëren Per saldo vanaf 2012 op basis van de Kaderregeling VWS-subsidies. Het huidige budget (waaronder ook Per Saldo valt) korten wij met 40%. Deze korting trekken wij door naar Per Saldo (20% in 2012 en 40% in 2013).
- Medezeggenschapsorganisaties (LOC/LPR, LSR en VraagRaak van KansPlus): Rekening houdend met een voorziene inwerkingtreding van de Wet cliëntenrechten zorg per 2013 bouwen wij de subsidie aan medezeggenschapsorganisaties in drie jaar tijd af (20% in 2012, 50% in 2013, 70% in 2014 en 100% in 2015). Medezeggenschapsorganisaties krijgen zo een jaar langer de tijd om in te spelen op de veranderingen die de Wcz met zich meebrengt. Zorgaanbieders hebben met het oog op de Wcz, samen met organisaties van cliënten en cliëntenraden een modelregeling financiering cliëntenraden opgesteld. De kosten voor lidmaatschap van een organisatie van cliëntenraden zijn één van de kosten die de zorgaanbieder redelijkerwijs dient te vergoeden. Met de Wcz wordt geregeld dat aanbieders middelen ter beschikking moeten stellen die de cliëntenraad nodig heeft om zijn taak uit te voeren.
- LFB: Deze organisatie wordt bestuurd door mensen met een verstandelijke beperking en ontvangt een specifieke subsidie vanwege de hoge mate van begeleiding die daarvoor nodig is. Hoe sympathiek deze organisatie ook is opgezet, ons uitgangspunt is alle organisaties op gelijke wijze te behandelen. De uitzonderingspositie van de LFB brengen wij daarom in twee jaar tijd terug naar het niveau van een reguliere patiënten- of gehandicaptenorganisatie. In 2012 wordt de korting van 20% op hen toegepast, in 2013 50% en in 2014 ontvangen zij subsidie op basis van taak 1 (ca. € 35 000). Daarnaast kan de LFB aanspraak maken op begeleiding van PGOsupport en vragen wij het Platform VG extra aandacht te geven aan deze organisatie.
- Versterking Cliënt Positie (VCP): De CG-raad ontvangt onder de huidige regeling een subsidie voor de bevordering van regionale en lokale cliëntenparticipatie vanuit een centraal punt, het VCP-programma. Aangezien wij subsidie verstrekken aan patiënten- en gehandicaptenor-

ganisaties die zich richten op een specifieke aandoening of beperking en landelijk werken, wordt de subsidie aan VCP in twee jaar afgebouwd (20% in 2012, 50% in 2013 en 100% in 2014). In de eerder aangekondigde brief over cliëntondersteuning zal de staatssecretaris nader ingaan op het waarborgen van cliëntondersteuning op lokaal niveau.

- Overige subsidies: De CG-Raad en het Platform VG ontvangen aparte subsidies voor programma's op het gebied van juridische dienstverlening, informatievoorziening en het gestructureerd overleg gehandicapten-chronisch zieken. Wij vinden deze activiteiten passen bij de regierol van de patiënten- en gehandicapten-top. De top kan deze activiteiten dan ook opnemen in het gezamenlijke werkplan. Wij bouwen de specifieke subsidie in twee jaar af (20% in 2012, 50% in 2013 en 100% in 2014).
- Ouderenorganisaties maken ten slotte geen onderdeel meer uit van de nieuwe systematiek. Hun subsidie wordt in twee jaar afgebouwd (20% in 2012, 50% in 2013 en 100% in 2014). Ouderenorganisaties richten zich niet op een specifieke aandoening of beperking. Ouderen met een specifieke aandoening of beperking hebben de mogelijkheid zich aan te sluiten bij bestaande patiënten- of gehandicaptenorganisaties die zich specifiek richten op die aandoening of beperking.

## **7. Invoering nieuw beleidskader**

In de bijlage treft u in concept het beleidskader aan. Met het beleidskader geven wij verdere uitwerking aan deze brief. Wij sturen uw Kamer het definitieve beleidskader uiterlijk op 1 juli a.s. toe. Deze termijn is nodig vanwege twee redenen. Ten eerste willen wij organisaties niet langer in onzekerheid laten verkeren over de toekomstige hoogte van hun subsidie. Ten tweede brengen wij vanaf 1 januari 2012 al subsidies terug, waarvoor tijdige bekendmaking nodig is. Daarnaast wordt de huidige Subsidieregeling PGO ingetrokken.

Eén van de aanbevelingen die voortkwam uit het evaluatieonderzoek is het zorgen voor een heldere communicatie en duidelijk verwachtingenmanagement richting pgo-organisaties. Hiervoor ondernemen wij de volgende stappen:

- Na het versturen van deze brief aan uw Kamer, ontvangen alle organisaties per e-mail een afschrift van deze brief, het conceptbeleidskader en het evaluatierapport vergezeld van een begeleidend schrijven.
- Op 8 juni 2011 houdt VWS een veldbijeenkomst waar alle pgo-organisaties aan deel kunnen nemen. Daar wordt de uitwerking van de systematiek aan de organisaties toegelicht.
- Kort na 1 juli 2011 ontvangt elke organisatie van het Fonds PGO van het CIBG een brief met de specifieke consequenties voor de komende jaren.
- Het Fonds PGO van het CIBG is telefonisch en per e-mail beschikbaar om vragen van organisaties te beantwoorden.

Met de keuzes die wij maken hopen we dat patiënten- en gehandicaptenorganisaties hun ervaringsdeskundigheid meer en professioneler gaan inzetten. Met de voorgestelde subsidiesystematiek geven we het patiënten- en gehandicaptenveld meer ondersteuning en invloed. Hiermee

willen we stimuleren dat zij met minder budget samen effectiever en efficiënter een bijdrage kunnen leveren aan zorg die past bij de wensen en behoeften van cliënten.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner