

Eenheid in verscheidenheid

Dit is de visie van de D66-fractie in de Tweede Kamer op zorg en gezondheid voor de komende jaren ten behoeve van het maatschappelijke en politieke debat en het programma van D66 voor de verkiezingen van 17 maart 2021.



Eenheid in verscheidenheid

De visie van D66 op een gezonde toekomst

Voorwoord

Bij het schrijven van deze notitie zitten we als gevolg van het rondwarende coronavirus midden in de coronacrisis. Het virus heeft grote consequenties voor de zorg in Nederland. Toch is het ook belangrijk om nu na te denken over onze zorg na de coronacrisis, maar wel met inbegrip van wat we in deze heftige tijd nu al ontdekken. Daarbij realiseren we ons dat een formele evaluatie nog moet komen. We leren nog iedere dag. Verwerking zal veel tijd kosten.

De kracht en sterkte van ons zorgsysteem wordt nu uitvergroot. Maar we zien ook de kwetsbaarheden. Daarom besteedt deze notitie daar expliciet aandacht aan. Waarbij de allerbelangrijkste conclusie is dat de kracht van de zorg ligt bij de mensen die er werken. Met hun inzet en deskundigheid werken zij elke dag aan een gezond Nederland. Dat verdient alle waardering en respect.



Vera Bergkamp

Tweede Kamerlid D66

Overzicht

Samenvatting	7
Eenheid in verscheidenheid	7
Coronavirus	7
Maatregelen	9
Wat onderscheidt D66 van andere partijen?	12
1. Inleiding	14
De impact van het coronavirus	14
Voorkomen is beter dan genezen	15
Eenheid in verscheidenheid	16
Grip op de groei	17
2. Een gezonde toekomst	18
2.1. Volksgezondheid is meer dan zorg	18
2.2. Een zorgstelsel gericht op gezondheid	20
2.3. Een samenleving gericht op gezondheid	22
3. Samen werken aan eenheid	26
3.1. Beter gereguleerde marktwerking in de medische zorg	26
3.2. De ouderenzorg klaar voor de toekomst	33
4. Ruimte voor verscheidenheid	39
4.1. Mensen met een beperking doen volwaardig mee	39
4.2. Ruimte voor zelf regelen	41
4.3. Tijdige en goede ggz	42
4.4. Kansen voor ieder kind	44
4.5. Zorg dichtbij en op maat in de Wmo	47
4.6. Ondersteun de mantelzorgers en vrijwilligers	49
4.7. Samen beslissen zet de patiënt centraal	50
4.8. Een levensloopbestendig woonbeleid	52
5. Grip op de groei	56
5.1. Effectieve zorg in het basispakket	56
5.2. Hoe gaan we om met innovatie en medische technologie?	58
5.3. Medische zorg dicht bij huis	60
5.4. Naar een eerlijke en transparante geneesmiddelenmarkt	64
5.5. Een toekomstbestendige arbeidsmarkt	69

Samenvatting

Eenheid in verscheidenheid

Hoe zorgen we voor betaalbare, toegankelijke én kwalitatief goede zorg? Dat is de eeuwige afweging in de zorg. Als je te veel op de kosten gaat drukken dreigt dat ten koste te gaan van toegankelijkheid of kwaliteit. Daarentegen willen we allemaal voldoende ruimte voor kwaliteit en toegankelijkheid, maar dan kan de zorg onbetaalbaar worden. Deze kabinetsperiode stijgen de jaarlijkse zorguitgaven al met meer dan de complete begroting voor het basisonderwijs.



Iedere politieke partij zal moeten laveren tussen deze doelen. Als sociaalliberale partij kiest D66 voor eenheid in verscheidenheid. Ruimte voor verscheidenheid om in de zorg mensen zo veel mogelijk vrij te laten, maar ook eenheid om er samen voor te zorgen dat we niemand laten vallen.

D66 koestert die verscheidenheid die zich uit in maatwerk, ruimte voor innovatie, patiëntgerichtheid en specialisatie. Innovatie zorgt voor steeds hoogwaardigere zorg en verscheidenheid in specialisaties. In alle sectoren van de zorg zien we dat zorginstellingen zich steeds verder specialiseren. Dat levert veel op, maar maakt het soms ook lastiger om de juiste zorg voor de juiste patiënt te vinden, zeker als we die zorg zoeken in de eigen buurt. Verscheidenheid kan ook leiden tot versnippering, schotten en gebrek aan regie. Om dat te verhinderen is eenheid nodig. Eenheid in verscheidenheid betekent schotten weghalen tussen wetten, samenwerking faciliteren en de juiste zorg op de juiste schaal leveren. D66 wil de zorg herstellen, waar de markt tekortschiet. Eenheid is ook de kracht van het solidaire Nederlandse zorgstelsel. Rijk betaalt voor arm. Jong betaalt voor oud. Gezond betaalt voor ziek. Voor dezelfde zorg. De sterkste schouders dragen de zwaarste lasten en uiteindelijk krijgt iedereen eersteklas zorg. Dat zijn de basiswaarden van de zorg die hoe dan ook overeind moeten blijven.

Coronavirus

Het coronavirus heeft zowel de kracht als de kwetsbaarheid van het zorgstelsel getoond. De kracht liet zich zien in de tomeloze inzet van het zorgpersoneel en de goede samenwerking. Zelfs op de top van de epidemie. Corona heeft ook tot een versnelling van de inzet van e-health geleid. De kwetsbaarheid bleek uit schrijnende situaties in verpleeghuizen, de grote afhankelijkheid van het buitenland en de tekorten op de arbeidsmarkt.

Tijdens de crisis is de zorg meer centraal aangestuurd, met minder vrijheid voor zorgaanbieders en zonder enige financiële restricties. In crisistijden is dit uitermate verstandig. Normaal sturen zorgverzekeraars en gemeenten op een scherpe inkoop.

Nu zijn omgevallen zorginstellingen voorkomen door samen op te trekken met een gezamenlijke continuïteitsbijdrage. Ook zien we de ziekenhuizen en verpleeghuizen zich schikken naar het crisismodel. Ze zijn aangewezen op de onderlinge solidariteit en moeten nauwer dan ooit samenwerken om de crisis te lijf te gaan.

Hier liggen belangrijke lessen voor de organisatie van onze zorg. Na de crisis zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars weer meer vrijheid krijgen om de zorg in te richten en in te kopen zoals zij dit het beste achten, binnen de inhoudelijke normen van de beroepsgroepen en de kaders die de overheid schept. Tegelijk blijkt het mogelijk om veel beter samen te werken dan voorheen en meer eenheid te creëren. Na de crisis moet er beter over de domeinen worden samengewerkt, meer vertrouwen aan de eigen afwegingen van zorgprofessionals gegeven worden en moet de patiënt het uitgangspunt zijn.

Niet meer of minder markt, maar de zorg herstellen waar de markt tekortschiet om zorg te leveren met de menselijke maat. We halen de scherpe randjes af van de marktwerking met concrete plannen. Dat doen we door tarieven minder afhankelijk te maken van productie, de marktwerking uit te zetten als deze geen voordelen biedt (denk aan de ambulancevoorzieningen) en door excessieve winsten aan te pakken in bijvoorbeeld de farmaceutische industrie. Daarnaast geven we rugdekking aan zorgverzekeraars en gemeenten die bij de inkoop soms lastige, impopulaire keuzes moeten maken die het individuele belang raken, maar het gezamenlijke belang dienen. Ook krijgt de overheid een grotere rol om zorg te financieren die niet efficiënt is, maar wel maatschappelijk wenselijk. Denk aan het houden van grotere reserves van persoonlijke beschermingsmiddelen, de eigen productie van geneesmiddelen binnen Europa en investeringen in de middelen en mensen om onze IC-capaciteit snel te kunnen opschalen in een crisissituatie.

Maatregelen

Welke vernieuwende maatregelen dragen het meeste bij aan het vormgeven van onze visie?

1. Voorkomen is beter dan genezen

D66 zet zich al jaren in voor kansengelijkheid. Het is voor ons onbestaanbaar dat mensen met een lagere opleiding gemiddeld zes jaar korter leven en maar liefst vijftien jaar korter in goede gezondheid. Om dit gat te dichten, moeten we ons beleid meer richten op het voorkomen van ziekten dan het behandelen. Dat vereist verstandige keuzes voor de volksgezondheid. Niet alleen bij het ministerie van VWS, maar op alle departementen. Het gaat om ruimtelijk beleid, woonbeleid, onderwijs en opvang, het faciliteren van sport en de invloed van werk en economie op ons welzijn. D66 wil dat de overheid hier op alle niveaus in investeert. Door middel van een Plan Gezonde Leefomstandigheden, dat varieert van maatregelen die de luchtkwaliteit verbeteren tot investeringen in de sociale woningbouw. Of denk aan het lokaal slim inrichten van de publieke ruimte, zodat het vanzelfsprekender wordt om te bewegen.

Ook de leefstijl van mensen is van belang voor hun gezondheid. D66 wil daarin actief zijn zonder te betuttelen. Veel mensen weten misschien wel wat gezond gedrag is, maar te weinig mensen leven ernaar. D66 wil die kloof tussen weten en doen verkleinen. Door een Nationaal Rapporteur Gezond Leven als regisseur aan te stellen, die zorgt dat effectieve preventieprogramma's overal worden ingezet waar ze nodig zijn. Vooral bij de groepen met de grootste achterstand in hun (gezonde) levensverwachting. En door de gezonde keuze makkelijker te maken.

Dankzij D66 mag er al geen kindermarketing meer gericht zijn op producten buiten de schijf van vijf. Maar er zijn meer aanpassingen mogelijk én nodig, die het mensen makkelijker maken gezonder te kiezen. Bijvoorbeeld door productplaatsing in de supermarkt, duidelijke voedselkeuzelogos, belastingmaatregelen die mensen stimuleren om gezonder in te kopen en die producenten stimuleren om gezonder te produceren. Ook zet D66 alles op alles voor een rookvrije generatie. En binnen de zorg laat D66 de verschillende partijen beter samenwerken om preventie voor elkaar te krijgen. De overheid kan zelf het goede voorbeeld geven, door de kosten die verzekeraars maken voor de gecombineerde leefstijlinterventie via nacalculatie te vergoeden. Een gerichte maatwerkaanpak vanuit de gemeente en de GGD's stelt 'positieve gezondheid' als doel. Niet de afwezigheid van ziekte staat centraal, maar het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan.



2. Samenwerken, regie en een betere markt

D66 wil een betere organisatie van de zorg. Hoe organiseren we een goed medisch zorglandschap, waarin specialistische zorg en toegankelijkheid hand in hand gaan?

En waarbij de patiënt direct betrokken is? Hoe organiseren we onze ouderenzorg zo dat er geluisterd wordt naar de oudere en de zorgprofessional? We kunnen daarvoor leren van de coronacrisis. Enerzijds is sturing vanuit de overheid gewenst, om samenwerking te realiseren en om de basis op orde te hebben voor kwetsbare mensen.

Anderzijds moet er ruimte blijven voor de kracht van de markt, zodat innovatie, keuzevrijheid en efficiëntie worden beloofd. Met behoud van die ruimte, willen we concrete maatregelen nemen zodat de zorg minder wordt gericht op productie, en meer op de mens. Onderling vertrouwen (ook door eenvoudigere financiering en daardoor minder regeldruk) en regionale samenwerking zijn hiervoor de basis. Concreet wil D66 tarieven in de medische zorg minder afhankelijk maken van productie en meer van de uitkomst van de behandeling voor een patiënt. De kwaliteit van zorg voor de patiënt moet leidend worden voor de beloning. Vrijgevestigde medisch specialisten gaan in loondienst van ziekenhuizen, zodat de productieprikkel in de zorg verder afneemt. Ook willen we verbetering van de risicoverevening, zodat zorgverzekeraars geen prikkel hebben om zich te richten op gezonde verzekerden, maar eerlijk concurreren op basis van een scherpe inkoop van goede zorg. De NZa moet strakker gaan toezien op de zorgplicht van verzekeraars, zodat patiënten zeker kunnen zijn van goede en beschikbare zorg.

Daarnaast zien we in iedere regio andere uitdagingen en knelpunten. We willen dat partijen deze gezamenlijk oplossen aan de hand van een Regionaal Zorgplan, die worden opgesteld onder eindverantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. De Regionale Zorgplannen gaan in op een toekomstbestendig zorgaanbod in de regio en bevatten expliciete afspraken over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Het recht om zorg digitaal te ontvangen waar mogelijk wil D66 wettelijk verankeren. We herwaarderen de streekziekenhuizen door hun positie te verankeren in de Regionale Zorgplannen. De streekziekenhuizen vormen een belangrijke fundament van onze zorg, zeker voor kwetsbare ouderen die kampen met meerdere aandoeningen tegelijk. Samen met gezondheidscentra in de eerste lijn houden zij de basiszorg in de nabije omgeving toegankelijk.

In de ouderenzorg wil D66 de sociale context meewegen in de Wlz-indicatie, digitale ouderenzorg als norm stellen en innovatie in de ouderenzorg stimuleren door daarvoor ruimte te bieden in de bekostiging. Tot slot wil D66 een financiële prikkel voor gemeenten creëren die hen beloofd voor minder doorverwijzingen naar de Wlz en overheveling van de extramurale zorg uit de Wlz naar de Zvw zodat daarmee de stap vanuit de wijkverpleging naar intensievere zorg makkelijker geregeld kan worden en de eigen betalingen in de ouderenzorg beter op elkaar laten aansluiten.

3. Verscheidenheid

D66 wil dat iedereen zichtbaar zichzelf kan zijn. Ook in de zorg. Dat vraagt om het omarmen van verschillen en ruimte geven voor maatwerk.

Mensen met een beperking verdienen dezelfde kansen om volop mee te doen net als ieder ander. Dat vraagt om het beter inbedden van het VN Verdrag voor mensen met een Handicap in het beleid van alle overheden en hier met meer passie uitvoering aan geven. D66 neemt handicap als discriminatiegrond op in artikel 1 van de Grondwet. We stellen leerprogramma's op waardoor mensen met een licht verstandelijke beperking zo veel mogelijk mee kunnen doen in de samenleving. We gaan de strijd tegen ontmoediging van het pgb aan, stellen vertrouwen voorop en verminderen zo de administratieve lasten. Een gespecialiseerd zorgkantoor geven we de taak om de intake te doen of de keuze voor een pgb weloverwogen is.

D66 heeft oog voor kinderen die opgroeien onder moeilijke omstandigheden of mensen die kampen met psychische problemen en voor mensen die ouder worden, terwijl hun woning daar niet op is aangepast. D66 wil dat er meer geluisterd wordt naar de patiënt of cliënt. In de ggz geven we de nieuwe financiering zo vorm dat er makkelijker ingespeeld kan worden op veranderingen in de zorgbehoefte van een cliënt. Verder willen we centrale of regionale regie van de wachtlijsten in de ggz, zodat mensen niet langer dubbel of verkeerd op wachtlijsten staan. We hevelen de jeugd-ggz over naar de Zvw, zodat de inkoop beter kan inspelen op de specialistische zorgbehoefte en er een goede aansluiting op de volwassenen-ggz komt. Forensisch onderzoek bij kindermishandeling organiseren we in gespecialiseerde centra.

D66 geeft gemeenten meer beleidsvrijheid passend bij de belangrijke gedecentraliseerde taken die zij hebben en zorgt dat zij de mogelijkheid krijgen voor een inkomensafhankelijke component in de eigen bijdrage voor de Wmo. D66 neemt het op voor mantelzorgers door een automatische inkomenssteun te bieden aan huishoudens waarin iemand een langdurige, intensieve zorgbehoefte heeft en thuis woont. Ook zetten we logeer- en respijtzorg beter in om mantelzorgers te ontlasten. Tot slot stimuleren we zorgcirkels waar vitale en zorgbehoevende ouderen geclusterd wonen en zij hun zorg in een netwerk kunnen organiseren. Verder moet een nationaal programma zorgen dat verouderde verpleeghuizen worden vervangen.

4. Grip op groei

De vraag naar zorg zal de komende jaren flink blijven groeien. Op de korte termijn leidt het coronavirus tot extra zorguitgaven, die we gelukkig samen opbrengen. Op de langere termijn worden we ouder, zijn steeds meer behandelingen mogelijk en zullen mensen vaker (meerdere) chronische ziekten hebben. Die verder groeiende vraag naar zorg heeft flinke impact op de manier waarop we onze zorg geregeld hebben. Deze uitdagingen vragen om keuzes hoe we grip op de groei weten te houden. Hoe gaat D66

voor deze grip zorgen zodat er niet bot bezuinigd hoeft te worden? We stimuleren dat ziekenhuizen vaker spiegelinformatie hebben over de uitkomsten van behandelmethoden, zodat ongewenste praktijkvariatie kan worden verkleind en meer zinnige zorg wordt verleend. We breiden het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik uit naar de ggz, huisartsenzorg en langdurige zorg.

We geven het Zorginstituut de opdracht om meer behandelingen en dure medische technologie te toetsen op kosteneffectiviteit, zodat meer ineffectieve zorg uit het basispakket kan stromen. Als bepaalde zorg beter en goedkoper in de eerste lijn geleverd kan worden, wil D66 dat de NZa het tarief voor die behandelingen vaststelt op het eerstelijnstarief. We vervangen het eigen risico door een verplichte eigen bijdrage per zorgtraject van (bijvoorbeeld) € 100, voor ten hoogste vier trajecten per jaar. Zo maken we de medisch-specialistische zorg meer voorspelbaar en betaalbaar voor minima. We hopen daarmee zorgmijding te voorkomen, maar ook dat mensen calculerend zorg gaan gebruiken, omdat hun eigen risico op is aan het einde van het jaar. Verder stimuleren we gezamenlijke onderhandelingen over nieuwe geneesmiddelen in Europees verband en willen een strenger patentrecht met een kritischere toets op nieuwheid en inventiviteit door het Europees Octrooibureau en een scherpere toetsing van de EMA op toekenning van het predicaat weesgeneesmiddel.

Verder investeren we in publieke financiering van langlopende ontwikkeltrajecten van geneesmiddelen, zodat we bij succes niet langer torenhoge prijzen betalen aan farmaceuten voor middelen die voortvloeien uit kennis van onze eigen universiteiten. We zetten in op Europese afspraken voor crisissituaties, die handelsbarrières voor geneesmiddelen voorkomen en verbieden. Ten slotte vergroten we de aantrekkelijkheid van de zorgsector. Met de toenemende krapte op de arbeidsmarkt, is dit essentieel om aan de groeiende zorgvraag van onze vergrijzende samenleving te kunnen voldoen. We doen dit door sociale partners te stimuleren te komen tot betere arbeidsvoorwaarden en –omstandigheden, door medewerkers in de zorg meer zeggenschap te geven en meer mogelijkheden te bieden om meer uren te werken, verlaging van de werkdruk door een stimulans van arbeidsbesparende innovaties en door ruimte te bieden in een nieuw Hoofdlijnenakkoord voor een substantiële loonstijging, specifiek voor verpleegkundigen, verzorgenden en OK-assistenten.

Wat onderscheidt D66 van andere partijen?

Veel politieke partijen zetten in op varianten van de slogan 'minder markt meer samenwerking'. D66 vindt dit een schijntegenstelling. Door eenheid in verscheidenheid slaagt D66 erin de baten van de markt te combineren met de kracht van de overheid. Door concrete plannen om het disfunctioneren van de markt aan te pakken waar nodig in plaats van een discussie over abstracte begrippen.

D66 gaat ervoor zorgen dat er niet alleen gepraat wordt over preventie, maar dat het echt gaat werken. Het gevolg is een gezondere populatie en minder sociale ongelijkheid. De inzet op eenheid betekent dat er minder schotten zijn en samenwerking wordt verbeterd. De coronacrisis laat zien dat dit mogelijk is. De ruimte voor verscheidenheid zorgt voor maatwerk, patiëntgerichtheid en innovatie. Daarnaast vertellen we het eerlijke verhaal welke scherpe maatregelen nodig zijn om grip te houden op de groei van de zorgvraag, zodat de zorg niet onbetaalbaar wordt.

1. Inleiding

Iedereen hoopt zo min mogelijk gebruik te hoeven maken van de zorg. Maar als het nodig is, moet de zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit zijn. We mogen trots zijn op de mensen die dag in, dag uit werken om Nederland gezond en wel te houden. Nederlanders zijn daar ook tevreden over. Nederlanders geven de zorg die ze krijgen gemiddeld een acht als rapportcijfer.¹ Maar we kunnen niet achteroverleunen. Wanneer Nederlanders gevraagd wordt wat er bovenaan de politieke agenda moet staan, is dat de gezondheidszorg en ouderenzorg.²



Op sommige plaatsen zijn er zorgen over de beschikbaarheid van zorg, zoals in de jeugdzorg of geestelijke gezondheidszorg (ggz). Ook verdwalen veel patiënten en zorgprofessionals in het doolhof van het systeem als zij zorg op maat willen hebben of geven. Bovendien worden nog steeds te veel mensen ziek of hebben ze zorg nodig terwijl dat te voorkomen was. Dat noodzaakt de politiek tot actie. D66 presenteert een sociaalliberale visie op de zorg.

De impact van het coronavirus

De zorg zal de komende jaren in het teken staan van COVID-19. De coronacrisis toont de kracht van onze zorg en de robuustheid van ons zorgsysteem. Deskundigheid, coördinatie, samenwerking en inzet zijn er in overvloed. Maar de crisis legt ook de kwetsbaarheden van ons zorgstelsel bloot. We waren op sommige gebieden te weinig voorbereid en zijn te afhankelijk van het buitenland als het aankomt op testen, beschermingsmiddelen en bepaalde medicijnen. We merkten dat zorg in verpleeghuizen, ggz-instelling, thuis via een pgb of voor mensen met een beperking kwetsbaar was door gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen.

Daarnaast heeft het verbod op bezoek grote impact op veel ouderen in verpleeghuizen en mensen in gehandicapteninstellingen. De langdurige zorg leek aan het begin van de crisis minder strak geregisseerd en kreeg minder aandacht dan de acute zorg in de ziekenhuizen. Ondanks de geweldige hulp van alle zorgmedewerkers die zich – al dan niet tijdelijk – ten dienste hebben gesteld van de coronacrisis, zijn er personeelstekorten. Daar komt ook bij dat het herstel van deze crisis de uitdagingen in de zorg groter maakt. Er komen meer mensen met longziekten, de herstellende coronapatiënten zullen behoefte hebben aan revalidatieplekken en verpleeghuizen. Daarnaast moet het zorgpersoneel aan de slag met de zorg die uitgesteld is, terwijl ze net zijn bekomen van deze zeer grote crisis in de zorg.

Tijdens de crisis is de medische zorg aanzienlijk anders vormgegeven dan in de afgelopen jaren het geval was. Namelijk in een hiërarchische vorm met centrale aansturing zonder gereguleerde markt of financiële restricties. Ten tijde van crisis is dit gerechtvaardigd en zelfs uitermate verstandig. Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen zoals beschermingsmaterialen zijn schaars. Ook de tijdelijke opschorting van de gereguleerde marktwerking is essentieel. Normaliter sturen zorgverzekeraars op een scherpe inkoop, zodat ze kwalitatief hoogwaardige zorg tegen een lage premie kunnen aanbieden. Zonder gezamenlijke compensatie door zorgverzekeraars voor de gedeelde omzet en extra kosten, zouden veel zorginstellingen echter richting de afgrond drijven.

Het is daarom mooi om te zien dat de verzekeraars in deze crisis opereren als één front, met een gezamenlijke continuïteitsbijdrage. Ook veel gemeenten hanteren een dergelijke continuïteitsbijdrage voor de zorginstellingen die van hen afhankelijk zijn. Daarnaast schikken ook ziekenhuizen en vakgroepen zich vooralsnog naar het crisismodel. Ze zijn aangewezen op de onderlinge solidariteit en moeten nauwer dan ooit samenwerken om de grote hoeveelheid zorg op te vangen.

Kijkend naar de impact van de coronacrisis en hoe de zorg hiermee is omgegaan, liggen er lessen voor de organisatie van onze zorg. Zo moet er beter over de domeinen worden samengewerkt, kan vaak het vertrouwen gegeven worden aan de eigen afwegingen van zorgprofessionals en dient de patiënt het uitgangspunt te zijn.

Voorkomen is beter dan genezen

Als sociaalliberale partij wil D66 dat de overheid zorgt voor gelijke kansen voor iedereen. De kans om het beste uit het leven te halen is voor veel mensen sterk afhankelijk van hun gezondheid. Dat betekent voor D66 een voortdurende taak voor de politiek om mensen hiervoor de handvatten te geven. Zorg is een belangrijk middel, maar niet eens de belangrijkste factor voor iemands gezondheid. Die is immers sterk afhankelijk van de omgeving. Bijvoorbeeld van de kwaliteit van lucht en van het onderwijs dat iemand heeft genoten, of het huis en de wijk waar iemand woont. De omgeving is van invloed op een goede leefstijl als fietsroutes goed bereikbaar zijn en gezond eten betaalbaar is.

In de visie van D66 werken we daarom ook aan een gezonde toekomst buiten de zorg. Dat is met name van belang als we kijken naar de grote gezondheidsongelijkheid. Mensen met een lagere opleiding leven gemiddeld zes jaar korter en maar liefst vijftien jaar korter in goede gezondheid.³ Goed beleid om gezondheid te bevorderen werkt pas als het de mensen bereikt die nu de meeste schade ondervinden in hun gezondheid. Dat betekent het inrichten van een leefomgeving waar men automatisch de gezonde keuze maakt zonder bijvoorbeeld extra geld of moeite kwijt te zijn. Daarvoor wil D66 ook een Nationaal Rapporteur Gezond Leven die zorgt dat effectieve preventieprogramma's overall ingezet worden waar ze nodig zijn. Vooral bij de mensen die nu een lagere gezonde levensverwachting hebben.

Het spreekt voor zich dat deze opgave zich niet alleen uitstrekt tot de Rijksoverheid, maar juist ook op regionaal en lokaal niveau wordt vormgegeven. In een visie op gezondheid kunnen we gebruik maken van de inzichten van 'brede welvaart' ten opzichte van economische groei op zichzelf.⁴

Eenheid in verscheidenheid

Ondanks alle inspanningen voor een betere gezondheid zal medische zorg nodig blijven. Die zorg moet klaar zijn voor de toekomst. Dat is niet eenvoudig omdat er grote veranderingen op stel staan en de zorg onder druk staat door een steeds verder groeiende zorgbehoefte. Als sociaalliberale partij kiezen we voor een visie die uitgaat van eenheid in verscheidenheid. Ontwikkeling van kennis en kunde zorgt voor steeds hoogwaardigere zorg en verscheidenheid in specialisatie. Waar we vroeger bijvoorbeeld één breed opgeleide neuroloog hadden, is de neurologie nu verdeeld onder een vasculair neuroloog, Parkinson-neuroloog, ms-neuroloog en neuromusculair neuroloog.

Ook in de gehandicaptensector en de jeugdzorg merken we dat zorginstellingen zich steeds verder specialiseren. Dat levert veel op, maar maakt het soms ook lastiger om de juiste zorg voor de juiste patiënt te vinden. Zeker als we die zorg zoeken in de eigen buurt. Dat zal de komende tijd meer gaan vragen van professionals die een poortwachtersfunctie bekleden binnen de zorg. Denk daarbij aan de huisarts, het sociale wijkteam van de gemeente of een transferverpleegkundige die een oudere ondersteunt in de zoektocht naar passende zorg.

Met eenheid in de zorg kunnen we de noodzakelijke veranderingen bewerkstelligen om de zorg klaar te maken voor de toekomst. Naast dat gezondheidsbevordering meer de norm moet worden, geldt ook dat zorg meer thuis zal plaatsvinden. Met de coronacrisis hebben we al gemerkt hoe veel zorg ook op afstand geleverd kan worden. Die ervaringen moeten we gebruiken om eHealth en zorg op afstand steeds meer te gaan inzetten. Niet alleen naast, maar ook in plaats van de zorg die we al kennen. Hiermee kunnen veel meer mensen sneller geholpen worden zonder een gang naar huisarts of specialist. Dit kan bijvoorbeeld via zorg in digitale netwerken waarbinnen mensen verbonden zijn met gespecialiseerde zorgverleners én lotgenoten. Ook in de ouderenzorg is onze toekomstvisie dat intensieve zorg op termijn meer thuis geleverd zal worden. Dat kan echter alleen als er ook voldoende woningen zijn ingericht op deze verschuiving.

Eenheid in verscheidenheid krijgen we door schotten weg te halen tussen wetten, samenwerking te faciliteren en de juiste zorg op de juiste schaal te leveren. Eenheid is ook de kracht van het solidaire Nederlandse zorgstelsel. Jaarlijks financieren we bijna € 80 miljard aan zorgkosten collectief, ongeveer € 5.500 per volwassene per jaar⁵. Veel meer dus dan alleen premie en eigen risico. Voor bijna 75% brengen we dat op via betalingen die inkomensafhankelijk zijn (belastingen, inkomensafhankelijke bijdrage, Wlz-premie) en slechts voor ca. 7% via betalingen die afhankelijk zijn van het zorggebruik zoals het eigen risico.⁶ Rijk betaalt voor arm. Jong betaalt voor oud. Gezond betaalt voor ziek.

Voor dezelfde zorg. De sterkste schouders dragen de zwaarste lasten en uiteindelijk krijgt iedereen eersteklas zorg. Dat zijn de basiswaarden van de zorg die hoe dan ook overeind moeten blijven.

Grip op de groei

Die solidariteit in de Nederlandse zorg kan echter onder druk komen te staan als de zorgbehoefte sneller groeit dan wat we als samenleving kunnen dragen en leveren. De samenleving ziet er in 2040 namelijk anders uit. In plaats van 1,4 miljoen 75-plussers leven er dan ca. 2,6 miljoen in ons land.⁷ Daarvan wonen ook twee keer zo veel ouderen alleen. Hierbij is het goed te vermelden dat een groot deel van deze ouderen vitaal zijn en zelf ook veel mantelzorg verlenen. Desondanks zet deze demografische ontwikkeling de zorg onder druk door een grotere zorgbehoefte en een lager aantal beschikbare mensen om te werken in de zorg. Het RIVM rekent voor dat de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid verdubbelen tot ca. € 174 miljard in 2040, wat neerkomt op een stijging van zorgkosten naar bijna € 10.000 per persoon per jaar.⁸

Natuurlijk zijn deze ramingen een momentopname, maar het noodzaakt de politiek wel om na te denken over hoe we de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg kunnen houden zoals die nu is. Het zou immers de omgekeerde wereld zijn als de sterke groei van de zorgbehoefte ervoor zorgt dat we niet kunnen investeren in de factoren die voor een gezondere bevolking zorgen. Ruimte voor eenheid in verscheidenheid kan alleen als we ook scherpe keuzes durven te maken welke zorg we wel of niet als samenleving willen dragen. Daarbij hebben we zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten de taak gegeven om te zorgen voor kostenbeheersing. Dat is niet altijd een populaire rol, en vraagt om rugdekking vanuit de politiek als selectieve inkoop nodig is om de gewenste verandering teweeg te brengen. Daartegenover moet wel een betere regulering staan, om te zorgen dat de publieke belangen niet uit het oog verloren raken. In dit stuk doet D66 hier voorstellen voor.

2. Een gezonde toekomst

Gezondheid wordt voor een deel bepaald door factoren die buiten de zorg liggen. Deze krijgen echter te weinig aandacht. Primair zijn dat de leefomgeving en de leefomstandigheden van mensen. Denk daarbij aan zaken als luchtkwaliteit en goed woonbeleid. En op persoonlijk vlak: het onderwijs dat iemand heeft genoten, de positie op de arbeidsmarkt, maar ook sociale omstandigheden, zoals eenzaamheid. In tweede instantie wordt iemands gezondheid beïnvloed door de leefstijl die hieruit voortvloeit.



Voor het bepalen van ons beleid op het gebied van volksgezondheid is het dus interessant om ons perspectief eens te veranderen en te focussen op gezondheid in plaats van op ziekte. Dat perspectief zouden we moeten terugzien op alle beleidsterreinen en effectieve programma's moeten beschikbaar worden voor iedereen om gezondheidsongelijkheid tegen te gaan. In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag hoe gezondheid een prominente plek krijgt in de zorg en in de maatschappij.

2.1. Volksgezondheid is meer dan zorg

D66 zet zich al jaren in voor gelijke kansen voor iedereen. Het is voor ons onbestaanbaar dat mensen met een lagere opleiding gemiddeld zes jaar korter leven en maar liefst vijftien jaar korter in goede gezondheid leven.⁹ Een goede leefomgeving, leefomstandigheden en leefstijl kunnen aanzienlijk bijdragen aan een goede gezondheid. Aanpassingen hierin zijn soms de verantwoordelijkheid van het individu en soms ligt die verantwoordelijkheid breder: zowel gemeente, rijk, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en werkgevers hebben een rol. Door nationaal, regionaal en lokaal maatregelen te nemen die alle aspecten van het dagelijks leven van mensen raken, kan er veel gezondheidswinst behaald worden. Zelf hebben mensen over het algemeen invloed op zaken als gezonde voeding, voldoende bewegen en voldoende ontspanning. Maar het is belangrijk om te beseffen dat dit niet voor iedereen even gemakkelijk is. D66 vindt daarom dat er voldoende kansen en mogelijkheden moeten komen voor mensen om hun eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Een deel zit in de juiste prikkels. Een ander deel zit in de informatievoorziening en bewustwording van mensen.

Gezondheid is overal

Goede gezondheid begint al bij de geboorte. Uit onderzoek blijkt dat de eerste 1000 dagen vanaf de zwangerschap bepalend zijn voor de gezondheid en het welzijn van iemand op latere leeftijd, zowel psychisch als fysiek. Goede ondersteuning voor iedere ouder vanaf het eerste moment is daarom van

groot belang voor ieder kind (waarover meer in paragraaf 4.4). Ook voor volwassenen en ouderen geldt dat gezond blijven een belangrijke wens is. Het gaat om een gevoel van welbevinden: veerkracht om de uitdagingen van het leven aan te kunnen.

Dat vertaalt zich naar het basisprincipe dat gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering als aandachtspunt thuishoren in al ons beleid. Natuurlijk is het ministerie van VWS eindverantwoordelijk, maar een goede gezondheid vereist verstandige keuzes op alle departementen. Volksgezondheid is meer dan zorg. Het gaat om ruimtelijk beleid, woonbeleid, onderwijs en opvang, het faciliteren van sport en de invloed van werk en economie op ons welzijn. Daarom is het tijd voor een Plan Gezonde Leefomstandigheden.

Binnen dit Plan Gezonde Leefomstandigheden speelt de fysieke leefomgeving een belangrijke rol voor een gezond, aangenaam leven. D66 wil daarom dat de overheid hier op alle niveaus in investeert. Van alle maatregelen die de luchtkwaliteit verbeteren, is bekend dat zij veel bijdragen aan de gezondheid van mensen. Denk bijvoorbeeld aan het vergroenen van belastingen, het subsidiëren van schone auto's en het vervangen van kolencentrales door zonneparken. Ook in het woonbeleid valt veel te winnen. Bijvoorbeeld door te investeren in de sociale woningbouw, zodat er middelen zijn om bestaande woningen schimmelvrij te maken.

Daarnaast kan ook de gemeente veel bijdragen aan de gezondheid van haar inwoners. Zo is het zaak om de publieke ruimte slim in te richten. Dit is van grote invloed op de mate waarin mensen bewegen. Goede fietspaden, brede stoepen en goed openbaar vervoer maken het aantrekkelijk om de auto wat vaker te laten staan. En als de verkeerssituatie rondom een school veilig en voetganger- en fietsvriendelijk is, zullen ouders hun kinderen sneller op de fiets of lopend laten gaan. Denk verder ook aan de aanwezigheid van sporttoestellen in de openbare ruimte, zoals je die vaak in Zuid-Europese landen ziet. Of het aanleggen van hardloopparkours en bootcampveldjes. Deze zaken maken het makkelijker, aantrekkelijker en vanzelfsprekender te bewegen. Ook in het onderwijs kunnen we dit stimuleren door overal voldoende goede sportles te geven op school, door vakdocenten. En kinderen tussen de lessen door meer gelegenheid te bieden om buiten te bewegen.

Aanpakken van de gezondheidsongelijkheid

Willen we onze volksgezondheid bevorderen, dan moeten we ook kijken naar de leefstijl van mensen zonder betuttelend te willen zijn. Gezondheid begint al bij mensen die (nog) geen klachten hebben. Veel mensen weten misschien wel wat gezond gedrag is, maar te weinig mensen leven ernaar. Daarnaast zijn er ook mensen die zich onvoldoende bewust zijn van het effect van een (on)gezonde leefstijl.¹⁰ D66 wil de kloof tussen weten en doen verkleinen. Mensen moeten in staat worden gesteld een goed geïnformeerde keuze te maken. Dit vraagt om een effectieve, doelgroepgerichte aanpak. Gelukkig bestaan er veel programma's die daar effectief in zijn.¹¹

Denk bijvoorbeeld aan een programma dat ouderen helpt met balans en mobiliteit om te voorkomen dat zij vallen. Of een programma waarmee 30% van de mensen door leefstijlinterventies kan afstappen van medicatie voor diabetes type II.

In de komende periode is het de taak om deze programma's toegankelijk te maken voor iedereen die ze nodig heeft, vooral de groepen in de samenleving die een achterstand hebben in gezonde levensverwachting. D66 wil een Nationaal Rapporteur die deze programma's gaat verzamelen en samen met gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders beschikbaar gaat maken. Deze Rapporteur heeft een eigen ambtelijke ondersteuning, vergelijkbaar met een ombudsman of de nationaal rapporteur mensenhandel. We investeren grootschalig in deze programma's, zodat deze langdurig kunnen doorlopen.

Naast kennis over de gezonde keuze, hebben mensen vaak ook een duwtje in de goede richting nodig. Dit kan door ze de juiste prikkels te geven. Op dit moment is zeventig procent van de aanbiedingen in de supermarkt nog gericht op producten buiten de schijf van vijf. Dankzij D66 mag er al geen kindermarketing meer gericht zijn op producten buiten de schijf van vijf.¹² En er zijn meer aanpassingen mogelijk én nodig, die het mensen makkelijker maken gezonder te kiezen. Bijvoorbeeld door productplaatsing in de supermarkt. De gezonde keuze, de volkorenpasta, op ooghoogte, en de minder gezonde producten, kant-en-klare pastasauzen, op onaantrekkelijker plaatsen in het schap. Geen chocolade meer bij de kassa, maar een rekje met fruit en snoeptomaatjes.

Een duidelijk voedselkeuzelogo, met bijvoorbeeld een stoplichtsysteem, dat voor iedereen inzichtelijk is. Daarnaast is D66 voorstander van belastingmaatregelen die mensen stimuleren om gezonder in te kopen, en producenten stimuleren om gezonder te produceren. We vinden het van belang dat juist ook de industrie en de supermarkten in beweging komen voor gezonde alternatieven. Enkele van de hiervoor genoemde maatregelen, zetten we al in om de gezondheidsschade als gevolg van het roken en meeroken aan banden te leggen. Zo zijn sinds dit jaar alle scholen rookvrij, zijn rookwaren niet meer zichtbaar bij verkooppunten en is de accijns op tabak verder verhoogd. D66 wil aan de hand van zulke maatregelen inzetten op een generatie die rookvrij opgroeit.

2.2. Een zorgstelsel gericht op gezondheid

D66 vindt dat binnen de zorg gezondheidsbevordering meer aandacht moet krijgen. Dat klinkt misschien vreemd, maar de zorg is nog steeds sterk ingericht op het behandelen van ziekten in plaats van het voorkomen ervan. Zo hebben zorgaanbieders niet altijd de prikkel om tijd en geld te investeren in preventie als zij betaald worden voor het aantal (curatieve) behandelingen dat zij doen. Dit terwijl er steeds meer wetenschappelijk bewijs komt voor de effecten van leefstijl op aandoeningen zoals suikerziekte, darmziekten en psychische aandoeningen.

Als we wat nauwgezetter kijken naar de effectiefste leefstijlverbetering, dan wil D66 hoofdzakelijk twee stappen zetten. Een gerichte maatwerk aanpak vanuit de gemeente (gemeentelijke gezondheidsdiensten, GGD's) en een curatieve preventieaanpak vanuit de zorgverzekeraar en huisarts. Op die manier stellen we 'positieve gezondheid' als doel.

Dat houdt in dat we niet de afwezigheid van ziekte centraal stellen, maar het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan.

Gemeenten kennen hun inwoners, de buurten waarin het goed gaat en de wijken waar meer aandacht voor gezondheidsbevordering nodig is. Ze staan dicht op hun inwoners en kunnen een grote rol spelen met gerichte gezondheidsprogramma's op maat door de GGD's of andere organisaties. Als regiehouder kan de gemeente samen met verschillende partijen, zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders en welzijnsorganisaties investeren in gezondheidsbevordering. Laat elke partij dáár zijn waarde toevoegen waar deze het meest oplevert. D66 vindt dat gemeente en GGD goed in hun regierol moeten worden ondersteund. GGD's worden al betaald naar het aantal inwoners per gemeente.

D66 wil een meer passende bekostiging onderzoeken, waarbij meer gekeken wordt naar de aard van de populatie. En mocht er toch medische zorg nodig zijn, dan begint daar de rol van de zorgverzekeraar. Want zoals we hierboven al opsomden, is er naast generieke en gerichte gezondheidsbevordering soms ook curatieve preventie gewenst als mensen al (medische) klachten hebben. Denk aan iemand met diabetes type II. Symptomen kunnen behandeld worden met medicatie, maar in een aantal gevallen kan de diabetes genezen worden met een goed dieet en de juiste leefstijl. Ook hier valt veel gezondheidswinst te behalen.

Zorg dat het systeem werkt voor preventie

Het Nederlandse zorgstelsel is op dit moment niet goed ingericht op preventie. De zorg is opgedeeld in allerlei gebieden met telkens een andere (financieel) verantwoordelijke. De zorgverzekeraar is hoofdzakelijk verantwoordelijk voor de curatieve zorg, de gemeente voor ondersteuning van mensen om in de samenleving te kunnen participeren en de zorgkantoren voor mensen die intensieve langdurige zorg nodig hebben. De baten van een betere gezondheid slaan echter vaak breed neer, waardoor geen van de partijen een prikkel heeft om erin te investeren.

De winst gaat voornamelijk naar de buurman. Waar gemeenten verantwoordelijk zijn voor het bevorderen van de gezondheid van hun inwoners, zijn zorgverzekeraars en zorgkantoren dat binnen de zorg. De verschillende partijen in de zorg moeten daarom samenwerken en elkaar laten delen in de baten die zij hebben van andermans inspanningen. De overheid kan zelf het goede voorbeeld geven door de kosten die verzekeraars maken voor gecombineerde leefstijlinterventies via nacalculatie te vergoeden.¹³ Zo is er een prikkel om preventie breed in te zetten. Ook buiten de zorg kan een gecombineerde leefstijlinterventie nuttig zijn.

Leven met en na kanker

Door de ontwikkelingen in de zorg komt de samenleving voor nieuwe uitdagingen te staan. In 2020 leven 800.000 mensen met en na kanker. De overlevingskansen na de diagnose kanker zullen alleen maar verder toenemen. Dat is mooi nieuws, maar vraagt er ook om dat het gezichtsveld bij de behandeling van kanker verbreed wordt naar andere domeinen zoals welzijn, werk en inkomen en ondersteuning. Te veel nog is de focus alleen gericht op zorg en wordt er pas op een later moment nagedacht over andere facetten. Bij een heupoperatie is bekend wat een patiënt daarna moet doen om te herstellen, met ondersteuning van een fysiotherapeut en hulpmiddelen. Bij de behandeling van kanker is dat nog niet gebruikelijk, terwijl de diagnose kanker niet hoeft te betekenen dat het leven ophoudt. Het zou daarom goed zijn als er breder wordt gekeken naar de mogelijkheden om vanaf het eerste moment integrale kankerzorg te leveren, en daarin de eerstelijnszorg, werk en maatschappelijke participatie te betrekken.

2.3. Een samenleving gericht op gezondheid

Veel zorg heeft een maatschappelijke context. Mensen of gezinnen die in aanraking komen met de ggz, jeugdzorg of ouderenzorg hebben niet zelden ook andere maatschappelijke problemen. Denk aan schulden, stress, eenzaamheid of gebrek aan goede huisvesting. Het is zaak om ook de onderliggende problemen te (h)erkennen en aan te pakken. De gemeente is vaak de aangewezen partij om alle beleidsvelden in het sociaal domein met elkaar te verbinden en het Rijk moet daarin waar nodig ondersteunen. Het gemeentelijke wijkteam kan bijvoorbeeld goed samenwerken met het team van wijkverpleegkundigen en de huisarts met de praktijkondersteuner op het gebied van jeugdzorg of ggz. Zo pakken we problemen bij de bron aan en kunnen we beter gespecialiseerde zorg voorkomen. Behalve de kosten die daarmee gemoeid zijn, is het vaak voor de persoon in kwestie ook een ingrijpend traject dat beter voorkomen kan worden. Zo houden we de schaarse middelen beschikbaar voor anderen en kunnen de cliënten voor wie het nodig is snel gespecialiseerde zorg ontvangen.

Zorg voor nazorg bij een ggz-behandeling

In de geestelijke gezondheidszorg zien we psychische problemen vaak gepaard gaan met schulden of gebrek aan huisvesting. Naast het voorkomen van zorg door effectief minimabeleid of woonbeleid, is ook de nazorg belangrijk. Zo kan het sociaal wijkteam opletten of er een (in)formeel vangnet voor iemand is na een intensieve behandeling. Daarmee voorkomen we terugval. D66 is daarom voorstander van herstelacademies als laagdrempelige omgeving voor mensen die een psychische aandoening of verslaving hebben en willen werken aan hun herstel. Een plek om bij te komen, te leren en te werken aan herstel, uitgaand van de eigen regie van mensen. Peer-support is daarbij het uitgangspunt. Een goed voorbeeld van een herstelacademie is het Enik Recovery College in Utrecht laat zien dat het de zelfredzaamheid van mensen ondersteunt.¹⁴

Daarnaast is het aantal prikkels in het dagelijks leven flink toegenomen. Mensen hebben het gevoel voor werk continu bereikbaar te moeten zijn. Jongeren ervaren een toenemende prestatiedruk en mensen kunnen soms niet meekomen omdat de maatschappij te ingewikkeld is geworden. Er is in Nederland een toename van het aantal werk- en studiegerelateerde burn-outs.¹⁵ Deze klachten worden veroorzaakt door werkdruk en prestatiedrang en kunnen doorontwikkelen naar ernstiger angst- of stemmingsklachten. Eerder ingrijpen kan veel leed voorkomen. D66 wil onderzoeken wat er, na de verankering in de Arbowet sinds juli 2018, verder mogelijk is om werkgevers en het hoger onderwijs meer verantwoordelijkheden te geven in het voorkomen van psychische klachten. In het meest vergaande geval zou onderzocht kunnen worden of werkgevers mee kunnen betalen aan de zorgverlening die gekoppeld is aan een burn-out. Daartegenover staat dan wel dat de werkgever actief betrokken wordt bij het hersteltraject en geholpen wordt bij de re-integratie.

Erken het groeiproces van ieder kind

Voor sommige kinderen en jongeren is gespecialiseerde jeugdhulp nodig om ze met dezelfde kansen te laten starten in het leven. Onze aanpak voor die gespecialiseerde zorg staat omschreven in paragraaf 4.4. We leven echter niet in een maakbare samenleving. Wel in een samenleving die meer en meer prikkels geeft en steeds meer vraagt van kinderen. Het lijkt er tegenwoordig op dat voor elk kind dat iets buiten de lijntjes kleurt, gezocht moet worden naar een stoornis, diagnose en passende begeleiding. Maar we moeten ook durven te erkennen dat sommige problemen die worden ervaren onderdeel zijn van het groeiproces en de ontwikkeling van het kind.

Goed opgeleide en getrainde wijkteams kunnen zo veel als mogelijk ingaan op opvoed- en opgroeivragen en problemen zelf aanpakken. Als teams goed samenwerken met verwijzers en gecertificeerde instellingen kan worden voorkomen dat er te snel wordt doorverwezen naar specialistische hulp. D66 vindt het belangrijk dat er meer wordt ingezet op het vroeg signaleren en ingrijpen. Daarbij moet de verbinding worden gelegd met bestaande voorzieningen en netwerken. Zo heeft de gemeente in aanvulling op de Jeugdwet ook taken in het kader van de Wet publieke gezondheid (het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen van 0-18 jaar).

Een onderdeel daarvan zijn de preventieve screenings. De ontwikkeling van een eetstoornis of eenzaamheid kan dan bijvoorbeeld vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt. Daarmee wordt ook meteen een verbinding gelegd met het onderwijs, omdat de jeugdarts een aantal contactmomenten op school heeft.

D66 wil concreet werken aan een gezonde toekomst door:

2.1

- Een Nationaal Rapporteur aan te stellen die succesvolle leefstijlprogramma's verzamelt en toegankelijk maakt voor iedereen en daarbij met name focust op groepen die een achterstand hebben in gezonde levensverwachting.
- Een integraal Plan Gezonde Leefomstandigheden dat ziet op ruimtelijk beleid, woonbeleid, onderwijs en opvang, het faciliteren van sport en de invloed van werk en economie op ons welzijn.
- Belastingen te heffen en subsidies te verstrekken ten behoeve van de luchtkwaliteit.
- Luchtvervuilende energieopwekking af te bouwen ten gunste van schone energie door middel van bijvoorbeeld zonneparken.
- Te investeren in het schimmelvrij maken van sociale woningbouw.
- Gezondheidsbevordering mee te nemen in al het overheidsbeleid.
- Een doelgroepgerichte aanpak van informatievoorziening en gedragsondersteuning ten behoeve van leefstijlverbetering.
- De publieke omgeving zo in te richten dat het makkelijker wordt voor mensen om vaker te bewegen en gezonde keuzes te maken.
- Gezonde producten financieel aantrekkelijker te maken voor consument en producent met belastingmaatregelen.
- In te zetten op een generatie die rookvrij opgroeit.

2.2

- Gerichte gezondheidsprogramma's op te laten zetten door GGD's of andere organisaties op lokaal niveau.
- Een passendere bekostiging van de GGZ te verkennen, waarbij meer wordt gekeken naar de aard van de populatie.

- Verzekeraars de kosten voor gecombineerde leefstijlinterventies via nacalculatie te laten vergoeden.
- Stappen te zetten richting een integrale behandeling van kankerzorg, waarbij de invalshoek vanaf het begin van de behandeling wordt verbreed naar andere domeinen zoals welzijn, werk en inkomen.

2.3

- Meer samenwerking tussen gemeentelijke wijkteams, wijkverpleegkundigen en huisarts om sociale problematiek vroegtijdig te signaleren en aan te pakken.
- Herstelacademies op te zetten als laagdrempelige opvang voor mensen die een psychische aandoening of verslaving hebben en willen werken aan herstel.
- Te onderzoeken of het mogelijk is werkgevers en hoger onderwijs meer verantwoordelijkheden te geven in het voorkomen van psychische (burn-out) klachten.
- De werkgever actief te betrekken bij de behandeling en re-integratie van iemand met burn-outklachten.

3. Samen werken aan eenheid

Hoe organiseren we een goed medisch zorglandschap, waarin specialistische zorg en toegankelijkheid hand in hand gaan? En waarbij de patiënt direct betrokken is? Hoe organiseren we onze ouderenzorg zo dat er geluisterd wordt naar de oudere en de zorgprofessional? Dat zijn geen gemakkelijke opgaven. In de afgelopen jaren hebben we veel tijd en energie besteed aan grote stelselwijzigingen en nieuwe systemen. Gemeenten kregen er veel taken bij in de Wmo en jeugdzorg. Voor intensieve langdurige zorg kwam de Wlz in de plaats van de AWBZ en iets langer geleden zijn 'ziekenfonds' en 'particulier' vervangen door de Zvw. Deze stelselwijzigingen hebben veel gevraagd van patiënten en mensen die in de zorg werken.



De komende tijd wil D66 zich richten op een betere organisatie van de zorg binnen die systemen. We kunnen daarvoor leren van de coronacrisis, die de zorg hard raakt, maar ook sterktes en zwaktes toont. Waar nodig, geldt er voor grote wijzigingen geen taboe. Daarbij kiest D66 voor de sociaalliberale weg. Enerzijds is sturing vanuit de overheid gewenst, om samenwerking mogelijk te maken en om voor de kwetsbaren onder ons de basis op orde te hebben. Anderzijds moet er ruimte blijven voor de kracht van de markt, zodat innovatie en efficiëntie wordt beloond. Het draait om de juiste balans tussen beide, die volgens ons nu nog ontbreekt. We stellen daarom in dit hoofdstuk concrete wijzigingen voor. Zodat de zorg minder gericht wordt op productie, en meer op de mens. Onderling vertrouwen en regionale samenwerking zijn hiervoor de basis.

3.1. Beter gereguleerde marktwerking in de medische zorg

Tijdens de coronacrisis is de hiërarchische aansturing van de medische zorg, zonder financiële restricties, heel verstandig. Het biedt ons ook inzicht in hoe sommige zaken anders kunnen worden georganiseerd. Tegelijkertijd is het goed om te beseffen dat deze hiërarchische inrichting maar beperkt aansluit bij de normale inrichting van ons medisch zorglandschap. Deze kenmerkt zich door veel vrijheid voor de zorgaanbieder en individuele zorgverlener om de zorg in te richten zoals zij dit het beste achten, binnen de inhoudelijke normen van de beroepsgroepen en de kaders die de overheid schept. En waar de financiële kaders nu ondergeschikt zijn, zullen deze na de crisis wel weer op de voorgrond treden. We vinden het daarom belangrijk om ook vooruit te kijken, voorbij deze crisis. Er moet straks naar een nieuwe balans worden gezocht tussen de vrijheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars enerzijds en regie door de overheid anderzijds.

D66 kiest daarbij voor een betere regulering van de markt. Onze zorg staat er - ook internationaal - goed voor. Ons zorgstelsel heeft daar veel aan bijgedragen. Door de publieke elementen werken we vanuit dezelfde waarden. De private elementen zorgen voor keuzevrijheid en de kracht van het verschil. We willen ons stelsel daarom niet omgooien. Wel willen we het verbeteren. Er is de voorbije jaren niet genoeg gedaan aan verkeerde prikkels.

De focus in de medische zorg ligt nog te veel op productie, en er is te weinig samenwerking en onderling vertrouwen. Daarom wil D66 daar waar nodig de scherpe randen van de gereguleerde marktwerking afhalen. Volgens ons kan dit heel goed binnen het huidige model. De Zorgverzekeringswet loopt uiteen van de ambulancezorg tot de wijkverpleging en de medisch-specialistische zorg. Ieder deel vraagt net weer om een andere balans tussen publieke sturing en private vrijheden. Soms kiezen we zelfs om bij een deel de marktwerking geheel uit te zetten als deze geen voordelen oplevert, zoals in de ambulancesector. Die ruimte laat ons stelsel. Er is geen one-size-fits-all, en dus moet ook geen zwart-wit beeld worden geschetst. Wel zien we over de volle breedte dat meer kan én moet worden samengewerkt. Het onderlinge vertrouwen moet nodig worden versterkt, tussen zorgaanbieders onderling en tussen de zorgaanbieders en de verzekeraars. Hiervoor moeten we durven bouwen op de zorgprofessionals; ruimte laten voor hun kennis en kunde. En moeten we de zorgverzekeraars als inkopers meer in hun kracht zetten. Dit vraagt in de eerste plaats om een betere sturing door een slagvaardige overheid. En in de tweede plaats om versterking van de samenwerking aan de hand van Regionale Zorgplannen. Zo kunnen we de toekomstige uitdagingen in de medische zorg samen het hoofd bieden.

Betere sturing door de overheid

Bij de introductie van de Zorgverzekeringswet was de gedachte dat marktwerking onder randvoorwaarden tot meer maatwerk, dynamiek en innovatie zou leiden en dat dit de betaalbaarheid voor de patiënt ten goede zou komen. Die patiënt ziet dat grotendeels terug. Doordat zorgverzekeraars dingen om de gunst van de verzekerde, is het voor hen lonend om innovatieve zorg te stimuleren. Als zij goede regionale initiatieven landelijk weten op te schalen, kunnen ze op termijn tegen lagere kosten een betere zorgkwaliteit bieden. Iedere zorgverzekeraar kiest daarbij een eigen aanpak en strategie, en investeert in andere projecten. De onderlinge concurrentie draagt zo bij aan betere zorg en meer keuzemogelijkheden voor de patiënt.

Daarnaast kiezen veel mensen hun zorgverzekering op basis van de hoogte van de premie. In combinatie met de Hoofdlijnakkoorden prikkelt dit zorgverzekeraars kritisch in te kopen: geen onnodig dure zorg, of zorg van te lage kwaliteit. Zo houden we meer grip op onze zorgkosten. Tegelijk stelt de overheid publieke randvoorwaarden, zoals een acceptatieplicht voor verzekeraars, een vast basispakket onder regie van het Zorginstituut, de Inspectie (IGJ) die toezicht houdt op de kwaliteit en de NZa als marktmeester op de tarieven.

In de basis is dit een goede combinatie van publiek en privaat. Aan de andere kant zien we dat de voorbije jaren niet alles goed is gegaan. Terwijl de overheid binnen de zorgmarkt de ruimte heeft om de marktwerking in te kleuren, te reguleren. D66 wil allereerst dat de NZa strakker gaat toezien op de zorgplicht¹⁶ van verzekeraars, zodat patiënten zeker kunnen zijn van goede en beschikbare zorg. Bij de verantwoordelijkheid die we de verzekeraars geven, hoort immers ook verantwoording. Zo moeten de wachtlijsten in de wijkverpleging scherp in de gaten worden gehouden. En in de complexe GGZ was het zorgaanbod de afgelopen jaren niet op orde (zie paragraaf 4.3). Natuurlijk kunnen we met personeelstekorten niet alles voorkomen, maar we kunnen wel tijdig anticiperen. D66 wil dat de NZa in de toekomst in zo'n geval tijdig ingrijpt. Een aanwijzingsbevoegdheid of een last onder dwangsom moeten niet worden geschuwd als gesprekken en interventies onvoldoende resultaat opleveren. Verder willen we dat de NZa kritischer kijkt naar contracten daar waar kleine zorgaanbieders afhankelijk zijn van één dominante zorgverzekeraar. Als er sprake is van zo'n aanmerkelijke marktmacht kan een contracteringsplicht uitkomst bieden.¹⁷

Daar waar juist grote zorgaanbieders over aanmerkelijke marktmacht in een regio beschikken, kunnen zorgverzekeraars niet om hen heen. D66 wil dan dat met behulp van de NZa wordt aangestuurd op eerlijke meerjarencontracten. Deze contracten moeten uitgaan van zorg dichtbij de patiënt (zie paragraaf 5.3), innovatie en samenwerking. Ook de Autoriteit Consument en Markt (ACM) speelt hierin een rol. D66 wil graag meer samenwerking in de regio (waarover meer in de volgende paragraaf). Een fusie kan hier soms bij passen. Fusies mogen echter nooit leiden tot een geleidelijke uitholling van het zorgaanbod van kleinere ziekenhuizen. Hier moeten heldere afspraken over worden gemaakt. Ook moet worden voorkomen dat door een fusie een te groot conglomeraat ontstaat, waardoor de verzekeraars niet (langer) in staat zijn om voor hun verzekerden te sturen op de betaalbaarheid van de zorg en op het ontwikkelen van de zorg in de regio. De ACM moet daarom kritisch toetsen op de mededingingsrechtelijke impact en de toegevoegde waarde van een fusie ten opzichte van andere samenwerkingsvormen.

Beloon goede zorg in plaats van productie

Daarnaast wil D66 de productieprikkel in de medische zorg inperken. In de eerste plaats kan dit door de tarieven die de NZa vaststelt minder productiegericht en meer uitkomstgericht te maken. De kwaliteit van zorg voor de patiënt moet leidend worden voor de beloning. Daarnaast streven we ernaar dat de vrijgevestigde medisch specialisten net als hun collega's in loondienst van de ziekenhuizen komen te werken. Hiervoor moet worden nagedacht over een uitkoopregeling en dient de Wet marktordening gezondheidszorg zo te worden aangepast dat medisch-specialistische zorg slechts mag worden gedeclareerd als deze door artsen in loondienst is verricht.

Door te zorgen dat het honorarium van artsen niet langer is gekoppeld aan hun productie-aandeel binnen het ziekenhuis, kunnen we de ongewenste productieprikkel verkleinen.¹⁸

Bestuurders kunnen besluiten tot bijvoorbeeld samenwerking of verplaatsing en vervanging van zorg dan ook eenvoudiger nemen. Nu maakt de tegenmacht van vrijgevestigde specialisten, verenigd in een medisch specialistisch bedrijf, dit soms lastig.

Tegelijkertijd hechten we er waarde aan dat bij deze stap de ruimte voor de innovatiekracht van artsen, die veel bijdragen aan de kwaliteitsontwikkeling van onze zorg, behouden blijft.

Verbeter de compensatie voor dure verzekerden

Zoals gezegd, bepaalt de overheid de randvoorwaarden waarbinnen zorgverzekeraars in ons land mogen opereren. Een van de belangrijkste voorwaarden is dat zorgverzekeraars iedere verzekerde voor de basisverzekering moeten accepteren tegen dezelfde premie, ongeacht iemands ziektelast in het verleden. Zo houden we de zorg voor iedereen toegankelijk. Sommige zorgverzekeraars hebben relatief meer verzekerden met hoge zorgkosten dan andere verzekeraars. Zij worden daarvoor gecompenseerd via de zogeheten risicoverevening. Deze compensatie heeft tot doel dat het voor zorgverzekeraars financieel loont om doelmatig zorg in te kopen, en niet om een relatief gezonde verzekerdenpopulatie te hebben.

Uit onderzoeken blijkt echter dat de risicoverevening onvoldoende werkt.¹⁹ Het lukt het ministerie vooralsnog niet om op basis van risicocriteria zoals leeftijd, inkomen en medicatiegebruik tot een adequate inschatting van de zorgkosten van verzekerden te komen. Bepaalde groepen chronisch zieken zijn daardoor nog altijd voorspelbaar verlieslatend voor verzekeraars, terwijl gezonde groepen juist voorspelbaar winstgevend zijn.²⁰ Dit maakt het aantrekkelijk om te sturen op het aantrekken van verzekerden met een laag risico, bijvoorbeeld door polissen en merken gericht op jonge hoogopgeleiden.

De eerlijke concurrentie op basis van goede zorginkoop wordt zo ondermijnt. D66 acht het daarom van groot belang dat de risicoverevening de komende jaren aanzienlijk wordt verbeterd. Er mag vanuit het ministerie echt niet langer worden gesproken over een vereveningsmodel dat slechts onderhoud behoeft.²¹ De verbetering van het model moet tot een hoofdprioriteit worden gemaakt. Daarnaast moet wat ons betreft kritisch worden gekeken naar het grote polisaanbod van verzekeraars. Het is onwenselijk dat via inhoudelijk gelijke kloonpolissen, met andere marketing, op financieel voordelige verzekerden wordt gestuurd. Verzekerden zien daardoor ook door de bomen het bos niet meer.

Meer samenwerking in de regio

In de medische zorg zien we steeds verdergaande specialisatie, een krappe arbeidsmarkt en druk op de betaalbaarheid van de zorg. Ziekenhuizen die goede zorg willen leveren, moeten daarom keuzes maken en zijn afhankelijk van goede samenwerking in de regio.

Om goede zorg aan de patiënt te kunnen geven moet die samenwerking mogelijk worden gemaakt, intensiever worden en uiteindelijk de norm zijn. Bijvoorbeeld door middel van huisartsenzorg in een coöperatiemodel tussen stad en regio. Door kleine en grote ziekenhuizen vaker per vakgroep onderling kennis uit te laten wisselen en elkaar aan te vullen in het zorgtraject voor de individuele patiënt. Of de anderhalvelijnszorg waarin huisartsen en specialisten samen laagdrempelige hoogwaardige zorg leveren. D66 wil dit soort regionale samenwerking faciliteren, aanjagen en een vaste plek in het zorglandschap bieden.

De Hoofdlijnenakkoorden waren een goed instrument om vanuit de overheid samen met de veldpartijen de grote lijnen te bepalen en kunnen dat ook zijn in de komende periode. Om de samenwerking over de domeinen heen te bevorderen en de belangen beter op een lijn te krijgen, acht D66 het daarbij wenselijk dat op termijn één sectoroverstijgend Hoofdlijnenakkoord wordt gesloten. Dit akkoord moet dan samenwerkingsgelden bevatten en een collectiviteitsbeloning voor zorgaanbieders die door samenwerking de zorg in een regio aantoonbaar verbeteren.

Zoomen we wat verder in op ons medisch zorglandschap, dan zien we in iedere regio andere uitdagingen en knelpunten. De regio Drenthe is bijvoorbeeld moeilijk vergelijkbaar met de regio Rotterdam. De ene regio kampt met krimp, de andere met grote (sociale) ongelijkheid, maar op beide plekken dient goede zorg beschikbaar te zijn. Om de regionale uitdagingen het hoofd te bieden is goede sturing en coördinatie op dat niveau, regionaal, van essentieel belang. Dit vraagt in de eerste plaats om een verstandige verdeling van de verantwoordelijkheid. Op zorginhoudelijk niveau betekent dit dat de zorgprofessionals het voortouw moeten nemen. Zij weten het beste wat goede zorg inhoudt en wat daarvoor nodig is. De patiëntenorganisaties bewaken het belang van de patiënt en zorgen dat deze steeds centraal staat in de invulling. Het lokaal bestuur weet het beste welke wensen, zorgen en behoeften leven onder hun inwoners en kan hiervoor optrekken met de meer informele netwerken waarin hun inwoners verenigd zijn. En zorgverzekeraars zullen alle partijen en belangen moeten samenbrengen. Zij zijn immers wettelijk verplicht te zorgen voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg in de regio.

D66 stelt voor de benodigde regionale samenwerking tussen al deze partijen vorm te geven in Regionale Zorgplannen. Op enkele plekken pakken partijen dit al op, maar bevindt de visieontwikkeling zich nog in een pril stadium. Wij willen hier landelijk beleid van maken, en de juiste randvoorwaarden opstellen. De Regionale Zorgplannen die wij voor ogen hebben vallen onder de eindverantwoordelijkheid van de twee grootste zorgverzekeraars in een regio, plus eventueel een wisselende kleinere zorgverzekeraar die een tegengeluid kan bieden. Dit Regionaal Zorgplan geldt voor vier jaar en wordt jaarlijks geactualiseerd. Zo sluit het Regionaal Zorgplan goed aan bij de gewenste meerjarige contracten voor zorgaanbieders en geeft de visie meer zekerheid over zowel op te bouwen als af te bouwen zorgcapaciteit.

Als demografische basis voor de Regionale Zorgplannen dienen de regiobeelden en de regionale volksgezondheidstoekomstverkenningen, die door de zorgverzekeraars, het RIVM en de GGD's worden opgesteld.²² Het Regionaal Zorgplan bevat de randvoorwaarden en concrete plannen over de benodigde zorg in een regio, door wie die moet worden geleverd, waar en hoe. Zo kunnen de juiste keuzes worden gemaakt om de zorg toekomstbestendig te maken met expliciete afspraken over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Dit vereist ook dat het sociaal domein tijdig wordt aangehaakt. Veel gezondheidsklachten hebben immers een onderliggende oorzaak buiten de zorg, zoals schulden, eenzaamheid of een verminderde zelfredzaamheid. In zo'n geval is het belangrijk om daar te beginnen aan de oplossing, niet in het medische domein. Dit vraagt om goede samenwerking en onderlinge bekendheid tussen de regionale zorgpartijen en sociale hulpverleningsinstanties, zoals de gemeenten, ouderenbonden, bewonersinitiatieven en welzijnsstichtingen.

D66 wil dat de NZa vooraf deze Regionale Zorgplannen toetst en beoordeelt of hiermee de zorgplicht voldoende is ingevuld. Buiten de acute zorg en enkele eisen aan wachttijden, de zogeheten 'treeknormen', valt de zorgplicht nu namelijk lastig in te kaderen en te beoordelen, juist door de verschillen per regio. Ook houdt de NZa toezicht op de uitvoering. Houden partijen zich niet aan de gemaakte afspraken, dan kan de NZa hen ter verantwoording roepen en in het uiterste geval haar instrumentarium aanwenden. Door middel van een jaarlijks openbaar verslag kan de uitvoering van de Regionale Zorgplannen onderdeel worden van het publieke debat. De minister heeft als eindverantwoordelijke voor het functioneren van onze algehele zorg zo zicht op de uitvoering van de afspraken die zorgpartijen regionaal maken. En ook de Tweede Kamer is hierdoor beter in staat zijn controlerende taak te vervullen. De transparantie over de uitvoering van de Regionale Zorgplannen kan zo een positieve invloed hebben op de democratische legitimiteit van het zorgbeleid.

Voor deze Regionale Zorgplannen is een goede regio-indeling nodig. Dit vraagstuk wil D66 voorleggen aan de NZa, de IGJ en de Raad voor het Openbaar Bestuur, in samenspraak met belangrijke veldpartijen. Op basis van hun advies kan de minister vervolgens de geschikte regio-indeling opleggen. In Nederland hebben we immers al veel regio-indelingen. Zo zijn er elf regio's voor een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), ieder onder leiding van een traumacentrum. Ook is ons land onderverdeeld in vijftig veiligheidsregio's, elk met een eigen Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Daarnaast kennen we tweeëndertig zorgkantoorregio's, waar in elke regio een zorgkantoor verantwoordelijk is voor de langdurige zorg van cliënten. We begrijpen dat achter elke regio-indeling een bepaalde ratio en oorsprong zit. Desalniettemin ziet D66 de verschillende regio-indelingen in de toekomst graag meer naar elkaar toegroeien. Meer uniformiteit zou zowel de overzichtelijkheid als de onderlinge samenhang en afstemming ten goede komen.

Herwaardering van kleine ziekenhuizen

Binnen de Regionale Zorgplannen zien we een belangrijke rol weggelegd voor kleinere regionale ziekenhuizen, zoals het Admiraal de Ruyterziekenhuis in Goes en het Beatrixziekenhuis in Gorinchem.

Kleine ziekenhuizen hebben het de afgelopen jaren niet altijd makkelijk gehad om mee te komen in ons medisch zorglandschap. Een landschap dat zich kenmerkt door steeds hogere kwaliteitseisen, een verdergaande specialisatie en beperkte mogelijkheid tot volumegroei. Op enkele plaatsen heeft dit tot sluitingen geleid. Van de verloskundefdeling, kinderafdeling en met name ook spoedeisende hulpdiensten. Voor mensen leidt dit tot onzekerheid over het voortbestaan van het kleinere ziekenhuis in de buurt.

Wij willen deze onzekerheid wegnemen door de bestendinging van hun positie in het Regionaal Zorgplan. Daarbij zien wij een onderscheid tussen kleine ziekenhuizen die het lastig hebben door de genoemde factoren, en ziekenhuizen die los van deze factoren niet goed functioneren op het vlak van de zorgkwaliteit, financiën en beleid. Wat D66 betreft moeten we in het laatste geval niet altijd kosten wat het kost willen voorkomen dat een afdeling of ziekenhuis de deuren sluit. Daar is zowel de patiënt als de belastingbetaler niet bij gebaat. Wel vergt dit een zorgvuldige afbouw en heldere communicatie, iets waar het de voorbije jaren regelmatig aan schortte.

De meeste, veelal op zichzelf goed functionerende, kleine ziekenhuizen verdienen wat ons betreft echter juist een herwaardering. Deze streekziekenhuizen vormen een belangrijk fundament van onze zorg, zeker voor kwetsbare ouderen die kampen met meerdere aandoeningen tegelijk. Samen met de gezondheidscentra in de eerste lijn houden zij de basiszorg in de nabije omgeving toegankelijk. D66 wil dit koesteren. De Regionale Zorgplannen kunnen hier in belangrijke mate aan bijdragen, door middel van een inzet op solide meerjarencontracten en intensieve samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in zorgnetwerken. Denk bijvoorbeeld aan oncologische netwerken waarbij een complexe ingreep in een topklinisch ziekenhuis verder weg wordt uitgevoerd en de reguliere behandeling en controles in het kleine ziekenhuis dichtbij plaatsvinden.

Digitale zorgverlening heeft de toekomst

In het voorgaande kwam al naar voren dat wij betere, intensievere samenwerking noodzakelijk achten om de toekomstige uitdagingen in het medisch zorglandschap het hoofd te kunnen bieden. Een van de aspecten waar samenwerking tot nog toe maar moeizaam tot stand komt, is op digitaal vlak. De belofte van nieuwe technologie voor betere en efficiëntere zorg wordt al jaren gepredikt. Vooralsnog bleef het echter bij de belofte. Veelal was het resultaat dat verschillende zorgaanbieders allemaal eigen digitale toepassingen opzetten. Daarbij werden zij slechts in beperkte mate geholpen door de overheid, of zelfs gehinderd door verouderde regelgeving.

De coronacrisis heeft ons geleerd dat dit anders kan. Door een gedeeld belang en een flexibelere opstelling vanuit de overheid, is in korte tijd aangetoond dat een groot deel van onze medische zorg al op een andere manier kan worden geleverd, die niet tijd en plaatsgebonden is. Zowel op het gebied van consulten, monitoring als eenvoudige diagnostiek.

De snelle en brede implementatie van uniforme tools zoals de 'corona check' heeft velen positief verrast. In de toekomst moet deze werkwijze de standaard worden: dat zorgaanbieders op grotere schaal voor dezelfde eHealth-toepassingen kiezen, en daarbij onderling de resultaten en verbeterpunten delen. Daarnaast vindt D66 dat na de coronacrisis de mogelijkheid voor de patiënt behouden moet blijven om via apps en digitale consulten zorg op afstand te krijgen. Niet alle zorg kan digitaal geleverd worden, maar daar waar dit kan moeten patiënten niet afhankelijk zijn van hun postcode om hiervoor te kunnen kiezen. Dit 'recht op digitale zorg' voor de patiënt willen wij wettelijk verankeren, waarbij in de toekomst steeds nieuwe onderdelen van de zorg kunnen worden toegevoegd.

Zo zijn zorgaanbieders gehouden mee te gaan met de moderne ontwikkelingen van hun collega's. Deze digitalisering vraagt er aan de andere kant ook om dat we een extra inspanning moeten leveren om de minder zelfredzame burgers mee te nemen in deze ontwikkelingen. Zeker in krimpregio's biedt digitalisering dan kansen om de medische zorg in versneld tempo dichterbij de patiënt te brengen. Dit betekent wel dat bij het opstellen van de Regionale Zorgplannen goed moet worden nagedacht over de impact die deze verplaatsing van zorg op termijn heeft voor de omvang van huidige grote zorgfaciliteiten, bijvoorbeeld van ziekenhuizen. Tot slot vindt D66 dat het tijd is om echt stappen te gaan zetten in het gebruik van (geanonimiseerde) medische data, voor meer inzicht in de werking en het nut van verschillende behandelmethoden. Zeker in het licht van de toenemende mogelijkheden op het gebied van kunstmatige intelligentie.

3.2. De ouderenzorg klaar voor de toekomst

Klaar zijn voor de toekomst betekent voor veel mensen dat ze verzekerd willen zijn van een gezonde en goed verzorgde oude dag. Met betaalbare zorg van goede kwaliteit, in een veilige woonomgeving en dichtbij familie en vrienden. In de coronacrisis, toen bezoek niet meer welkom was in verpleeghuizen, hebben we gezien hoe lastig het is te moeten kiezen tussen leven en kwaliteit van leven. Dat dilemma zien we echter breder in de zorg terugkomen. Zeker de nieuwe generatie ouderen vindt kwaliteit van leven door midden in de samenleving te staan en het leven zo veel mogelijk te kunnen vormgeven naar de eigen behoefte. D66 wil dat de zorg daarop ingericht wordt. Dat is niet eenvoudig. Door de vergrijzing en personeelstekorten is de manier waarop we de ouderenzorg nu ingericht hebben beperkt houdbaar. D66 ziet daarom een toekomst voor meer nieuwe woon- en zorginitiatieven, bijvoorbeeld in geclusterde vorm. Hier zullen we op ingaan bij paragraaf 4.8 over wonen en zorg.

D66 vindt dat welzijn een belangrijke taak is van de gemeente en wil dat verpleging en verzorging thuis een taak blijft van de zorgverzekeraars en dat deze op termijn ook uitgebreid wordt naar de intensieve zorg thuis. Samenwerking tussen het sociaal domein en de zorgverzekeraars is cruciaal om de zorg voor onze ouderen in de wijk te optimaliseren. Daarnaast blijft ook uitbreiding van de verpleeghuis-capaciteit noodzakelijk en behoud van goede palliatieve zorg in een instelling of thuis.

De menselijke maat

Ouderen moeten zeker kunnen zijn van voldoende en goede zorg op de juiste plek, waarin de zorgbehoefte centraal staat. De knelpunten die we nu ervaren vragen niet altijd om oplossingen in grote wetten of een nieuw stelsel. Het zijn problemen die vragen om de menselijke maat binnen de kaders die we daarvoor hebben. We zorgen dat ouderen de zorg in hun buurt kunnen ontvangen, zodat ze dichtbij vrienden en familie kunnen blijven. We maken het verschil in kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven door aandacht te besteden aan goed eten en een bekend gezicht. En we zijn eerlijk over de politieke afwegingen die we moeten maken.

Ter illustratie: bij een gebrek aan menskracht kan één thuishulp beter drie appartementen schoonmaken dan één groot vrijstaand huis. Dat betekent dat we soms harde eisen moeten stellen aan de inkoop, maar ook moeten zorgen dat er voldoende levensloopbestendige huizen zijn die geschikt zijn voor ouderen. Bovendien moeten we mensen ondersteunen vroegtijdig rekening te houden met hun zorgbehoefte op latere leeftijd. Daarnaast moet het aantal voorzieningen voor tijdelijk verblijf op orde zijn, zoals eerstelijnsverblijf, dagbesteding, geriatrische revalidatiezorg of respijtzorg. Zo voorkomen we dat ouderen eerder dan voor hen noodzakelijk is, zijn aangewezen op een plek in een verpleeghuis. Als die sociale context goed geregeld is, kan deze ook meegenomen worden in de Wlz-indicatie. Maar er zijn gelukkig ook steeds meer ouderen die tot op hoge leeftijd vitaal blijven. Het is aan de politiek hen te betrekken in de verdere vormgeving van de ouderenzorg.

Investeren in innovatie

Helaas is in de ouderenzorg het personeel schaars. De politiek kan veel middelen ter beschikking stellen, maar met de huidige groei zou één op de vier werkenden zorgprofessional moeten worden om de vraag aan te kunnen.²³ Dat is onhoudbaar. We zullen in de ouderenzorg meer moeten doen, met minder mensen. Daarom moeten we nú investeren in oplossingen waarmee de kwaliteit van zorg gewaarborgd kan worden met minder menskracht. Steeds meer ouderen kunnen gelukkig overweg met een tablet of een computer en zorginstellingen die daarin investeren zouden daarvoor de ruimte moeten krijgen in de bekostiging. Net als andere vormen van innovatie en arbeidsbesparende technologie.

Bijvoorbeeld het plaatsen van sensors waarmee zorgpersoneel snel weet waar zorg nodig is of ParkinsonNET waarbij mensen met de ziekte van Parkinson snel in contact komen met een netwerk van duizenden hulpverleners én met elkaar. Of zie hoe in de coronacrisis het team van de Sociale Benadering Digitaal contacten opzette via versimpelde tablets voor mensen met dementie. D66 wil dat het niet bij pilots blijft. Digitale zorg moet ook verankerd worden in richtlijnen. En waar nodig helpen we ouderen de aansluiting te vinden met behulp van digitale coaches, thuis en in het verpleeghuis. Tijdens de coronacrisis zijn veel ouderen al (noodgedwongen) gewend geraakt aan digitale hulpmiddelen. We erkennen dat ouderen een drempel over moeten, maar uiteindelijk zijn de ervaringen vaak erg positief.

Het Rijk moet regie nemen om goede informatie-uitwisseling mogelijk te maken. Nieuwe innovatieve aanbieders in de wijkverpleging en ggz die nu moeilijk een kans krijgen in de contractering, zouden een aspirant-status kunnen krijgen om zich te bewijzen. Zij worden dan voor een beperkte tijd gecontracteerd en krijgen zo de ruimte om de innovatieve werkwijze uit te werken. Zorgaanbieders hebben een inspanningsverplichting personeel goed te ondersteunen in de overgang naar innovatieve werkwijzen. Verder zijn aanbieders van langdurige zorg vaak private partijen met veel vrijheid in de invulling van hun zorg. Dat is een belangrijk onderdeel van onze zorg, maar mag niet leiden tot excessieve winsten of slechte kwaliteit. Daarop moet goed toezicht worden gehouden en moet eventueel strakkere regelgeving worden opgesteld.

De oudere centraal in de ouderenzorg

De ouderenzorg is sterk versnipperd over verschillende wetten en domeinen. Dat zorgt voor aansluitingsproblemen en complexe situaties bij zorgaanbieders die op meerdere gebieden actief zijn. De zorgverzekeraar, gemeente en het zorgkantoor hebben allemaal verschillende eisen en wensen. D66 wil daarom nu inzetten op oplossingen die op de korte en middellange termijn werken, zoals het laten aansluiten van het sociaal domein op de eerdergenoemde Regionale Zorgplannen en regionale samenwerking tussen gemeenten. Ook moeten zorginkopers meerjarige contracten gebruiken om te investeren in oplossingen op de lange termijn. Gemeenten kunnen nu een financieel voordeel halen als er mensen van de Wmo naar de Wlz overgaan. Veel gemeenten pakken dat goed op, maar het kan ook ongewenste situaties in de hand werken. Bovendien hebben gemeenten een belangrijke rol in het voorkomen dat intensievere zorg nodig is. Dan is het niet logisch dat gemeenten die dat succesvol doen daar financieel nadeel van ondervinden.

Daarom wil D66 dat gemeenten een financiële beloning krijgen als zij goed invulling weten te geven aan preventieve ouderenzorg en daardoor zorgen voor minder Wlz-indicaties. Aanvullend daaraan wil D66 de zorg thuis (extramuraal) uit de Wlz op termijn overhevelen naar de Zvw. Op die manier kan de stap naar intensievere zorg vanuit de wijkverpleging makkelijker geregeld worden. Het Sociaal Cultureel Planbureau benadrukte het belang hiervan nog in recent onderzoek.²⁴

Ook valt de scheidslijn tussen Wlz en Zvw dan helder op de grens van extramuraal en intramuraal. Dat voorkomt de ongewenste concurrentie die nu ontstaat door overlap tussen extra- en intramuraal. Zorgverzekeraars hebben dan de mogelijkheid én verantwoordelijkheid om de extramurale zorg goed te regelen. Bovendien is dit een stimulans om nieuwe geclusterde woonvormen goed op te zetten. Een belangrijke voorwaarde is daarbij dat de risicoverevening uitvoerbaar is.

Meer eenheid in eigen betalingen in de ouderenzorg

D66 wil dat de systematiek van de eigen betalingen van de verschillende wetten zo goed mogelijk op elkaar aansluit, zodat er geen perverse prikkels zijn of ongewenste gevolgen voor cliënten. Op dit moment verschillen de tarieven en berekeningen sterk per domein. Soms leidt dat tot berekenend gedrag of een zogenaamde “zorgval” als mensen voor minder zorg zelfs méér moeten betalen. D66 wil een eigen bijdrage vragen van mensen die wijkverpleging ontvangen, om meer aansluiting te hebben bij de Wlz. We zien ook dat het abonnementstarief heeft geleid tot de gewenste vermindering van de stapeling van zorgkosten, maar ook tot een ongewenste aanzuigende werking voor collectief gefinancierde zorg bij gemeenten.

Daarom stellen wij voor om een inkomensafhankelijke component op te nemen in de eigen betaling voor de Wmo. We begrijpen dat we hiermee van sommige mensen een hogere bijdrage aan de collectief gefinancierde zorg die zij ontvangen. D66 vindt het echter gerechtvaardigd om van mensen met een hoog inkomen een eerlijke bijdrage te vragen voor hun zorg. Kwetsbare ouderen met een laag inkomen willen we op deze manier zoveel mogelijk ontzien.

D66 wil concreet samen werken aan eenheid door:

3.1

- Strakker toezicht en eerder ingrijpen door de NZa op de naleving van de wettelijke zorgplicht door zorgverzekeraars.
- De NZa waar nodig de mogelijkheid tot verplichte contractering in te laten zetten, als kleine zorgaanbieders afhankelijk zijn van één dominante zorgverzekeraar.
- Aansturing op eerlijke meerjarencontracten in het geval van aanmerkelijke marktmacht van een zorgaanbieder, met daarin afspraken over innovatie, samenwerking en het leveren van zorg dichtbij de patiënt.
- Een kritische toets van de ACM op de toegevoegde waarde van fusies ten opzichte van andere samenwerkingsvormen, waarbij vooraf heldere inhoudelijke afspraken moeten worden gemaakt.

- Tarieven in de medische zorg minder afhankelijk te maken van productie en meer van de uitkomst van de behandeling voor een patiënt.
- Verbetering van de risicoverevening, zodat zorgverzekeraars geen prikkel hebben om zich te richten op gezonde verzekerden, maar eerlijk concurreren op basis van een scherpe inkoop van goede zorg.
- Te realiseren dat vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst van ziekenhuizen komen te werken, zodat de productieprikkels in de zorg kan afnemen.
- Op termijn één sectoroverstijgend hoofdlijnenakkoord te sluiten, met daarin samenwerkingsgelden en een collectiviteitsbeloning voor zorgaanbieders.
- Het opstellen van Regionale Zorgplannen die ingaan op de benodigde zorg en toekomstbestendige maatregelen, onder eindverantwoordelijkheid van zorgverzekeraars.
- Toetsing door de NZa van deze Regionale Zorgplannen aan de hand van de zorgplicht.
- Een jaarlijks openbaar verslag van de uitvoering van de Regionale Zorgplannen, dat via het publieke debat de democratische legitimatie kan bevorderen.
- Het 'recht op digitale zorg' voor de patiënt wettelijk te verankeren, waarbij steeds nieuwe onderdelen van de zorg aan dit recht kunnen worden toegevoegd.

3.2

- Het meenemen van de sociale context in de Wlz-indicatie.
- Digitale ouderenzorg te verankeren als norm en daarbij ondersteuning met digitale coaches te faciliteren.
- Innovatie in de ouderenzorg te stimuleren door daarvoor ruimte te bieden in de bekostiging en goede informatie-uitwisseling te faciliteren.
- Een aspirantstatus in de contractering mogelijk te maken voor nieuwe, innovatieve aanbieders in sectoren met een hoge mate van ongecontracteerde zorg.
- Een inspanningsverplichting in te stellen voor zorgaanbieders om hun personeel te ondersteunen bij de implementatie van innovatie.

- Meerjarige contracten in de Wlz te stimuleren om investeringen op de langere termijn mogelijk te maken.
- Een financiële prikkel voor gemeenten te creëren die hen beloont voor minder doorverwijzingen naar de Wlz.
- Overheveling van de extramurale zorg uit de Wlz naar de Zvw zodat daarmee de stap vanuit de wijkverpleging naar intensievere zorg makkelijker geregeld kan worden.
- De eigen betalingen in de ouderenzorg beter op elkaar te laten aansluiten, onder andere door een eigen bijdrage voor de wijkverpleging.

4. Ruimte voor verscheidenheid

D66 wil dat iedereen zichtbaar zichzelf kan zijn. Ook in de zorg. Dat vraagt om het omarmen van verschillen en ruimte geven voor maatwerk. In dit hoofdstuk gaan we in op verschillende groepen mensen die zorg nodig hebben en de organisatie van die zorg. Mensen met een beperking verdienen dezelfde kansen om volop mee te doen als iedereen. We moeten oog hebben voor kinderen die opgroeien onder moeilijke omstandigheden of mensen die kampen met psychische problemen. En voor mensen die ouder worden, terwijl hun woning daar niet op is aangepast en nagaan of ze daar wat hulp bij nodig hebben. D66 wil dat er meer geluisterd wordt naar de patiënt of cliënt. Door bijvoorbeeld te faciliteren dat patiënt en arts samen tot een beslissing komen over de te nemen behandeling. Zo zijn we ook groot voorstander van het zelf regelen van zorg, bijvoorbeeld via het persoonsgebonden budget. Zo wil D66 ruimte bieden voor de verscheidenheid van mensen in Nederland die zorg nodig hebben.



4.1. Mensen met een beperking doen volwaardig mee

In een samenleving waarin er verschil mag zijn, kunnen mensen met een beperking volwaardig meedoen. 'Allen die zich in Nederland bevinden worden in gelijke gevallen gelijk behandeld, ongeacht handicap': dat zou in artikel 1 van de Grondwet moeten staan. D66 heeft een wetsvoorstel in voorbereiding dat dit regelt. Verder is gelijke behandeling ook vaak een kwestie van doen in de praktijk. Zo moet er altijd een gebarentolk aanwezig zijn bij belangrijke informatievoorziening vanuit de overheid, zoals de persconferenties rond het coronavirus. Volwaardig meedoen moet uiteindelijk overal in terug komen. In het openbaar vervoer. Op websites van de overheid. Op straat. Daarom wil D66 werkagenda's bij alle departementen zodat zij met meer passie uitvoering geven aan de afspraken uit het VN-verdrag voor mensen met een handicap. Openbare gebouwen moeten altijd toegankelijk zijn voor mensen met een beperking. En de assistentiehond, die voor veel mensen van grote waarde om zelfstandig te kunnen leven, mag nooit worden geweigerd. D66 wil dat mensen overal welkom zijn, ook met assistentiehond.²⁵

Ruimte voor professional én de naasten

Goede zorg voor mensen met een beperking vraagt om een andere organisatie van de zorg. Daarbij moet de kwaliteit van leven voor mensen met een beperking centraal staan. Om dat te bereiken is het nodig om maatwerk te leveren.

Net zoals we zien in de medische zorg wordt de gehandicaptenzorg steeds gespecialiseerder. Instellingen en behandelaars richten zich steeds meer op een specifieke doelgroep. Dat is voor veel mensen met een beperking een goede uitkomst, mits zij inderdaad de zorg krijgen die voor hen op maat is. Daarbij loont het om al in een vroeg stadium te kijken welke zorg passend is. Een verhuizing omdat het op een locatie niet meer gaat, is voor alle partijen een heftige gebeurtenis die als het kan voorkomen moet worden. Zorgkantoren moeten hierbij meer samenwerken, omdat de gespecialiseerde instelling voor een specifiek persoon zich net buiten hun gebied kan bevinden.

Niet iedereen met een beperking is echter geholpen met sterk gespecialiseerde zorg. Als met gespecialiseerde zorg sociale structuren doorkruist worden, kan dat meer afstand scheppen tot naaste familie. Dat is niet altijd wenselijk. Het kan beter zijn om de zorg zoveel als mogelijk in de vertrouwde thuissetting te verlenen en het gezin daarbij goed te ondersteunen. In dit kader zien we goede ervaringen met het initiatief om zogenaamde copiloten te koppelen aan gezinnen. Zij ondersteunen gezinnen met een kind met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperking in het regelwerk rond de zorg en zijn een vast aanspreekpunt. Daarnaast moet het belang van het sociale netwerk een goede plek krijgen in het kwaliteitskader en het toezicht.

Er is meer onderzoek nodig naar mensen met ernstige gedragsproblematiek. Nieuwe behandelmethoden combineren de aanpak van gedragsproblematiek met andere zorgbehoeften. Samenwerking tussen professionals met kennis van langdurige zorg en ggz is daarom nodig. Er is behoefte aan plaatsen voor observatie, voor behandeling en voor wonen met zorg. Verder zien we in de gehandicaptenzorg ook veel vormen van innovatie. Dat kan de kwaliteit van zorg ten goede komen, zeker als de personeelstekorten blijven drukken op de sector. Bij Academy Het Dorp gebruikt men nieuwe technologie waarmee personeel bijvoorbeeld snel op de juiste plek kan zijn als er iets aan de hand is op de kamer en wordt gewerkt met een gebruiksvriendelijke robotarm waardoor mensen meer persoonlijke vrijheid hebben en minder afhankelijk zijn van anderen. Het is van groot belang dat professionals en ervaringsdeskundigen betrokken zijn bij de ontwikkeling van innovatie. De zorgverlening moet uiteindelijk ten dienste staan van hen. Op nationaal niveau moeten best practices gedeeld worden. Financiering mag innovatieve behandelmethoden niet in de weg staan.

Aandacht voor ouderen en licht verstandelijk beperkten

Ook in de gehandicaptenzorg is het van groot belang aandacht te hebben voor de wensen van de doelgroep. Die doelgroep verandert namelijk sterk. Zo wordt de groep gehandicapten die intensieve zorg nodig heeft, steeds ouder. De hogere leeftijd zorgt vaak voor een opeenstapeling van aandoeningen, maar het zorgsysteem is daar nog niet goed op ingericht. Doordat veelal de focus ligt op gedrag en ontwikkeling, bestaat het risico dat medische problemen onderbelicht blijven. Ook is de doelgroep vaak afhankelijk van hun ouders, voor wie de mantelzorg op hoge leeftijd te zwaar wordt.

Zij moeten meer ondersteuning krijgen en zorginstellingen moeten in zo'n geval tijdig het gesprek aangaan om eventuele toekomstige problemen te tackelen. Dit moet meer aandacht krijgen bij de relevante zorgopleidingen. Verder is het van belang dat de zorg goed blijft doorlopen als de ouder van een gehandicapte ook zorg nodig heeft. Hierbij wil D66 voorkomen dat een gezin te maken krijgt met Wlz-zorg voor het kind en Wmo-zorg voor de ouder. D66 wil dan maatwerk bieden voor de zorg binnen het gezin.

Speciale aandacht vraagt D66 voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Bijvoorbeeld mensen met een laag IQ. Voor deze mensen is zorg in de sociale context van groot belang. Onderzoek laat zien dat ze zich vaak eenzaam voelen en de samenleving ze niet altijd ziet staan.²⁶ Die blinde vlek moeten we zien weg te nemen door deze mensen meer onderdeel te laten zijn van de samenleving. Bijvoorbeeld door dagbesteding niet binnen de muren van een instelling te verlenen, maar midden in de maatschappij. De gemeente kan hierbij een rol spelen. De Academie van Zelfstandigheid biedt nuttige leerprogramma's aan, die mensen in staat stellen zelfstandig(er) te leven. De overheid kan zelf ook duidelijker communiceren, zodat mensen met een licht verstandelijke beperking makkelijker mee kunnen doen.

4.2. Ruimte voor zelf regelen

Voor veel mensen is het belangrijk de eigen regie te voeren op hun leven. Zo ook in de zorg. Zelf bepalen wie de zorgaanbieder is en zelf afspraken maken over de manier waarop zorg verleend wordt, is soms ook nodig door de specifieke zorgbehoefte. Daar zijn gelukkig veel mogelijkheden voor in Nederland, zoals het persoonsgebonden budget (pgb) of de manieren waarop intensieve zorg in de thuissituatie kan worden verleend. Die intensieve zorg thuis gaan we, zoals eerder genoemd, financieren via de Zvw. Mensen hebben dan zelf de touwtjes in handen of kunnen hun zorg net wat anders inrichten dan met het gebruikelijke aanbod had gekund. Denk bijvoorbeeld aan zorgaanbieders die rekening houden met de culturele achtergrond van een patiënt, die van groot belang kan zijn in de ondersteuning bij de ziekte van Alzheimer. Of instellingen met de Roze Loper, waar extra aandacht is voor seksuele en genderdiversiteit.

Passende woonvoorzieningen

Veel nieuwe zorgvormen worden op dit moment door mensen zelf opgezet om te kunnen voorzien in de zorgvraag van zichzelf of van hun kinderen. Soms is dat hard nodig om te voorkomen dat mensen moeten verhuizen naar een verpleeghuis of een andere instelling. Maar vaak is het ook om te borgen dat er rekening wordt gehouden met hun specifieke zorgwensen. Voor ouders van kinderen met een intensieve zorgvraag sluit bijvoorbeeld zorg in natura niet altijd aan bij de flexibele zorg die nodig is. Dan is het zelf regelen via een pgb een goede oplossing of initiatieven waarbij de ouders zelf zorg op maat regelen in een passende woonvoorziening.

D66 wil de ruimte en ondersteuning bieden om dit soort initiatieven op te zetten. Lokaal, regionaal en landelijk. Het opzetten en onderhouden ervan is echter vaak nog (te) veel werk vanwege de hoge administratieve lasten. Toch is het wat D66 betreft wel de toekomst. Indien dit soort initiatieven niet perfect binnen het systeem passen, moet het systeem zich aanpassen en niet de mensen.

Een toekomstbestendig pgb

Helaas staat het persoonsgebonden budget nu onder druk. Enerzijds door sturing op zorg in natura door verzekeraars en gemeenten. Anderzijds door de enorme administratieve lasten die met het werken via een pgb gepaard gaan. D66 wil dat het vertrouwen in de pgb-houder weer voorop staat, zonder daarbij naïef te zijn. De keuze voor zorg in natura of een pgb mag nooit worden opgedrongen door een verzekeraar, gemeente of zorgaanbieder. De inzet van een onafhankelijke cliëntondersteuner moet hierbij helpen. Nieuwe pgb-houders dienen via een introductie (door bijvoorbeeld Per Saldo) goed kennis te maken met het pgb-houderschap.

De check of de keuze voor een pgb weloverwogen is, zal voortaan niet meer onder de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en gemeenten vallen, maar onder een gespecialiseerd Wlz-zorgkantoor. Deze zal zich dus ook moeten specialiseren in pgb's binnen de Wmo. Dit scheelt veel administratieve lasten voor wijkverpleegkundigen, zorgverzekeraars en gemeenten.

Zo kunnen we de overgang maken naar een systeem waarin er standaard vanuit gegaan wordt dat het zorgplan gelijk is aan de planning en de realisatie. Dit scheelt de pgb-houder veel administratieve handelingen. Tegenover deze versoepeling staan echter maatregelen om hard op te treden in het geval van fraude. Samen met Per Saldo en Zilveren Kruis heeft D66 maatregelen gepresenteerd om fraude via pgb's door dubieuze bemiddelingskantoren en zorgaanbieders te verminderen in plaats van steeds verdergaande eisen te stellen aan de verantwoording.²⁷ Daarnaast wil D66 voor mantelzorgers van naasten van een Wlz-indicatie een andere oplossing dan het pgb om voor inkomenszekerheid te zorgen, zoals omschreven in paragraaf 4.6.

4.3. Tijdige en goede ggz

In paragraaf 2.3 werd benoemd hoe de maatschappelijke context van grote invloed is op psychische problemen. Dat betekent niet dat alle psychische problemen maatschappelijk op te lossen of te voorkomen zijn. Voor veel mensen is snel beschikbare ggz hard nodig. Ondanks dat Nederland internationaal gezien goed presteert op het gebied van ggz^{28,29}, heeft een groot deel van deze mensen niet zelden het gevoel gehad in de kou te staan. Omdat de benodigde zorg niet beschikbaar was, de crisisdienst overbelast was of vanwege een te lange wachtlíjst. De tekorten en wachtlíjsten zijn een hardnekkig probleem. D66 doet voorstellen om de problemen in de sector aan te pakken waardoor mensen sneller de benodigde zorg kunnen krijgen.

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor wie met lichte ondersteuning niet geholpen is. Indien die lichte ondersteuning goed geregeld is via het gemeentelijke sociaal domein, krijgen de huisarts en praktijkondersteuner meer tijd voor ingewikkelde psychische klachten. Ook praktijkondersteuners die gericht zijn op ggz kunnen helpen om iemand met psychische problemen de aandacht te geven die hij nodig heeft. De wijze waarop de ggz in Nederland is georganiseerd, is complex en daardoor niet optimaal gericht op de patiënt. Patiënten hebben regelmatig te maken met elementen van ggz die vanuit verschillende wetten en ideeën komen. Een paar jaar geleden is ingezet op een nieuwe indeling waarmee meer laagdrempelige zorg via de huisarts en praktijkondersteuners loopt om onnodig zware zorg te voorkomen. Dat werkt op papier goed, maar een kenmerk van psychische aandoeningen is een zekere mate van onvoorspelbaarheid.

Iemand met een (zwaardere) psychische aandoening kan periodes van diepe dalen kennen waarbij intensieve zorg nodig is, maar ook periodes waar iemand met minimale begeleiding zijn of haar weg in het leven vindt. De financiering uit verschillende potjes maakt het in de praktijk lastig de patiënt in zijn zorgbehoefte te volgen. D66 vindt dat geestelijke gezondheidszorg beter moet aansluiten op de verschillende situaties waarin iemand psychische zorg nodig heeft en de mate waarin die nodig is. De wijze van bekostigen mag dit niet belemmeren. Dit moet een aandachtspunt zijn bij de nieuwe financiering van de ggz.

Intensieve zorg wanneer nodig

Juist de mensen die het meest hulpbehoevend zijn, lijken de grootste problemen binnen de ggz te ervaren. Met beter beheer en betere indicatiestelling kunnen de wachtlijsten teruggedrongen worden. Voor een goede indicatie is voldoende tijd nodig. Nadat een zorgaanbieder onafhankelijk en op een eenduidige manier de diagnose heeft gesteld, moet de mogelijkheid worden geboden om zelf op zoek te gaan naar specialistische hulp. Ggz-organisaties hebben daarbij de verantwoordelijkheid hun specifieke kennis en expertises beter te inventariseren en met elkaar te delen. Huisartsen, zorgverzekeraars en cliënten moeten daarin actief geïnformeerd worden.

De ervaringen die daarmee zijn opgedaan bij specialistische ggz-instellingen zouden breder gedeeld moeten worden. D66 wil hier specialistische behandelingen op meer plekken mogelijk maken, zonder te veel afhankelijk te zijn van een specifieke psychiater of afdeling. Dit voorkomt dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd. D66 wil centrale of regionale regie van de wachtlijsten, zodat mensen niet dubbel of verkeerd op wachtlijsten staan. Daarnaast kunnen psychologen door taakherschikking meer ingezet worden in de crisiszorg.

Ondanks een toename van personeel in de afgelopen jaren, en het feit dat we internationaal gezien een hoog aantal psychiaters hebben, kampt de psychiatrie in Nederland met een tekort aan personeel.^{30,31} Zorgverleners keren de psychiatrie de rug toe of kiezen voor zelfstandigheid.³²

D66 wil dat psychiaters op termijn in loondienst van de zorginstellingen gaan werken, ook omdat werken in loondienst kan bijdragen aan meer doelmatige zorg. Dit biedt meer ruimte voor crisiszorg en het terugdringen van wachtlijsten. We moeten werken aan het vergroten van het werkplezier door meer ruimte te bieden aan de professional. Deze krijgt meer vertrouwen en inspraak. Vereenvoudiging van de complexe financieringsstromen in de ggz en daarbij horende verantwoording draagt ook bij aan behoud van meer professionals in de sector.

D66 wil de bekostiging van behandelingen beter laten aansluiten bij de praktijk. Een andere bekostiging dan de huidige op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC) biedt meer mogelijkheden voor patiënten om samen met zorgverleners te zoeken naar de beste handvatten om de weg in het leven te vinden. De psyche is immers niet eenvoudig. Professionals maken in de ggz vooral gebruik van diagnoses om een idee te krijgen van de symptomen, om de ernst te bepalen en om samen met de patiënt tot een behandelvorm te komen. Bij mensen met een zwaardere psychische aandoening is vaak sprake van multimorbiditeit, waarbij de verschillende aandoeningen op verschillende momenten meer bovenliggend kunnen zijn. Dat maakt diagnostisering niet eenvoudig.

D66 wil verkennen hoe de nieuwe financiering voor de behandeling een rol kan spelen bij een betere aansluiting tussen de verschillende vormen van ggz en op- en afschaling van zwaardere en lichtere zorg die iemand soms nodig heeft. Daarbij helpt het dat psychische problemen dankzij D66 ook een grondslag kunnen zijn voor een Wlz-indicatie.³³ Hierdoor kan de zorg beter aansluiten op de noden van de cliënt.

4.4. Kansen voor ieder kind

Geboorte- en kraamzorg voor een goede start

De start van het leven is cruciaal voor de kansen van een kind. Dit begint bij de geboorte- en kraamzorg. D66 vindt het daarom van groot belang dat deze zorg voor iedereen in Nederland van hoge kwaliteit is. Dit vraagt om tarieven die verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen in staat stellen om persoonlijke zorg te kunnen leveren. Aan de hand van het lopende NZa-kostenonderzoek kunnen we hiervoor een passende beloning bepalen. D66 vindt keuzevrijheid een fundamenteel goed, juist bij de geboortezorg. We vinden daarom dat aankomende moeders zelf moeten kunnen beslissen waar zij willen bevallen.

Als om medische redenen of vanwege de (grote) afstand gekozen wordt voor het ziekenhuis, mag hier geen eigen bijdrage voor worden gevraagd. En om te zorgen dat iedereen - ongeacht de portemonnee - een keuze heeft, willen we dat een ziekenhuisbevalling ook zonder indicatie voor iedereen betaalbaar is. Kraamzorg en jeugdgezondheidszorg dragen bij aan gelijke kansen, juist in het allerprilste begin.

Daarom is het goed dat iedere ouder en nieuwgeborene bij professionals terecht kunnen met al hun vragen over de ontwikkeling van hun kind. Deze professionals moeten op een laagdrempelige wijze beschikbaar blijven voor advies en vragen. Omdat de gezondheid van een kind niet alleen voor en tijdens de geboorte maar ook in de eerste 1000 dagen na de zwangerschap belangrijke voorspellers zijn van mogelijke problemen op latere leeftijd, zowel psychisch als fysiek, dient deze hulp niet plots op te houden vlak na de geboorte. De jeugdgezondheidszorg is de aangewezen partij om eerder en beter problemen, medisch en niet medisch, te signaleren bij kwetsbare gezinnen. Daartoe moeten zij in staat worden gesteld, zowel qua opleiding als mogelijkheden voor langere en intensievere begeleiding.

Juiste zorg op de juiste schaal

De meeste kinderen groeien op in een veilige omgeving waar ze kansen krijgen om zich te ontwikkelen en te ontplooiën. Om ieder kind met dezelfde kansen te laten starten in het leven is soms wat extra's nodig. Sinds de start van de Jeugdwet zijn er meer kinderen die het lastig hebben in beeld, worden zij eerder opgevangen, zijn er minder uithuisplaatsingen en minder kinderen in gesloten jeugdhulp. Dat zijn de positieve kanten van de decentralisatie die D66 wil behouden. Aan de andere kant lopen veel kinderen, jongeren en ouders vast als zij gespecialiseerde hulp nodig hebben. Zo wordt zo'n 60% van de kinderen met een beschermingsmaatregel niet op tijd gezien.³⁴ Jeugdpsychiaters sloegen alarm over tientallen kinderen met ernstige psychische problemen die zo lang moesten wachten op hulp dat het riskant werd. D66 wil dit aanpakken door de organisatie en financiering te vereenvoudigen, zodat professionals weer voldoende tijd hebben voor het verlenen van zorg.

Er zijn 42 jeugdzorgregio's, 32 zorgkantorregio's, 26 Veilig Thuis-regio's, 25 veiligheidsregio's en 12 accounthoudende regio's voor de jeugdbescherming en jeugdreclassering. D66 wil dat de juiste zorg op de juiste schaal geboden wordt. Dat vraagt om vereenvoudiging en meer democratische legitimatie, waarbij in de regel gemeenten met dezelfde gemeenten zouden moeten samenwerken. D66 vindt dat het Rijk doorzettingsmacht mag hebben en gebruiken om regio-indelingen te vereenvoudigen en op elkaar aan te laten sluiten. Daarbij kan eventueel ook geleerd worden van het advies van de NZa over de regio-indeling voor de Regionale Zorgplannen zoals voorgesteld in paragraaf 3.1. Naast een betere organisatie moeten ook de administratieve lasten omlaag om mensen weer met plezier in de zorg laten werken. Met minder eisen vooraf en meer eenheid in verantwoording van verschillende gemeenten. Hiervoor is vertrouwen nodig vanuit het Rijk richting de gemeente en vanuit de gemeente richting de zorgaanbieder. Gemeenten en regio's moeten hierbij gebruik kunnen maken van best practices uit de Zvw, zodat alle systemen beter op elkaar aansluiten.

Passende financiering voor passende zorg

De decentralisatie van 2015 is gepaard gegaan met een te grote korting op het budget. Daarom zijn er voor 2019, 2020 en 2021 extra middelen vrijgemaakt voor jeugdzorg bij gemeenten en wordt voor latere jaren onderzocht wat er structureel nodig is. Gemeenten hebben nu een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van weinig voorkomende, hoogcomplexe zorg. Dit zorgt voor een moeilijk uitlegbare risicodeling tussen gemeenten als zij opdraaien voor de kosten van andere gemeenten. D66 wil daarom naar een ander systeem waarbij op landelijk niveau wordt bepaald hoe het zorglandschap eruit moet zien voor deze weinig voorkomende en hoogcomplexe zorg en ook gezorgd wordt voor een landelijk dekkend aanbod (bijvoorbeeld uithuisplaatsing vanwege een onveilige situatie of verslavingszorg). Daar past een adequaat budget bij. D66 wil daarvoor een alternatief verrekenmodel met meer aandacht voor de specifieke uitdagingen van de gemeente en het aantal doorverwijzingen naar specialistische zorg.

Verder stelt D66 voor de jeugd-ggz voortaan te bekostigen via de Zvw. Op die manier zijn afzonderlijke gemeenten niet meer hoofdverantwoordelijk voor deze complexe groep jongeren en kan er een betere aansluiting plaatsvinden met de ggz voor volwassenen. Ook kan de inkoopervaring van zorgverzekeraars worden benut en is er meer eenduidigheid voor zorgverleners in de ggz. Net als bij de ggz voor volwassenen hebben gemeenten nog steeds wel een belangrijke taak in de nazorg voor het gezin om terugval te voorkomen. Gemeenten houden in het jeugdzorgveld de regie over de ambulante jeugdhulp, de jeugdbescherming en de jeugdreclassering en zijn de spil in het netwerk in de aanpak van kindermishandeling, preventie, opvoedingsondersteuning en voorlichting.

Uithuisplaatsing is de laatste oplossing

D66 vindt het belangrijk dat ouders en hun kinderen worden ondersteund om zoveel mogelijk zelf de touwtjes in handen te kunnen houden. Een goede manier om dit te doen is door te werken volgens een familiegroepsplan.³⁵ Het recht daarop is opgenomen in de Jeugdwet. Met dit plan kan het gezin met behulp van familie, vrienden en anderen uit de omgeving zelf hun gewenste (zorg)oplossing bepalen. Gemeenten moeten gezinnen ondersteuning bieden bij het opstellen ervan. Hiermee wordt geprobeerd de regie en de betrokkenheid van het gezin zo veel mogelijk te behouden. Uithuisplaatsing gebeurt alleen wanneer het niet anders kan.

Daarvoor moet ook gekeken worden of een andere gezinsvorm zoals pleegzorg of een gezinshuis passend is. Het aantal pleeggezinnen is helaas beperkt. Daarom moet de inzet erop gericht zijn om gezinnen bij elkaar te houden, meer te ondersteunen en te betrekken bij besluiten over de opvoeding. In gezinshuizen moet een goede balans gevonden worden tussen kleinschalige zorg enerzijds en de aanwezigheid van voldoende deskundigheid anderzijds. Bij een oplossing buiten het oorspronkelijke gezin moet het kind, waar mogelijk, gewoon naar de oude school blijven gaan.

Als een vechtscheiding de oorzaak is van de problemen is het van groot belang dat jeugdzorg, kinderscherming en de rechtsspraak gevolg geven aan de wettelijk voorgeschreven waarheidsvinding.

Alles op alles om kindermishandeling en huiselijk geweld te voorkomen

Kindermishandeling heeft een enorme impact op de ontwikkeling van een kind en zorgt niet zelden voor psychische problemen. In Nederland worden jaarlijks 119.000 kinderen slachtoffer van mishandeling.³⁶ In 2016 gaven 20.800 kinderen van twaalf tot en met zestien jaar aan slachtoffer te zijn geweest van een ernstige vorm van seksueel geweld.³⁷ Die aantallen choqueren, zeker als de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen waarschuwt voor onderrapportage. D66 steunt de oproep van de Nationaal Rapporteur dat hulp voor deze kinderen beter kan worden gecoördineerd. Hulp aan slachtoffers van huiselijk geweld, seksueel geweld en kindermishandeling dient op landelijk niveau te worden ingekocht als complexe jeugdhulp.

Een uitgestoken hand en serieuze hulp is nodig voor slachtoffers, getuigen en plegers van geweld. Innovatie kan hierbij aanzienlijk helpen, zo kan laagdrempelig contact via bijvoorbeeld een chatfunctie jongeren eerder de drempel over helpen om professionele hulp te zoeken. In Nederland worden jaarlijks een miljoen mensen slachtoffer van huiselijk geweld. Tussen de 200.000 en 230.000 personen hebben zelfs te maken met ernstig of herhaald huiselijk geweld. Het is belangrijk dat de overheid dit intensief blijft aanpakken en daarbij leert van goed en effectief beleid in het buitenland.

Daarnaast vindt D66 dat forensisch onderzoek bij kindermishandeling moet plaatsvinden in centra die daarin gespecialiseerd zijn. In 2018 is geld vrijgemaakt voor de start van zulke centra in drie regio's. Dit wil D66 op landelijke schaal mogelijk maken. Hoewel er 15 centra voor seksueel geweld zijn, is de aanpak van seksueel geweld tegen kinderen grotendeels bij de gemeenten terechtgekomen en wordt in de helft van de regio's nog niets met dit thema gedaan. De Nationaal Rapporteur beveelt een gecoördineerde aanpak op regionaal niveau aan. D66 vindt dat de regio's deze aanpak snel moeten vormgeven.

4.5. Zorg dichtbij en op maat in de Wmo

Sinds 2015 zijn er meer zorgtaken bij de gemeenten terecht gekomen via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Denk aan dagbesteding en beschermd wonen. We zien daarvan de goede en minder goede kanten. Zo pakken veel gemeenten hun taak goed op en zorgen zij via de sociale wijkteams voor meer maatwerk en een totaalaanpak voor gezinnen waar meerdere problemen spelen.³⁸ Maar veel gemeenten kampen ook met financiële tekorten op het sociaal domein. Zij zijn financieel verantwoordelijk voor de uitgaven, terwijl de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet sterk ingekaderd is en voor een groot deel een opneemregeling heeft.

Voorals zorgaanbieders zelf aan tafel zitten in het sociale wijkteam, wordt er minder preventief ingegrepen en meer doorverwezen naar gespecialiseerde zorg, zo blijkt uit onderzoek van CPB.³⁹ De ondersteuning die hier geleverd wordt, is echter vaak van grote waarde voor de mensen. Zo is bijvoorbeeld hulp in het huishouden essentieel voor veel mensen om zelfstandig te kunnen blijven wonen en mee te doen in de samenleving. Daarnaast let deze hulp goed op of alles nog goed gaat en trekken zij vroegtijdig aan de bel bij problemen.

Juist de gemeente moet het overzicht houden in een wijk of gezin en de juiste oplossing aangrijpen. Een mooi voorbeeld is de sociale benadering voor mensen met beginnende dementie, zoals in experimenten van de Social Trials.⁴⁰ Door de mensen en hun naasten beter te bevragen over hun zorgbehoeften op op medisch, psychologisch en sociaal vlak, kunnen de zorg en ondersteuning beter op maat worden aangeboden. Ook het opzetten van consultatiebureaus voor ouderen zijn goede initiatieven om gespecialiseerde zorg (langer) buiten de deur te houden. Op die manier kunnen ouderen op een laagdrempelige wijze geïnformeerd worden over hun gezondheid, zonder dat ze daarvoor meteen naar de dokter hoeven.

Gemeentelijke verantwoordelijkheid én beleidsvrijheid in de Wmo

Gemeenten hebben met de Wmo de verantwoordelijkheid om zorg dichtbij en op maat te regelen. De Wmo is een voorziening en geen verzekerd recht zoals de Wlz. Net zoals vrijheid niet gaat zonder verantwoordelijkheid, werkt het ook de andere kant op. Wanneer de gemeente financiële verantwoordelijkheid draagt, dient zij ook de daarbij passende beleidsvrijheid te hebben. Gemeenten moeten een visie hebben op ondersteuning die ze collectief willen aanbieden en waar ze mensen individueel verantwoordelijk willen laten zijn. D66 is van mening dat gemeenten deze vrijheid moeten hebben, mits zij in hun beleid aantoonbaar voldoende aandacht hebben voor degenen in een kwetsbare positie.

We moeten de gemeentelijke voorzieningen proberen te behouden voor de mensen bij wie de nood het hoogst is. Een eenzame oudere zonder financiële reserves moet dus bovenaan het lijstje staan voor hulp. Voor mensen met een hoger inkomen kan Wmo-zorg ook een oplossing zijn, maar dan is het vanzelfsprekender dat zij daarvoor een redelijke bijdrage betalen. Daarom komt er een inkomensafhankelijke component in de eigen bijdrage voor Wmo-zorg. Om gemeenten de eerdergenoemde beleidsvrijheid te kunnen bieden, moeten ook de randvoorwaarden duidelijk en op orde zijn. Denk aan het toezicht in de Wmo. Een onafhankelijke toezichthouder is bij veel gemeenten nog niet geregeld.

In paragraaf 3.2 hebben we het voorstel gedaan om gemeenten financieel te belonen als zij met goede Wmo-zorg of op andere wijzen Wlz-indicaties weten te voorkomen.

Zwaardere zorg voorkomen we bijvoorbeeld door ouderen goed te ondersteunen wanneer zij een ingrijpende operatie hebben gehad of snel achteruitgaan. In dat geval kan een transferbureau of kunnen transferverpleegkundigen ondersteunen in de zoektocht naar passende zorg.⁴¹ Daarnaast wil D66 dat het Rijk mogelijk maakt dat best practices van gemeenten gedeeld kunnen worden en gemeenten van elkaar kunnen leren. Aanbesteden in het gemeentelijk zorgdomein kan effectief zijn om de zorg tegen de laagste kosten geleverd te krijgen. Vaak zien we echter dat aanbestedingen vooral administratieve lasten opleveren en weinig toegevoegde waarde hebben.

In die gevallen wil D66 dat gemeenten niet hoeven aan te besteden. Dit vraagt eventueel om aanpassing van Europese regels.

4.6. Ondersteun de mantelzorgers en vrijwilligers

Nederland telt veel mantelzorgers en vrijwilligers die onmisbare taken vervullen voor hun medemens. Tijdens de coronacrisis is nog maar eens duidelijk geworden hoe essentieel zij zijn. In dit stuk benoemen we vaak de zorgbehoefte van de groeiende groep ouderen. Laten we vooral niet vergeten dat zij ook een groot deel van de mantelzorg in Nederland verlenen. Zij helpen dus ook om die zorgbehoeften te vervullen. Veel mantelzorgers en vrijwilligers zijn echter overbelast. De overheid moet ze daarom helpen. D66 wil een mantelzorgakkoord tussen mantelzorgorganisaties, gemeenten, Rijk, zorgverzekeraars en werkgevers waarin van alle partijen wordt benoemd welke taak deze heeft om overbelasting bij mantelzorgers te signaleren en te voorkomen.

Gemeenten moeten ook kijken of ze bij het verlenen van vergunningen geen onnodige obstakels opwerpen voor mantelzorgwoningen, waar kinderen dichtbij hun hulpbehoevende ouders wonen. Daarnaast bestaan er veel mooie initiatieven zoals de 'mantelzorgruil', waarmee familieleden kruislings mantelzorg verlenen en zo ook zorgen voor het welzijn van een naaste die verder weg woont.

Financiële zekerheid en op adem kunnen komen

Als steun in de rug voor huishoudens waarin iemand een langdurige, intensieve zorgbehoefte heeft en thuis woont, wil D66 een pilot voor automatische inkomenssteun zonder verdere verantwoording. Het behoeft namelijk geen controle dat de partner of andere gezinsleden (de naasten) de benodigde mantelzorg verlenen. We willen als samenleving ervoor zorgen dat stress door financiële problemen of baanonzekerheid geen rol speelt. Deze inkomenssteun komt daarmee in de plaats van een pgb. Dit geldt echter alleen voor huishoudens waarin een naaste mantelzorg verleent voor iemand, die een intensieve zorgbehoefte heeft. Denk aan een ouder die de zorg heeft voor een zeer ernstig en meervoudig gehandicapt kind.

Een goede cliëntondersteuner heeft ook oog voor de noden en wensen van de mantelzorger en moet dus altijd aanwezig zijn. De cliëntondersteuner moet de mantelzorger ook kunnen helpen met niet-zorggerelateerde kwesties. Gemeenten moeten dus zorgen dat zij ook goed toegang hebben tot andere beleidsterreinen. Daarnaast moeten we er vooral zijn voor mantelzorgers in die gevallen dat het thuis steeds moeilijker gaat. Daarom heeft D66 in de afgelopen jaren gepleit voor een pilot voor logeerszorg als tussenvorm tussen thuis en het verpleeghuis.⁴² Op die manier wordt de mantelzorger even ontzien. Deze pilot zou landelijk ingezet moeten worden en gemeenten dienen hier meer ruimte voor te bieden. Uit het rapport van de landelijk aanjager respijtzorg blijkt immers dat veel gemeenten nog onvoldoende investeren in respijtzorg en dat de verbinding met het sociaal domein niet altijd goed gelegd wordt.⁴³ Het is belangrijk dat respijtzorg tijdig, makkelijk en op maat beschikbaar is.

Ken de waarde van vrijwilligers

Vrijwilligerswerk is een belangrijk onderdeel van de samenleving. Het is goed als jongeren kennis maken met vrijwilligerswerk in de zorg via een vrijwillige maatschappelijke stage. Om vrijwilligerswerk te ondersteunen moeten onnodige obstakels weg. De overheid moet waar mogelijk de VOG voor vrijwilligers gratis maken en geen belasting heffen als de vrijwilliger een bescheiden vergoeding ontvangt voor het werk. Voor sommige mensen in de bijstand is vrijwilligerswerk een goede match. Op die manier zien meer mensen de waarde van vrijwilligerswerk.

4.7. Samen beslissen zet de patiënt centraal

Het eerste moment in de spreekkamer van een arts kan het begin zijn van een lang medisch traject. Zo'n traject zit vol keuzes en verschillende richtingen. In zo'n geval is het van groot belang dat de patiënt samen met de arts kan beslissen welke medische route hem het beste past. Het samen beslissen heeft vele voordelen. Artsen kunnen beter inspelen op de behoeften en voorkeuren van de patiënt. De patiënt krijgt meer keuzevrijheid en is tevredener. En uit onderzoek blijkt dat patiënten trouwer zijn aan hun behandeling als zij worden betrokken bij beslissingen.⁴⁴

Hiervoor zijn vier zaken van belang. Allereerst is essentieel dat de arts de patiënt uitlegt welke mogelijkheden er zijn en de patiënt daarbij meegeeft dat hij of zij gehoord wordt en invloed heeft op de keuzes. Daarnaast moet het voor de patiënt helder worden gemaakt wat de voor- en nadelen zijn van de verschillende opties, en welke uitkomsten te verwachten zijn. Ten derde is het van belang dat de voorkeuren, behoeften en persoonlijke omstandigheden van de patiënt steeds worden meegenomen tijdens het traject. En tot slot moet de informatievoorziening van patiënt en arts zo gelijkwaardig mogelijk zijn. Door de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) gaat dit de komende jaren gelukkig een vlucht nemen. Zo heeft iedereen straks eenvoudiger inzicht in zijn eigen gezondheidsdata en zorgdossier.⁴⁵

Samen beslissen: zo maken we het écht mogelijk

D66 wil dat alle voorgaande stappen in de toekomst standaard worden gevolgd. Zo kunnen de arts en patiënt samen tot een pad komen dat het beste bij de individuele patiënt past. Hiervoor moeten we in de eerste plaats zorgen dat er ook tijd is om samen te beslissen. Dit vraagt om een herwaardering van het gesprek tussen patiënt en arts. D66 wil hiertoe kijk- en luistergeld herintroduceren dat voldoende dekkend is om dit gesprek te kunnen voeren. De overheid en verzekeraars moeten hoge prioriteit geven aan het gebruik hiervan en het instrument moet goed bekend worden gemaakt onder artsen. Ten tweede willen we dat inventieve hulpmiddelen worden opgeschaald, zoals bijvoorbeeld consultkaarten in de spreekkamer.⁴⁶

Deze geven direct inzicht in de opties bij een specifieke aandoening en belangrijke vragen van patiënten daarbij. Ten derde willen we het samen beslissen steviger in de geneeskunde- en vervolgopleiding verankeren. En ten slotte willen we dat het ministerie alvast met veldpartijen vooruitkijkt naar het samen beslissen in de toekomst. Ook gezien het feit dat steeds meer medische adviezen zullen worden gegeven met behulp van algoritmes en kunstmatige intelligentie, of zelfs op basis daarvan. Het is dus goed om nu alvast over de toekomst van het samen beslissen na te gaan denken.

Betrokken en inclusieve transgenderzorg

De afgelopen jaren zijn de wachtlijsten in de zorg aan transgender personen enorm toegenomen, olopend tot zelfs anderhalf jaar van inschrijving tot intake. Dit komt deels door een toename in de vraag en deels door structurele ondercapaciteit en gebrek aan spreiding van het aanbod. De toegankelijkheid, tijdigheid en bereikbaarheid van deze zorg is van groot belang voor transgender personen en draagt aantoonbaar bij aan hun welzijn. Deze aspecten verdienen dan ook verbetering. Daarnaast zien we dat in deze zorg op het gebied van samen beslissen tussen patiënt en behandelaar nog veel te winnen valt.

De psycholoog wordt nu vaak ingezet als beoordelaar, terwijl juist diens rol als begeleider naast de cliënt kan worden versterkt. En bij hun medische behandeling kunnen transgender personen meer dan nu op gelijkwaardige voet worden betrokken. Ook bij reguliere zorgvragen, die niet met de transitie te maken hebben, worden regelmatig belemmeringen ervaren. Zo verhoogt een gebrek aan kennis over transgender personen geregeld de drempel voor toegang tot goede zorg. D66 ziet graag dat ook in de zorg stappen worden gezet om inclusiever te worden naar deze groep.

4.8. Een levensloopbestendig woonbeleid

De uitdagingen in de ouderenzorg kunnen niet losgezien worden van de woonopgave. Een goede woning op de goede plek kan immers het verschil maken tussen langer thuis wonen met ondersteuning uit het netwerk in de buurt of snelle opname in het verpleeghuis. D66 wil dat zorg buiten het verpleeghuis beter mogelijk wordt. De financiering van wonen en zorg wordt daarom op de lange termijn steeds verder gescheiden. Iedereen blijft verzekerd van dezelfde kwaliteit zorg, maar in verschillende woonvormen. “Thuis” betekent dan niet altijd het huis waar mensen altijd gewoond hebben, maar vaak een levensloopbestendig seniorenappartement. De verantwoordelijkheid over hoe en waar je woont ligt met name bij het individu zelf. Daarbij moet de overheid wel zorgen voor voldoende adequate en betaalbare woningen in de buurt. Voor de zorg zijn mensen collectief verzekerd, maar wijkverpleging en verpleegzorg groeien naar elkaar toe. Vanwege de groeiende zorgbehoefte en schaarste aan mensen en middelen is het goed als hulp gegeven kan worden vanuit het netwerk (familie of burens), zodat zwaardere hulp minder snel nodig is. In geclusterde woonvormen zoals het Knarrenhof in Zwolle gebeurt dit al op een mooie manier. Bovendien houden mensen zo voldoende keuzevrijheid waar zij oud worden of wie hun huisarts is.

Het verpleeghuis blijft een optie voor de groep ouderen bij wie intensieve zorg alleen in een instelling kan worden geboden. Er zijn steeds meer nieuwe en kwalitatief goede verpleeghuizen. Er zijn echter ook nog steeds verouderde verpleeghuizen, qua gebouw of dienstverlening (denk aan lekker en gezond eten), terwijl bewoners vaak sterk afhankelijk zijn van de instelling. We hebben in de coronacrisis gemerkt hoe kwetsbaar verpleeghuizen kunnen zijn. D66 stelt een nationaal programma met wettelijke doorzettingsmacht voor om deze verouderde complexen te vervangen.

Zorg thuis heeft (in geclusterde woonvormen) de toekomst

Het gat tussen thuis en het verpleeghuis is op dit moment te groot. Voorbeelden van moderne geclusterde woon-/zorgcombinaties in het land laten zien hoe dit gat overbrugd kan worden en dat zij kunnen voldoen aan de eisen van deze tijd. We zien ze steeds meer. In april 2020 staat de teller al op ruim 90.000 woningen⁴⁷, maar dit is nog onvoldoende als we kijken naar de demografische ontwikkelingen. D66 vindt dat alle overheden zich maximaal moeten inspannen om tot meer woon-/zorgcombinaties te komen. Daarnaast is het belangrijk dat er meer ruimte komt voor ondersteuning aan elkaar in een netwerk. Zo zien we bijvoorbeeld de ontwikkeling van zorgcirkels in het oosten van Noord-Brabant, waarbij woningcorporatie, zorgorganisatie en welzijnsorganisatie samenwerken om de zorg rond een groep cliënten goed te regelen met het netwerk.⁴⁸

D66 wil graag dat gemeenten en Rijk de opzet van dit soort zorgcirkels stimuleren. Een groot deel van de groeiende groep ouderen is nog vitaal en wil graag een steentje bijdragen.

In dit soort zorgcirkels gebeurt dat op een mooie manier, waarbij vitale ouderen omkijken naar de zorgbehoevenden binnen hun zorgcirkel. Bij dit soort zorgcoöperaties is locatie en gepaste woonruimte essentieel. Gemeenten moeten hier ruimte voor maken. Samenwerking met de woningcorporatie is vervolgens essentieel om dit soort projecten ook toegankelijk te laten zijn voor ouderen met een bescheiden inkomen.

Het is geweldig als mensen zelf de handschoen oppakken om dit soort woon-/zorgcombinaties mogelijk te maken via een Collectief Particulier Opdrachtgeverschap (CPO). Het blijft in een CPO echter moeilijk opboksen tegen de grote projectontwikkelaars. De gemeente moet hen ondersteunen in de administratieve lasten die nu tot veel vertraging leiden. Het Rijk kan ze ondersteunen via de stimuleringsregeling. Investeren in dergelijke tussenvormen zorgt ook weer voor doorstroming op de woningmarkt. Het is natuurlijk zonde dat alleenstaande ouderen vanwege hun beperkingen alleen op de begane grond van een eengezinswoning leven, terwijl gezinnen wachten op een betaalbare woning.

D66 wil concreet ruimte voor verscheidenheid bieden door:

4.1

- Het opnemen van een handicap als discriminatiegrond in artikel 1 van de grondwet.
- Werkagenda's te laten opstellen bij alle departementen om de toegankelijkheid te bevorderen voor mensen met een beperking.
- Toegankelijkheid te waarborgen in alle openbare gebouwen voor mensen met een beperking.
- Copiloten te koppelen aan gezinnen met een kind met een zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperking, als vast aanspreekpunt voor de organisatie van zorg.
- Leerprogramma's op te stellen waardoor mensen met een licht verstandelijke beperking zo veel mogelijk mee kunnen doen in de samenleving.

4.2

- Vertrouwen voorop te stellen bij de verantwoording van pgb's en zo de administratieve lasten te verminderen.
- Een goede check te laten doen door een gespecialiseerd zorgkantoor in hoeverre de keuze voor het pgb-houderschap weloverwogen is.

- Er standaard vanuit te gaan dat het zorgplan gelijk is aan planning en realisatie, ook bij pgb-houders. Dit gaat gepaard met een harde fraudeaanpak bij signalen van dubieuze zorgaanbieders of bemiddelingsbureaus.

4.3

- De nieuwe financiering van de ggz zo vorm te geven dat er makkelijker ingespeeld kan worden op veranderingen in de zorgbehoefte van een cliënt.
- Een centrale of regionale regie van de wachtlijsten in de ggz te organiseren, zodat mensen niet langer dubbel of verkeerd op wachtlijsten staan.
- Inzet van psychologen in de crisiszorg mogelijk te maken.

4.4

- De poliklinische bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie voor iedereen betaalbaar te maken.
- Het Rijk doorzettingsmacht te geven ten behoeve van eenduidige regio-indelingen in de jeugdzorg.
- Het zorglandschap voor hoogcomplexere jeugdzorg op landelijk niveau te bepalen.
- Een goed verrekenmodel op te stellen voor gemeenten met aandacht voor specifieke uitdagingen en het aantal doorverwijzingen naar specialistische zorg.
- De jeugd-ggz naar de Zvw over te hevelen, zodat de inkoop beter kan inspelen op de specialistische zorgbehoefte en er een goede aansluiting op de volwassenen-ggz komt.
- Eerst te kijken naar een oplossing in pleegzorg of een gezinshuis, alvorens tot uithuisplaatsing over te gaan.
- Forensisch onderzoek bij kindermishandeling te organiseren in gespecialiseerde centra.

4.5

- Een transferbureau in te stellen dat ouderen ondersteunt in de zoektocht naar passende zorg.
- Opname van een inkomensafhankelijke component in de eigen bijdrage voor de Wmo.

4.6

- Een mantelzorgakkoord om overbelasting bij mantelzorgers te signaleren en te voorkomen.
- Automatische inkomenssteun te bieden aan naasten die mantelzorg verlenen voor iemand die een langdurige intensieve zorgindicatie heeft en thuis woont.
- Logeerszorg en respijtzorg landelijk in te zetten om mantelzorgers te ontlasten.

4.7

- Kijk- en luistergeld te herintroduceren zodat er voldoende tijd is voor samen beslissen.
- Inventieve hulpmiddelen, zoals consultkaarten in de spreekkamer, landelijk op te schalen.
- Samen beslissen steviger te verankeren in geneeskundeopleidingen.
- De zorg voor transgender personen inclusiever te maken, onder meer door de psycholoog vaker in te zetten als begeleider naast de cliënt, in plaats van sec als beoordelaar.

4.8

- Een nationaal programma met wettelijke doorzettingsmacht op te stellen om verouderde verpleeghuizen te vervangen.
- Maximale inspanning voor meer woon-/zorgcombinaties door alle overheden.
- Meer samenwerking met woningcorporaties zodat er ook voldoende woon-/zorginitiatieven worden opgezet voor lage inkomens.
- Het stimuleren van zorgcirkels waar vitale en zorgbehoevende ouderen geclusterd wonen en zij hun zorg in een netwerk kunnen organiseren.
- Strakker toezicht van de provincie op adequate kwalitatieve woonvisies en voldoende levensloopbestendige bouw in iedere gemeente.

5. Grip op de groei

De vraag naar zorg zal de komende tijd flink groeien. Op dit moment leidt het coronavirus tot extra zorguitgaven die we gelukkig samen opbrengen. Op de langere termijn worden we ouder, zijn steeds meer behandelingen mogelijk en zullen mensen vaker (meerdere) chronische ziekten hebben. Die verder groeiende vraag naar zorg heeft flinke impact op de manier waarop we onze zorg geregeld hebben. We zijn in Nederland immers solidair en betalen de zorguitgaven grotendeels collectief. Gezond betaalt voor ziek, jong voor oud en rijk voor arm. Maar we moeten oppassen dat we de grenzen van die solidariteit niet gaan opzoeken als de zorgvraag steeds verder stijgt. Deze uitdagingen vragen om keuzes hoe we als samenleving grip op de groei weten te houden. Zodat we geen voorschot nemen op de middelen van volgende generaties.



In eerdere hoofdstukken zijn we al ingegaan op gewenste bewegingen die ook aan de betaalbaarheid van de zorg kunnen bijdragen, zoals passende woon-zorgvoorzieningen en een focus op gezondheid waardoor (zwaardere) zorg kan worden voorkomen. Toch moeten we erop voorbereid zijn dat er andere scherpe keuzes gemaakt moeten worden om de zorg betaalbaar te houden. Dat vraagt erom het basispakket kritisch tegen het licht te houden. Maar D66 ziet ook andere oplossingsrichtingen, door zorg eenvoudiger en dichterbij te organiseren of door op een verantwoorde manier om te gaan met geneesmiddelen, medische technologie en nieuwe behandelmethoden. Daarnaast moeten we niet alleen denken aan manieren waarop we de groei van de zorgvraag kunnen beperken, maar ook hoe we die kunnen faciliteren door voldoende arbeidskrachten te hebben in de zorg.

5.1. Effectieve zorg in het basispakket

Bij het beperken van de zorguitgaven is het in de eerste plaats van belang dat we ons richten op zorg die (wetenschappelijk) bewezen niet-effectief is. De medische zorg in Nederland is goed georganiseerd. Toch zijn er nogal altijd voorbeelden te vinden van zorg die beter anders kan. Behandelingen waarvan we weten dat de patiënt er zelden bij gebaat is, terwijl er betere behandelmethoden voor handen zijn. Of zorg die zelfs geen enkele meerwaarde heeft voor de patiënt: onnodige zorg. Zoals kijkoperaties aan de knie bij mensen boven de 50 jaar.¹ In 2016 kwam de federatie van universitaire medische centra al tot een 'beter-niet-doen-lijst' met maar liefst 1.366 verrichtingen waar men mee zou moeten stoppen.⁵⁰

Toch is naar schatting nog altijd vijf tot tien procent van onze ziekenhuiszorg onnodig.⁵¹ Dat is onwenselijk. De patiënt ondergaat een behandeling – soms zelfs een ingrijpende operatie – die risico's met zich brengt, zonder perspectief op verbetering.

En het gaat ten koste van het door ons allen opgebrachte zorggeld, waarmee de gezondheid en kwaliteit van leven van anderen heel goed had kunnen worden verbeterd. D66 wil dat we de bewezen niet-effectieve zorg de komende jaren zoveel mogelijk uitbannen.

Daarvoor moeten we in de eerste plaats stoppen met de onnodige zorg. En moeten we er in de tweede plaats naar toewerken dat er geen zorg meer wordt geleverd die voor de patiënt geen meerwaarde biedt ten opzichte van andere, effectievere behandelmethoden. De coronacrisis biedt daarbij een kans om te leren. Naast de vele uitgestelde noodzakelijke behandelingen die we zo goed en snel als mogelijk moeten inhalen, is dit ook het uitgelezen moment om te onderzoeken welke zorg de voorbije maanden niet is geleverd zonder dat dit tot problemen heeft geleid.

Niet-effectieve zorg uit het pakket

Bij ons streven om niet-effectieve zorg de komende jaren zoveel mogelijk uit te bannen, zien we drie belangrijke stappen. De eerste stap is dat zorgverleners zelf vaker gaan identificeren en evalueren welke behandelmethoden niet of niet langer (kosten)effectief zijn. Dit werkt het allerbeste omdat zij dag in dag uit met de zorg te maken hebben en weten wat er speelt. Een concrete maatregel om dit te stimuleren is dat we zorgprofessionals in hun opleiding de belangrijkste methoden leren om verschillende behandelingen goed empirisch te kunnen vergelijken.

Om na evaluatie ook tot een brede implementatie over te kunnen gaan, is het essentieel dat ziekenhuizen vaker tot onderling vergelijkbare resultaten komen: zogeheten spiegelinformatie. Op basis daarvan kunnen zij meer best practices uitwisselen over zinnige zorg. Van de zorgverzekeraars, de vertegenwoordigers van de premiebetaler, verwachten wij dat ze een belangrijke stimulerende rol spelen. Vanuit de overheid willen we dit faciliteren door het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik door te zetten en op termijn uit te breiden naar andere sectoren zoals de ggz, huisartsenzorg en de langdurige zorg.

Als tweede stap willen we dat de verschillende medische beroepsverenigingen zorgen dat de richtlijnen en kwaliteitskaders explicieter en actueler worden. Nu duurt de herziening van richtlijnen vaak nog te lang, waardoor ze sterk verouderd zijn ten opzichte van de praktijk. Daarom moeten we meer investeren in hun actualiteit en de onderbouwing van de toegevoegde waarde van behandelmethoden.

De doorzettingsmacht van het Zorginstituut dient hierbij als stok achter de deur. Zorg die niet langer voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk moet in een nieuwe richtlijn expliciet worden vermeld, zodat deze niet meer wordt vergoed. Daarnaast is er veel zorg die misschien niet vaak effectief is, maar soms wel de beste optie kan zijn voor de individuele patiënt.

Deze zorg moeten we behouden en gericht inzetten, het overmatig gebruik moeten we aan banden leggen. Dit kan door in de toekomst in kwaliteitskaders en richtlijnen met vaste begrippen te verankeren in welk percentage van de gevallen een bepaalde behandeling (ruwweg) zin heeft. Aan de hand van data uit de praktijk en wetenschap kunnen we dit steeds beter onderbouwen. Door deze verankering in actuele richtlijnen, bieden we zorgverzekeraars handvatten om meer te sturen op effectieve zorg bij de zorginkoop vooraf en bij de vergoeding achteraf. Ook willen we dat zorgverzekeraars hiervoor toegang hebben tot de productcodes van ziekenhuizen, zodat ze duidelijker zien welke zorg ze precies vergoeden. Zo kan het tijdens de onderhandeling tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars meer dan nu gaan over kwaliteit, gepast gebruik en de implementatie van effectieve zorg.

Alleen effectieve zorg in het pakket

Als derde en laatste stap wil D66 dat er vanuit het basispakket scherper kan worden gestuurd op effectieve zorg. Het Zorginstituut is hiervoor het aangewezen instituut. Dat kan de wetenschap en de praktijk verbinden door risicogerichte toetsing op effectiviteit van zorg, om zo tot een goed pakketbeheer te komen. We willen een impuls geven aan de capaciteitsinzet van het Zorginstituut, zodat het jaarlijks meer specifieke behandelingen kan toetsen op (kosten)effectiviteit ten opzichte van alternatieve behandelingen uit het basispakket. De minister dient zich aan de resultaten van deze impuls te committeren, en aan de adviezen van het Zorginstituut gepaste consequenties te verbinden.

5.2. Hoe gaan we om met innovatie en medische technologie?

Stimuleren van digitale innovatie

D66 wil zorginnovaties de komende jaren extra stimuleren. Gelet op de steeds verder stijgende zorgbehoefte in combinatie met de tekorten op de arbeidsmarkt, is een versnelde ontwikkeling en implementatie van arbeidsbesparende innovaties de komende jaren namelijk essentieel. Innovatie kent verschillende varianten, elk met hun eigen voordelen. Zo zijn er innovaties die maken dat iemand langer thuis kan blijven zonder zorg van mensen, door bepaalde nieuwe hulpmiddelen. Bijvoorbeeld door een thuisconsult per app, of een wearable die iemands waarden monitort en kan versturen naar de arts. Dergelijke innovaties maken de zorg van de toekomst steeds virtueel en efficiënter. Tegelijk vragen ze wel van ons om een extra stapje te zetten voor mensen met minder digitale gezondheidsvaardigheden. Verder zijn er ook innovaties die een goede, veilige gegevensuitwisseling en registratie mogelijk maken.

Bijvoorbeeld via een digitaal ID voor eHealth.⁵² Dit soort innovaties kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg, juist in acute situaties.

En tot slot komen er steeds meer innovaties die de zorg slimmer maken, waardoor met minder mensen dezelfde goede zorg kan worden verleend. Robotica, domotica en kunstmatige intelligentie zullen op dit vlak een belangrijke rol gaan spelen. Zo kan door kunstmatige intelligentie bijvoorbeeld nu al de leestijd van scans door radiologen aanzienlijk worden verkort. Voor al deze verschillende soorten innovaties geldt dat ze niet alleen arbeidskrachten kunnen besparen. Ook kunnen we hiermee de kwaliteit van leven van mensen ingrijpend verbeteren. Innovatie kan ervoor zorgen dat mensen kunnen blijven werken. Dat mensen meedoen in de maatschappij. Dat mensen de regie houden over hun eigen leven. D66 wil daarom dat Nederland vooroploopt in het gebruik van medische innovatie en technologie.

De noodzaak en toegevoegde waarde van innovatie geldt in onze ogen voor de gehele zorg. Voor de juiste stimulans, is het essentieel dat van elkaar wordt geleerd en dat de ontwikkeling van innovatie wordt gestroomlijnd vanuit de overheid. Best practices moeten landelijk worden ingezet. Het wiel moet niet steeds opnieuw worden uitgevonden. D66 wil dat de overheid helpt in het samenbrengen van zorgverleners, wetenschappers, ondernemers en patiënten. Dit kan door living labs en kenniscentra, zoals het Nationaal eHealth Living Lab, een impuls te geven. Verder moet de overheid zich wat D66 betreft meer coöperatief opstellen en ervaren blokkades sneller verhelpen.

Zo zaten de betaaltitels voor zorg, gestoeld op 'oude zorg', tot de versoepeling vanwege de coronacrisis nog met regelmaat innovatieve zorgvormen in de weg. Bijvoorbeeld door de formele eis dat de patiënt in het echt moet worden gezien, ongeacht of de patiënt het juist prettiger vindt dat hij of zij niet naar het ziekenhuis hoeft te komen. Dat kan zo niet langer. Daarnaast zal ook vanuit het veld anders naar de rol van eHealth moeten worden gekeken. Nu wordt eHealth vaak nog als een toevoeging op bestaande zorg gezien, zonder dat de bestaande zorg anders wordt ingericht. Dit onderwerp verdient dan ook de expliciete aandacht van partijen in de Regionale Zorgplannen (zie paragraaf 3.1).

Heldere kaders voor nieuwe technologie

Innovatie zal dus een bepalende invloed hebben op de toekomstige organiseerbaarheid en kwaliteit van onze zorg. Juist daarom kunnen we innovatie, en meer specifiek medische technologie, niet zomaar overlaten aan het veld. Binnen het veelvoud aan nieuwe technologieën zullen in de toekomst duidelijke, eenduidige keuzes moeten worden gemaakt. D66 acht het noodzakelijk dat het ministerie daarom meer regie toont. Waar dure geneesmiddelen standaard in een sluis worden geplaatst, stroomt medische technologie nu nog automatisch het pakket in via de ziekenhuiszorg.

Dit terwijl lang niet altijd duidelijk is of een technologische vernieuwing werkelijk waarde toevoegt voor de patiënt, en leidt tot een betere kwaliteit van zorg. Tegelijk zitten aan nieuwe medische technologie en innovatieve behandelmethoden in de regel wel forse prijskaartjes.

En hun aandeel in onze zorgkosten zal de komende jaren alleen maar groter worden. De vraag welke technologische vernieuwing kosteneffectief is, is daarom steeds nadrukkelijker aan de orde. D66 wil om deze reden toewerken naar een eenduidige landelijke toetsing van dure medische technologie, gelijk aan de sluis voor dure geneesmiddelen. Het Zorginstituut zal de minister hiervoor adviseren over mogelijke toelating tot het pakket, op basis van een zogeheten Health Technology Assessment (HTA).⁵³

Daarbij is het van groot belang dat in de onderbouwing van het advies, data-analyse een steeds grotere rol gaat spelen. Door zo als overheid een helder kader te scheppen, kunnen we de werkelijke innovaties koesteren, implementeren en zo snel mogelijk opschalen, en de rest buiten de deur houden.

5.3. Medische zorg dicht bij huis

D66 vindt het van groot belang dat de patiënt de komende jaren meer centraal komt te staan en zorg krijgt, op de plek die daar het beste bij past. Vaak is dat dichtbij huis, of zelfs thuis. Gelukkig kent onze zorg hiervan steeds meer mooie voorbeelden. Zo zijn er op meerdere plekken initiatieven waar de eerste lijn (huisarts) en tweede lijn (het ziekenhuis) buiten het ziekenhuis nauw samenwerken, in de zogeheten anderhalve lijn. De specialisten houden geregeld spreekuur in het gezondheidscentrum, en de huisarts kan door digitale meedenkconsults specialistisch advies inwinnen voor eventuele vervolgstappen. Dit voorkomt dat de patiënt gelijk naar het ziekenhuis moet. Zo versterken de eerste en tweede lijn elkaar.

Andere goede initiatieven, op het gebied van eHealth, maken het contact tussen arts en patiënt laagdrempeliger, doordat patiënten in een app van het ziekenhuis of de huisarts een korte vraag kunnen stellen, onderzoeksuitslagen nog even kunnen nalezen of simpel een herhaalrecept kunnen aanvragen. D66 wil dat dit soort initiatieven bij bewezen succes breder worden ingezet. Zo is de patiënt voor zulke zorg niet afhankelijk van de plek waar die toevallig woont, maar heeft altijd toegang tot de relevante informatie. Dit vraagt in de eerste plaats om veranderingsgezindheid in het veld. Denken buiten de oude, vaste kaders. Daarnaast is ook een stevige impuls nodig. Bestaande subsidieregelingen, zoals Juiste Zorg Op de Juiste Plek, zijn financieel te beperkt en richten zich niet op het landelijk mogelijk maken van regionale successen.⁵⁴ Dit is zonde, omdat hier juist een kans ligt om te leren van elkaar.

Meer substitutie tussen ziekenhuizen onderling

Zoals gezegd, zijn er veel mooie initiatieven die de zorg verplaatsen. Dichterbij als het kan, verder weg als het moet. Maar wat D66 betreft kan dit in de ziekenhuiscareer beter. Mede ingegeven door krappere omzetmarges, houden veel ziekenhuizen vast aan de zorg die zij nu aanbieden. Ook als het beter zou zijn als zij zich meer zouden richten op andere zorg.

Zo zouden de academische en topklinische ziekenhuizen zich moeten focussen op de hoogcomplexere zorg, waarvoor zij de expertise in huis hebben. En kunnen de kleinere regionale ziekenhuizen zich het beste toeleggen op de minder complexe zorg, waar in de nabijheid behoefte aan is. Daarbij kunnen ze elkaar onderling versterken door goede samenwerking en kennisuitwisseling. Hoewel hier brede consensus over is, komt de uitruil van zorg en kennis te weinig tot stand.

Dat de transformatiegelden uit het Hoofdlijnenakkoord nog maar beperkt zijn ingezet is illustratief.⁵⁵ Een web van gevestigde belangen en afspraken over omzetten en deelplafonds staat aan verandering in de weg. D66 vindt het van groot belang dat alle aspecten van het zorgtraject van de patiënt in de toekomst op elkaar aansluiten.

Daarom wil D66 meer substitutie tussen ziekenhuizen onderling, in het belang van de patiënt en de belasting- en premiebetaler. Dit vraagt allereerst om heldere afspraken tussen ziekenhuizen en groepen specialisten onderling: hoe kunnen zij werken in elkaars verlengde? Dit vereist dat de ziekenhuizen en groepen specialisten in elke regio samen kijken welk deel van een zorgtraject, dat behoort bij een bepaalde ziekte of aandoening, waar het beste kan worden belegd. En hoe de behandelingen die de zorgaanbieders individueel leveren samen tot optimale zorgtrajecten voor de patiënt kunnen leiden. Op deze manier kunnen nieuwe zorgnetwerken ontstaan, en bestaande zorgnetwerken worden geïntensiveerd of uitgebreid naar een groter aantal zorgaanbieders. Ook de zorgverzekeraars spelen hierin een rol. Zij kunnen aansturen op gebundelde zorgtrajecten door ziekenhuizen bij de inkoop te belonen voor goede onderlinge samenwerking en afstemming van trajecten.

Daarnaast kunnen in het eerdergenoemde Regionaal Zorgplan en het regio-overleg de afspraken goed worden verankerd, op een concreter niveau dan nu in het Hoofdlijnenakkoord het geval is. Verder wil D66 dat de NZa nieuwe financieringsstructuren gaat verkennen die meer uitkomstgericht zijn, zoals "bundled payments". Daarbij ontvangen zorgaanbieders één betaling voor de gehele behandeling van een aandoening die moet leiden tot het beoogde resultaat, in plaats van een bedrag voor elke stap in het zorgtraject. Mocht de gewenste substitutie de komende jaren op bepaalde plekken niet of niet voldoende van de grond komen, in weerwil van afspraken in de Regionale Zorgplannen, dan wil D66 dat de NZa tijdig ingrijpt (zie eerder paragraaf 3.1). Ook de minister moet op verandering kunnen sturen, daar waar gevestigde belangen de status quo in stand houden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door medewerking aan het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik te verplichten.

Een belangrijker rol voor de huisarts

Bepaalde zorg die nu nog door ziekenhuizen wordt geleverd, zou beter op zijn plek zijn in de eerste lijn, bij de huisarts. Het gaat dan met name om de minder complexe behandelingen en diagnostiek, bijvoorbeeld bij astma of COPD.⁵⁶

De NZa zou deze substitutie kunnen bevorderen, door behandelingen te identificeren waarbij het mogelijk en doelmatig is dat deze (gedeeltelijk) van het ziekenhuis naar de huisarts verschuiven. De zorgproducten die behoren bij (de delen van) de behandelingen die beter in de huisartsenpraktijk kunnen worden verricht, worden dan voortaan alleen nog vergoed tegen het eerstelijnstarief. Ook als een medisch specialist deze verricht. Om een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn daadwerkelijk mogelijk te maken, wil D66 de huisarts een belangrijker rol geven. Vaak is de huisarts degene die het langst betrokken is bij een patiënt. Degene die weet van de hoed en de rand, van iemands gehele sociale context.

Als we de zorg echt willen verplaatsen en de hoeveelheid doorverwijzingen willen verminderen, is het daarom essentieel dat we de huisarts daartoe de mogelijkheid bieden. Dat we de huisarts in zijn kracht zetten en zijn rol als zorgverlener, vertrouwenspersoon en poortwachter beter laten vervullen. Nu krijgt de huisarts veel op het bordje in te weinig beschikbare tijd. Dus zullen we moeten toewerken naar een lagere normpraktijk: minder ingeschreven patiënten per huisarts, zodat de huisarts meer tijd krijgt per consult. Dit vereist tevens een verhoging van de tarieven. In enkele pilots heeft een lagere normpraktijk al tot grote successen geleid, met tot wel 25% minder doorverwijzingen naar de tweede lijn.⁵⁷ Ook wordt zo het werk van de huisarts aantrekkelijker, wat een aanzuigende werking kan hebben op studenten en basisartsen.

Tegelijk moeten we de huidige realiteit onder ogen zien: op dit moment ontstaat op plekken in ons land een tekort aan huisartsen. Er is een gebrek aan praktijkhoudende huisartsen en er is sprake van een heuse markt voor waarnemend huisartsen. Dus zal een grotere rol voor de huisarts hand in hand moeten gaan met een herwaardering van het vak en betere arbeidsvoorwaarden voor de praktijkhouder. Ook moet in nauw overleg met de huisartsenorganisaties worden gekeken hoe de praktijkhouder meer tijd voor de zorg kan overhouden, en minder tijd hoeft te besteden aan de (administratieve) lasten van ondernemerschap. Te denken valt aan een groter samenwerkingsverband, zoals een coöperatiemodel van praktijkhouders, met een gedeelde backoffice.⁵⁸ Daarnaast kan meer ruimte voor de huisarts worden gecreëerd door een versterking van de gemeentelijke wijkteams, waar mensen voor hun sociale hulpvragen terecht kunnen.

Een steeds groter wordende groep heeft zorgvragen waarvan de oorzaak vooral buiten de zorg ligt. Denk aan jongeren met schulden of mensen met verminderde zelfredzaamheid. Als de oorzaak van problemen in het sociale domein ligt, moeten we ook daar beginnen aan de oplossing. Zo kunnen we betere hulp bieden, op de juiste plek, en tegelijk de huisarts meer ontzien.

Voor de regionale tekorten wil D66 verder kijken naar creatieve oplossingen. Zoals het specifiek werven van geneeskundestudenten in krimpregio's, omscholingstrajecten voor andere artsen uit deze gebieden, of een financiële stimulans voor het opzetten van een netwerk tussen huisartsen in de stad en de regio. Tenslotte zien wij een deel van de oplossing in de eerdergenoemde verplaatsing richting huis. Steeds meer kan op een goede manier via thuisconsulten.

Heel veel zelfs, zo is tijdens de coronacrisis gebleken. Om dit te faciliteren heeft de NZa verouderde betaaltitels en beleidsregels tijdelijk verruimd.⁵⁹ Wat ons betreft blijft deze versoepeling ook na de crisis gehandhaafd. Bestaande barrières naar een modernere zorg moeten we permanent wegnemen.

Wijkverpleging in de buurt

Ook in de langdurige zorg is het van belang om zorg dichterbij te hebben en zwaardere zorg, waar mogelijk, te voorkomen. Uit onderzoek van het SCP blijkt dat de wijkverpleegkundige daarin cruciaal is.⁶⁰ Als die wegvalt, zijn veel ouderen aangewezen op verpleeghuiszorg. Daarom wil D66 de wijkverpleging ondersteunen. Administratieve lasten moeten omlaag en wijkverpleegkundigen moeten de ruimte hebben om hun vak zo goed mogelijk uit te kunnen oefenen. Innovatieve methoden horen daar ook bij. Hierover moeten zorgverzekeraars afspraken maken met bestaande partijen en willen we dat zij in de inkoop een aspirantstatus bieden voor nieuwe innovatieve aanbieders zodat zij niet richting ongecontracteerde zorg bewogen worden.

Om de onderlinge samenwerking te verbeteren is het goed als de zorgverzekeraar nauw betrokken is bij de situatie in de wijk. Organisaties van wijkverpleegkundigen dienen ook ingesteld te zijn op die betrokkenheid van zorgverzekeraars in de organisatie binnen een wijk. Daarom kan het goed werken in deze sector als zorgverzekeraars congruent inkopen, waarbij de voornaamste verzekeraar (of twee) in een regio het voortouw neemt bij de inhoudelijke afspraken. De andere verzekeraars spreken dan af in hun onderhandelingen deze afspraken niet te ondermijnen met diametraal andere contracten.

Samenwerken in teams in de wijk werkt vaak heel goed, zoals Zilveren Kruis laat zien met het project Zorg in de Wijk⁶¹, waarbij aandacht is voor gezondheidsbevordering, innovatie en afstemming. Zij laten zien dat het er niet om gaat één zorgorganisatie in de wijk te hebben, maar om als een team te kunnen samenwerken. Intervisie en samenwerking moet dan wel onderdeel zijn van de bekostiging en in een totaal versnipperd zorgaanbod werkt het ook niet. Zorgverzekeraars moeten dus de ruimte krijgen om hier orde in aan te brengen, mits zij geen innovatieve nieuwe aanbieders buiten de deur houden. Op deze manier hebben mensen keuzevrijheid, maar ook niet onbepaald uit een lange lijst verschillende organisaties. De zorgverzekeraar maakt namelijk inkoopafspraken met aanbieders en selecteert op basis daarvan. Het draait daarmee om een goed team dat tijdige en kwalitatief goede zorg levert voor de mensen in de wijk, zodat zij mensen goed helpen en duurdere zorg voorkomen.

Naar een slimmer eigen risico

We willen dat patiënten vaker zorg krijgen verleend op het juiste moment, op de plek die daar het beste bij past. Daarvoor moeten we niet alleen de prikkels voor zorgaanbieders beter afstellen, maar ook voor de patiënt. Ons verplichte eigen risico is op dat vlak nu niet slim vormgegeven. Wie naar het ziekenhuis moet voor één behandeling, is vaak het hele eigen risico van €385 per jaar kwijt. Omdat medisch-specialistische zorg duur is. Zeker voor mensen die wat minder te besteden hebben is dit een hoge eenmalige rekening; een drempel die ertoe kan leiden dat zij zorg gaan mijden. Vaak eindigen mensen dan later in een ingrijpender zorgtraject. Dat is slecht voor de gezondheid van de patiënt. En het kost ons allemaal - als premiebetalers - uiteindelijk meer geld.⁶² Het eigen risico schiet dan ook zijn eigen doel voorbij. Het idee van het eigen risico is dat je voor een deel meebetaalt aan je zorgrekening. Daar waar we verder alle zorgkosten over mensen verdelen. Tussen verzekerden, die dezelfde premie betalen ongeacht hun ziektebeeld. En tussen arm en rijk, via de zorgtoeslag. Het voor een deel meebetalen aan de rekening, zou moeten bijdragen aan bewustwording over de hoge kosten van ziekenhuiszorg. Maar doordat het eigen risico vaak na één zorgvraag al helemaal op is, is dat effect meteen weg.

D66 wil daarom toe naar een slimmer systeem. We willen dat mensen voortaan een eigen bijdrage van maximaal €100 hoeven te betalen per behandeling in het ziekenhuis. Dit bedrag wordt gevraagd voor maximaal vier behandeling per jaar. In totaal dus hoogstens €400 per jaar. Zo blijft het ook voor chronisch zieken betaalbaar. Het eigen risico voor genees- en hulpmiddelen valt tevens onder dit totaalbedrag. Zodra een patiënt naar het ziekenhuis moet en een diagnose behandelcombinatie (DBC) wordt geopend, ontvangt de patiënt straks een rekening van maximaal €100. Bij een nieuwe behandeling later dat jaar volgt eenzelfde nieuwe eigen bijdrage. Zo verlagen we de drempel voor ziekenhuiszorg fors, en houden we de rekening voorspelbaar en betaalbaar. Daarmee voorkomen we dat mensen met een kleinere portemonnee het ziekenhuis mijden. Tegelijk behouden we het hele jaar een stimulans voor mensen om over een verantwoord beroep op ziekenhuiszorg na te denken.

5.4. Naar een eerlijke en transparante geneesmiddelenmarkt

Willen we grip krijgen op de groei van onze zorgkosten, dan vormt goed geneesmiddelenbeleid een van de belangrijkste pijlers. Jaarlijks geven we inmiddels bijna 10% van onze collectieve zorguitgaven uit aan geneesmiddelen. Door de komst van nieuwe dure medicijnen en een flinke groei van het aantal patiënten dat ze ter behandeling krijgt, blijven de totale uitgaven aan geneesmiddelen sterk stijgen, harder dan de rest van de medisch-specialistische zorg.⁶³ D66 wil daarom toewerken naar een eerlijke, transparante geneesmiddelenmarkt. Zodat innovatie blijft lonen en we tegelijk een eerlijke prijs gaan betalen voor onze medicijnen.

Transparante, gezamenlijke onderhandelingen

De Europese Unie is gebouwd op samenwerking. Dat voordeel moeten we benutten, zodat patiënten sneller toegang kunnen krijgen tot zoveel mogelijk medicijnen. Voor medicijnen met een hoge vraagprijs, onderhandelt het ministerie zelf met farmaceuten. De uitkomst van die onderhandelingen blijft vaak geheim. Farmaceuten dwingen geheimhouding af in ruil voor een betere prijs, omdat openbaarheid in het ene land directe gevolgen zou hebben voor de prijs in het andere land. D66 wil dit doorbreken.

Onderhandelingen die gaan over patiëntbelangen moeten transparant zijn. Zodat we kunnen beoordelen of het prijskaartje van een duur nieuw geneesmiddel past bij de (potentiële) meerwaarde voor de patiënt, in vergelijking tot bestaande behandelingen. We willen daarbij weten waarvoor we betalen, en of dat gerechtvaardigd is. D66 begrijpt dat farmaceuten hun ontwikkelkosten moeten terugverdienen. Maar hun torenhoge winsten zijn niet verdedigbaar.⁶⁴ We willen inzicht hebben in de kosten die zij daadwerkelijk maken voor het onderzoek, de ontwikkeling en de productie van hun geneesmiddelen. Tot die tijd is hun huidige opstelling niet redelijk. Willen we een vuist kunnen maken tegen de grote farmaceutische bedrijven, dan zullen we in breder Europees verband moeten gaan onderhandelen. Inmiddels is dit Nederland al een enkele keer gelukt, samen met België, Luxemburg en Oostenrijk (in BeneluxA-verband).⁶⁵

Maar farmaceuten voelen zich nog niet genoodzaakt, en doen dit slechts op vrijwillige basis. Als we écht gezamenlijk willen onderhandelen voor een betere prijs, moet het BeneluxA-verband daarom snel worden uitgebreid. Met ons omringende landen, of de zuidelijke lidstaten die samenwerken in de Valletta Declaration Group.⁶⁶ Dit vergt de nodige diplomatieke investeringen. Zo ontstaat er een tegenmacht aan Europese landen waar private partijen niet onderuit kunnen.

Tegengaan van misbruik regelgeving

Een patent is een groot voorrecht. Bedrijven krijgen met een patent een concurrentievrije periode. Ze kunnen dan als monopolist een hogere prijs vragen, om hoge onderzoekskosten terug te verdienen. Dit maakt landen en patiënten afhankelijk van een bereidwillige, redelijke opstelling van de farmaceut. Dat kan alleen gerechtvaardigd worden als innovatieve geneesmiddelen anders niet ontwikkeld zouden worden. D66 wil het patentrecht aan banden leggen om prijzen eerlijker te maken. Er moet kritischer worden beoordeeld of een medicijn echt voldoet aan de eisen van nieuwheid en inventiviteit. Niet elke verandering is een innovatie, en verdient dus een patent. De praktijk waarbij farmaceuten patenten voor steeds net iets andere middelen op elkaar stapelen, moet worden gestopt.

Tevens moeten patenten alleen nog worden verlengd, als een farmaceut kan aantonen dat de kosten echt nog niet zijn terugverdiend. Hier moet streng op worden getoetst. Wat D66 betreft wordt hier in Europees verband, bij het Europees Octrooibureau, een absolute prioriteit van gemaakt.

Daarnaast is het de laatste jaren regelmatig voorgekomen dat een farmaceut de prijs exorbitant verhoogt nadat zij een patent hebben overgenomen of een geneesmiddel hebben geregistreerd voor een andere indicatie dan waarvoor het oorspronkelijk op de markt was gebracht. Hier moet paal en perk aan worden gesteld door de ACM misbruik van marktmacht aan te laten pakken. Ook kan in zo'n geval de magistrale bereiding door apothekers soms als alternatief en pressiemiddel dienen. Verder zou het ministerie naast de maximering van prijzen in de Wet Geneesmiddelenprijzen een wettelijk maximumpercentage moeten koppelen aan de prijsstijging als gevolg van de overname van een medicijn. Voorts moeten nepweesgeneesmiddelen worden aangepakt om prijzen eerlijker te maken. Een weesgeneesmiddel krijgt extra bescherming omdat het voor een kleine groep patiënten is. Wanneer het ook voor andere toepassingen gebruikt kan worden, is het geen weesgeneesmiddel. De EMA moet hier scherper op toetsen, Nederland moet daarop aandringen.

Investeren in onderzoek

We doen in Nederland veel publieke investeringen in onderzoek naar geneesmiddelen, op onze universiteiten en binnen onze umc's. Dit past goed bij onze hoogwaardige kenniseconomie, en zorgt voor veel innovatieve geneesmiddelen van Nederlandse bodem. Waar een verbeterslag moet worden gemaakt is in het doorzetten van deze publieke investeringen. Nu worden veelbelovende, publiek gefinancierde middelen vaak in een vroeg stadium opgekocht door investeerders en farmaceuten, die (wel) bereid zijn de dure doorontwikkeling te financieren. Bij succes vragen zij vervolgens hoge prijzen aan ons voor diezelfde middelen, om daarmee grote winsten te behalen. Door als overheid meer bereidheid te tonen tot financiering van langlopende trajecten kunnen we kosten reduceren én een publieke impuls geven aan de nationale wetenschap.

En waar we belastinggeld investeren in veelbelovende private startups, moeten we scherpe randvoorwaarden aan deze investeringen stellen over de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geneesmiddelen die hieruit kunnen voortkomen.⁶⁷

Tot slot wil D66 dat we in internationaal verband meer gaan investeren in onderzoek dat van groot belang is voor onze gezondheid, maar privaat niet wordt opgepakt vanwege een gebrek aan winstgevendheid. De coronacrisis heeft dit probleem duidelijk over het voetlicht gebracht. Het farmaceutische verdienmodel is de laatste decennia ten koste gegaan van onderzoek naar wijdverbreide ziektes. Een nieuw, duur medicijn voor een zeer specifieke aandoening is meestal eerder rendabel.

Daardoor wordt nu weliswaar publiek en privaat wereldwijd met alle macht gewerkt aan een vaccin en medicijnen tegen COVID-19, maar borduurt veel van dit onderzoek nog voort op studies die eerder niet zijn doorgezet. Bijvoorbeeld de onderzoeken naar vaccins en medicijnen tegen SARS in 2003 en Ebola in 2014. Zodra de uitbraken uitdoofden, en daarmee de potentiële winsten, gebeurde met de onderzoeken hetzelfde. Door dit mechanisme lopen we nu achter de feiten aan, met alle gevolgen van dien voor de wereldwijde gezondheid en economie. D66 wil daarom dat we internationaal de komende jaren een impuls geven aan onderzoek naar de bestrijding van mondiale ziekten. Daardoor wordt nu weliswaar publiek en privaat wereldwijd met alle macht gewerkt aan een vaccin en medicijnen tegen COVID-19, maar borduurt veel van dit onderzoek nog voort op studies die eerder niet zijn doorgezet. Bijvoorbeeld de onderzoeken naar vaccins en medicijnen tegen SARS in 2003 en Ebola in 2014. Zodra de uitbraken uitdoofden, en daarmee de potentiële winsten, gebeurde met de onderzoeken hetzelfde. Door dit mechanisme lopen we nu achter de feiten aan, met alle gevolgen van dien voor de wereldwijde gezondheid en economie. D66 wil daarom dat we internationaal de komende jaren een impuls geven aan onderzoek naar de bestrijding van mondiale ziekten.

Meer grip op de beschikbaarheid van genees- en hulpmiddelen

Naast de betaalbaarheid van dure geneesmiddelen, moeten we ook letten op tekorten van generieke geneesmiddelen. Die zijn de afgelopen jaren sterk opgelopen. Vorig jaar verdubbelden ze zelfs.⁶⁸ Veelal is dan een vervangend middel beschikbaar, maar door andere lichamelijke reacties en bijwerkingen kan overstappen erg vervelend zijn. Echt problematisch wordt het als een hele groep middelen niet beschikbaar is. De coronacrisis heeft dit gevaar blootgelegd, zowel voor geneesmiddelen als medische hulpmiddelen zoals beademingsapparatuur, beschermingsmaterialen en testmateriaal. Het is een publieke verantwoordelijkheid van de minister om ons goed te (kunnen) beschermen tegen een pandemie. Door een race to the bottom zijn we echter té afhankelijk geworden van China, India en enkele andere landen, met grote risico's voor onze publieke gezondheid en veiligheid tot gevolg. Dit geeft reden tot herbezinning.

Te meer daar de afhankelijkheid ook buiten een crisissituatie riskant is. Een afgekeurde partij of calamiteit in een fabriek daar kan meteen wereldwijde gevolgen hebben. D66 wil daarom drie stappen zetten om onze grip op de beschikbaarheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen te vergroten. Allereerst willen we toewerken naar een eigen productie op Europees niveau van geneesmiddelen en hulpmiddelen die we samen als essentieel identificeren, en waarvoor we nu te afhankelijk zijn. In de geglobaliseerde economie zullen we de concurrentiestrijd op prijs niet snel winnen, maar het gaat hier om het fundamentele belang: de goede gezondheid van ons allen. Vanuit de EU moeten we hierbij zorgen dat de productie rendabel wordt. Dit kan zowel door middel van EU-subsidies als door directe investeringen om een bepaalde productiecapaciteit te leveren. Uit onderzoek is reeds gebleken dat eigen productie goed haalbaar en betaalbaar kan zijn, bijvoorbeeld voor de twee kernbestanddelen van nagenoeg alle antibiotica.⁶⁹

Naast deze basisvoorraad van essentiële middelen, willen we als tweede stap een steviger voorraad aanleggen van de overige middelen. Voor geneesmiddelen betekent dit dat we een groter minimaal voorraadniveau (een ijzeren voorraad) gaan verplichten voor firma's, groothandels en apotheken, tegen gedeeltelijke compensatie door de overheid. De aanleg van een solide voorraad medische hulpmiddelen beleggen we bij de overheid. Anders dan bij geneesmiddelen, speelt een tekort aan medische hulpmiddelen pas op als zich een gezondheids crisis voordoet. Daarom is het van belang dat voor deze voorraad scherp onderscheid wordt gemaakt tussen crisisonafhankelijke en crisisaafhankelijke hulpmiddelen. Bij het coronavirus is beademingsapparatuur fundamenteel gebleken. Een volgende virusuitbraak kan tot andere aandoeningen leiden, en dus tot andere dreigende tekorten. We willen daarom dat draaiboeken voor verschillende soorten crises worden geüpdatet en aangevuld door virologen, epidemiologen en artsen, en dat zij daarbij in kaart brengen welke hulpmiddelen fundamenteel kunnen zijn. Zo kunnen we onze voorraad scherper inrichten.

Voor een deel blijft een eventueel nieuw virus echter altijd onvoorspelbaar, en dus ook tot welke tekorten het zal leiden. Als derde stap wil D66 daarom dat er een goed vangnet wordt gecreëerd van Europese afspraken voor crisissituaties. Deze moeten handelsbarrières voorkomen en verbieden. Voor de inkoop van buiten Europa, moet een systeem worden opgezet dat zorgt voor gemakkelijke uitwisseling van objectieve informatie tussen lidstaten over voorraden: wie waar welke hoeveelheid geneesmiddelen nodig heeft. Zo voorkomen we hamstergedrag: voor een klein land als Nederland cruciaal. En als er een uitweg uit de coronacrisis en toekomstige crises voor handen komt, willen we dat deze ook eerlijk wordt verdeeld. Dat lidstaten elkaar niet onderling gaan beconcurreren op een vaccin. D66 wil daarom dat we gaan werken aan afspraken over de gezamenlijke inkoop van vaccins.

Drugs als medicijn

Een grote groep patiënten heeft baat bij het gebruik van medicinale cannabis. Denk bijvoorbeeld aan kinderen met epilepsie die door gebruik ervan minder aanvallen krijgen of mensen met pijnklachten door kanker, bij wie gewone pijnstilling niet (meer) helpt. Op dit moment is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van medicinale cannabis om het door de zorgverzekeraar te laten vergoeden. D66 wil deze impasse doorbreken en vaart maken met het verkrijgen van meer kennis door middel van gericht onderzoek. In geval van voldoende positief bewijs kan het Zorginstituut bepalen medicinale cannabis te vergoeden uit het basispakket.

Daarnaast willen we dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de medicinale en therapeutische werking van andere drugs. Sinds vorig jaar loopt er een succesvol experiment met het behandelen van PTSS-klachten met een combinatie van MDMA en therapie. Er zijn aanwijzingen dat GHB goed helpt bij narcolepsiepatiënten. Psilocybine uit paddo's en truffels zou, net als MDMA, goed inzetbaar zijn bij depressies. D66 wil inzetten op meer onderzoek en samenwerking, nationaal en internationaal, om alle kansen die medicinale drugs mogelijk bieden in onze reguliere geneeskunde ten volle te benutten.

5.5. Een toekomstbestendige arbeidsmarkt

Wanneer we de arbeidsmarkt in de zorg bespreken, past het ten eerste om een grote blijk van trots en waardering uit te spreken naar de mensen die zo hard werken in deze sector, niet in de laatste plaats tijdens de coronacrisis. Het is zaak om het applaus voor de sector om te zetten in beleid, zodat het op de lange termijn goed werken is in de zorg. Dat begint bij een goed salaris. Daarnaast is de werkdruk belangrijk. Daarom baart de verwachte stijging van de zorgbehoefte op de lange termijn ons zorgen. Eerder hebben we al de financiële impact omschreven, maar nog veel belangrijker is de beschikbaarheid van arbeidskrachten die we nodig zullen hebben om die zorg te kunnen verlenen. Op dit moment werken ongeveer 1,2 miljoen mensen in de zorg. Naar schatting zijn dit er in 2040 meer dan 2 miljoen.

En nu al zien we grote tekorten, onoplosbare vacatures. In verschillende sectoren, zoals de wijkverpleging en ggz houden we budget over, maar blijven de wachtlijsten even lang door personeelstekorten. Een teken aan de wand. Wat D66 betreft, zal het werk in de zorg daarom op diverse aspecten aantrekkelijker moeten worden gemaakt, en zullen we zorgpersoneel beter moeten belonen. Daarnaast is het essentieel dat we het werk minder arbeidsintensief maken. Hiervoor willen we onder meer arbeidsbesparende innovaties stimuleren (zie paragraaf 5.2).

Een aantrekkelijke sector om in te werken

De voorbije twee jaar is een eerste aanzet gemaakt om het werk in de zorg aantrekkelijker te maken. Met het Actieprogramma Werken in de Zorg is serieus geïnvesteerd in de werving van nieuw personeel. Een stap in de goede richting, die echter niet genoeg is gebleken. De instroom heeft een behoorlijke stijging doorgemaakt. Maar aan de andere kant stroomden nog bijna evenveel medewerkers de zorg uit. Vorig jaar hebben 111.000 zorgmedewerkers de sector verlaten. Een groot gemis. Terwijl de grote toeloop van oud-zorgpersoneel tijdens de coronacrisis heeft laten zien wat voor hart deze mensen voor de zorg voor anderen hebben.

We moeten daarom stappen zetten om onze mensen voor de zorg te behouden en tegelijkertijd extra mensen aan te trekken. Daartoe is de eerste stap een betere beloning. De eenmalige bonus voor het zorgpersoneel vanwege de coronacrisis is zeer terecht, maar zorgpersoneel verdient op de lange termijn een substantiële loonstijging. In volgende Hoofdlijnenakkoorden en de begroting moeten we hiervoor ruimte maken. In ieder geval voor verpleegkundigen, verzorgenden en OK-assistenten. Zeker in de ouderenzorg is er nu te weinig groeiperspectief. Deze verplegenden en verzorgenden zijn nu nog verspreid over meerdere branchegerichte cao's, waardoor er verschillen bestaan.

Daarnaast is het niet goed mogelijk om specifieke loonsverhogingen mogelijk te maken voor verplegend en verzorgend personeel, omdat deze van toepassing zijn op de hele cao of gedifferentieerd naar schaal, maar niet naar functie. D66 wil daarom werken richting één cao voor verplegend en verzorgend personeel. Hiermee kunnen we middelen voor arbeidsvoorwaarden effectief inzetten, aangezien bij verpleegkundigen en verzorgenden de personeelstekorten en de maatschappelijke wens het grootst zijn. Als tussenoplossing zou er gewerkt kunnen worden met een apart hoofdstuk voor verplegend en verzorgend personeel in iedere zorg-cao. Het Rijk moet de sociale partners faciliteren in dit proces.

Naast salaris is goed werkgeverschap van groot belang: we willen meer maatwerk, en oog voor de zorgmedewerker. Dit voorkomt de uitstroom en vergroot het werkplezier. Nu gebeurt het bijvoorbeeld nog te vaak dat een werkgever het aantal uren bepaalt, zonder te vragen of een zorgmedewerker wellicht meer uren zou willen werken. En wat daarvoor nodig zou zijn. Terwijl een behoorlijk deel van het zorgpersoneel dit onder de juiste voorwaarden wel zou willen. Wat D66 betreft wordt dit een vast onderdeel van elk functioneringsgesprek in de zorg. Daarnaast moet het zorgpersoneel (van verpleegkundige tot arts) ook goed vertegenwoordigd zijn in de besluitvorming binnen een zorginstelling.

Daarnaast moeten we als overheid werkgevers stimuleren die juiste randvoorwaarden te scheppen, bijvoorbeeld waar het gaat om inspraak in het werkrooster. Goede voorbeelden moeten landelijk de norm worden - zoals apps die het zorgpersoneel zelf hun rooster laten inplannen, waarbij minder gewilde shifts extra worden beloond. Daarnaast moet de overheid meer variatie in de vaste contracten mogelijk maken. Zodat zorgpersoneel in vaste dienst niet langer een toevlucht zoekt in zelfstandigheid voor de gewenste vrijheid en flexibiliteit. Tenslotte moeten we de komende jaren de administratieve lasten fors gaan inperken. Bij de bestrijding van de coronacrisis is op veel plekken het vertrouwen gegeven aan de professional in plaats van uitgebreide verantwoording te vragen. Laten we dit vasthouden en in onze regelgeving meer ruimte bieden voor het eigen inzicht van de zorgprofessional.

Behoud de werknemer én de zelfstandige voor de zorg

Naast een verbetering van het werk voor zorgpersoneel in vaste dienst, wil D66 ook opkomen voor het belang van de zelfstandigen in de zorg. Daarbij moet de norm “do-no-harm” zijn. Met beleid om de ruimte voor zelfstandigen in de zorg in te perken lopen we immers het risico veel kundige en gemotiveerde arbeidskrachten te verliezen voor de zorg. Dat kunnen we niet gebruiken. Een veel gehoord probleem is dat zelfstandigen vaak de avond-, nacht- en weekenddiensten niet op zich nemen, waardoor de druk op mensen in vaste dienst groter wordt. De oplossing ligt hier wat D66 betreft in een betere beloning van die ANW-diensten ten opzichte van reguliere diensten in plaats van het ontmoedigen van zelfstandigheid an sich.

D66 wil concreet zorgen voor meer grip op de groei door:

5.1

- Te stimuleren dat ziekenhuizen vaker spiegelinformatie hebben over behandelmethoden, zodat ongewenste praktijkvariatie kan worden verkleind en meer zinnige zorg wordt verleend.
- Uitbreiding van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik naar de ggz, huisartsenzorg en langdurige zorg, zodat ook daar de zorg effectiever en beter wetenschappelijk onderbouwd wordt.
- Medische beroepsgroepen vaker richtlijnen en kwaliteitskaders te laten actualiseren, die explicieter benoemen welke zorg niet of zelden effectief is, zodat zorgverzekeraars beter kunnen sturen op zinnige zorg bij de zorginkoop vooraf en de vergoeding achteraf.
- Een impuls te geven aan de capaciteitsinzet van het Zorginstituut met de opdracht om meer behandelingen te toetsen op kosteneffectiviteit, zodat meer ineffectieve behandelmethoden uit het basispakket kunnen stromen.

5.2

- Actieve inzet van de overheid om zorgverleners, wetenschappers, ondernemers en patiënten samen te laten werken aan innovatie.
- Formele blokkades tot het verlenen van innovatieve zorg (zoals de eis om een patiënt in het echt te zien) waar mogelijk te schrappen.
- Dure medische technologie eenduidig en landelijk te laten toetsen door het Zorginstituut voor opname in het pakket, gelijk aan de sluis voor dure geneesmiddelen.

5.3

- Doorzettingsmacht te geven aan de NZa of de minister daar waar substitutie niet van de grond komt, bijvoorbeeld door verplichte deelname aan het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.
- De vergoeding voor behandelingen die beter in de eerste dan in de tweede lijn geleverd kunnen worden, door de NZa te laten vaststellen op het tarief in de eerste lijn.
- Toe te werken naar een lagere normpraktijk met hogere tarieven voor huisartsen.

- Een coöperatiemodel te stimuleren voor huisartsen die praktijkhouder zijn, zodat zij minder tijd kwijt zijn aan administratieve lasten.
- Het huisartsentekort in krimpregio's aan te pakken, met het specifiek werven van geneeskundestudenten in deze regio's, omscholingstrajecten voor andere artsen uit deze gebieden of een financiële stimulans voor het opzetten van een netwerk tussen huisartsen in de stad en de regio.
- Wijkverpleging congruent in te laten kopen door zorgverzekeraars, waarbij teams in de wijk worden opgezet.
- Intervisie en samenwerking onderdeel te laten zijn van de bekostiging van wijkverpleging.
- Het eigen risico te vervangen door een verplichte eigen bijdrage per zorgtraject van (bijvoorbeeld) € 100, voor ten hoogste vier trajecten per jaar.

5.4

- De uitkomst van onderhandelingen van geneesmiddelen transparant te krijgen.
- De kosten die farmaceuten daadwerkelijk maken voor het onderzoek, de ontwikkeling en de productie van geneesmiddelen transparant te krijgen.
- In een groter, Europees verband gezamenlijk te onderhandelen over nieuwe geneesmiddelen.
- Een strenger patentrecht met een kritischere toets op nieuwheid en inventiviteit door het Europees Octrooibureau.
- Een wettelijk maximumpercentage van de prijsstijging als gevolg van de overname van een medicijn.
- Scherpere toetsing van de EMA op toekenning van het predicaat weesgeneesmiddel.
- Meer publieke financiering van langlopende ontwikkeltrajecten van geneesmiddelen, met scherpe randvoorwaarden ten aanzien van toegankelijkheid en betaalbaarheid.
- De meest essentiële genees- en hulpmiddelen zelf te produceren op Europees niveau en een stevige voorraad van andere middelen op te bouwen.

- Goede Europese afspraken te maken over vrijhandel ten tijde van crisis en de gezamenlijke inkoop van een mogelijk vaccin.
- Meer onderzoek naar de medicinale werking van drugs te doen ten behoeve van opname in het basispakket.

5.5

- Aantrekkelijkheid van de zorgsector te vergroten door betere beloning en verlaging werkdruk door arbeidsbesparende innovaties.
- Ruimte in het Hoofdlijnenakkoord te bieden voor een substantiële loonstijging, specifiek voor verpleegkundigen, verzorgenden en OK-assistenten.
- De sociale partners faciliteren om richting één cao voor verplegend en verzorgend personeel te gaan.
- De vraag of iemand meer uren wil werken in de zorg en hoe dat mogelijk kan worden gemaakt, een vast onderdeel te laten zijn van het functioneringsgesprek.
- Vertegenwoordiging van het personeel bij de besluiten in iedere zorginstelling goed te regelen.

Eindnoten

1 CBS (2019). Nederlanders tevreden over zorgverleners.

<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/48/nederlanders-tevreden-over-zorgverleners>

2 Sociaal en Cultureel Planbureau (2020), continu onderzoek burgerperspectieven 2020¹, p. 23

3 Staat van Volksgezondheid en Zorg (2019). <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezondelevensverwachting/cijfers-context/huidige-situatie#node-gezonde-levensverwachting-bij-geboorte-naaropleiding>

4 <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/21/monitor-brede-welvaart-de-sustainable-development-goals-2020>

5 Begroting VWS (2020). p. 225

6 idem

7 RIVM, VTV update 2019

8 RIVM, VTV. <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>

9 Staat van Volksgezondheid en Zorg (2019). <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezondelevensverwachting/cijfers-context/huidige-situatie#node-gezonde-levensverwachting-bij-geboorte-naaropleiding>

10 <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/>

11 <https://interventies.loketgezondleven.nl/interventieoverzicht1/>

12 Motie-De Groot/Diertens, Kamerstuknr. 31532, nr. 201

13 De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een tweejarig zorgtraject voor mensen met overgewicht of obesitas, gericht op een gedragsverandering om een gezonde leefstijl te bereiken én te behouden. Kernelementen zijn gezonde voeding, gezonde eetgewoontes en gezond bewegen.

14 <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/ruimte-voor-peer-support>

15 <https://www.monitorarbeid.tno.nl/publicaties/arbobalans-2018> en <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/cijfers-context/trends#node-trend-zelfgerapporteerde-burn-out-bijwerknemers>

16 Zorgverzekeraars hebben een wettelijke plicht om te zorgen dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben tot alle zorg uit het basispakket. Ze moeten daarom voldoende zorg inkopen of bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan.

17 Aanmerkelijke marktmacht houdt in dat een zorgaanbieder of zorgverzekeraar zoveel macht heeft dat hij zich op (een deel van) de Nederlandse markt onafhankelijk kan gedragen van concurrenten en de wens van patiënten. Conform artikel 48 lid 1 sub e Wet marktordening gezondheidszorg kan de NZa dan de verplichting opleggen om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek tot het sluiten van een overeenkomst.

18 M. Lagarde, D. Blaauw (2017), 'Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment'. Zie ook: <https://www.skopr.nl/blog/zorg-na-corona-wil-niet-ligt-op-het-kerkhof-en-kanniet-ligt-ernaast/>

19 <https://equalis.nl/verschillen-in-het-resultaat-van-verevening-en-zorginkoop-tussen-verzekeraars-blijvengroot/>

20 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/09/06/kamerbrief-over-risicovereveningzorgverzekering>

21 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/09/06/kamerbrief-over-risicovereveningzorgverzekering>

22 <https://www.regiobeeld.nl/>; <https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv/regionalevolksgezondheid-toekomst-verkenning>

23 Ministerie van VWS (2018), Actieprogramma Werken in de Zorg, p. 5

24 SCP (2019). Wat als zorg wegvalt? <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/26/wat-als-zorgwegvalt>

25 Kamerstuknr 33990-20, Amendement van de leden Bergkamp en Keijzer dat regelt dat onder het verrichten van doeltreffende aanpassingen in ieder wordt verstaan het toelaten van assistentiehonden

- 26 Interdepartementaal beleidsonderzoek naar mensen met een licht verstandelijke beperking (2019).
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/10/04/kamerbrief-over-kabinetsreactie-ibo-mensenmet-een-licht-verstandelijke-beperking>
- 27 Fraude voorkomen in de zorg, <https://files.pgb.nl/app/uploads/2018/07/02121731/Fraude-voorkomen-inde-zorg.pdf>
- 28 <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2019/sector/healthcheck-ggz.pdf>
- 29 <https://www.ggz nederland.nl/actueel/internationale-vergelijking--nederlandse-ggz-presteert-goed>
- 30 <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2019/sector/healthcheck-ggz.pdf>
- 31 <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/aantal-psychiaters-blijft-sterk-groeien.htm>
- 32 <https://www.nvvp.net/stream/arbeidsmarktonderzoek-nvvp-en-lad-maart-2019>
- 33 Amendement van het lid Bergkamp c.s. ter vervanging van nr. 12 over toegang tot Wlz voor jeugdigen opnader te bepalen tijdstip, <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/amendementen/detail?id=2019D28067>
- 34 IGJ (2019). Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd.
<https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/rapporten/2019/11/08/kwetsbare-kinderen-onvoldoendebeschermd/Kwestbare+kinderen+onvoldoende+beschermd.pdf>
- 35 <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Familiegroepsplan>
- 36 Bron: politie. <https://www.politie.nl/themas/kindermishandeling.html>
- 37 Nationaal rapporteur kindermishandeling.
<https://www.nationaalrapporteur.nl/Publicaties/slachtoffermonitor-seksueel-geweld-tegen-kinderen-2017-2018.aspx>
- 38 Movisie (2018), Sociale wijkteams opnieuw uitgelicht
- 39 Centraal Planbureau (2019). De wijkteambenadering nader bekeken, <https://www.cpb.nl/dewijkteambenadering-nader-bekeken>

40 <https://dementieweb.nl/social-trials/>

41 Politieke Motie 109.21.B, <https://docplayer.nl/162449665-Overzicht-aangenomen-moties-congres-109.html>

42 D66 en VVD. Logeertzorg. Langer thuis dankzij het part-time verpleeghuis.
<https://d66.nl/content/uploads/sites/2/2018/06/Logeertzorg-notitie-D66-en-VVD.pdf>

43 Rapport landelijk aanjager respijtzorg,
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/01/31/rapport-aanjagerrespijtzorg/rapport-aanjager-respijtzorg-clmence-ross.pdf>

44 M. Faber, M. Harmsen, S. Van der Burg, T. van der Weijden, 'Gezamenlijke besluitvorming & zelfmanagement: Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit en naar voorwaarden voor succes', Nijmegen: IQ Healthcare, 2013.

45 Een persoonlijke gezondheidsomgeving is een app of website, waarin mensen hun eigen medische gegevens kunnen verzamelen, beheren en eventueel delen met anderen.

46 Voor een overzicht, zie: <https://consultkaart.nl/consultkaart-zoeken/>

47 <https://www.monitorgeclusterdwoenen.nl/>

48 Henk Geene (2019). Handboek Wonen en Zorg Thuiswonende Ouderen.

49 <https://www.ftm.nl/artikelen/kapotte-knie-als-kaskraker>

50 <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/umcs-presenteren-beter-niet-doen-lijst.htm>

51 <https://www.skipr.nl/nieuws/kijken-naar-hoe-zinnig-bepaalde-zorg-is/>

52 Ter inspiratie kan bijvoorbeeld worden gekeken naar het systeem in Estland. Zie:
<https://e-estonia.com/solutions/healthcare/e-health-record/>

53 Health Technology Assessment is een multidisciplinaire vorm van beleidsanalyse die de medische, sociale, ethische en economische implicaties bestudeert van medische technologie.

- 54 <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programmadetail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/t/subsidiemogelijkheden-1/>
- 55 De transformatiegelden zijn beschikbare gelden om het verplaatsen, voorkomen en vervangen van ziekenhuiszorg te financieren.
- 56 Jong, J. de, Korevaar, J., Kroneman, M., Dijk, C. van, Bouwhuis, S., Bakker, D. de., 'Substitutiepotentieel tussen eerste en tweedelijns zorg: communicerende vaten of gescheiden circuits?', Utrecht: NIVEL, 2016.
- 57 <https://www.zorgvisie.nl/positieve-gezondheid-minder-verwijzingen-naar-de-tweede-lijn/>
- 58 Coöperaties hebben een collectief doel met een zakelijke basis. Door bepaalde activiteiten bij de coöperatie te leggen worden schaalvoordelen gerealiseerd, waardoor leden worden ontzorgd in hun eigen activiteiten.
- 59 <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/03/17/nza-brengt-extra-verruiming-aan-voor-zorg-op-afstand>
- 60 SCP (2019). Wat als zorg wegvalt? <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/26/wat-als-zorgwegvalt>
- 61 <https://www.zilverenkruis.nl/consumenten/zorg-regelen/zorg-in-de-wijk>
- 62 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3598-4>
- 63 De hoogte van het bedrag en het maximale aantal trajecten, zullen we bepalen aan de hand van de resultaten die volgen uit Zorgkeuzes in kaart. We laten in dit verband momenteel verschillende varianten doorrekenen.
- 64 NZa, 'Monitor geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg', 2019.
- 65 <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/15/bedrijfsresultaat-hoogst-in-farmaceutische-industrie>
- 66 Inmiddels heeft ook Ierland zich aangesloten. Het Beneluxa initiatief is een initiatief om mensen in deze landen duurzame toegang tot innovatieve medicijnen te bieden.
- 67 De VDG kent soortgelijke doelstellingen als het BeneluxA-initiatief en bestaat uit: Italië, Griekenland, Portugal, Spanje, Malta, Cyprus, Ierland, Slovenië, Kroatië en Roemenië.

68 SOMO, Wemos, 'Overpriced, Drugs Developed with Dutch Public Funding', 2019.

69 <https://www.knmp.nl/patientenzorg/geneesmiddelen/geneesmiddelentekorten>

70 Roland Berger, 'Reliability of antibiotics supply in Germany, Is "Made in EU" a realistic option for the reliability of generic antibiotics supply in Germany?', 2017.

Eenheid in verscheidenheid

Dit is de visie van de D66-fractie in de Tweede Kamer op zorg en gezondheid voor de komende jaren ten behoeve van het maatschappelijke en politieke debat en het programma van D66 voor de verkiezingen van 17 maart 2021.

