

# input netwerk Zorg voor verkiezingsprogramma PvdA 2021

## INLEIDING

Net als in andere sectoren, heeft ook in de zorg het marktdenken zijn sporen nagelaten. De PvdA wil af van dit marktdenken in de zorg. In onze visie is de zorg geen bedrijf en de burger geen klant. De markt als sturend mechanisme in de zorg veronderstelt én bevordert een sterke mate van individualisme. De burger, die als klant vrij moet kunnen kiezen; de aanbieder, die ondernemingsvrijheid moet hebben om te kunnen concurreren; en de financier, die de zorgproducten zo voordelig mogelijk inkoopt en concurreert met andere financiers om de laagste premie. Er ontstaat een accent op rechten bij verzekerden en een calculerende opstelling: "Wat heb ik daaraan?". Die opstelling verdraagt zich slecht met het gegeven dat zorg een collectief en schaars goed is. En daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, burgers / patiënten en professionals / aanbieders. Bij een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een schaars goed horen spelregels en grenzen, en een gezamenlijke houding van 'collectieve zuinigheid'. Geen van de drie partijen kan eisen, dat zijn belangen prevaleren boven die van de anderen. De overheid / financier kan niet alles laten afhangen van kostenbeheersing en efficiency, de burger / patiënt is, hoe geëmancipeerd ook, geen koning klant, en de aanbieders zijn uitvoerders van een publieke taak en geen ondernemers.

Een problematisch aspect van marktwerking is verder dat zorg daarbinnen een product of afgebakende dienst is. In dat concept heeft er een transactie plaats tussen klant en hulpverlener. Er wordt iets geleverd, overgedragen, er wordt betaald, en daarna is het 'klaar'. Terwijl zorg meestal een langduriger interactie is, een relatie. Het gaat om 'vraag en antwoord' en niet om 'vraag en aanbod'. Zorg is een proces van voortdurend wikken en wegen wat verstandig is om te doen. In de huidige dominante logica wordt de burger geacht zich te gedragen als kritische consument met grote keuzevrijheid, die stemt met de voeten: als het product niet bevalt ga ik naar een ander. Dit stemmen met de voeten stelt een onmogelijk hoge eis aan de mate waarin een patiënt in staat is het product te beoordelen op kwaliteit en noodzakelijkheid. Daarnaast wordt hierdoor het basale vertrouwen van de burger in de kwaliteit van de zorg ondermijnd. Om dit vertrouwen te herstellen zoeken aanbieders, samen met verzekeraars, overheid en patiëntorganisaties naar een oplossing in 'transparantie', registratie en procedures. Deze bureaucratie groeit en groeit, en leidt tot grote onvrede onder zorgverleners en zorgaanbieders, ook vanwege de verspilling van kostbare tijd in deze tijden van schaars personeel.

Bovendien zorgt de neiging om de zorgverlening terug te brengen tot afgebakende en voorspelbare 'producten' ervoor dat ingewikkelde en daardoor onvoorspelbare zorg in de knel komt. Diegenen die juist de meeste hulp nodig hebben, kunnen daar nu het minst op rekenen.

## EEN REGIONALE ZORGREGISSEUR

De PvdA wil meer regionale regie aanbrengen door te gaan werken met een regionale zorgregisseur. Zo verminderen we de volgende problemen:

- De grote fragmentatie in de zorg. Er moet meer samenhang, samenwerking en integratie komen als een noodzakelijke kwaliteitseis voor de zorg. Marktwerking is weliswaar niet de enige oorzaak van de fragmentatie, maar het maakt de oplossing ervan erg problematisch.
- Onduidelijke verantwoordelijkheden, bijv. voor goede spreiding van voorzieningen. Verantwoordelijkheden moeten duidelijk zijn en gerelateerd aan democratische verantwoording.
- Schaarste aan mensen en middelen. Regionale regie kan zorgen voor een doelmatiger inzet van de beschikbare middelen.

- Gebrek aan structurele inspraak van de burger / patiënt.
- Ontbreken van structurele prikkels m.b.t. het ontwikkelen van preventiebeleid.

De regierol vereist inhoudelijk gezag gecombineerd met democratische legitimatie. Dat betekent samenwerking met zorgaanbieders, zorgverleners, burgers en patiënten. Mocht er geen overeenstemming tot stand komen dan moet een regisseur uiteraard wel de knoop kunnen doorhakken. In deze opzet is dus geen ruimte voor meerdere, met elkaar concurrerende regisseurs. Er zal sprake zijn van dezelfde basispolis voor iedere burger in een regio en van één contract per zorgaanbieder. Een voor de hand liggende mogelijkheid om een regionale zorgregisseur tot stand te brengen is dat de huidige verzekeraars zich omvormen tot sociale zorgverzekeraars die vooral georiënteerd zijn op de regio. Veel verzekeraars komen uit een traditie van regionale coöperaties. Deze traditie zou de basis hiervoor kunnen zijn. Mocht blijken dat verzekeraars deze beweging niet willen of kunnen maken, dan gaat de PvdA op zoek naar een andere invulling

We willen de belangrijke veranderingen niet aanbrengen door een compleet nieuw stelsel te ontwerpen en in te voeren, maar door het huidige systeem geleidelijk bij te stellen. Ons doel is een stelsel onder publieke verantwoordelijkheid en met een meer publiekrechtelijk karakter. We richten ons allereerst op de zorg die valt onder de zorgverzekeringswet. Bij organisatie en samenhang zullen ook de domeinen van de WMO en WLZ een rol spelen.

Aspecten van een dergelijke herschikking van de Zvw-zorg:

- A) In principe sluiten alle aanbieders in de regio een contract met de regionale regisseur. Afspraken over samenwerking en verantwoordelijkheid in de keten van het zorgproces zijn onderdeel van het contract. Zorg waarbij onderlinge afstemming op patiëntniveau met name noodzakelijk is, zijn in elk geval huisartsenzorg, wijkverpleging, GGZ, ziekenhuiszorg.
- B) Er is sprake van een regiobudget waaronder alle aanbieders vallen. Materieel is dat in feite nu ook al zo. De hoofdlijnakkoorden en de 'gewoontegetrouwe' contractering door verzekeraars resulteren de facto in een regiobudget, een relatief vast bedrag dat elk jaar in een regio aan zorg wordt uitgegeven. In ons model stelt de landelijke politiek de regiobudgetten vast, en daarmee het landelijke macrobudget.
- C) Democratische verantwoording krijgt vorm doordat we het instituut zorgregisseur voorzien van geledingen van vertegenwoordigers van patiënten en aanbieders. Bijvoorbeeld een representatieve verzekerdenraad met substantiële invloed. Overwegingen, afwegingen, keuzes, consequenties en resultaten moeten openbaar zijn. Daarmee wordt een publieke verantwoording mogelijk.
- D) Om de regiefunctie te kunnen uitvoeren, zal de regisseur niet alleen het vertrouwen moeten hebben van patiënten / verzekerden, maar ook gezag bij de zorgverleners. Enkel formele macht is niet voldoende. Dat betekent, dat de regisseur over mensen moet beschikken die in staat zijn dit gezag op te bouwen, ook in lastige situaties.
- E) De zorgpremie wordt grotendeels inkomensafhankelijk. Er komt daarnaast een basispremie van ca. € 100,-. Het rondpompen van geld via de zorgtoeslag stopt.
- F) Het regiobudget komt tot stand op basis van de vele parameters en gegevens waarmee nu ook wordt gewerkt: historische kosten, demografische gegevens, de vereveningscriteria. Het zal de kunst zijn in de loop van een jaar zo te navigeren, dat het budget toereikend is. Daarbij zal er altijd, net zoals nu, een spanning zijn tussen wensen van verzekerden en beschikbare middelen. Het 'boeman-aspect', dat verzekeraars nu hebben, zal ook een zorgregisseur in de toekomst in zekere mate blijven aankleven. Niet alleen vanwege eventuele budget-

maatregelen, maar ook door keuzes voor te contracteren aanbieders, en verschuivingen van delen van de zorg naar andere aanbieders (substitutie, ontschotting).

- G) De cliënt / patiënt moet steeds kunnen kiezen uit diverse zorgverleners cq zorgaanbieders. Er komen landelijke kwaliteitseisen om zorgcowboys te weren. Is er dan nog te veel aanbod, dan mag de regisseur bepaalde aanbieders niet contracteren en desnoods niet betalen (zie bijv. Wijkverpleging in advies Bos). Ook kan de regisseur bepaalde aanbieders alleen contracteren voor specifiek afgesproken zorg. De regisseur houdt bij deze inperking van de keuzevrijheid rekening met efficiëntie ('niet onnodig kostbaar') en schaarste (UMC hebben we nodig voor tertiaire zorg). Aanbieders hebben dus niet op voorhand recht op vergoeding van (alle) geleverde zorg. Hier komt aan de orde dat de verandering niet alleen een regel-technische verandering is, maar ook een cultuurverandering: uit ieders houding moet blijken dat het gaat om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, regisseur, aanbieders en burgers voor een publieke voorziening als gezondheidszorg, en om een financiering gebaseerd op solidariteit.
- H) Er zullen altijd patiënten zorg zoeken en/of krijgen buiten de regio. Hetzij omdat een voorziening niet in de regio aanwezig is (bijvoorbeeld academisch ziekenhuis), hetzij omdat de patiënt een hulpverlener buiten de regio wil kiezen. Beide bewegingen blijven mogelijk en worden betaald vanuit het budget op basis van het woonplaatsbeginsel: de zorg wordt betaald door de regio waar de patiënt woont. De contracten met de 'verre' aanbieders vallen onder verantwoordelijkheid van de 'verre' zorgregisseur.
- I) Het vaststellen van kwaliteitscriteria is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen die criteria landelijk vaststellen in samenspraak met patiëntenorganisaties. Daarnaast blijft de verantwoordelijkheid van de inspectie.
- J) Alle noodzakelijke zorg moet in het basispakket zitten. In de aanvullende verzekering zit straks dus geen noodzakelijke zorg meer. De aanvullende verzekering kan daarmee een geheel particuliere aangelegenheid worden.
- K) Met één verzekeraar die samen met de andere partijen de zorg in de regio organiseert, ligt het voor de hand dat de bestuurders van verzekeraars vallen onder de WNT.
- L) De zorg die nu onder de Wet Langdurige Zorg valt blijft daar voorlopig. Wanneer de regionale ordening en populatiegerichte bekostiging voldoende zijn uitgekristalliseerd gaat deze Wlz-zorg daarnaar over.

#### **AANPASSINGEN IN DE ORGANISATIE VAN DE ZORG OP KORTE / MIDDELLANGE TERMIJN**

- 1) De PvdA wil een sterkere en geïntegreerde eerste lijn. Er komen eerstelijns teams per buurt of wijk. Zij bestaan uit samenwerkende huisartsen, wijkverpleegkundigen, ggz-deskundigen, fysiotherapeuten, etc. Die werken structureel samen met de sociale wijkteams voor Wmo en Jeugdzorg. Vervolgens is er structurele samenwerking nodig met de tweede lijn. Voor de eerste lijn betekent dit dat er veel meer samenhang moet komen in de vorm van aanspreekbare organisaties zoals bijvoorbeeld gezondheidscentra en zorggroepen. De PvdA wil dat het ontstaan van deze noodzakelijke organisatie niet langer afhankelijk is van persoonlijk initiatief van zorgaanbieders, maar wil deze bevorderen door regelgeving en financiering.
- 2) De PvdA vindt het wenselijk dat medisch specialisten in dienst komen van het ziekenhuis. Wanneer zij onderdeel vormen van de instelling kan de zorg beter worden afgestemd, kunnen omzet en investeringen beter worden gecoördineerd, verbetert de kwaliteit en vermindert de perverse prikkel voor het doen van veel verrichtingen. De PvdA wil faciliteiten ontwikkelen om de overgang van vrijgevestigde naar loondienst te bevorderen. Nu wijzen de financiële en fiscale prikkels teveel in de richting van het vrije ondernemerschap.

- 3) De PvdA wil verlaging van het eigen risico tot maximaal € 200,-. Het eigen risico in de zorgverzekeringwet ondermijnt de solidariteit. Zieken dragen meer lasten dan gezonden; met name armlastige zieken lijden hieronder. Er zijn inmiddels voldoende signalen dat dit leidt tot zorgmijding. Het eigen risico moet zodanig laag zijn, dat dit probleem niet optreedt. Het vrijwillig eigen risico schaffen we af.
- 4) Voor mensen met een bijstandsuitkering en ex-gevangenen zijn de regelingen rond premies, toeslagen en verrekeningen veel te ingewikkeld. De gemeente betaalt voortaan hun zorgpremie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar, en verrekent het eigen risico in maandelijkse termijnen.
- 5) De PvdA wil het aantal polissen voor het basispakket drastisch inkrimpen. Er is inmiddels een kerstboom van (collectiviteits)kortingen en vrijwillige eigen risico's; die tasten de solidariteit aan en vertroebelen het zicht op wat de burger nu eigenlijk contracteert. De veelheid aan polissen is een marketinginstrument, dat geen enkele maatschappelijk doel dient. Daarom: per verzekeraarsconcern komt er slechts één polis voor het basispakket.
- 6) Een van de grote knelpunten in het huidige systeem is de grote administratieve belasting, zeg maar de registratiegekte. De PvdA wil de cultuur van georganiseerd wantrouwen doorbreken. De enorme investering in prestatiemeting en registratie moet worden gematigd en gerationaliseerd. Er moeten alleen gegevens gevraagd worden, waarvan redelijk aannemelijk is dat die voor verantwoording van kwaliteit en doelmatigheid nodig zijn.
- 7) De overheid stelt ICT standaarden vast waaraan leveranciers van EPD's moeten voldoen. Een belangrijke eis zal zijn dat kwaliteitsparameters automatisch door het systeem gegenereerd kunnen worden uit de reeds aanwezige data ('registratie aan de bron').
- 8) De inhoud van het basispakket en aanvullend pakket wordt steeds opnieuw getoetst aan de hand van de 'trechter van Dunning': is de zorg noodzakelijk, werkzaam en kosteneffectief. Er zijn zaken die om heroverweging vragen voor toelating tot het basispakket (bijvoorbeeld curatieve tandheelkunde en fysiotherapie bij bepaalde aandoeningen). Voor de noodzakelijke zorg worden geen eigen bijdragen gevraagd.
- 9) De PvdA stimuleert, dat zorginstellingen (voor basiszorg) de juridische vorm van coöperatie krijgen. De betrokkenheid en zeggenschap van burgers en cliënten kan daarmee worden vergroot. Op dit moment lopen initiatiefnemers tegen veel en ontmoedigende bureaucratische hindernissen op.
- 10) Transfer naar juiste 'bed' en juiste zorg. Patiënten belanden en blijven steeds vaker op een 'verkeerd bed', omdat in de wirwar van regelingen onduidelijk is waar een geschikte plek is, en of de patiënt wel aan de formele criteria voldoet. De PvdA wil dat in iedere regio zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoor samen de plicht krijgen ervoor te zorgen dat patiënten snel naar de juiste voorziening kunnen gaan met de juiste zorg, ook in acute situaties ('noodbedden'). Daarvoor is nodig dat er centrale kennis en regie is voor de beschikbaarheid van de diverse plekken, en dat er afspraken zijn om in acute situaties eerst te handelen en achteraf de formaliteiten te regelen.

### **SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN SEGV**

De netwerken Zorg van PvdA en GroenLinks hebben een nota uitgebracht over sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Deze nota vindt u op de website van het netwerk Zorg. Het verschil in levensverwachting tussen mensen met een lage en die met een hoge sociaaleconomische status is 7 jaar. Laagopgeleiden leven gemiddeld 53 jaar in goede gezondheid, hoogopgeleiden 72 jaar. Deze verschillen lopen langs de lijn van hoge en lage opleiding en hoger en lager inkomen. Ze zijn een uitdrukking van de maatschappelijke tweedeling, die op veel meer maatschappelijke terreinen

zichtbaar is. De verschillen zijn ook sociaal-cultureel: Hoogopgeleiden reageren anders op globaliseringskwesaties zoals immigratie, open grenzen en Europese eenwording.

Een centraal begrip bij deze tweedeling is "bestaanszekerheid". Een term die al vaker een kernbegrip voor onze partij is geweest. Een grote mate van bestaansonzekerheid treft 30% van de bevolking: vaak geen vast werk; de laagste loonstijging in de afgelopen decennia; weinig perspectief op vooruitgang; wonend in wijken met de meeste immigranten en statushouders; vaak minder gezondheidsvaardigheden; het minste het gevoel invloed te hebben op wat er in ons land gebeurt. Een samenleving met een grote mate van ongelijkheid is een ongezonde samenleving en een onrechtvaardige samenleving. Bij uitstek een kwestie dus voor de PvdA om hoge prioriteit te geven aan het verkleinen van deze verschillen.

Het is een groot en complex probleem, dat buitengewoon hardnekkig is. Ondanks die complexiteit is dit vraagstuk heel goed op te delen in een reeks concrete plannen.

De activiteiten om het probleem aan te pakken kunnen worden onderscheiden naar drie niveaus:

A) Activiteiten gericht op verbetering van de zorg.

- Verlaging van eigen risico en eigen bijdragen.
- Vergroting van de toegankelijkheid en bereikbaarheid voor laaggeletterden.
- Versterking van de zorg voor jonge kinderen en hun ouders.
- Aanpassing van de wetgeving op gebied van aanbesteding. Nederland dient te beschikken over kwalitatief goede zorg-, welzijns-, onderwijs- en huisvestingsorganisaties, die langeretijd werkzaam zijn en tot duurzame samenwerkingsrelaties komen.
- Zie verdere de andere aanbevelingen in dit hoofdstuk van het verkiezingsprogramma.

B) Activiteiten gericht op bevordering van gezondheid.

- Invoering van een suikertaks en andere fiscale maatregelen zoals een lage BTW op groente, fruit en andere gezonde levensmiddelen, en een hoge BTW op ongezonde producten.
- Versterking van het anti-alcohol en antirookbeleid zoals verhoging van de accijns;
- Maatregelen op gebied van zuivere lucht (fijnstof).
- Maatregelen, die de grote invloed van het bedrijfsleven op de voedingspatronen terugdringen of compenseren.
- Instellen van een preventiefonds, o.a. gevoed door de opbrengsten van extra accijnzen.

C) Activiteiten gericht op verkleining van de tweedeling in de samenleving. De kwestie van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen is eigenlijk maar in beperkte mate een gezondheidszorgprobleem. De oplossingen zitten vooral op andere terreinen. Dan kijken we op de eerste plaats naar de terreinen arbeidsmarkt en onderwijs. Ons oude begrip "verheffing" is hier op zijn plaats.

- Maatregelen, die het inkomen van de 1 miljoen mensen in armoede zekerstellen.
- Terugdringen van de flexibiliteit op de arbeidsmarkt en verhoging van de bestaanszekerheid. Aanpak van het probleem van gedwongen ZZP: meer vaste contracten.
- Veiligheid op het werk; terugdringen beroepsrisico's op het werk.
- Maatregelen gericht op verkleining van de tweedeling in het onderwijs.
- Volkshuisvestingsbeleid: meer sociale woningbouw. Ondersteuning van starters op de woningmarkt.
- Fiscale wetgeving die de groeiende inkomens- en vermogenskloof verkleint.

In het kader van het verkiezingsprogramma hebben we hier maatregelen genoemd voor de landelijke politiek. Bij het terugdringen van de verschillen zijn daarnaast veel mogelijkheden voor het

decentrale niveau, de gemeente. Er zijn veel mogelijkheden in de woon-, werk- en leefomgeving van mensen.

## **JEUGDZORG**

De jeugd heeft de toekomst en jong zijn is vaak een prachtige periode in het leven. Opgroeien en de transitie naar volwassenheid verlopen echter niet automatisch zonder problemen, al helemaal niet als je tot een kwetsbare groep behoort. De vraag naar hierbij ondersteunende begeleiding middels jeugdhulp (jeugdbescherming, jeugd ggz, jeugdreclassering en zorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking) is al vijf jaar op rij groeiende. In 2015 is de verantwoordelijkheid voor het voorzien in jeugdhulp middels de jeugdwet overgedragen vanuit het Rijk naar de gemeenten. De motivatie hiervoor was met name dat goede zorg dan dichterbij en laagdrempelig geleverd kon worden. Deels is dit effectief: de doelstelling van één gezin, één plan en één hulpverlener wordt in veel gemeenten actief geïmplementeerd, resulterend in een passender zorgpakket voor een specifiek gezin met als streven een vast aanspreekpunt. Ook worden de preventie en vroeg-signalering steeds meer beschouwd als een urgente, leidende principes. Een deel van de sinds implementatie waargenomen groei van de vraag naar jeugdhulp kan worden verklaard door een betere vindbaarheid van en meer laagdrempelige toegang tot de lokale jeugdhulp.

Er zijn echter ook ernstige problemen ontstaan, zowel op gemeentelijk niveau als regionaal en nationaal. De PvdA vindt het een taak van de nationale overheid om te zorgen dat jeugdhulp voor alle Nederlandse jongeren beschikbaar is. Het is hiervoor ons inziens noodzakelijk dat:

- Het daadwerkelijk leveren van hulp moet weer centraal komen te staan, niet het indiceren en toegang verlenen. Het huidige model stelt te veel eisen aan een juiste indicatie voordat zorg daadwerkelijk geleverd kan worden. Hierdoor blijft er minder dan gewenst tijd over voor de daadwerkelijke behandeling en ondersteuning. Het is belangrijk om lokale jeugdteams breed uit te rusten met verschillende specialiteiten zodat er na een juiste indicatie stelling snel en makkelijk kan worden overgegaan op waar het echt om draait.
- De financiële mogelijkheden van de gemeenten afdoende zijn om goede jeugdhulp te bieden. Inkoop voor jeugdhulp geschiedt via regionale verbanden en deze hebben te maken met stijgende vraag en onvoldoende groeiend budget. In 2019 is zelfs een uitspraak geweest waarbij de regionale inkoop van H10 (10 gemeenten om en inclusief den Haag), een tik op de vingers kregen voor te laag gehanteerde inkooptarieven voor de jeugdhulp. Dit naar aanleiding van een proces aangespannen door de aanbieders. Dit is alles behalve wenselijk: bij toenemende vraag en toenemende kosten moet het budget vanuit de overheid voldoende zijn.

De periode sinds 2015 heeft geleerd dat het huidige budget niet voldoende is; er is ingeteerd op reserves. Om jeugdhulp te kunnen blijven garanderen, moet er actiever gekeken worden naar de efficiëntie van het budget. De eenmalige toezegging van 600 miljoen is hierbij niet voldoende met het oog op structureel tekort van 2 miljard.

- Het enkel inkopen van goed werkzame vormen van jeugdhulp kan bijdragen aan het beter omgaan met de beschikbare gelden. Het is raadzaam om vooral bewezen effectieve methodieken in te kopen en terughoudend te zijn met nieuw ontwikkeld aanbod zonder enige bewezen effectiviteit. Echter, er zou wel een stimulans moeten zijn om nieuw aanbod te optimaliseren en te ontwikkelen, zodat er wel verbetering mogelijk is. Een beperkt budget vanuit de landelijke overheid zou hiervoor mogelijk een uitkomst bieden.
- Als thuis blijven wonen niet mogelijk is, wordt gestreefd naar plaatsing in gezinsvervangende voorzieningen (pleegzorg of gezinshuis) in plaats van in grotere instellingen.

- Sommige casuïstiek (anorexia-zorg, pleegzorg en gesloten jeugdzorg) is te zeldzaam en te complex om gemeentelijk in te kopen. Hierdoor kan een opeenstapeling van niet optimaal passende en kortdurende indicaties ontstaan, terwijl de jongere gebaat is en sneller geholpen kan worden door een ander soort zorg. Er wordt dan ook door het verlenen van de juiste hulp, betere uitstroming uit de jeugdhulp gefaciliteerd. Een deel van deze complexe zorg viel vroeger onder de GGZ, maar sinds de decentralisatie is jeugd-GGZ ook een onderdeel van gemeentelijk verantwoordelijkheid. Dit soort gecompliceerde problematiek moet volgens de PvdA op landelijk niveau of ten minste regionaal worden ingekocht en aangeboden. Eventueel zouden meerdere lokale zorgautoriteiten hierbij kunnen samenwerken.
- Aandacht voor de transitie van jeugdigen naar volwassenenzorg is essentieel, zowel op het gebied van de reguliere zorg (chronische ziekten, syndromen) als psychiatrische zorg. Transitiepoli's bestaan reeds en zijn succesvol. De PvdA vindt dat deze poli's moeten worden uitgebreid en voor iedereen beschikbaar moeten zijn. De overstap naar volwassenheid is normaal al een flinke stap met financiële en wettelijke verschuivingen. Een zorgbehoefte zou dit niet onnodig verder moeten compliceren.
- Beleid voor kinderen met grotere kans op problematiek moet aandacht hebben voor preventie; kinderen met een migratieachtergrond hebben vaker behoefte aan jeugdhulp maar krijgen dit relatief minder vaak. Aandacht voor cultuurverschillen, diversiteit en taalbarrières zijn belangrijk bij het aanbieden. Nationale politiek moet hier vroeg mee beginnen bij vormgeving van zorg rondom migranten en statushouders.
- Een ander essentieel onderdeel in goede zorg voor onze jeugd is het beschikbaar stellen van goede kwaliteit passend onderwijs. Omdat de toegang tot en de kwaliteit van deze vorm van onderwijs momenteel vaak ondermaats is, worden jongeren met ernstige problemen in hun ontwikkeling beperkt. Bij het herstel van ernstige psychische of gedragsproblematiek, is een waardige en zinvolle manier van dagbesteding (onderwijs, vrijwilligerswerk) een essentiële factor.

### **GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG GGZ**

Er is altijd een zeker percentage van de bevolking dat blijvend of periodiek ernstige gevolgen ondervindt van psychiatrische stoornissen. Deze mensen kunnen zichzelf niet redden. De 'ambulantisering' of de-institutionalisering is te ver doorgeschoten. De combinatie van afbouw van de intramurale capaciteit en onvoldoende adequate ambulante zorg pakt voor deze mensen heel slecht uit. Dat wordt deels veroorzaakt door decentralisatie en deels door marktwerking: GGZ-zorg voor relatief lichte problematiek is lucratiever dan GGZ-zorg voor patiënten met ernstige problemen. De PvdA wil de ambulante zorg voor juist deze laatste groep patiënten kwantitatief en kwalitatief versterken, met extra aandacht voor de dak- en thuislozen onder hen. Daarbij gaat het niet alleen om de inzet van GGZ-professionals, maar ook om sociale ondersteuning, wonen en (arbeids)participatie. We gaan de ambulante GGZ op korte termijn herschikken tot een integraal aanbod per wijk of buurt (10.000 tot 15.000 inwoners), waarbij de GGZ-aanbieder in die buurt verantwoordelijk is voor de buurt-populatie en de samenwerking met het sociale domein. De zorgprofessionals van die GGZ-aanbieder zorgen voor een doelmatige toedeling van mensen en middelen op geleide van behoefte en mogelijkheden.

Het 'plakken van diagnostische etiketten' vervangen we door maatwerk voor de patiënt, gericht op beter functioneren.

Ervaringsdeskundigen krijgen een prominente rol.

## **WONEN, WELZIJN EN ZORG VOOR OUDEREN EN MENSEN MET EEN BEPERKING**

### ***Zie de gemeenschappelijke input van de netwerken Ouderen, Zorg en Handicap & Beleid***

#### **GENEESMIDDELEN**

##### **Tegengaan van hoge prijzen**

De prijs van nieuwe geneesmiddelen is meer gebaseerd op wat de markt kan dragen dan op de kosten van onderzoek, ontwikkeling en productie. De PvdA wil dat de overheid nog meer dan dat nu het geval is de prijsonderhandelaar wordt bij de opnemng van middelen in het basispakket. De samenwerking met andere landen om gezamenlijk in te kopen moet worden verbreed en geïntensiveerd.

Oude geneesmiddelen krijgen vaak door onderzoek een nieuwe toepassing. Door fabrikanten wordt hier misbruik van gemaakt door een nieuwe handelsvergunning aan te vragen en vervolgens de prijs drastisch te verhogen. De overheid dient dit krachtig te bestrijden. In Brussel moet relevante EU-regelgeving (weesgeneesmiddelen) worden aangepast.

Kennis gegenereerd met publieke middelen (overheid, gezondheidsfondsen) in academische kennisinstellingen kan via licenties beschikbaar gesteld worden aan farmaceuten met een contractuele verplichting dat het uiteindelijke geneesmiddel voor een maatschappelijk aanvaardbare prijs op de markt wordt gebracht.

##### **Gepast gebruik; Instelling Nationaal Fonds Geneesmiddelenonderzoek en Ontwikkeling**

Voor een gepast gebruik van met name nieuwe geneesmiddelen is het belangrijk dat de beroepsgroepen behandelrichtlijnen opstellen, implementeren en actueel houden. De overheid moet de implementatie van deze richtlijnen bevorderen en het effect (laten) monitoren op het voorschrijfgedrag. Landelijke ziekteregisters kunnen het gebruik van geneesmiddelen vastleggen en effecten ervan onderzoeken. De overheid maakt het mogelijk dat deze registers worden ontwikkeld en blijvend gebruikt.

Farmacotherapie in de eerste lijn, de therapietrouw en gepast gebruik kan worden verbeterd door het aanstellen van farmaceutische consultants in netwerken van huisartsgroepen.

Nieuwe geneesmiddelen zijn vaak biotechnologische geneesmiddelen, deze zijn duur. Na het vervallen van het octrooi moet de overheid in overleg met de beroepsgroepen de introductie en het gebruik van z.g. biosimilars (de generica van deze producten) stimuleren,

De 'vrije markt' heeft geleid tot een daling is van de openbare financiering van geneesmiddelenonderzoek. De universiteiten zijn op dit terrein te afhankelijk van de bijdragen van de farmaceutische industrie. De nadruk ligt daarbij vooral op commercieel interessante nieuwe toepassingen en minder op de maatschappelijke behoefte aan nieuwe toepassingen. De PvdA wil voor onderzoek naar maatschappelijk relevante toepassingen van oude en nieuwe geneesmiddelen een Nationaal Fonds voor Geneesmiddelenonderzoek en Ontwikkeling in stellen. De overheid faciliteert een of meer producenten die (nieuwe) geneesmiddelen voor een maatschappelijk verantwoorde prijs op de markt willen brengen

##### **Farmaceutische zorg opnemen in regionale samenwerkingsverbanden**

De overheid moet de continuïteit van de farmaceutische zorg garanderen. In Nederland is schaarste van bepaalde geneesmiddelen niet acceptabel. De huidige maatregel van een grotere voorraad bij groothandel en fabrikant wordt gesteund. Daarnaast moet geëxperimenteerd worden met financiële arrangementen met groothandel en/of fabrikant om dreigende tekorten tegen te gaan.



De PvdA wil dat de farmaceutische zorg voor chronische patiënten onderdeel uitmaakt van zorgprogramma's die gecoördineerd worden in regionale samenwerkingsverbanden. Op termijn dienen ook collectieve uitgaven aan geneesmiddelen onderdeel te worden van een populatiegerichte bekostiging van de zorg.

### **Geneesmiddelen in het basispakket**

Voor de opname van specifieke geneesmiddelen in het basispakket zoals IVF-producten is een ethische discussie noodzakelijk. Moet alles wat kan ook daadwerkelijk worden vergoed op kosten van de gemeenschap. De voorliggende keuzes zullen publiekelijk besproken moeten worden. Bij deze discussie zullen alle belanghebbende partijen inclusief de patiënt in de zorgsector betrokken moeten worden.

Anticonceptie middelen worden voor iedereen die daar behoefte heeft uit het basis pakket vergoed.

### **VERGROTING ZEGGENSCHAP VAN BURGERS, PATIËNTEN EN BEWONERS**

De democratische legitimatie van belangrijke beslissingen op het terrein van de zorg moet worden vergroot. Veel besluiten over de uitbreiding of inkrimping van het zorgaanbod worden genomen zonder dat burgers, patiënten of bewoners daarover hebben kunnen meedenken.

Het doel van de vergroting van de medezeggenschap is in de eerste plaats het tot stand brengen van een passend zorgaanbod. Dat kan betrekking hebben op:

- de relatie patiënt-hulpverlener
- de relatie tussen cliënten, patiënten, bewoners met zorginstellingen
- de relatie van burgers met het gehele regionale aanbod van zorgvoorzieningen
- de relaties tussen de verzekerden en verzekeringsmaatschappijen

In de relatie patiënt -hulpverlener is een goed overleg over diagnose- en behandel(mogelijkheden) , risico's , etc. van groot belang. Over en weer moet worden vastgesteld of essentiële informatie goed is overgedragen en begrepen. Daarvoor is vaak te weinig tijd. In het huidige systeem van zorg zijn te weinig (financiële) prikkels ingebouwd voor dit overleg, Om over- of onder behandeling te voorkomen dienen hier betere tarieven te worden ingebouwd

Op het niveau van vooral residentiële zorginstellingen (verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, revalidatiecentra) moet de positie van de cliënten- / patiëntenraad versterkt. De toekenning van een eigen budget en personele ondersteuning kan daarvoor een belangrijke stimulans zijn.

Uit het oogpunt van meer zeggenschap van de burgers over de gezondheidszorg is de vorming van regionale samenwerkingsverbanden van groot belang. In deze samenwerkingsverbanden dienen naast de lokale overheden, verzekeraars, en de aanbieders van zorg ook burgers en patiënten-organisaties vertegenwoordigd te zijn. De laatst genoemde groepen kunnen daar hun oordeel geven over de kwaliteit van de dienstverlening in de regio.

De positie van de ledenraad bij zorgverzekeraars moet sterker. Deze raden dienen medezeggenschap te krijgen bij belangrijke besluiten over kwaliteit, dienstverlening en financieel beleid.

### **ARBEIDSMARKT IN DE ZORG**

Wat speelt in de arbeidsmarkt in de zorg, is nauw verbonden met de arbeidsmarkt in andere sectoren. We verwijzen hier naar het totale hoofdstuk over arbeidsmarkt en werkgelegenheid in het VKP, en noemen een aantal elementen die in ieder geval voor de sector Zorg de aandacht behoeven.

- Arbeidsmarkt:

- Voldoende opleidings- en stageplaatsen voor alle functies binnen de zorg.
- Kijk uit voor opleidingen tot zogeheten ‘fuij-functies’, waaruit mensen niet door kunnen groeien naar andere functies.
- Arbeidsmarkt heeft een regionaal karakter, mensen maken keuzes waar ze gaan werken binnen de regio.
- Motiverend werk: De afgelopen jaren zijn we terecht gekomen in een systeem waarin registratie druk is opgelopen en veel tijd van mensen vraagt. Tijd die ze liever aan zorg besteden. Bij het inrichten van de zorg zet de PvdA zich in voor verminderen van registratiedruk ongeacht wie of wat deze druk veroorzaakt.

## **GOVERNANCE**

Winsten in de zorg: inmiddels is duidelijk geworden dat er bedrijven zijn die grote winsten maken in de zorg door gebruik te maken van schimmige constructies, uitbuiting van medewerkers, soms fraude. Ook als de winsten legaal zijn, zijn ze daarmee nog niet legitiem. Vooral de rechtsvorm van de BV bevat risico's om winsten buiten de zorg te brengen. Toezichthouder hebben hier weinig grip op. De PvdA wil dat het voor verzekeraars en overheden mogelijk wordt meer grip te krijgen op deze bedrijven. Binnen de BV moet conform de Governancecode Zorg gewerkt worden.