

Zorg

Gemiddeld leven we langer en gezonder. Maar dat gaat niet vanzelf en dat geldt niet voor iedereen. Als je ziek bent of een handicap hebt, moet je kunnen vertrouwen op goede zorg. Dan moet je niet hoeven vrezen dat ziekenhuizen en zorginstellingen problemen verzwijgen, voor de belangen van commerciële investeerders. Of dat je leed wordt verkocht aan een omroep. Als je hulp nodig hebt moet je jezelf niet druk hoeven maken over je zorgpakket of je zorgverzekeraar. Door de invoering van meer marktwerking zijn ziekenhuizen en zorginstellingen grootschaliger geworden en hebben artsen en verpleegkundigen minder tijd voor hun patiënten. Ook is de zorg veel duurder geworden. Medewerkers worden hoorndol van de overbodige bureaucratie. Mensen die zorg nodig hebben en zij die zorg leveren staan centraal, al het andere is daaraan ondergeschikt.

Wij willen de zorg niet langer organiseren via concurrentie tussen aanbieders en ziekenhuizen, maar door samenwerking en een regionaal zorgbudget, op basis van de zorgbehoefte. We gaan de zorg meer in de buurt en op een menselijke maat organiseren. Verspilling door bureaucratie en weggooien van medicijnen en hulpmiddelen pakken we aan. De financiering van de zorg wordt eerlijker verdeeld, zodat ook mensen met een lager inkomen altijd kunnen rekenen op goede hulp. Bestuurders en zorgverzekeraars krijgen minder te zeggen over de zorg — patiënten, artsen en verpleegkundigen des te meer. We komen met een offensief om te voorkomen dat mensen ziek worden. Daarom investeren we extra in preventie. Want voorkomen is beter dan genezen - en op termijn ook veel goedkoper.

Duurzaam welzijn

Naast goede sociale voorzieningen is het van belang een goede en betaalbare gezondheidszorg te hebben. Ook moet er voldoende aandacht zijn voor jeugd en ouderen en voor voldoende lichaamsbeweging voor iedereen.

Gezondheidszorg

In 2011 ging er volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek 90 miljard euro naar de zorg. Dat is circa 30% van de huidige totale overheidsuitgaven en is 70% meer dan tien jaar daarvoor. Voor de goede orde: het CBS hanteert een ruimere definitie voor de zorgkosten dan het Ministerie van VWS, dat de kosten op 74,5 miljard euro begroot. VWS telt alleen de uitgaven die vallen onder de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, het CBS neemt ook kinderopvang, arbozorg en GGD mee. Een doorsneegezin telt nu bijna een kwart van zijn inkomen neer voor de zorg. De verwachting is dat bij ongewijzigd beleid dit in 2040 opgelopen zal zijn tot bijna de helft van het gezinsinkomen. Ook de overheidsuitgaven aan zorg zullen bij ongewijzigd beleid dan opgelopen zijn tot circa 50% van de totale uitgaven. Als er dus geen veranderingen in het beleid worden aangebracht, wordt de zorg feitelijk onbetaalbaar. Voormalig minister van Volksgezondheid Ab Klink concludeerde onlangs in een adviesrapport van Booz & Company dat de kosten in de gezondheidszorg zo snel stijgen, dat een zorgcrisis van eenzelfde omvang als de huidige financiële crisis dreigt. Analyse van de zorgkosten en de omvang hiervan Om de juiste maatregelen te kunnen nemen is het zaak te begrijpen waaraan de uitgaven in de zorg momenteel besteed worden. Verder bekijken we welke uitgaven het snelst groeien en onderzoeken we wat hiervan de reden is. In onderstaande tabel is een uitsplitsing gemaakt van de gemaakte zorguitgaven in 2011 (bron: CBS).

Ziekenhuizen / specialistenpraktijken:	26%
Ouderenzorg:	18%
Gehandicaptenzorg:	9%
Leveranciers van geneesmiddelen:	7%
GGZ:	6%
Huisartsenpraktijken:	3%
Tandartsenpraktijken:	3%
Jeugdzorg:	3%
Overig (o.a. GGD, arbodiensten en kinderopvang):	25%

Dat de zorguitgaven opmerkelijk hoog zijn, wordt extra duidelijk als je ze afzet tegen andere uitgaven. Zouden we bijvoorbeeld een jaar geen cultuur subsidiëren, dan is dat goed voor vijf dagen zorg. Een jaar politie staat voor een maand zorg. Om de zorgkosten internationaal te kunnen vergelijken is het handig deze af te zetten tegen het bruto binnenlands product, de belangrijkste graadmeter voor economische ontwikkeling. Dan blijkt dat zorg een steeds groter deel van de economie opsoupeert: zo'n 12 procent in 2009. Op de Verenigde Staten na is dat het hoogste percentage van de geïndustrialiseerde wereld.

Analyse van de groei aan zorgkosten

Met name de uitgaven aan ziekenhuizen en ouderen zorg zijn flink gestegen. In tegenstelling tot wat vaak in de media nog wordt gezegd, is vergrijzing niet direct de grootste veroorzaker van de zorgkostenstijging. Uit onderzoek van het RIVM komt naar voren dat over de periode 1999-2010, de demografie circa 15% van de groei

voor haar rekening neemt (uitgaande van lineaire groei, 15% meer ouderen leidt tot 15% meer groei). De grootste aanjager van de kostenstijging is volumegroei om andere redenen dan vergrijzing, zoals verruimde indicaties en technologische vooruitgang. Die volumestijging is goed voor 50% van de extra kosten. De rest van de kostengroei, 35%, kan worden verklaard door prijsstijgingen. Het grootste deel wordt dus verklaard door de medische vooruitgang. Door betere behandelmethoden kunnen meer mensen worden behandeld/genezen, waardoor mensen langer en in betere gezondheid leven. Vraag is natuurlijk of alles wat kan, ook zou moeten. Lang niet altijd leidt behandeling daadwerkelijk tot een verbetering voor de patiënt. Door de huidige manier van de beprijzing van de zorg worden er in de praktijk echter wel veel overbodige en ondoelmatige behandelingen voorgeschreven. Indirect hangen natuurlijk ook de kosten door de medische vooruitgang wel degelijk samen met de vergrijzing, aangezien deze erdoor wordt versterkt. Elke nieuwe ziektecase genereert een exponentiële groei van kosten, zeker in het kader van de vergrijzing: dat betreft namelijk vrijwel altijd chronische ziekten, die vanaf het moment van diagnose voor de rest van het leven kosten blijven genereren, waar dat op jonge leeftijd vaak beperkt blijft tot eenmalige ingrepen. De groei in kosten, ziekenhuiszorg en specialisten is dus wel degelijk voor een groot deel het gevolg van de vergrijzing. Deze kosten zullen over een paar jaar een piek bereiken en nadien weer dalen, wanneer de babyboomers in aantal weer afnemen.

Moeilijk nee zeggen

Een andere gedoodverfde veroorzaker van de kostenstijging is de langdurige zorg – de AWBZ. In vergelijking met andere landen geven wij opvallend veel geld uit aan de AWBZ, dat wil zeggen: aan de zorg voor ouderen, gehandicapten, chronisch zieken en mensen met een gedragsstoornis. Uit onderzoek komt naar voren dat van alle 65-plussers in Nederland 19 procent ouderenzorg krijgt, terwijl dit in Duitsland bijvoorbeeld maar 11 procent is. En dat terwijl de echte vergrijzing in Nederland nog moet komen. We zitten daarom in een slechte uitgangspositie. De verwachting is daarom dat deze “care”-kosten (AWBZ, enz.) pas over een paar jaar een piek bereiken. Er worden in Duitsland zaken niet vergoed die in Nederland wel vergoed worden, met name het wonen. Ze hanteren daar al een vermogenstoets voor wie in een verzorgingshuis wordt opgenomen. Ook zijn de persoonsgebonden budgetten een stuk lager dan in Nederland. We kunnen verder in Nederland moeilijk ‘nee’ tegen iemand zeggen die zorg aanvraagt. Nergens ter wereld wordt zoveel ADHD gediagnosticeerd als in Nederland. In vrijwel alle andere landen hebben ze daar zelfs nauwelijks van gehoord. Ook het gebruik van de GGZ is hier hoger en dat zijn ook mensen die van ondersteuning en begeleiding vanuit de AWBZ gebruikmaken. Er is nauwelijks een zeef op de zorgtoewijzing: bijna 95 procent van de mensen die bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aanklopt, krijgt zorg.

Loonstijgingen

Een andere oorzaak van de kostenstijging in de langdurige zorg is dat elk jaar meer betaald wordt voor hetzelfde. Dat komt doordat de lonen in de zorg ongeveer met dezelfde snelheid stijgen als in andere sectoren. In die sectoren heeft technologie echter veel mensenwerk vervangen, terwijl menselijk contact in de langdurige zorg onmisbaar blijft. Dit zogeheten Beaumol-effect maakt die zorg relatief duur.

Samengevat zijn de volgende punten debet aan de snelle kostenstijgingen in de zorg:

- o er zijn steeds meer patiënten die langer leven en daardoor langer zorg nodig hebben;
- o veel mensen doen een beroep op zorg en hun kwaliteitseisen worden hoger;
- o door medisch-technologische ontwikkelingen zijn er veel nieuwe en innovatieve – maar wel vaak dure – behandelingen mogelijk;
- o steeds minder ziektes zijn dodelijk, maar het gevolg van deze positieve ontwikkeling is wel dat er steeds meer chronisch zieken zijn (ook op jonge leeftijd);
- o de marktwerking en beprijzing van de zorg leiden ertoe dat er veel overbodige en ondoelmatige behandelingen plaatsvinden;
- o prijs- en loonstijgingen in de sector tellen uiteraard mee.

Hier bovenop komt nog het probleem dat er door de toenemende vraag naar zorg in de nabije toekomst problemen gaan ontstaan op de arbeidsmarkt. Hervormingen van het beleid en waar mogelijk bezuinigen lijken daarom onvermijdelijk. Overigens laat het rapport ‘Strategies in Regulated Markets’ (SiRM, juli 2012) ondubbelzinnig zien, dat de Nederlandse ziekenhuis- en specialistenzorg nog steeds tot de meest efficiënte en goedkoopste van Europa behoort! Het rapport stelt dat er hier weinig ruimte meer voor bezuiniging is zonder de kwaliteit direct te beïnvloeden. Hervormen zonder de kwaliteit aan te tasten is dus geen eenvoudige opgave.

Preventie

Onder het motto 'voorkomen is beter' dan genezen wil GLP investeren in preventie, middels voorlichting en het zo vroeg mogelijk opsporen van fysieke en/of psychische afwijkingen en verwaarlozing. Van dit laatste is sprake wanneer met name kinderen niet de nodige aandacht krijgen om zich op een gezonde manier mentaal en sociaal te ontwikkelen. Het gaat om het negeren van het bestaan van het kind, het onvoldoende interesse tonen in het kind en zijn leefwereld of het aan zijn lot overlaten van het kind. Hoewel GLP vindt dat opvoeden in de eerste plaats een taak voor de ouders is, willen wij dat er op middelbare scholen voorlichting wordt gegeven op het gebied van overgewicht, drugs, alcohol, roken en veilige seks. Dit moet zoveel mogelijk door professionele instanties en/of ervaringsdeskundigen worden gedaan, om toekomstige klachten te voorkomen. GLP acht dit meer effectief dan de huidige tv-campagnes, met name omdat voorlichtingssessies op scholen interactief zijn. GLP onderkent wel het nut van dergelijke tv-campagnes vanwege het grote bereik, maar deze zouden meer op de ouders gericht kunnen worden.

Promoten gezonde levensstijl

GLP streeft ernaar dat mensen gezonder gaan leven. GLP wil daarom investeren in gymnastiek op scholen en in meer voorlichting over gezonde voeding en het voldoende drinken van genoeg (ongebotteld) water. Bedrijven en scholen moeten verder worden aangemoedigd hun medewerkers/leerlingen vooral gezonde voeding voor te schotelen. GLP is in elk geval tegen de verstrekking van ongezond eten op basis- en middelbare scholen. Experimenten met het extra beprijsen van ongezond voedsel (de zogenaamde vettax) hebben in het verleden uitgewezen minder effectief te zijn dan het goedkoper maken van bijvoorbeeld groente en fruit, zeker als hierbij de juiste voorlichting wordt gegeven. GLP gelooft dan ook niet in een dergelijke tax. In het kader van het ontmoedigen van ongezond gedrag wil GLP wel het rookverbod handhaven. Verder pleiten wij ervoor om vestigingen van koffiehops binnen een straal van 500 meter van basis- en middelbare scholen te voorkomen via het vestigingsbeleid. GLP wil verder een haalbaarheidsstudie naar een hogere verzekeringspremie voor mensen die ongezond leven (lees: rokers, structurele zwaargebruikers van drank en drugs en mensen met een te hoge BMI).

Nuldelijnszorg

GLP wil verder dat ook andere artsen dan huisartsen in de nulde- of eerste lijn mogen doorverwijzen naar specialisten. Denk hierbij aan schoolartsen of consultatiebureauartsen. Het is onzin en kostenverhogend om hier de huisarts nog tussen te zetten.

Hervorming van de zorg

Naast het inzetten op meer preventie zijn structurele hervormingen in de zorg noodzakelijk om ook in de toekomst een toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg te kunnen garanderen. De stijgende kosten van de gezondheidszorg in Nederland en de toenemende vraag naar zorg – mede door de vergrijzing – vragen om ingrijpende maatregelen met het oog op de toekomst. Er moeten stappen genomen worden om groeimatiging, integrale bekostiging van zorg en ontwikkelingen zoals E-health mogelijk te maken. GLP wil flink investeren om deze omslag te maken.

Kwaliteit van zorg verbeteren

Belangrijk in de gezondheidszorg is dat de kwaliteit van de zorg goed is. De kwaliteit moet dan ook worden gemeten en daar waar nodig verbeterd. Door de kwaliteit te verhogen en bovendien meer tijd per patiënt te besteden, kunnen complicaties worden vermeden en opnames vanwege medicatiefouten worden voorkomen. Het is echter onduidelijk wat nu precies deze kwaliteit in de zorg is. Transparantie is zoek. Informatie over de mate waarin patiënten tevreden zijn over hun behandelingen, het percentage hersteloperaties per behandelaar en per ziekenhuis, de slagingspercentages van operaties, zijn helaas niet beschikbaar, met name omdat niet alle instanties open kaart spelen. De overheid zal dus aan tafel moeten met vertegenwoordigers van de consument/patiënt, de zorgverleners en de zorgverzekeraars om deze vragen beantwoord te krijgen. Met een dergelijke klinische registratie moet zo snel mogelijk worden begonnen. Op basis hiervan kunnen vervolgens kwaliteitsindicatoren worden opgesteld.

Een kritischer houding ten opzichte van behandelen

Naast de vergrijzing komt een belangrijk deel van de snelle groei van de zorgkosten voort uit een omvangrijke toename van het aantal behandelingen. Als artsen afzien van overbodige en ondoelmatige behandelingen bij patiënten, kan jaarlijks tot circa 30% worden bespaard op de zorgkosten (€ 6 tot 8 mld. op jaarbasis). Dit blijkt uit een onlangs door Booz en Company uitgevoerde studie. Afzien van overbodige en ondoelmatige behandelingen is bovendien minder ingrijpend voor patiënten.

Budgettering van behandelmethoden en medicatie

Om te voorkomen dat er in de toekomst overbodige en ondoelmatige behandelingen plaatsvinden, is het van belang in te grijpen in het stelsel van vergoedingen die ziekenhuizen van de verzekeraars krijgen. Momenteel krijgen ziekenhuizen geld voor elke behandeling die wordt uitgeschreven, terwijl een gesprek met een patiënt over het ontraden van een behandeling niets oplevert. Dit bevordert dus dat er meer, en vaak ten onrechte, wordt behandeld. Momenteel bepalen met name de zorgverzekeraars de budgetten voor behandelmethoden en medicatie. GLP wil dat er meer verantwoordelijkheid gaat naar de betreffende beroepsgroepen om hierover mee te denken. De gespecialiseerde beroepsgroepen hebben uiteraard meer verstand van de doelmatigheid van de behandeling en het effect hiervan op de patiënt. Door hun ook meer inzicht te geven in de kosten van de zorg, kunnen er kwalitatief betere beslissingen worden genomen. Het uitgangspunt hierbij moet uiteraard zijn dat niet alles wat kan ook wordt uitgevoerd. Het is niet altijd 'de patiënt vraagt, wij draaien'. Dit laatste wordt overigens bevestigd door de richtlijnen van de gezondheidsraad. GLP wil daarnaast dat er kritischer wordt gekeken naar behandelingen waarvan de meerwaarde onvoldoende wetenschappelijk bewezen is.

Maatschappelijke discussie over maximale behandelkosten

Verder kan GLP zich vinden in het conceptadvies van de het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), dat stelt dat niet per definitie alle medicijnen vergoed hoeven te worden, zeker als onduidelijk is of ze een positieve werking hebben. Stel dat een medicijn de kans vergroot om 2 jaar langer te leven, maar dat dit wel 15 miljoen euro per jaar kost, dan zijn kosten en opbrengst niet met elkaar in evenwicht. Ook aan behandelingen zitten grenzen. De politiek en de gezamenlijke zorgverzekeraars moeten dan ook bepalen wat een behandeling jaarlijks maximaal mag kosten. Wat GLP betreft wordt deze grens ingegeven door de jaarlijkse kosten van een nierdialysebehandeling. Uiteraard moet de Nederlandse overheid wel alles in het werk stellen om medicijnen betaalbaar te krijgen, door het aangaan van dialogen met medicijnproducenten.

Het verlagen van de overhead

Niet al het geld in de zorg wordt direct besteed aan patiënt, arts, verzorgend personeel of onderzoek. Uiteraard gaat er ook geld op aan het beheer van de zorg. Denk hierbij aan kosten van organisaties als de NMa, de NZa, DBC-Onderhoud, of aan het kantoor van de verzekeraars, maar ook aan de managementlaag in het ziekenhuis die zorgeuro's opsoupeert ten koste van de directe patiëntzorg. Of aan artsen die administratieve handelingen doen terwijl ze in die tijd ook patiënten zouden kunnen zien. Veel politieke partijen stellen dat dit juist de factor is die de zorg onbetaalbaar maakt. Onderzoek van adviesbureau KPMG Plexus (rapport 'Meer tijd voor de cliënt', 2011) laat echter zien dat het wel meevalt met de stijging van de overheadkosten in de zorg. De totale stijging van die kosten in de periode 2000-2008 worden door KPMG Plexus geschat op 470 miljoen euro voor alle zorgsectoren (GGZ, ziekenhuizen, verpleging, verzorging, thuiszorg en gehandicaptenzorg). Dit bedrag is heel laag in vergelijking met de totale stijging in de zorgkosten van grofweg 20 mld. euro in dezelfde periode. Het KPMG Plexus-rapport onderkent drie vormen van beheers- of overheadkosten:

1. De kosten voor uitvoer van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, bijvoorbeeld bedrijfskosten van zorgverzekeraars of kosten gemaakt op het ministerie van VWS.
2. De overhead binnen zorginstellingen, zoals administratie en management. In 2010 ging 23% van alle loonkosten op aan overhead en facilitaire functies, goed voor een bedrag van 5,3 miljard euro. Deze kosten zijn toegenomen in de laatste jaren, maar niet zoveel als de andere loonkosten. De besteding aan loon voor personeel in overheadfuncties is in de laatste vijf jaar met 15% toegenomen, terwijl de totale loonkosten met 22% zijn gestegen.
3. De tijd die medische professionals besteden aan administratie. Uit onderzoek van zorgverzekeraar Menzis (2010) bleek dat gemiddeld 38% van de zorguren aan administratie wordt besteed, althans in de beleving van de zorgprofessional. In het ziekenhuis is de ervaren administratieve last het hoogst: 46%. KPMG Plexus heeft geen cijfers gevonden voor medisch specialisten. Voor huisartsen zijn er cijfers van het Nivel: de huisarts administreert zo'n 11 tot 13,5 uur per week, de rest besteedt hij uit.

De conclusie wat betreft overhead in de zorg: er gaat onnodig veel tijd en geld mee verloren en dat moet dus aangepakt worden, zodat er weer geld vrijkomt dat daadwerkelijk aan zorg kan worden besteed. Maar dit is niet de grote boosdoener, zoals een aantal partijen stelt.

Meer gespecialiseerde ziekenhuizen

Het kabinet-Rutte heeft een tendens ingezet van een grotere specialisatie van ziekenhuizen. GLP ondersteunt dit beleid, maar vindt wel dat relatief eenvoudige behandelingen/ingrepen in elk ziekenhuis moeten kunnen worden gedaan. GLP vindt dat de verschillende medische beroepsgroepen gezamenlijk landelijke afspraken moeten maken over wat wel en niet in kleinere ziekenhuizen kan. Dus niet de zorgverzekeraars! Voorbeeld: chirurgen hebben in hun eigen beroepsgroep besloten dat zij minimaal 10 operatieve behandelingen bij slokdarmkanker per jaar moeten doen om hierin voldoende bekwaam te zijn/blijven. Haalt een chirurg dat aantal niet, dan wordt de patiënt verwezen naar een groter ziekenhuis of komt er een chirurg van een groter ziekenhuis in de buurt, opereren in het kleine ziekenhuis. GLP vindt dat de overheid moet aansturen op dergelijke richtlijnen voor elke beroepsgroep.

Grenzen aan schaalvergroting

Over het algemeen kan er door schaalvergroting gewonnen worden aan efficiency, maar hier zitten ook grenzen aan. Op het moment dat instanties namelijk te groot worden, wordt er steeds meer langs elkaar heen gewerkt, omdat behandelaars elkaar gewoonweg niet kennen. De belangen van de patiënt raken in het ongereede naarmate een instantie te groot wordt en dat moet worden bestreden. Net als in het onderwijs wil GLP ook de menselijke maat terug in de gezondheidszorg. Daar waar schaalvergroting uiteindelijk leidt tot kwalitatieve onderprestaties, moet deze worden teruggedraaid.

Hulpmiddelen lenen en delen

GLP wil dat mensen hulpmiddelen zoals een scootmobiel en een rollator bij het Groene Kruis kunnen lenen of huren in plaats van dat je deze via de gemeente krijgt of dat je ze zelf moet aanschaffen. Ook kunnen dergelijke middelen bij bejaardencentra worden gedeeld. Zo wordt verspilling tegengegaan. Ook moeten dergelijke hulpmiddelen bij verhuizing van de gebruiker naar een andere gemeente mee mogen verhuizen, in plaats van dat ze opnieuw aangevraagd moeten worden in de nieuwe gemeente.

Eerstelijns zorg & thuiszorg

Laagdrempelige zorg dicht bij huis is altijd goedkoper dan gespecialiseerde zorg waarvoor mensen moeten reizen. GLP wil daarom dat de bezuinigingen op de huisartsenzorg teruggedraaid worden. De genomen maatregel maakt de zorg minder efficiënt en dus duurder. GLP wil dat huisartsen genoeg geld 'mogen' verdienen* om daarvan ook praktijkverpleegkundigen in huis te kunnen halen. Deze praktijkverpleegkundigen ontlasten de huisartsen doordat ze, onder begeleiding van diezelfde huisarts, een deel van de zorg overnemen, bijvoorbeeld op het gebied van diabetes- en COPD zorg. Zo kan er meer tijd aan deze patiënten worden besteed, zonder dat zij hoeven te worden doorverwezen naar bijvoorbeeld de internist. Dit is zowel fijner voor de patiënt als goedkoper voor de gezondheidszorg.

* Uit het inkomen van de huisarts worden ook de assistenten en praktijkondersteuners betaald.

Zorg dicht bij huis regelen

GLP wil er vooral voor zorgen dat zorg dicht bij huis kan worden verleend. Daarom moet er meer geld naar de wijkverpleging. Door zorg dicht bij huis te regelen, wordt deze goedkoper. Bovendien voelt de patiënt zich vaak veel prettiger thuis.

Persoonsgebonden budget

GLP wil dat voor een bepaalde groep patiënten die structureel aangewezen zijn op thuiszorg (zoals lichamelijk en geestelijk gehandicapten, hulpbehoevende bejaarden en psychiatrische patiënten), de regie van de zorg zoveel mogelijk bij henzelf of bij hun wettelijk vertegenwoordiger ligt. Voor deze mensen wil GLP het persoonsgebonden budget handhaven, waarbij we het in elk geval willen begrenzen op maximaal € 3.000 per maand voor persoonlijke verzorging door een naast familielid. Om de kosten te beheersen moet wel goed bewaakt worden dat het PGB niet wordt uitgebreid naar groepen waarvoor dit niet bedoeld is. Ook moet fraude met het PGB flink worden bestraft. Zoals eerder genoemd wil GLP slechts op één plek aan inkomensnivellering doen, namelijk via de inkomstenbelasting. Om deze reden willen we het PGB niet koppelen aan het inkomen of vermogen.

Marktwerking en kostenbeheersing in de zorg

De overheid heeft lange tijd geprobeerd de zorg van bovenaf te sturen. Zij is hierin niet geslaagd, wat wel blijkt uit de exploderende kosten en lange wachtlijsten. GLP is bij zorg tegen elke vorm van marktwerking. Dit is de enige oplossing om de kosten beheersbaar te houden.

Proef tandartstarieven terugdraaien

De proef met marktwerking bij de tandartsen heeft geleid tot een stijging van de prijzen en niet tot de verwachte verlaging. Veel tandartsen rekenden zich rijk en verhoogden meteen hun tarieven. De proef was in de ogen van GLP geen goed idee, omdat het niet eenvoudig is om naar een andere tandarts over te stappen. Door het tekort aan tandartsen zitten veel praktijken vol en nemen ze geen nieuwe mensen aan. Ook willen mensen, met het oog op spoedgevallen, een tandarts bij zich in de buurt hebben. Bovendien is het voor de patiënten vaak lastig de tarieven van de verschillende tandartsen te doorgronden en ze met elkaar te vergelijken. Ook was het onduidelijk welk deel van de kosten door de verschillende zorgverzekeraars zou worden vergoed. GLP is het er daarom van harte mee eens dat deze proef wordt gestopt.

Zorg is geen markt

Gemiddeld leven we langer en gezonder. Maar dat gaat niet vanzelf en dat geldt niet voor iedereen. Als je ziek bent of een handicap hebt, moet je kunnen vertrouwen op goede zorg. Dan moet je niet hoeven vrezen dat ziekenhuizen en zorginstellingen problemen verzwijgen, voor de belangen van commerciële investeerders. Of dat je leed wordt verkocht aan een omroep. Als je hulp nodig hebt moet je jezelf niet druk hoeven maken over je zorgpakket of je zorgverzekeraar. Door de invoering van meer marktwerking zijn ziekenhuizen en zorginstellingen grootschaliger geworden en hebben artsen en verpleegkundigen minder tijd voor hun patiënten. Ook is de zorg veel duurder geworden. Medewerkers worden hoorndol van de overbodige bureaucratie. Mensen die zorg nodig hebben en zij die zorg leveren staan centraal, al het andere is daaraan ondergeschikt. Wij willen de zorg niet langer organiseren via concurrentie tussen aanbieders en ziekenhuizen, maar door samenwerking en een regionaal zorgbudget, op basis van de zorgbehoefte. We gaan de zorg meer in de buurt en op een menselijke maat organiseren. Verspilling door bureaucratie en weggooien van medicijnen en hulpmiddelen pakken we aan. De financiering van de zorg wordt eerlijker verdeeld, zodat ook mensen met een lager inkomen altijd kunnen rekenen op goede hulp. Bestuurders en zorgverzekeraars krijgen minder te zeggen over de zorg — patiënten, artsen en verpleegkundigen des te meer. We komen met een offensief om te voorkomen dat mensen ziek worden. Daarom investeren we extra in preventie. Want voorkomen is beter dan genezen — en op termijn ook veel goedkoper.

ONZE VOORSTELLEN

1. We investeren extra in de zorg. En preventie hoort in het basispakket. Voorkomen is beter dan genezen en op termijn ook kostenbesparend.
2. We gaan het eigen risico in de zorg niet verhogen, maar juist fors verlagen. Zo snel als het financieel mogelijk is schaffen we het eigen risico af. Niet de dikte van de portemonnee, maar de noodzaak van zorg moet beslissend zijn.
3. De marktwerking in de zorg werkt contraproductief en wordt daarom gestopt — en op termijn teruggedraaid. Winstuitkeringen aan kapitaalverschaffers leiden tot verkeerde prikkels en die wijzen we daarom af; winstuitkering in de ziekenhuiszorg wordt daarom niet ingevoerd. Het privatiseren van de ambulancezorg wijzen we af.
4. De zorg wordt via regionale zorgbudgetten gefinancierd. Alles wat in de (goedkopere) eerste lijn gedaan kan worden, wordt daar ook gedaan. De avond-, nacht- en weekendzorg van de huisarts en de spoedeisende hulp van ziekenhuizen worden beter op elkaar afgestemd, zodat iedereen er terecht kan.
5. We maken de zorgpremies volledig inkomensafhankelijk. Inkomens tot een drempelbedrag (franchise) omstreeks het sociale minimum worden hierbij vrijgesteld. In combinatie daarmee kan de zorgtoeslag worden afgeschaft. Hiermee wordt ook een bureaucratisch circus van onnodig geld rondpompen beëindigd.
6. We vertrouwen op de professionele autonomie en beroepseer van de medewerkers in de zorg. Prestatiebeploeiing en variabele beloning (bonusgeneeskunde) passen daar niet bij. Artsen werken in loondienst. Door betere arbeidsomstandigheden kunnen we meer mensen winnen voor de zorg en bestaande medewerkers langer behouden.
7. Geweld tegen en intimidatie van zorgpersoneel tolereren we niet. Werkgevers doen altijd aangifte tegen daders. Voor slachtoffers komt nazorg beschikbaar.
8. De salarissen van bestuurders en managers van ziekenhuizen en zorginstellingen worden onder een cao gebracht en mogen een ministersalaris zeker niet overstijgen. Om wanpresterende bestuurders beter aan te kunnen pakken worden de juridische mogelijkheden uitgebreid.
9. We werken naar systematische schaalverkleining in de zorg, dichter in de buurt. We kiezen voor zoveel mogelijk zorg in de buurt, met wijkgezondheidscentra, poliklinieken en consultatiebureaus. Ook thuiszorg bieden we zoveel mogelijk aan op buurtniveau, net als verpleging, verzorging en dagbesteding. Mensen met dementie krijgen een vast aanspreekpunt, één persoon die voor hen zaken regelt ('casemanager').
10. In de zorg wordt een fusiestop ingevoerd. Fusies worden in de toekomst getoetst waarbij enkel kwaliteitsredenen doorslaggevend mogen zijn om de fusie toe te staan. We behouden volwaardige regionale ziekenhuiszorg, waaronder verloskunde.
11. Mensen die dat nodig hebben kunnen blijven rekenen op een persoonsgebonden budget (PGB). Bij aanvragen voor zorg wordt eerst gekeken of het reguliere zorgaanbod mensen goed kan helpen. Om de kwaliteit te garanderen en fraude te voorkomen moeten alle aanbieders die PGB-zorg bieden ook zorg in natura leveren.
12. De vrije tarieven voor tandheelkundige zorg worden teruggedraaid, om onnodige kostenstijgingen en zelfverrijking bij tandartsen en leveranciers te voorkomen.
13. Voorkruipzorg gaan we tegen. Voorrang krijgen in de zorg op andere dan medische gronden is niet toegestaan.
14. In plaats van de AWBZ uit te kleden, gaan we de zorgzwaartepakketten omvormen tot betere betaalvormen, op basis van zorgvraag, personeelsbezetting en omgevingseisen. Gemeenten krijgen meer invloed op de organisatie van de zorg, zonder dat we zorgtaken overhevelen.
15. We bouwen alleen nog kleinschalige verpleeg- en verzorgingshuislocaties. In de verpleegzorg krijgen ouderen recht op zelfstandige woonruimte en privacy, met op hen afgestemde zorg en voorzieningen. Palliatieve zorg in verpleeghuizen, van hospices en in de thuiszorg, wordt uitgebreid.

- 16.** We pakken de bureaucratie in de zorg aan. Indicaties worden niet meer gedaan door logge bureaucratische organen (zoals het Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ) maar door huisartsen en verpleegkundigen in de wijk. Er komen minder managers in de zorg en meer handen aan het bed. Verspilling van medicijnen en hulpmiddelen gaan we tegen. Het bureaucratische systeem van diagnosebehandelingscombinaties (DBC's) verdwijnt.
- 17.** De eigen bijdrage voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg draaien we terug.
- 18.** De geestelijke gezondheidszorg richt zich, behalve op genezing, vooral op preventie en sociaal herstel van mensen met psychische aandoeningen. Om te voorkomen dat mensen zonder zorg op straat verkommeren of een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen, moet een tijdelijke gedwongen opname en behandeling mogelijk zijn.
- 19.** De zorgverzekeraars worden publiekrechtelijk en gaan regionaal werken. Eén zorgverzekeraar wordt regionaal hoofdverantwoordelijk voor voldoende zorg.
- 20.** De bevoegdheden en slagkracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden uitgebreid.
- 21.** Er komt een vergunningstelsel voor privéklinieken, ter voorkoming van misstanden en risicovolle behandelingen.
- 22.** De sluiting van afdelingen verloskunde in ziekenhuizen kan leiden tot gevaarlijke situaties voor moeder en kind. Goede verloskundige zorg behoort dicht bij moeder en kind te worden aangeboden. Om babysterfte te voorkomen bieden we meer begeleiding voor, tijdens en na de zwangerschap.
- 23.** We bestrijden de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De publieke gezondheidszorg is een overheidstaak: gezond gedrag moet bevorderd worden, omgevingsfactoren kunnen veranderd worden en huisartsen en wijkverpleegkundigen doen meer aan preventie in achterstandswijken. Verkleining van de gezondheidsverschillen leggen we wettelijk vast als doel van beleid. Hierin past ook het nemen van maatregelen om het alcoholgebruik te matigen en tabaksgebruik terug te dringen.
- 24.** Er komt een medisch letselschadefonds voor patiënten waaruit snel een vergoeding voor de geleden schade kan worden betaald. Op deze manier worden ingewikkelde procedures voorkomen, evenals het traineren door verzekeraars.
- 25.** Agressieve marketing en beïnvloeding van onderzoek door de farmaceutische industrie pakken we aan, door een versterking van de inspectie en een onafhankelijk onderzoeksfonds. Dat geldt ook voor hulpmiddelen en ook voor mondzorg. Voor agressieve lobbypraktijken stellen we een boete in.
- 26.** De inkoop van receptgeneesmiddelen regelen we via landelijke centrale inkoop door alle zorgverzekeraars. Zo kunnen we scherpe prijsafspraken maken en flinke bezuinigingen doorvoeren. En zijn voor iedereen receptgeneesmiddelen beschikbaar. Apothekersbonussen en -kortingen verdwijnen. We streven naar invoering van een abonnementsstelsel voor de apotheker met inschrijving, op naam van patiënten, vergelijkbaar met de huisarts. Een jaarlijkse check van medicijnsamenstelling voor oudere mensen en mensen die meer dan vijf soorten medicijnen gebruiken wordt ingevoerd.
- 27.** We voeren het actieve donorregistratiesysteem in om het aantal potentiële orgaandonoren te verhogen en daarmee mensenlevens te redden.
- 28.** De patiëntenbeweging geeft een stem aan mensen met een (chronische) ziekte of beperking. Er komt een duurzame financiering die recht doet aan de verscheidenheid van de patiëntenverenigingen.
- 29.** Zolang het openbaar vervoer niet toegankelijk is voor mensen met een beperking blijft het bovenregionale vervoer 'Valys' bestaan.
- 30.** Het landelijke elektronisch patiëntendossier (EPD) gaat niet door. We stimuleren wel goede en veilige ICT-oplossingen om regionaal gegevens uit te kunnen wisselen tussen huisarts, apotheker en de eerstelijnszorg, waarbij de privacy en de veiligheid worden gegarandeerd.
- 31.** De Nederlandse Zorgautoriteit dient zich te bewijzen door meer voor de patiënt op te komen en minder de belangen van de (grote) organisaties te dienen. Voor de Nederlandse Mededingingsautoriteit is geen plaats in de zorg. De mogelijke boete op samenwerking werkt verlamd voor de zorg.
- 32.** Vastbinden, isoleren of drogeren van mensen in een zorgsituatie is niet toegestaan. Slechts onder strikte voorwaarden kan hierop een uitzondering worden gemaakt. Wanneer sprake is van gedwongen zorg, dient dit gemeld te worden, getoetst door een onafhankelijke commissie en enkel van korte duur te zijn. Hier ziet de Inspectie voor de Gezondheidszorg scherp op toe.
- 33.** Leefstijlinterventie is geen betutteling, maar kan chronische ziekten voor de toekomst voorkomen. We zetten in op fors minder jongeren die beginnen met roken en drinken, ook stimuleren we stoppen met roken om longziekten te voorkomen. Tegengaan van overgewicht in het algemeen en bij jongeren in het bijzonder, krijgt extra aandacht. Samen met de voedingssector komen we met initiatieven voor het verlagen van suiker, zout en vet in ons voedsel.
- 34.** Mensen die werken in de zorg moeten niet ten prooi vallen aan verplichte flexibilisering. Voor personeel dat met klachten zit over de kwaliteit van de zorg of de werkomstandigheden komt er een onafhankelijke klokkenluidersregeling. Intimidatie van werknemers in de zorg pakken we hard aan.
- 35.** Gemeentelijke zorg wordt versterkt, mensen die werken in de huishoudelijke verzorging verdienen een beter salaris. Om dat te garanderen maken we gebruik van de mogelijkheden voor een wet over reële basistarieven in de WMO en gaan we een minimale zorgwaardering van FWG15 voor huishoudelijk verzorgenden wettelijk vastleggen. Geld dat gemeenten krijgen voor zorgtaken geven zij niet uit aan andere zaken.
- 36.** Mantelzorgers en vrijwilligers krijgen meer ondersteuning. Thuiszorg wordt ruimhartiger toegewezen en de respijtzorg wordt verruimd. We maken de bouw van mantelzorgwoningen op eigen erf mogelijk en laten mantelzorg zwaar meetellen bij de toewijzing van een woning. Ook wordt het voor mantelzorgers mogelijk zorgverlof op te nemen.

Vechtmarkt

De zorg is een ware vechtmarkt geworden. Verzekeraars besteden jaarlijks alleen al 500 miljoen euro zorggeld aan reclame en marketing. Er zijn sinds de vercommercialisering ruim honderden miljoenen verspild aan het overstapcircus waar verreweg de meeste mensen helemaal geen gebruik van maken.

Boete op ziek zijn

Tegelijkertijd vangen we de zorgkosten steeds minder vaak samen op. Steeds vaker wordt gezegd: u betaalt het zelf maar. Wie de pech heeft om ziek te worden, betaalt 385 euro meer dan gezonde mensen, via het eigen risico. Dit bedrag is de afgelopen jaren verdubbeld. Dat is oneerlijk, en leidt er toe dat steeds meer mensen afzien van noodzakelijke zorg, omdat ze die niet kunnen betalen. Huisartsen luiden hierover al jaren de noodklok, maar het eigen risico blijft maar stijgen.

Zorg voor en van iedereen

Met de vercommercialisering van de zorg is een verkeerde weg ingeslagen. Het is tijd om een nieuwe richting te kiezen.

Een Nationaal ZorgFonds

Ten dienste van de bevolking en zorgverleners, zonder commerciële belangen. Premiegeld gaat naar zorg en één organisatie, en niet naar marketing, winstuitkeringen en de bureaucratie van -tig verzekeraars.

Eigen risico afschaffen

Een boete op ziek zijn is oneerlijk. Bovendien weerhoudt het mensen om tijdig zorg te vragen, zodat problemen verergeren en behandeling uiteindelijk juist meer kost. We schaffen het eigen risico daarom af. De zorg moet voor en van iedereen zijn. Van de bevolking en de zorgverleners.

Waarom is het Nationaal ZorgFonds zonder eigen risico nodig?

Met het Nationaal ZorgFonds vervangen we de verschillende zorgverzekeraars door één organisatie. Daarmee slaan we drie vliegen in een klap: we brengen het zorgstelsel weer onder democratische controle, we besparen enorm veel op bureaucratie en dure marktwerking, en de zorg wordt weer toegankelijk voor iedereen. Bijkomstigheid is dat we ook af zijn van die irritante zorgverzekeraars met hun hoge winsten, dure reclames en topsalarissen voor hun directeuren. Het afschaffen van het eigen risico kost ruim 3 miljard. Hoe gaan we dat betalen?

- *Afschaffen van de zorgverzekeraars: 1,5 miljard*
De zorgverzekeraars maken gemiddeld 1 miljard euro winst per jaar en spenderen vele honderden miljoenen aan het overstapcircus. Ook zijn de uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars sinds het ziekenfonds honderden miljoenen hoger geworden. Het afschaffen van de zorgverzekeraars levert minimaal 1,5 miljard euro op.
- *Weg met onnodige bureaucratie: 1,3 miljard*
Overall gaan zorgverleners ten onder aan bureaucratie, veroorzaakt door wantrouwen van zorgverzekeraars. Bij het Nationaal ZorgFonds hoeven zorgverleners maar met één organisatie afspraken te maken, in plaats van met vele zorgverzekeraars. Dit levert 1,3 miljard op.
- *Weg met de woekerwinsten van de farmaceutische industrie: 750 miljoen*
De farmaceutische industrie maakt enorme winsten, ten koste van de premiebetaler. Medicijnprijzen kunnen omlaag, onder andere doordat het Nationaal ZorgFonds als één organisatie onderhandelt met de farmaceutische industrie. En dat scheelt veel geld.

Is het eigen risico niet juist een goede drempel zodat mensen niet voor niets naar de dokter gaan?

Ziek zijn is geen keuze. Het kan iedereen overkomen. Daarom is het niet eerlijk om mensen met ziekte of een ongeluk een boete te geven van 385 euro. Door deze boete heeft één op de vijf mensen wel eens afgezien van noodzakelijke zorg. Dat maakt de zorg op termijn juist veel duurder. We schaffen het eigen risico af, zodat iedereen de zorg kan krijgen die nodig is.

Wat valt er onder het basispakket in het Nationaal ZorgFonds? Het basispakket wordt uitgebreid met fysiotherapie, ggz en tandzorg. Daarmee bouwen we het basispakket uit zodat de meest noodzakelijke zorg weer gewoon vergoed wordt.

Wat betekent het afschaffen van de zorgverzekeraars voor mij?

In het Nationaal ZorgFonds heeft iedereen de keuze om een eigen arts en ziekenhuis te kiezen. Die keuzevrijheid wordt op dit moment beperkt door de zorgverzekeraars. Daarnaast is er geen sprake meer van een boete op ziek zijn en krijgt iedereen een goed basispakket. Kortom: Met het Nationaal ZorgFonds komt er betere en betaalbare zorg. Voor iedereen.

Wat is er precies veranderd na 2006

1. De verschillende verzekeringsvormen (b.v. ziekenfonds, particulier en ambtenarenregeling) zijn verdwenen. Daarvoor in de plaats is één zorgverzekering met een wettelijk omschreven basispakket gekomen.
2. Iedereen die rechtmatig in Nederland woont of hier loonbelasting betaalt, is verplicht zich per 1 januari 2006 te verzekeren voor de zorgverzekering.
3. De zorgverzekering wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Zij hebben een acceptatieplicht, ongeacht geslacht, leeftijd of gezondheidsrisico van de degene die zich aanmeldt.
4. Iedere verzekerde ouder dan 18 betaalt de zorgverzekering een vaste (nominale) premie direct aan de zorgverzekeraar. Daarnaast heeft iedereen die een belastbaar inkomen heeft uit werk en woning een inkomensafhankelijke bijdrage van 6,25% over bepaalde bestanddelen van het bijdrage-inkomen, die geheel door de werkgever of uitkeringsinstantie wordt vergoed. Tegelijkertijd zijn de vroegere werkgeversbijdrage, de procentuele ziekenfondspremie voor werknemers, de MOOZ-bijdrage en de WTZ-omslagbijdrage vervallen.
5. Keuzemogelijkheden: U kunt jaarlijks van zorgverzekeraar veranderen en u kunt kiezen uit verschillende verzekeringsvormen, met of zonder eigen risico en een bijbehorende premie.

Terug naar de oude vorm

GLP is voor zoveel mogelijk marktwerking, maar merkt op dat marktwerking niet werkt in de zorg en daarom terug moet naar de oude vorm.

Harmonisering van de specialistensalarissen

Er wordt in de media veel aandacht besteed aan de hoge salarissen van de specialisten. Dat specialisten meer dan gemiddeld verdienen, is een feit. GLP is het deels eens met de kritiek die hierop klinkt, en vindt dat de salarissen gemaximeerd mogen worden. Er is echter een aantal zaken die nu scheef zijn waar eerst naar gekeken moet worden. Specialisten zijn over het algemeen hard werkende mensen, in wie zowel door de staat als door henzelf veel is geïnvesteerd, ter maatschappelijk nut. Specialisten hebben jaren (tussen de 9 en 14) studie achter de rug en zullen altijd door moeten blijven studeren om bij te blijven op hun vakgebied. Specialisten hebben over het algemeen meer dan een volledige werkweek; werkweken van boven de 50 uur zijn meer regel dan uitzondering. Ook komen hier nog vaak overdrachten, onderwijs (geven of krijgen) en onregelmatige 'on call' diensten bij. Specialisten dragen in de dagelijkse praktijk verder veel verantwoordelijkheid; kleine fouten kunnen grote gevolgen hebben, ook voor de specialist zelf. Door de lange werkweken neemt de kans op fouten ook nog eens toe! En door de vergrijzing in Nederland zal er in de toekomst, meer nog dan nu, een beroep gedaan worden op deze groep. Dat er een behoorlijk salaris tegenover het specialistenwerk mag staan, spreekt wat GLP betreft dan ook voor zich. Het vak is zwaar en specialisten moeten, door hun lange studie, in een kortere tijd hun geld verdienen. Tijdens de studie wordt er namelijk weinig verdiend en over het algemeen rest na de studie een behoorlijke schuld. Ook na hun studie verdienen specialisten in opleiding, in vergelijking met mensen met een zelfde opleidingsduur vanuit andere sectoren, relatief weinig. Er zitten al helemaal grote verschillen tussen de salarissen van de specialist in opleiding en de uiteindelijke specialisten, terwijl assistenten al een behoorlijke verantwoordelijkheid dragen en ook lange werkweken kennen. Kijkend naar de specialistensalarissen zelf valt op dat hier enorme verschillen in zitten, afhankelijk van het specialisme. Dit is vaak ontstaan op basis van historische afspraken. Ook scheelt het bijna een factor 2 of een specialist in dienst is bij een perifere ziekenhuis of bij een academisch ziekenhuis. Bij het laatste zijn ze in loondienst en liggen de salarissen lager, omdat er minder 'productie' wordt gedraaid en er ook veel tijd besteed wordt aan onderwijs en onderzoek. Vreemd genoeg is onderzoek heel belangrijk, maar krijgt als specialist die hier veel tijd in steekt, minder betaald dan zijn collega die dat niet doet. Bij perifere ziekenhuizen maken specialisten over het algemeen deel uit van een maatschap, waarbij ze zich in moeten kopen. Op het specialistenvlak speelt verder dat er voor een aantal specialisaties een tekort aan specialisten is en zelfs een tekort aan opleidingsplekken. Voor een aantal andere specialismes geldt echter dat er specialisten werkloos thuis zitten, waarbij ze het risico lopen hun accreditatie op termijn te verliezen, omdat ze te weinig 'vliegreuren' maken. Aangezien er veel in deze mensen is geïnvesteerd, is dit niet wenselijk, temeer daar de verwachting is dat er op middellange termijn door de vergrijzing een tekort aan specialisten zal ontstaan.

GLP heeft de volgende voorstellen om verbetering aan te brengen in deze situatie:

1. De werkweek van specialisten (incl. studie, overdrachten, 'on call' diensten, etc.) moet worden gemaximeerd op 45 uur per week. Zo worden aan de ene kant bestaande specialisten ontlast, waardoor de kans op fouten afneemt, en kunnen aan de andere kant werkloze specialisten een baan krijgen. De salarissen moeten hieraan worden aangepast, zodat er loonruimte overblijft voor de nieuw aan te nemen specialisten. NB: deze omschakeling zal in het ene specialisme sneller kunnen verlopen dan in het andere, afhankelijk van het aanbod van specialisten op de arbeidsmarkt.
2. Het salaris van de specialist in opleiding wordt opnieuw gewogen, met de waarschijnlijke uitkomst dat dit wordt verhoogd. De loonruimte die hiervoor nodig is, wordt gehaald uit de loonruimte van de specialisten.
3. De specialistensalarissen worden opnieuw gewogen. Historische verschillen per specialisme moeten hierbij worden losgelaten als ijkpunt voor het salaris. Er zou voortaan gekeken moeten worden naar een mix van opleiding/opleidingsduur, ervaring, werkbelasting/onregelmatigheid en het al dan niet gepromoveerd zijn (ziekenhuizen zijn verplicht om een bepaald aantal specialisten te hebben die gepromoveerd zijn om artsen te mogen opleiden tot specialist). Daarbij moet er ruimte blijven om excellente specialisten extra te belonen (bijvoorbeeld om te voorkomen dat ze vertrekken naar het buitenland).
4. GLP wil verder dat de verschillen in salarissen tussen perifere en academische ziekenhuizen wordt verkleind en onderzoek beter betaald wordt. Uiteraard dient bij dit laatste te worden getoetst dat het betreffende onderzoek nuttig is.
5. Ook bij perifere ziekenhuizen komen specialisten in loondienst. Omdat er dan minder belangen spelen, komt er meer eenduidigheid in beleid. Ook leidt dit tot meer harmonisatie van salarissen. Een dergelijke omschakeling zal de nodige tijd kosten en er zullen goede regelingen getroffen moeten worden met de maatschaphouders wat betreft de zogenaamde 'goodwillregeling' en pensioenen.
6. Met in acht name van bovenstaande maatregelen zouden specialistensalarissen gemaximeerd moeten worden op de 'Balkenende-norm'.

Tekort aan medische specialisten

Om een aantal redenen dreigt er op termijn een tekort aan medisch personeel te ontstaan, waarbij de grootste zorg uitgaat naar het aantal benodigde medische specialisten.

1. In eerste instantie gaat er door de vergrijzing meer medisch personeel met pensioen dan dat er aan de onderkant weer bijkomt.
2. Daarnaast neemt door de vergrijzing de vraag naar zorg toe.
3. De aanwas van artsen is jarenlang beperkt geweest doordat er voor geneeskunde een zogenaamde 'numerus fixus' gold, veelal ingegeven door een tekort aan opleidingsplekken. Deze numerus fixus is inmiddels grotendeels opgeheven, maar nog steeds is er een tekort aan goede opleidingsplekken.
4. Verder speelt dat het percentage vrouwen bij medische specialisaties sterk is toegenomen, waardoor het percentage parttimers toeneemt.
5. Door de druk op de specialistensalarissen is de verwachting dat specialisten minder uren gaan werken. Nu werken zij veel meer uren dan de gemiddelde Nederlandse arbeidstijd.

Al met al is het dus voor de overheid zaak nú in te grijpen door in samenspraak met de verschillende ziekenhuizen te zorgen voor meer opleidingsplekken en het verschaffen van inzicht: aan welke medische specialisaties met name tekorten zullen gaan ontstaan? Het idee om specialisten hun eigen opleiding te laten betalen past absoluut niet in een dergelijke aanpak! Verder zou het tekort kunnen worden aangevuld met buitenlandse artsen.

Tekort aan verzorgend personeel

Door met name de vergrijzing wordt de werkdruk van verzorgend personeel steeds groter, terwijl de grenzen vaak al bereikt zijn. Uiteraard leidt dit in de praktijk tot kwalitatief mindere zorg voor de patiënt. GLP vindt dan ook dat er meer verzorgend personeel bij moet komen. Door de hoge werkdruk, de lage salarissen en geringe carrièreperspectieven kiezen te weinig mensen ervoor deze sector in te gaan. Het lijkt in elk geval onontkoombaar dat de salarissen voor deze groep worden verhoogd. GLP denkt verder aan ondersteuning van het verzorgend personeel door de vrijwillige inzet van werklozen, die met behoud van uitkering kunnen meewerken.

Meer bevoegdheden voor inspectie

GLP wil dat de bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden uitgebreid, zodat misstanden beter aangepakt kunnen worden.

Landelijk Elektronisch Patiënten Dossier

GLP is voorstander van een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD). Momenteel hebben alle ziekenhuizen hun eigen systeem, waarbij er over het algemeen te weinig geld is om dit voldoende robuust en veilig uit te rusten. Daardoor komt het voor dat een dergelijk systeem er met regelmaat uitligt, waardoor de feitelijke bedrijfsvoering van een ziekenhuis in het geding komt en er een verhoogd risico is voor patiënten. Ook onvoldoende beveiliging kan heel vervelende consequenties voor de patiënt en het ziekenhuis hebben. Door alle budgetten voor alle afzonderlijke EPD's op een hoop te gooien ontstaat er een dusdanig budget dat er afdoende maatregelen genomen kunnen worden qua robuustheid en veiligheid. NB. Eén systeem is met afdoende budget veel beter te beschermen dan een paar honderd EPD's. De privacy van patiënten kan worden gewaarborgd door verschillende niveaus aan gegevens in te richten, waardoor alleen geautoriseerde personen per level toegang kunnen krijgen tot bepaalde gegevens. Ook kan er in een automatisch logboek worden bijgehouden wie welke gegevens oproept. Dit zou ook inzichtelijk moeten zijn voor de patiënt. Patiënten moeten verder uiteraard de mogelijkheid hebben hun eigen gegevens in te zien en te bepalen wie hun medische gegevens mag inzien. Zo kan de patiënt dus aangeven of zijn dossier alleen voor de geconsulteerde arts / het behandelend centrum inzichtelijk zou moeten zijn, of dat dit landelijk kan worden gedeeld. GLP pleit er in elk geval voor dat algemene medische gegevens, zoals bloedgroep, allergieën en medicijngebruik door alle medisch specialisten in te zien zijn. Hiermee kunnen er levens worden gered. Een dergelijk landelijk EPD zou in gebruik genomen moeten worden door alle huisartsen, medisch specialisten, psychiaters en apothekers.

Medisch onderzoek bevorderen

GLP stimuleert onderzoeken, zoals stamcelonderzoek, om in de toekomst nu nog onbehandelbare ziekten draaglijker te maken en/of te genezen. Als wetenschappelijk aannemelijk is gemaakt dat er positieve resultaten geboekt kunnen worden, dan vinden wij dat het binnen de ethische grenzen mogelijk moet zijn om onderzoek te verrichten. GLP vindt bovendien dat embryoselectie op medische gronden mogelijk moet zijn bijvoorbeeld bij de bestrijding van levensbedreigende ziektes. Wij zijn geen voorstander van embryoselectie op niet-medische gronden.

Onderzoek naar niet-erkende ziekten

Naast onderzoek naar bekende ziekten waarvoor nog geen behandeling is die leidt tot genezing, wil GLP dat er ook onderzoek gedaan wordt naar ziekten die momenteel nog niet als zodanig erkend zijn. Veel mensen hebben

vergelijkbare 'vage' klachten waarvoor geen diagnose kan worden gesteld. Vaak worden deze mensen nu weggezet als 'fantasten'. Erkenning van hun ziekte zal zeker bijdragen tot hun welzijn.

Aanpak hoogfrequente elektromagnetische straling

GLP maakt zich grote zorgen over de steeds toenemende belasting aan elektromagnetische straling (EMS) in Nederland. Er is nog nooit zoveel van dergelijke straling om ons heen geweest als nu, onder andere door het toegenomen gebruik van smartphones, DECT-telefoons en WIFI, alsook de uitbreiding van het aantal 3G- en 4G-zenders. De hoogfrequente EMS is een relatief nieuw fenomeen. Het gaat om gepulste straling waaraan mensen pas sinds ongeveer 1996 worden blootgesteld. Gepulste straling heeft veel sterkere (meetbare) biologische effecten dan ongepulste straling, zoals die van radio- en televisiezendmasten en de oudere analoge draadloze en mobiele telefoons. Inmiddels is wetenschappelijk bewezen dat blootstelling aan dit soort hoogfrequente EMS in biologische effecten resulteert: effecten op het centraal zenuwstelsel, neuronale activiteit, EEG (hersenfrequenties), cerebrale bloeddorstrooming, werking van de hersenen en het cognitieve functioneren zijn herhaaldelijk aangetoond in gedegen wetenschappelijke onderzoeken. Daarnaast zijn voor het optreden van DNA-breuken en het klonteren van rode bloedcellen bij blootstelling aan hoogfrequente straling van GSM-telefoons sterke aanwijzingen gevonden. Deze effecten lijken misschien relatief onschuldig, maar het is niet uit te sluiten dat ze bij continue blootstelling na verloop van tijd kunnen leiden tot gezondheidsklachten. Hoewel onderzoekers het niet met elkaar eens zijn of deze blootstelling nu wel of niet schadelijk voor de volksgezondheid is, is het in veel landen een duidelijk zorgpunt. Ook de World Health Organization (WHO) heeft aangegeven dat er mogelijk gezondheidsrisico's in het spel zijn. De klachten die door een bepaald deel van de onderzoekers worden toegedicht aan een langdurige blootstelling aan hoogfrequente straling zijn o.a. concentratieproblemen, migraine, hoofdpijn, duizeligheid, hartkloppingen, slapeloosheid, depressies, verhoogde bloeddruk, brandende huid, oogproblemen, tintelingen, tremoren, kramp (nek, schouders, kuit), versprekingen, vergeetachtigheid en moeilijk uit je woorden kunnen komen. In Nederland wordt er door de overheid echter weinig ophef over gemaakt. Sterker nog: Nederland kent zo ongeveer de hoogste blootstellingslimiet ter wereld. In Nederland wordt namelijk een 24-uurs blootstellingslimiet van 20.000.000 uW/m² (87 Volt per meter) gemeten, terwijl dit bijvoorbeeld in België 24.000 uW/m² (3 V/m) is en in Nieuw-Zeeland slechts 100 uW/m² (0,2 V/m) bedraagt. Voor een langetermijnblootstelling bestaat er zelfs geen veilige norm. Terwijl de blootstelling praktisch continu van aard is. GLP vindt dat er een duidelijke rol is weggelegd voor de overheid om uitsluitel te geven over deze gezondheidsrisico's. Door de overheid ingehuurd, onafhankelijke onderzoekers moeten bepalen of er een verband is tussen de eerdergenoemde medische klachten en de straling om ons heen, en moeten uitsluitel geven over de langetermijngevolgen van al deze straling. GLP erkent hierbij dat wetenschappelijk onderzoek lastig is, omdat er niet eenvoudig een controlegroep te vinden is die niet onderhevig is aan dergelijke straling. Het onderzoeksteam zal ook met aanbevelingen moeten komen om de stralingsrisico's tot een minimum te beperken. Totdat de langetermijnconsequenties van continue blootstelling aan EMS duidelijk zijn, dient er een duidelijke voorzichtigheid te worden betracht. GLP stelt hierbij heel duidelijk het voorzorgsprincipe met het oog op onze algehele gezondheid boven mogelijke financiële belangen. Het voorzorgsprincipe dient van kracht te zijn zolang de veiligheid van dit soort straling niet kan worden gewaarborgd.

In concreto wil GLP dat de volgende maatregelen worden genomen:

1. Het eerder genoemde onafhankelijk onderzoek naar de gezondheidstoestand, de verwachte langetermijneffecten en een advies rondom het inperken van de risico's. De medische inzichten moeten zo snel mogelijk gedeeld worden met de Nederlandse medici, zodat zij klachten snel kunnen relateren aan straling.
2. Het op een juiste wijze informeren van de bevolking over het ontbreken van kennis over de langetermijnrisico's van blootstelling aan hoogfrequente EMS.
3. Het garanderen van de lichamelijke en geestelijke integriteit van alle Nederlanders door de blootstellingslimiet voor onvrijwillige straling sterk te verlagen. In ultimo forma tot 1 uW/m² (0,02 Volt per meter) buitenshuis en 0,1 uW/m² (0,006 Volt per meter) binnenshuis. Dit is de grenswaarde die de Duitse bouwbiologen hanteren, omdat er op dat blootstellingsniveau geen biologische ontregelingen meer te meten zijn bij mensen.
4. Bescherming van zwakke personen en kinderen, door het achterwege laten van WIFI in scholen, verzorgings- en ziekenhuizen en het niet plaatsen van zenders voor mobiele telefonie in de onmiddellijke nabijheid hiervan.
5. Onderzoek naar nieuwe zendtechnieken met minder risico's op gezondheidsrisico's. De nieuwe LTE-technologie lijkt hierbij een serieuze kandidaat.
6. Het inperken van de verkoop van DECT-telefoons, tot uitsluitend Eco-DECT-telefoons. Deze geven alleen straling als er een belseinstraal binnenkomt of getelefoneerd wordt. Dit leidt bovendien tot een aanzienlijke energiebesparing.
7. Geen uitrol van gratis WIFI over hele binnensteden. Deze gebieden mogen voor stralingsgevoelige mensen geen 'no go areas' worden.
8. Het door de overheid instellen van stralingsarme plaatsen, zogenaamde 'witte zones'. Hier kunnen elektrogevoelige mensen bijkomen.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Momenteel schrijft de wet voor dat mensen in bepaalde omstandigheden gedwongen opgenomen worden. Deze wet regelt echter niet dat deze mensen ook gedwongen behandeld worden. GLP wil graag dat deze maatregel aan de wet wordt toegevoegd, zodat gedwongen behandeling mogelijk wordt. De beschreven omstandigheden

hebben te maken met het criterium dat mensen een gevaar voor zichzelf of anderen zijn. GLP vindt dat het, ondanks het bestaan deze wet, in de praktijk te lang duurt voordat deze van toepassing wordt verklaard.

Niet-reguliere (alternatieve) zorg

Om de ziektekosten in de greep te houden wil GLP dat niet-bewezen effectieve zorg niet wordt vergoed door de zorgverzekeraars. Van accupunctuur is inmiddels op een aantal punten wel duidelijk dat dit een positieve werking heeft. Hiervan laten we het aan de zorgverzekeraar of deze dit wil opnemen.

Arbowetgeving

Nergens is de wetgeving rondom arbeidsomstandigheden zo goed geregeld als in Nederland. Deze zogenaamde Arbowetgeving voorkomt zoveel mogelijk werkgerelateerde klachten en spaart dan ook gezondheidskosten uit. Lang niet alle bedrijven leven echter de Arbowetgeving goed na. GLP streeft daarom naar een betere naleving van deze wetgeving, bijvoorbeeld door het intensiveren van controle hierop. Om te voorkomen dat arbodiensten, zoals is gebleken, medisch vertrouwelijke informatie van werknemers toch delen met hun opdrachtgevers, de werkgevers, en om überhaupt te voorkomen dat arbodiensten meer op de hand van de werkgever dan op die van de werknemer zijn, pleit GLP ervoor om de taken van de arbodienst weer onder te brengen bij het neutrale UWV. Dit heeft ook voordelen wanneer het ziekteverzuim relatief lang duurt en de werknemer hier toch al terechtkomt.

Orgaandonatie

GLP wil dat de overheid overgaat op een stelsel van actieve donorregistratie. Dit houdt in dat iedere Nederlander automatisch donor wordt vanaf zijn 18e levensjaar, tenzij hij anders aangeeft. Door een wijziging van dit systeem zal het aantal donoren enorm toenemen. NB. Aangezien er met deze wijziging van de donorregistratie voldoende donoren zullen zijn, hoeven mensen ook minder bang te zijn voor actieve levensbeëindiging van comateuzen of ernstig zieken ten faveure van een donorbehoefte. Dit laatste wordt namelijk wel eens verondersteld; de vraag is natuurlijk of dit nu daadwerkelijk de realiteit is. GLP vindt verder dat donoren zelf mogen uitmaken of hun anonimiteit gewaarborgd blijft of dat hun nabestaanden gecontacteerd kunnen worden.

Euthanasie

Nederland was het allereerste land dat euthanasie (wat 'goede dood' betekent) heeft gelegaliseerd. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding trad in 2002 in werking. Doel was opnemning van een strafuitsluitingsgrond in het Wetboek van Strafrecht voor de arts die, met in achtname van de wettelijke zorgvuldigheidseisen, levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent. Van fundamenteel belang hierbij is art. 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding: De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Deze uitzichtloosheid blijkt uit de gestelde diagnose en prognose. Uitzichtloos betekent dat er geen reëel behandelingsperspectief is en er ook geen reëel uitzicht is op verzachting van symptomen. De ondraaglijkheid is uiteraard heel moeilijk vast te stellen, maar over het algemeen wordt aangenomen dat een arts de juiste persoon is om te beoordelen of iemand ondraaglijk lijdt. GLP vindt het belangrijk dat mensen bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden kunnen rekenen op professionele ondersteuning om te komen tot een menswaardige dood. GLP wil daarom de huidige Euthanasiewet minimaal handhaven.

Euthanasiewet uitbreiden met verwijfsrecht

GLP vindt het onwenselijk dat sommige artsen geen uitvoering willen geven aan de euthanasiewens van een patiënt, maar wil artsen niet dwingen hieraan mee te werken. GLP wil echter wel dat patiënten in dit soort gevallen het recht hebben om naar een andere arts te worden verwezen.

Uitbreiding euthanasiewet met betrekking tot een voltooid leven

GLP wil dat ouderen die vinden dat hun leven voltooid is, geholpen moeten kunnen worden om op een vredige manier te sterven. De huidige euthanasiewet voorziet echter alleen in euthanasie als sprake is van medisch ondraaglijk lijden. De rechter heeft bepaald dat levensmoeheid hiermee niet verward mag worden. GLP pleit er daarom voor de euthanasiewet aan te passen om de mogelijkheid voor euthanasie bij een voltooid leven mogelijk te maken. Het artikel met betrekking tot 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' zou daarvoor moet worden verruimd, c.q. aangevuld met het begrip 'voltooid leven'. GLP vindt dat deze vorm van euthanasie alleen kan worden toegepast op voorwaarde dat aan een aantal eisen wordt voldaan en de hulpverlener een aantal belangrijke stappen met de oudere heeft doorlopen. Voorwaarden is allereerst dat het besluit over de zelfgekozen dood authentiek, consistent en invoelbaar is. Bovendien dient de oudere die stervenshulp vraagt, wilsbekwaam, Nederlands staatsburger en 70 jaar of ouder te zijn. Om te beoordelen of de oudere aan de voorwaarden voldoet, voert de hulpverlener een serie gesprekken met de oudere die zijn leven voltooid acht en waardig wil sterven. Ook naasten kunnen hierbij worden betrokken. Deze gesprekken geven zowel de oudere als de hulpverlener de

gelegenheid de problematiek in alle rust te bespreken. De hulpverlener helpt de oudere alle aspecten van zijn wens onder ogen te zien en probeert erachter te komen of er eventueel verbeteringen in de leefsituatie mogelijk zijn. Ook worden de wensen van de nabestaanden meegewogen. Bij aanwijzingen dat de wilsbekwaamheid van de oudere door psychische oorzaken wordt beperkt, verwijst de hulpverlener deze naar de huisarts of een specialist. Is de hulpverlener er uiteindelijk van overtuigd dat aan alle voorwaarden wordt voldaan, dan schakelt deze een onafhankelijke collega-hulpverlener in. Ook deze hulpverlener maakt een inschatting van de stervenswens. Als ook deze hulpverlener van mening is dat aan alle voorwaarden is voldaan, helpt de oorspronkelijke hulpverlener de oudere met sterven. Dit doet hij door de oudere middelen te verstrekken die dit mogelijk maken. De hulpverlener ziet erop toe dat de middelen door de oudere zelf worden ingenomen en niet in verkeerde handen komen. Na het overlijden van de oudere meldt de hulpverlener de dood aan de gemeentelijk lijkschouwer en overhandigt hij een verslag van de verleende stervenshulp. Vervolgens wordt dit verslag ter toetsing voorgelegd aan een regionale toetsingscommissie, die al bestaat voor de uitvoering van de huidige euthanasiewetgeving. Bij de term "hulpverlener" wordt overigens in het burgerinitiatief vooral gedacht aan psychologen, geestelijk verzorgers, verpleegkundigen en vrijwilligers in de palliatieve zorg, en niet in de eerste plaats aan artsen. Deze hulpverleners zouden deel moeten uitmaken van een professionele organisatie, die door de overheid wordt erkend. Aan deze organisatie zijn wel artsen verbonden, die de dodelijke middelen kunnen voorschrijven.

Abortus

GLP wil in beginsel vasthouden aan de huidige wetgeving en procedures rondom abortus. Abortus is momenteel juridisch mogelijk doordat een arts een strafuitsluitingsgrond heeft, namelijk een noodsituatie. Met hierbij de kanttekeningen dat de arts beslist, de vrouw die geaborteerd wordt handelingsbekwaam en minimaal 16 is. Ook mag abortus alleen worden toegepast binnen de eerste 24 weken van de zwangerschap. GLP vindt de huidige procedure, die het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en de beschermwaardigheid van het ongeboren leven waarborgen, zorgvuldig en kan zich vinden in de termijn van 24 weken tot waar overgegaan kan worden tot abortus. Pas na 25 weken zijn foetussen/baby's levensvatbaar. GLP pleit wel voor een verruiming van de strafuitsluitingsgrond als het aankomt op de bijzondere situatie dat er een vrouw onder de 16 geaborteerd wil worden en haar ouders hier niet bij wil betrekken. Dit speelt bijvoorbeeld in gevallen van zwangerschap na incest of een verkrachting door een andere bekende. Uiteraard dient de arts hierbij te toetsen of de jongevrouw bij haar volle verstand en handelingsbekwaam is.

Ouderen terug de samenleving in

Ouderen hebben de samenleving veel te bieden. De zestigers en zeventigers van tegenwoordig zijn vaak fit en vitaal en hebben tijdens hun (werkzame) leven een schat aan kennis en (levens)ervaring opgebouwd. Het is dan ook cruciaal dat de samenleving langer gebruik kan maken van deze ervaring en kennis. Onze ouders hebben ons op de wereld gezet en circa de eerste 20 jaar van ons leven voor ons gezorgd. Tot enkele generaties geleden was het nog zo dat later, als de ouders zorg nodig hadden, dit door de kinderen werd opgepakt. In vele 'armere' landen werkt dit principe nog tot vandaag de dag. In Nederland hebben we helaas een andere praktijk. Ouderen worden in grootschalige verzorgingstehuizen 'weggestopt', die veelal aan de rand van een dorp of stad zijn gebouwd. Doordat zorg duurder wordt en de budgetten kleiner, komt het steeds vaker voor dat bewoners bijvoorbeeld niet meer tijdig naar het toilet geholpen kunnen worden of dat zij verplicht moeten 'uitslapen'. Evenzo komt het voor dat echtparen na decennialang samen te zijn geweest, uit elkaar worden gehaald, als de één meer zorg nodig heeft dan de ander. GLP wil dat de opvang van ouderen beter geregeld wordt. Zo moeten tehuizen kleinschaliger en terug de bebouwde kom in, het liefst midden in het dorps- of stadcentrum. Ook daagt GLP de Nederlandse bouw uit om met woningen te komen waar ouders samen met hun kinderen kunnen wonen, zonder dat beiden veel hoeven in te boeten aan privacy. GLP zou verder graag zien dat gemeenten en verenigingen ouderen actief bij het sociale leven betrekken, zodat ze in de samenleving mee blijven doen. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren van cursussen en overige activiteiten.



*DAADKRACHT EN DUIDELJKHEID TERUG IN DE
NEDERLANDSE POLITIEK*