



ONZE ZORG

GEZONDHEIDSZORG GEBASEERD OP SOLIDARITEIT



drs. HENK VAN GERVEN, Kamerlid SP
RENSKE LEIJTEN, BA, Kamerlid SP
dr. INEKE PALM, Wetenschappelijk Bureau SP

ONZE ZORG

**GEZONDHEIDSZORG
GEBASEERD
OP SOLIDARITEIT**

Postbus 20018
2500 EA Den Haag
T (070) 318 30 44
E kamer@sp.nl

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	7
Inleiding	11
1. AWBZ	
1.1 De AWBZ onbetaalbaar: dan maar in de uitverkoop?	13
1.2 Het moet anders: een duurzame AWBZ	17
2. De curatieve zorg	
2.1 Uitgaven curatieve zorg onbeheersbaar: dan maar de markt op?	21
2.2 Het kan anders: een solidaire zorgverzekering	26



SAMENVATTING

Een duurzaam zorgstelsel is mogelijk volgens de SP. Met behoud van solidariteit, gelijke toegankelijkheid en goede kwaliteit als belangrijkste pijlers van onze zorg. Daarvoor zijn wel fundamenteel andere keuzes noodzakelijk.

De huidige weg van marktwerking, productdenken, bezuinigingen, ontmanteling van de AWBZ en beperking van de zorgverzekering legt een bom onder solidariteit, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Het leidt tot voorkruipzorg en tweedeling. Tot een verzakelijking en versnippering van de zorg en bovendien tot hogere in plaats van lagere uitgaven. De bovenmatige bureaucratie en steeds hoger wordende werkdruk zorgen voor een afnemende motivatie voor de zorg. Ook marktwerking sluit niet aan bij de bezieling van de zorgprofessionals: het is funest voor de arbeidsmotivatie en jaagt mensen uit de zorg. Dit beleid is duidelijk geen oplossing voor de alsmaar stijgende uitgaven in de zorg en voor het dreigende tekort aan menskrachten.

Tien medicijnen voor een eerlijke gezondheidszorg

Een duurzame AWBZ

1. *Behoud AWBZ als collectieve voorziening.*

We stoppen met de ontmanteling en houden de AWBZ in stand. Met zorgkantoren als publieke uitvoerders. Onderling vergelijken van kosten en kwaliteit (benchmarken) moet prikkelen tot doelmatiger werken van de aanbieders. Visitatiecommissies letten op kwaliteit en succesvolle werkvormen. Het draagvlak wordt verbreed door uitbreiding premieheffing naar de derde en vierde schijf. De groei van de AWBZ-uitgaven wordt dan meer inkomensafhankelijk opgevangen.

2. *Stoppen met marktwerking, productgericht denken en bureaucratie.*

We gaan werken met budgetten waarbij de behoefte aan zorg richtinggevend is. We ruimen de bureaucratie op door opheffen van het CIZ en afschaffen van de zorgzwaartepakketten. Alle formulieren die niet bijdragen aan kennisoverdracht ruimen we op. We stoppen met grootschalige fusies, het vrij toelaten van commerciële instellingen en de opmars van managers en topsalarissen in de zorg. Goede zorg en niet het geld en de regels krijgen het primaat in de zorg. Het moet weer leuk worden in de zorg te werken.

3. *Kleinschaligheid, zorg nabij en preventie.*

We kiezen voor buurtzorgteams die de volledige verantwoordelijkheid en vrijheid krijgen om zorg en hulp te verlenen en te organiseren, met een belangrijke rol voor wijkverpleegkundigen. Bij Buurtzorg Nederland leidt dit concept tot minder overhead, hogere arbeidsproductiviteit en meer plezier in het werk.

We kiezen voor goed uitgeruste en kleinschalige steunpunten in de buurt waarop mensen 24 uur per dag een beroep kunnen doen, met veel aandacht voor preventie.

We kiezen voor kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen en gehandicapten. Zoveel mogelijk volgens het recept buurtzorg.

De keuze voor kleinschaligheid en zorg nabij zal leiden tot betere zorg, een beter gebruik van de middelen en minder gebruik van de duurdere tweedelijnszorg.

Mensen die in de zorg werken geven we meer zeggenschap, we gaan uit van zelfsturende en kleinschalige teams, zowel in de thuiszorg als in de ouderen- en gehandicaptenzorg.

4. Indammen toenemende vraag om zorgpersoneel.

We zorgen voor een betere ondersteuning van ouderen en mensen met een chronische ziekte of handicap waardoor deze mensen zich beter en langer zelf kunnen redden.

We versterken en ondersteunen de informele zorg door het scheppen van betere voorwaarden voor de combinatie zorg en betaald werk en door zaken als respijtzorg en mantelzorgwoningen. Dit moet voorkomen dat mantelzorgers uitvallen of omgezet worden in betaald werk.

5. Opvangen toenemende vraag zorgpersoneel.

We nemen maatregelen om het werken voor 55-plussers aantrekkelijker te maken door de belasting te verminderen, bijvoorbeeld door hen in te zetten als coach.

We gaan ervoor zorgen dat meer mensen in de zorg fulltime kunnen werken door uitbreiding uren parttimers en betere afstemming zorg en werktijden.

We zetten meer participatiebanen in voor de zorg en geven vrijwilligers in de zorg eerder vrijstelling van sollicitatieplicht.

Een solidaire zorgverzekering

1. Inkomensafhankelijke premies zonder eigen risico.

We gaan de premies heffen naar inkomen, geen of in ieder geval lage nominale premies en geen eigen risico of nieuwe eigen bijdragen. De bureaucratische zorgtoeslag kan vervallen.

De uitvoering gebeurt door publieke zorgverzekeraars. Onderlinge vergelijking van de kosten (benchmarking) moet leiden tot doelmatigheidsprikkels voor de zorgaanbieders.

2. Stoppen met marktwerking, DBC's en beloning naar verrichting.

We gaan werken met regionale zorgbudgetten gebaseerd op behoeften, voorkruipzorg is niet toegestaan. Dit zal leiden tot veel minder bureaucratie omdat de bovenmatige controle gebaseerd op wantrouwen niet meer nodig is.

We stoppen met de bureaucratische DBC's. Deze financiering op basis van verrichtingen wordt vervangen door financiering op basis van het aantal patiënten in de regio en de intensiteit van de benodigde zorg. Voor artsen en apothekers komt een loondienst of abonnementssysteem. Zo halen we de verkeerde prikkels tot hogere productie uit de zorg.

3. Kleinschaligheid en versterking eerste lijn.

We kiezen voor het behoud van kleinschalige ziekenhuizen door het invoeren van een fusiestop en een beschikbaarheidstoeslag en afschaffen van de numerus fixus zodat meer artsen aan de slag kunnen.

We maken ruimte voor kleinschalige huisartsendiensten, vooral op het platteland.

We versterken de eerste lijn door verlaging van de praktijknorm voor huisartsen, uitbreiden van kleinschalige gezondheidscentra in de buurt, poliklinieken en (preventieve) GGZ.

Investeren in de eerste lijn en kleinschaligheid wordt meer dan terugverdiend doordat er minder van de dure tweedelijnszorg gebruik zal worden gemaakt.

4. Preventie en aanpak sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

We zorgen dat de overheid veel krachtiger haar verantwoordelijkheid neemt voor de publieke gezondheidszorg, ook als dat ingaat tegen de belangen van de tabaksindustrie of alcoholbranche.

We kiezen voor een collectieve aanpak voor het terugdringen van de SEGV. Je krijgt de kloof niet dicht door alleen een beroep te doen op eigen keuzes. Naast bevorderen van gezond gedrag is verbetering van inkomen, woon- en werkomstandigheden nodig en een extra en actieve inzet van de (preventieve) zorg met name in de arme wijken.

Investerings in de preventie en vooral de bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen kunnen leiden tot een enorme gezondheidswinst en dus ook maatschappelijke winst.

5. Aanpakken macht farmaceutische industrie.

We pakken de agressieve marketing en beïnvloeding van onderzoek door de farmaceutische industrie aan door een actievere rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het terugdringen van commerciële individuele artsenbezoekers en het instellen van een onafhankelijk onderzoeksfonds voor onderzoek naar bijwerkingen.

We maken het preferentiebeleid algemeen en unaniem en gaan uiteindelijk over tot centrale inkoop van geneesmiddelen door regionale publieke zorgverzekeraars. De Wet geneesmiddelenprijzen scherpen we aan.

Zo voorkomen we dat publiek geld dat bestemd is voor de zorg verdwijnt in de zakken van aandeelhouders van de farmaceutische industrie.

Op deze manier houden we de zorguitgaven in de hand zonder de fundamenten van onze zorg aan te tasten. Door het aanpakken van de specialisteninkomens, het aanscherpen van het geneesmiddelenbeleid en het terugdraaien van de marktwerking/DBC's in ziekenhuizen kunnen we de komende jaren 1,7 miljard besparen.¹ Wij denken dat nog een veel grotere besparing ofwel doelmatiger gebruik van de beschikbare middelen mogelijk zal zijn als we fundamenteel andere keuzes durven te maken. Zoals het werken met kleinschalige zelfsturende teams in de AWBZ en het inzetten op kleinschaligheid en preventie. Bij Buurtzorg Nederland is er een overhead van 11,6% tegenover 25,8% bij vergelijkbare thuiszorgorganisaties. Zo is een enorme winst op de bureaucratie te boeken.² Ook kunnen we nog veel meer en betere maatregelen nemen om mensen in de zorg te behouden en aan te trekken.

Ondanks deze besparingen zullen de uitgaven en dus de premies voor de zorg wel blijven stijgen. Dat dragen we collectief en naar draagkracht.

En gezondheidszorg mag wat kosten. Gezondheid is een van de belangrijkste zaken in het leven. Zorg is geen schadepost maar van grote waarde. Zij is waardescheppend als belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie en een bron van menselijk geluk. Beschaving heeft haar prijs.



INLEIDING

Nederlanders vinden een goede gezondheid een van de belangrijkste zaken in het leven. Een goede gezondheid draagt immers bij aan een gelukkig leven. Nederlanders beseffen ook dat ziekte iets is dat je jezelf niet aandoet, ziekte overkomt je en kan iedereen overkomen. Vandaar dat aan het gezondheidszorgstelsel zoveel waarde wordt gehecht. De SP is het daarmee eens. Daarom zijn onze uitgangspunten in de zorg:

- **Menswaardige en kwalitatief goede zorg.**
- **Gelijke toegang tot de zorg voor iedereen, geen tweedeling.**
- **Financiering op basis van solidariteit tussen oud en jong, ziek en gezond, arm en rijk.**

Het recht op gelijke toegang tot goede zorg is des te belangrijker omdat er grote verschillen bestaan in gezondheid tussen arme en rijke mensen, en deze verschillen de afgelopen decennia in elk geval niet zijn afgenomen. Mensen met een lage opleiding sterven 6 à 7 jaar eerder dan hoger opgeleiden en brengen 16 tot 19 jaar langer in minder goed ervaren gezondheid door.³ Extra inzet van de gezondheidszorg voor arme mensen is nodig om dit gezondheidsgat te dichten.

Het fundamentele belang van gezondheidszorg is evident en is dan ook een grondrecht: de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.⁴ Het geld daarvoor komt voornamelijk uit collectieve middelen. Geld dat we met zijn allen in solidariteit hebben opgebracht. Dat willen we zo efficiënt en effectief mogelijk besteden in de wetenschap dat een ieder de best mogelijke zorg wil.

Kunnen we dat blijven betalen?

De uitgaven aan zorg zijn gegroeid van circa 3 procent (na de oorlog) tot 11 procent van het Bruto Nationaal Product (BBP) in de jaren tachtig. Daarna stabiliseerde de groei door strenge budgettering van de overheid. Dat leidde tot steeds langere wachtlijsten. De onvrede hierover groeide tot in 1999 het **recht op zorg** werd afgedwongen bij de rechter. De wachtlijsten moesten worden aangepakt en er kwam extra geld voor extra geleverde zorg (boter bij de vis). In de periode 2000-2003 leidde dat weer tot een stijging van de zorguitgaven tot 13 procent van het BBP. Anno 2010 bedragen de uitgaven voor de zorg:

Totale uitgaven voor de zorg	61 miljard euro⁵
Curatieve zorg (zorgverzekeringswet)	35 miljard
Langdurige zorg (AWBZ)	23 miljard
Overige uitgaven	3 miljard (waarvan Wmo 1,3 miljard).

Volgens het CPB (Centraal Planbureau) zijn de uitgaven aan zorg vanaf 2000 blijven stijgen met ruim 4 procent per jaar, 2 procent meer dan de stijging van het BBP. Voor de curatieve zorg is dat 4,5 procent,

voor de langdurige zorg 3,5 procent. Het CPB vindt dat deze stijging niet onbeperkt kan doorgaan en stelt daarom dat de totale eigen bijdragen met 4 miljard (van 3 naar 7 miljard) moeten stijgen.⁶

Niet alleen de stijgende zorguitgaven baren zorgen, ook het dreigende tekort aan menskrachten in de zorg. Nu werken er zo'n 1,2 miljoen mensen in de zorg. In 2025 zouden **470.000 meer mensen** nodig zijn in totale zorg (uitgaande van 2 procent groei en 0,5 procent productiviteitsstijging, indien dat niet het geval is zijn zelfs 600.000 mensen nodig). Aangezien er in 2025 slechts 20.000 nieuwe arbeidskrachten op de markt zouden komen, betekent dat een grote kloof.⁷ De cijfers zijn gebaseerd op grove aannames. Het is ook mogelijk dat de behoefte aan zorgpersoneel minder zal toenemen dan de verwachte volumegroei. Het is wel belangrijk te bedenken dat sterke economische groei en beschikbaarheid van personeel op gespannen voet staan. In tijden van hoogconjunctuur is er genoeg geld maar ontbreekt het aan mensen. In perioden van laagconjunctuur zijn er genoeg mensen maar ontbreekt het aan geld.⁸

Lopen de zorguitgaven inderdaad uit de hand en zo ja hoe kunnen we deze beteugelen zonder dat we onze uitgangspunten aantasten? Zullen we moeten erkennen dat, als we het **recht op zorg** voor iedereen willen garanderen, de premies voor de zorg moeten stijgen? Zo ja, kunnen we dat niet beter collectief dragen in plaats van af te wentelen op de individuele patiënt? Kunnen we de zorg slimmer inrichten zodat we meer kunnen doen zonder heel veel extra mensen? Moeten we misschien ook leren de zorg te zien als waarde in plaats van als schadepost. Immers, gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie en een bron van menselijk kapitaal en wordt dan ook door mensen hoog gewaardeerd. Zoals het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) stelt:

“Niet de zorguitgaven maar een verslapping van het volksgezondheidsbeleid is de echte schadepost voor de samenleving. Preventie en zorg dragen bij aan de economie en, wat misschien nog belangrijker is, zij geven uitdrukking aan de maatschappelijke waarden die Nederlanders hoog in hun vaandel hebben.”⁹

1. AWBZ

1.1. DE AWBZ ONBETAALBAAR: DAN MAAR IN DE UITVERKOOP?

De AWBZ is een van de overgebleven collectieve zorgverzekeringen die in de jaren zestig zijn ontstaan. De solidariteit is georganiseerd via een premie die iedereen betaalt en zorg is gegarandeerd voor iedereen die het nodig heeft. Deze volksverzekering is opgezet in 1968 voor gehandicaptenzorg en is langzaam maar zeker uitgebreid met allerlei voorzieningen, zo is de wet op de krankzinnigenzorg (psychiatrie) erin ondergebracht, in de jaren tachtig de Wet op de Bejaardenoorden en uiteindelijk ook de thuiszorg. De groeiende uitgaven werden vanaf de jaren tachtig in de hand gehouden door budgettering.

Het starre aanbod en gebrek aan doelmatigheid binnen de AWBZ ging zich steeds minder verhouden tot de geëmancipeerde en mondige patiënten/gebruikers. In de jaren negentig zochten de beleidsmakers de oplossing hiervoor in meer vraagsturing, bijvoorbeeld met de introductie van de persoonsgebonden budgetten (PGB) in 1995. Weliswaar binnen hetzelfde macrobudget. Ook de experimenten met marktwerking in de thuiszorg werden gezien als synoniem voor vraagsturing en keuzevrijheid. Deze waren echter vooral bedoeld om 'de boel op te schudden' en zo de kosten in de hand te houden. Alle thuiszorginstellingen moesten marktgericht gaan werken, en zorg werd omschreven in strakke 'producten'. Die konden vervolgens in tijd worden uitgedrukt, het is niet voor niets dat de stopwatchzorg een bekend overblijfsel is uit deze tijd.

Na 2000 startte een nieuwe poging tot *modernisering* van de AWBZ. Bijvoorbeeld de invoering van functiegerichte aanspraken. Dat betekent dat de zorg werd opgedeeld in functies waardoor iedereen, bijvoorbeeld thuiszorg of verzorgingshuis, die zorg kon gaan leveren. Voortaan zijn er veel mededingers op de markt, opnieuw concurrentie dus.

De vraagsturing en modernisering leidden niet tot kostenbeheersing. Integendeel. Via de modernisering kwam bijvoorbeeld de ondersteunende begeleiding die tot dan toe alleen voor gehandicapten was bedoeld, voor iedereen beschikbaar. Ouderen en jongeren met een psychisch probleem (onder andere via PGB's) maakten daar volop gebruik van, temeer omdat zo bezuinigingen op andere terreinen (welzijn en jeugdzorg) konden worden gecompenseerd.

Een andere ontwikkeling is het monetariseren van mantelzorg: het betalen van de mantelzorg. De mantelzorg voorziet in een groot deel van de latente zorgvraag, dat is de potentiële minus de vervulde vraag. De latente zorgvraag bedroeg in 2004 10 miljard, waarvan 3 miljard werd opgevuld door particuliere zorg en 7 miljard door mantelzorg en informele hulp.¹⁰ Sinds de invoering van het PGB zie je dat de gratis mantelzorg steeds meer wordt verdrongen door betaalde (mantel)zorg.

Het grote probleem bleven de te krappe budgetten. Dat leidde tot lange wachtlijsten en verschraling van de zorg zoals in verpleeghuizen. Eind vorige eeuw werd het **recht op (tijdige) zorg** afgedwongen en kwam er extra geld voor extra geleverde zorg. De uitgaven aan AWBZ stegen van 14,8 in 2000 naar 21,3 miljard

in 2004.¹¹ Het SCP weet dat aan het recht op zorg, de vergrijzing en het omzetten van latente zorgvraag. De premie was gestegen van 9,8 (1998) naar 13 procent (2004) en zou volgens het SCP wel eens kunnen stijgen tot 20-25 procent (2025). Daarbij zou het aantal benodigde werknemers ook explosief stijgen. Het recht op zorg maar ook de vraagsturing ondermijnde de budgettering als instrument om de kosten te beheersen.

In de uitverkoop

De houdbaarheid van de AWBZ werd ter discussie gesteld. Verschillende adviesorganen adviseerden de AWBZ op te heffen¹² of in elk geval sterk af te bakenen (SER).¹³

Het antwoord van de regering was nog meer vraagsturing. Via de invoering van zorgzwaartepakketten (ZZP) in plaats van instellingsbudgetten zouden mensen die zorg behoeven beter kunnen 'stemmen met hun voeten'. De invoering van de ZZP's moet wel geschieden binnen hetzelfde budget, terwijl de Nederlandse Zorgautoriteit in 2005 berekende dat via het systeem van zorgpakketten er (minimaal) 250 miljoen aan het budget moest worden toegevoegd om te komen tot menswaardige zorg.

Het ZZP-stelsel gaat uit van de zwaarte van de zorg van de patiënt. Voor verzorging en verpleging zijn er 10 ZZP's, voor gehandicaptenzorg 28 en voor psychiatrische patiënten 7 beschikbaar. Men gaat er van uit dat de zorg zo transparanter wordt, waardoor ook de onderlinge concurrentie beter tot zijn recht zal komen.¹⁴ In een ZZP zijn een aantal uren zorg, eventueel begeleiding en een component voor wonen opgenomen. Door het ontbreken van normen voor dagelijkse zorg, kan het gebeuren dat instellingen nu voor toetjes of extra douchen geld gaan vragen van bewoners, de zogenaamde pluspakketten.

Het tweede antwoord was de AWBZ te verkleinen. Huishoudelijke verzorging werd de verantwoordelijkheid van gemeenten via de Wmo. Ook moesten gemeenten de bezuiniging van 800 miljoen op de activerende en ondersteunende begeleiding opvangen. Met deze twee 'functies' in de AWBZ werden juist die onderdelen waarop meer beroep werd gedaan, mede door de vergrijzing, anderzijds door het vergrootte aanbod, uit de AWBZ gehaald. Er verdwenen ook onderdelen uit de AWBZ naar de zorgverzekeringswet. Het idee was dat alles wat te verzekeren is, weg moet uit de AWBZ. Dit is te zien bij de overheveling van de kortdurende psychische zorg (je kunt nog genezen, dus dan kun je er ook voor verzekeren, was de gedachte). Maar bijvoorbeeld ook de revalidatie na een heupoperatie.

Gevolgen van deze twee overhevelingen zijn gigantisch geweest voor de mensen die de zorg nodig hebben, maar zeker ook voor degenen die deze zorg verlenen. De GGZ raakte ontwricht door de diagnose behandeling combinaties (DBC's) van de Zorgverzekeringswet en er ontstonden problemen met de betaling van patiënten die toch langer dan één jaar psychische zorg nodig bleken te hebben. Bij de Wmo is te zien dat door enthousiaste aanbesteding op een lage kostprijs de huishulpen soms 20 procent of meer van hun salaris kwijtraakten. Mensen die zorg nodig hadden, kregen soms minder of geen zorg meer. Veel gemeenten konden het financieel en organisatorisch niet aan om alle mensen die dat nodig hebben van dagbesteding, ondersteuning in huishouden of in gezin te voorzien. Maar, de budgetten voor de AWBZ waren 'succesvol' ingeperkt.

In 2009 is het budget AWBZ 3,7% van BBP, zelfs minder dan de 3,9% in 2004. Dat heeft grotendeels te maken met de bovenstaande maatregelen. Maar door de overheveling worden de totale uitgaven en behoeften aan personeel er niet minder om. De uitgaven aan huishoudelijke zorg zijn weliswaar de eerste jaren gedaald, maar vooral omdat het Europees aanbesteden leidde tot tarieven onder de kostprijs. Na veel actie en Kamerdebatten is duidelijk dat uitgebreid aanbesteden niet hoeft en dat fatsoenlijke prijzen afgesproken moeten worden. De uitgaven aan GGZ zijn na de overheveling alleen maar fors toegenomen (400 miljoen), ze zitten nu alleen in een ander potje.¹⁵

Vanwege de financiële en economische crisis zette het kabinet twintig werkgroepen aan het werk om 35 miljard aan besparingen te vinden. Ook voor de langdurige zorg zijn een reeks voorstellen gedaan. Deze betreffen vooral een forse vermindering van de aanspraken, een verhoging van eigen bijdragen en overheveling van verantwoordelijkheden naar gemeenten, zorgverzekeringswet of naar patiënten zelf (PGB).¹⁶ Uitvoering van deze voorstellen zou leiden tot een verdere ontmanteling van de AWBZ.

De gevolgen van de ontmanteling van de AWBZ tekenen zich inmiddels steeds duidelijker af:

Versnippering van de zorg

De thuiszorg is steeds meer opgedeeld in verschillende taken, uitgevoerd door verschillende krachten. Deze versnippering is nog versterkt door invoering van de Wmo. De verschillende vormen van zorg worden vaak niet meer door een instelling geleverd zodat niemand meer let op de samenhang. De integrale zorg was juist het sterke punt van de thuiszorg. Door de opdeling van taken, functies en krachten hebben mensen te maken met veel wisselende hulpen. In het filmpje Mieke werd dit treffend weergegeven.¹⁷

Enorme toename bureaucratie

Niet alleen in de thuiszorg (stopwatchzorg) ook in de instellingen moet men minuten schrijven door de invoering van de zorgzwaartepakketten. Dit leidt tot een enorme toename van de bureaucratie.¹⁸ Terecht is er meer aandacht voor de kwaliteit van zorg, maar bij de ingevoerde HKZ-certificering (Harmonisatie Kwaliteit Zorg) gaat het meer om het op orde hebben van de protocollen dan dat het iets zegt over de kwaliteit van de zorg.¹⁹ Vele andere keurmerken moeten aangeven of personeel goed opgeleid en vriendelijk is, weer andere regels gaan over het zorgproces. Alles moet geregistreerd worden. Zorgverleners in instellingen zijn door dit alles 1 à 2 uur per dag kwijt aan registreren in plaats van aan zorg. Dit blijkt uit een onderzoek van de SP onder ruim 10.000 werkers in AWBZ-instellingen.²⁰

Verzakelijking van de zorg

Marktgericht werken heeft geleid tot een verzakelijking in de zorg. Er wordt steeds meer gedacht vanuit het belang van verdienen. Stopwatchzorg en ZZP's stimuleren het productdenken, net als de diagnose behandeling combinaties (DBC's) in ziekenhuizen. Geld lijkt het leidende principe in plaats van kwaliteit van zorg.²¹ Het is een misvatting om te denken dat marktgericht ook vraaggericht is. Immers een vraag die niet in de scoring van de producten valt, en waar geen vergoeding tegenover staat, zal niet (mogen) worden uitgevoerd. Dit marktgericht werken staat haaks op de waarden die zorgprofessionals hanteren voor goede zorg. Deze manier van werken demotiveert en leidt (naast de bureaucratie en hoge werkdruk) tot meer ziekteverzuim en uitstroom.²²

Kwaliteit zorg onder druk

De kwaliteit staat onder druk door de toenemende bureaucratie en de economische benadering van de zorg door de invoering van de zorgzwaartefinanciering. Het grote probleem van de zorgzwaartepakketten is ook dat het uitgaat van het gebrek van iemand en de zorg die daarvoor nodig is. Omgevingsfactoren die kunnen maken dat mensen minder zorg nodig hebben, zijn niet meer van belang, want het gaat om een individueel pakket. Zo is iemand met gedragsproblemen gebaat bij ernstige klachten om de juiste begeleiding te krijgen. Wanneer de situatie stabiliseert vervalt de noodzakelijke ondersteuning. Ook het aantal nieuwe aanbieders in de zorg en de thuiszorg is aanzienlijk gegroeid. De IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) maakt zich grote zorgen over deze nieuwe toetreders. Zij maakt zich vooral zorgen over het ontbreken van deskundigheid van personeel. De IGZ constateert dat geen enkele eis wordt gesteld aan startende organisaties. In principe kan iedereen een zorgorganisatie beginnen zonder enige kennis van zaken. Dat zorgt voor grote risico's.²³

Verminderde toegankelijkheid en tweedeling

De versnippering van zorg leidt tot minder toegankelijkheid van de zorg. Hoe meer loketten en hoe ingewikkelder het is zorg aan te vragen, hoe meer mensen buiten de boot vallen.

Tegelijk zien we het ontstaan van steeds meer lucratieve zorg. In de GGZ bijvoorbeeld gaat de beschikbare zorg vooral naar groepen die goed in de markt liggen. De zorg voor chronisch zieke mensen staat onder druk, deze groep brengt geen geld op.²⁴ Het Trimbosinstituut stelt in haar laatste trendrapportage vast dat de langdurige en intensieve ambulante zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problemen in de knel komt.²⁵

Er zijn behoorlijk wat geluiden dat na de invoering van de zorgzwaartepakketten instellingen zich gaan toeleggen op lucratieve zorgpakketten zoals de zorg voor korsakoffpatienten. Tegelijk zien we een toename van risicoselectie door de ZZP's.

Als bijproduct van de zorgzwaartefinanciering zijn ook steeds meer zorgaanbieders gaan werken met pluspakketten. Een ZZP maakt per patiënt/bewoner duidelijk hoeveel geld en uren beschikbaar zijn en hoeveel dus niet. Mensen moeten gaan bijbetalen voor 'extraatjes' zoals elke dag douchen, geregeld

wandelen of begeleiding naar het ziekenhuis. Er komt dus onderscheid tussen mensen die wel en geen pluspakketten kunnen betalen.²⁶

Toename (onnodige) uitgaven

Veel grote zorgorganisaties gedragen zich als grote marktpartijen en noemen zich zorgondernemer. Zij richten zich op het declareren van zoveel mogelijk zorguren.

Fusies leiden tot meer managers en hoge salarissen in de top. Het marktdenken heeft ook geleid tot malafide bemiddelingsbureaus in de thuiszorg die frauderen met PGB's en tot malafide zorgondernemingen (bijvoorbeeld sommige zorgboerderijen).²⁷

Marktwerking leidt ook tot warrige structuren van BV's waar veel geld in verdwijnt. Zoals Meavita dat geld verspilde door het ontwikkelen van TV-phone en het bouwen van zorgdorpen in Spanje. De afstand van besturen met het doel van de instellingen is hier te groot. Dat hebben we ook bij Philadelphia gezien. Terwijl bestuurders zich laafden aan megalomane prestige aankopen met publiek geld en een topinkomen vingen, verwaarloosden ze de zorg aan de meest zwakken in onze samenleving, lichamelijk en verstandelijk gehandicapten.

Te snelle toename PGB

Ook het aantal PGB's is enorm toegenomen, de groei is veel groter dan zorg in natura. Veel mensen die een PGB aanvragen, kunnen die niet goed zelf beheren en zijn daardoor aangewezen op bemiddelaars.

Dat gaat wel eens fout met grote financiële gevolgen wanneer mensen het PGB moeten terugbetalen.

Ook wordt gratis mantelzorg verdrongen door betaalde mantelzorg (monetarisieren van de mantelzorg).

Bezuinigingen in andere sectoren zoals welzijn en jeugdzorg hebben er bovendien toe geleid dat steeds meer mensen een beroep gingen doen op ondersteunende begeleiding, al dan niet in de vorm van PGB's.

Mensen krijgen onvoldoende zorg of vallen buiten de boot

Met steeds meer geld worden steeds minder mensen geholpen. Mensen verliezen hun thuiszorg of het recht op ondersteunende begeleiding.

De uitvoering van de huishoudelijke zorg door de gemeenten (Wmo) heeft tot grote problemen geleid.

De concurrentie via het Europees aanbesteden leidde tot tarieven onder de kostprijs met als gevolg dat veel medewerkers werden ontslagen, overgezet werden op alfazorg of omgezet werden naar een lagere functieschaal. Deze concurrentie ging zo ten koste van de arbeidsvoorwaarden van de zorgverleners en de kwaliteit van zorg. Veel gebruikers van de thuiszorg hebben hierdoor hun vaste zorgkracht verloren.

Bovendien is met de overheveling van de huishoudelijke zorg naar de Wmo het recht op zorg verdwenen. Een aantal mensen heeft hierdoor hun huishoudelijke zorg geheel of gedeeltelijk verloren.

Het is maar zeer de vraag of gemeenten het wegvallen van de ondersteunende begeleiding op kunnen vangen, ze worden hier onvoldoende voor gecompenseerd. Mogelijk zijn we uiteindelijk duurder uit omdat een oudere of een kind eerder moet worden opgenomen in een instelling.

Ook scheiden van wonen en zorg wordt een steeds reëlere beleids optie. Dit zal voor veel mensen slecht uitpakken: mensen moeten dan huurtoeslag, zorg- en welzijnsvoorzieningen apart regelen.

1.2. HET MOET ANDERS: EEN DUURZAME AWBZ

Alles wat niet naar behoren functioneert, ruimen we op. We stoppen met de verzakelijking ofwel ontmen-selijking van de zorg die leidt tot slechtere zorg en werkers die weglopen uit de zorg. Met de doorgeslagen vraagsturing die leidt tot enorme bureaucratie. Met het afschuiven van verantwoordelijkheid zonder de benodigde middelen dat ertoe leidt dat steeds meer mensen buiten de boot vallen.

Als we de mens weer centraal zetten in de zorg, de zorg dichtbij regelen, kan alle overbodige ballast er uit. Zo komen we tot betere zorg voor uiteindelijk minder geld.

Hoe wij het gaan doen: tien punten

1. De AWBZ behouden

We houden de AWBZ in stand. Zorgkantoren worden publieke uitvoerders (agentschappen) van het ministerie. Zij werken met regionale budgetten gebaseerd op de zorgbehoefte. De NZa hoeft zich niet meer te buigen over productienormen, omdat zorgkantoren meerjarenopdrachten krijgen om de zorg te regelen voor wie dat nodig heeft. Het zorgkantoor maakt afspraken met gemeenten en zorgaanbieders over het aanbod. Ze werkt met een visitatiecommissie die instellingen bezoekt en kijkt naar kwaliteit en succesvolle werkvormen.

We verbreden het draagvlak van de AWBZ door uitbreiding premieheffing naar de derde en vierde schijf. Eigen bijdragen thuiszorg kunnen dan worden afgeschaft.

2. Stoppen met marktwerking en productdenken

We stoppen met marktgericht werken en productdenken in de AWBZ, we gaan weer werken met bud-getten waarbij de behoefte aan zorg richtinggevend is. Van verzakelijking naar vermenschelijking in de zorg. Goede zorg en niet geld is het primaat in de zorg. Het moet weer leuk worden in de zorg. Dit zal leiden tot minder ziekteverzuim en uitstroom. Indicaties worden door professionals gesteld, het zorg-plan is de wettelijke basis voor mogelijk bezwaar.

Zorginstellingen moeten niet concurreren maar samenwerken. Benchmarks (onderling vergelijken van kosten en kwaliteit) moet prikkelen tot doelmatig werken. De aanbieders worden in een doorlo-pend proces met elkaar vergeleken op de kwaliteit en doelmatigheid. Slimme innovatieve maatregelen worden gestimuleerd en aan elkaar doorgegeven, via de visitatieteams die worden ingezet door het Zorgkantoor.

3. Fusiestop en toezicht op toetreding

Er komt een onmiddellijke fusiestop en waar mogelijk gaan we defuseren. Hierdoor maken we manage-mentlagen overbodig. Voor topsalarissen en bonussen is geen plaats meer. Bestuurders vallen voortaan onder de CAO voor de zorg.

Er komen strenge toetredingseisen voor het verlenen van zorg. Elke zorgaanbieder moet een vergun-ning hebben en aan strenge eisen voldoen. Zoals voldoende en gekwalificeerd personeel, aangetoonde behoefte aan de aangeboden zorg, een goed financieel plan en een vereniging, stichting of coöperatie-vorm, dus geen BV. Een vergunning kan worden afgenomen bij falen op kwalitatief en financieel vlak. Zelfstandigen kunnen direct zaken doen met het zorgkantoor.

Onderaannemerschap wordt geschrapt. Door het 'doorverkopen' van opdrachten lekt geld weg. On-doorzichtige en soms op fraude beluste bemiddelingsbureaus worden opgedoekt. Instellingen die zorg leveren aan mensen met PGB's dienen ook zorg in natura aan te bieden.

4. Weg met de bureaucratie

We pakken de bureaucratie aan zodat er meer tijd overblijft voor de échte zorg. Alle formulieren die niet bijdragen aan kennisoverdracht worden afgeschaft. Indicaties worden gesteld door de professionals zelf, dus het CIZ wordt afgeschaft. De cultuur van wantrouwen moet worden doorbroken, er komt meer zeggenschap voor de professionele zorgverleners. We schaffen de ZZP's af, instellingen worden gebud-getteerd op grond van faciliteiten, personeel en aard van patiënten. Pluspakketten worden overbodig en zijn ongewenst.

Ook de HKZ-certificering kan worden afgeschaft. De beste garantie voor kwaliteit is goed opgeleide zorgverleners. Daarnaast komen er visitatiecommissies die instellingen bezoeken en kijken naar de kwaliteit.

5. Buurteams voor de thuiszorg

De verantwoordelijkheid voor hulp en zorg in huis geven we in handen van buurtzorgteams. Deze zelfstandige thuiszorgteams krijgen volledige verantwoordelijkheid en de vrijheid om zorg en hulp te verlenen en te organiseren, van aanmelding en beoordeling tot uitvoering.

De wijkverpleegkundige regelt de zorg rond de mens in samenhang met de omgeving. Dat betekent nauw overleg met de eerste lijn (huisarts) en met de juiste inzet van informele zorg (mantelzorg). Bij Buurtzorg Nederland leidt dit concept tot veel minder overhead (platte organisatie), een hogere arbeidsproductiviteit, plezier in het werk en een lager ziekteverzuim. Via deze manier van werken is minder personeel nodig en kan de werkdruk omlaag.

De huishoudelijke zorg, die via de gemeenten wordt georganiseerd in de Wmo, is zoveel mogelijk onderdeel van deze buurteams. De huishoudelijke zorg hoeft niet verplicht Europees te worden aanbesteed en wordt uitgevoerd door gekwalificeerde thuiszorgmedewerkers (Fwg 15).

6. Kleinschalige zorgcentra in de buurt

We vestigen goed uitgeruste en laagdrempelige steunpunten in de buurt, waar ouderen, chronisch zieken en gehandicapten 24 uur per dag een beroep op kunnen doen. Dit kan uiteenlopen van het halen of eten van een maaltijd, het opgeven van klusjes en boodschappen, tips over beweging of medicijngebruik en het krijgen van ander deskundig advies.

Er komt veel meer aandacht voor preventie, dat kan via 'consultatiebureaus voor ouderen' of preventiemedewerkers voor ouderen onder regie van de huisarts en in samenwerking met de buurteams. Het aantal mensen met een (chronische) ziekte neemt toe. Veel inzet is nodig om te voorkomen dat mensen zich hierdoor ziek of beperkt gaan voelen.

7. Klein is de norm

Kleine instellingen presteren beter dan grote aanbieders.²⁸ Daarom wordt klein de norm. Vanaf nu worden nieuwe woonvoorzieningen voor ouderen en gehandicapten enkel nog kleinschalig in de buurt gebouwd. Bestaande locaties worden waar mogelijk en wenselijk verkleind. Uit onderzoek tot nu toe blijken kleinschalige voorzieningen niet duurder, eerder goedkoper. Tegenover meer zorguren staan besparingen op andere terreinen.^{29,30} Bovendien kan ook in deze zorg gewerkt worden met platte organisaties en zelfsturende teams zoals buurtzorg. Enkele experimenten worden hier al mee uitgevoerd. Hierdoor zal minder personeel nodig zijn.

De nieuwe bouwprojecten worden in goede samenwerking met de gemeenten gerealiseerd. Zij krijgen een stimulans-subsidie per gerealiseerde plaats, zoals dit in de jaren negentig ook is ingezet om meer kinderopvang te realiseren

8. De ruimte voor mantelzorg

We versterken en ondersteunen de informele zorg. Op het sociale vlak worden voorwaarden verbeterd zodat mensen makkelijker informele zorg en mantelzorg kunnen combineren met hun baan. Veel mantelzorgers zijn overspannen door de 24 uur zorg die zij hebben voor een naaste. Daarom is het van belang dat een beroep op ondersteuning en professionele zorg wordt gehonoreerd. Mantelzorgwoningen worden gewoon, alle drempels die hiervoor bestaan worden opgeruimd.

Ouderen zijn steeds vitaler. Vergrijzing kunnen we ook als een uitdaging zien om ouderen in te zetten: ouderen voor ouderen.

Pas als gemeenten en jeugdzorg de nodige compensatie weten te regelen, kan er worden bespaard op de ondersteunende begeleiding.

9. Werken in de zorg aantrekkelijk houden en aantrekkelijker maken

De gemiddelde uittreedleeftijd in de zorg is rond de 60 jaar. De zwaarte van het beroep speelt een grote rol om te stoppen. Maatregelen zoals doorwerk- en doorleerbeleid zijn nodig om de gemiddelde uittreedleeftijd te verhogen. De kennis en kunde van oudere werknemers is zeer waardevol voor nieuwe, jonge verzorgenden, verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers. Zet de oudere werknemers dus niet meer verplicht in de nachtdiensten, maar zet ze in als coach of in de visitatiecommissies.

Het is erg belangrijk dat mensen in de zorg fulltime kunnen werken, om zo economisch zelfstandig te kunnen zijn. Dit kan door uitbreiding van de uren van parttimers en door een betere afstemming van zorg- en werktijden. Voor jonge mensen die beginnen in de zorg is het van belang dat zij zekerheid hebben over uren en contract, omdat in de opbouw van het leven inkomensonzekerheid mensen belem-

mert een leven op te bouwen. We voorkomen dus zoveel mogelijk 0- of flexibele urencontracten. Om meer mensen in de zorg te laten werken die nu langs de kant van de arbeidsmarkt staan, zetten we participatiebanen in en werven ook vrijwilligers voor nuttig werk. Mensen zonder werk kunnen veel meer worden ingezet bij boodschappendiensten, klussendiensten, buurtbussen, huiswerkbegeleiding en dergelijke; voor tenminste het minimumloon. Mensen die zich hier vrijwillig inzetten krijgen vrijstelling van sollicitatieplicht.

10. Een zorgvuldig PGB

We behouden het persoonsgebonden budget, maar bakenen deze wel af. Het PGB wordt verstrekt aan mensen die de verantwoordelijkheid voor financieel beheer en verantwoording voor het budget aankunnen. Het zorgkantoor speelt hier, samen met de professionals, een cruciale rol. De toename van individuele voorzieningen PGB voor bijvoorbeeld kinderen met een psychische stoornis en voor ouderenvervoer wordt waar mogelijk omgezet in een collectieve voorziening (huiswerkbegeleiding of buurtbussen). Het monetariseren van mantelzorg via PGB's wordt waar mogelijk afgeremd. Om te voorkomen dat mensen geen andere keus dan het PGB hebben voor een zorgvorm, worden alle zorginstellingen verplicht om zorg in natura te bieden, naast PGB-zorg.



2. DE CURATIEVE ZORG

2.1. UITGAVEN CURATIEVE ZORG ONBEHEERSBAAR: DAN MAAR DE MARKT OP?

De curatieve, op genezing gerichte zorg werd betaald via het ziekenfonds en de particuliere verzekering. Vanaf de Tweede Wereldoorlog zijn veel mislukte pogingen gedaan om te komen tot één volksverzekering. Tot in de jaren zeventig was er veel sympathie voor een overheidsstelsel geïnspireerd door de Engelse National Health Service van Beveridge. Het kwam er niet van vanwege de sterk particuliere inslag van het Nederlandse zorgstelsel dat zich tegen al te veel overheidsinvloed keerde. Wel bemoeide de overheid zich in toenemende mate met de zorg die zich zeer ongelijkmatig ontwikkelde door de invoering van diverse wetten om de ontwikkeling van de zorg beter te plannen zoals de Wet ziekenhuisvoorzieningen uit 1971. De Structuurnota van staatssecretaris Hendriks uit 1974 pleitte voor planning via echelonnering (eerste en tweede lijn, huisarts poortwachter) en regionalisering.³¹ Naast het beter inrichten van de zorg probeerde men door overheidsregulering ook de uitgaven te beheersen.

Met de crisis in de jaren tachtig kwam de budgettering. Deze werd voor de ziekenhuizen in 1983 ingevoerd. Dat hielp, maar zorgde tegelijk voor lange wachtlijsten vanwege te krappe budgetten. Begin jaren tachtig ontstond de discussie over grenzen van de zorg. Is de solidariteit in deze vorm nog wel op te brengen? De overheid zou prikkels moeten geven om de doelmatigheid te bevorderen.

Onder invloed van het neoliberalisme van Thatcher en Reagan veranderde het politieke klimaat in de jaren tachtig. De overheid als sturend en ordenend verdween langzaam maar zeker naar de achtergrond, de markt zou de oplossing brengen. In 1987 ging het roer om met het rapport van Wisse Dekker (Philips-topman): introductie van marktwerking in de zorg. Dekker koos voor de omvorming van het ziekenfonds en de particuliere verzekering tot één basisverzekering. In het basispakket zou 85 procent van het pakket worden ondergebracht, 15 procent zou naar de aanvullende verzekering gaan met nominale premies. De concurrentie bij aanbieders en verzekeraars moest worden bevorderd.³² Staatssecretaris Simons (PvdA) nam de ideeën van Dekker over, zij het dat het basispakket min of meer in stand bleef. De AWBZ zou worden uitgebouwd tot één volksverzekering en door concurrerende verzekeraars worden uitgevoerd.³³ Zo werd in dat kader in 1991 de bekostiging van geneesmiddelen van het ziekenfonds overgeheveld naar de AWBZ.³⁴ Simons stuitte uiteindelijk echter op te groot verzet van de particuliere zorgverzekeraars en zijn plannen sneuvelden.

De trend naar marktwerking zette echter door. Ziekenfondsen gingen fuseren met particuliere verzekeraars en gingen landelijk werken. Met kleine stapjes onder de paarse kabinetten en minister Els Borst (D66) wendde men langzaam aan meer marktwerking. Wat de overheid niet lukte, zou de markt wel kunnen. Er kwam steeds meer geloof in de heilzame werking van de markt.

De markt op

De definitieve doorbraak kwam in 2006 met de invoering van de Zorgverzekeringswet door minister Hoogervorst (VVD). In de Zorgverzekeringswet werden de principes, zoals neergelegd in het rapport van de commissie Dekker, uitgangspunt.³⁵

Het ziekenfondspakket bleef in het nieuwe stelsel min of meer in stand. Ziekenfonds en particulier verzekeringen werden opgeheven. De uitvoering van de Zorgverzekeringswet kwam in handen van concurrerende particuliere ziektekostenverzekeraars. Door marktwerking zou een optimale prijs en kwaliteit tot stand moeten komen. Ook zorgaanbieders moeten concurreren met elkaar door de zorg voor een zo laag mogelijke prijs aan te bieden. Private zorgverzekeraars moeten door zo goedkoop mogelijk inkopen van zorg de premies laag houden om meer verzekerden te trekken. Daarom ontstonden de vaste premies waaruit 50 procent van de zorgkosten moeten worden betaald. Daarbij verdween de inkomenssolidariteit. Er is wel compensatie voor de mensen met lagere inkomens in de vorm van zorgtoeslag. Dit betekent rondpompen van geld en is ook geen garantie voor solidariteit. Zo kondigde het kabinet in januari aan de zorgtoeslag vanaf 2011 geleidelijk omlaag te brengen, de maatregel zou cumulatief in 30 jaar 1,8 miljard euro moeten opbrengen.³⁶

In 2006 leek de opzet te werken: maar liefst 18 procent van de verzekerden stapten over naar een andere zorgverzekeraar. Dit was echter slechts een eenmalige hausse. Mensen voelen er niet veel voor om steeds van verzekeraar te wisselen. In 2007 en volgende jaren daalde het percentage weer naar circa 4 procent, het niveau van voor de invoering van de zorgverzekeringswet.³⁷

Tegelijk met de invoering van de marktwerking werden veel zaken wettelijk vastgelegd zoals een breed basispakket, een verzekeringsplicht, een acceptatieplicht, verevening en zorgtoeslag. Een gereguleerde marktwerking dus waarbij de overheid kaders stelt om publieke belangen te borgen, namelijk de kwaliteit, solidariteit en toegankelijkheid. Kennelijk is er toch niet alle vertrouwen in de markt.

Een bijzonder systeem blijft ons unieke systeem van huisartsenzorg. In de meeste landen kun je direct naar de specialist. Bij ons hebben we de huisarts als poortwachter. Daarmee wordt veel onnodig medisch handelen in de tweede lijn voorkomen. De huisarts behandelt 96 procent van de zorgvraag voor 4 procent van het totale budget.

De laatste jaren is er veel veranderd in de huisartsenzorg. Steeds meer huisartsen gingen parttime werken. In plaats van de kleinschalige waarneemgroepen – waarin de continue, integrale en persoonlijke zorg van de huisarts nog tot op zekere hoogte gewaarborgd was – kwamen grootschalige huisartsendiensten. Door de grootschaligheid is de eigen huisarts in de dienst uit het beeld verdwenen. Deze anonimisering leidde tot een toename van het gebruik. De Vereniging Huisartsenposten Nederland meldde een groei van het aantal consulten en contacten van circa 2,5 procent in 2008 ten opzichte van 2007.³⁸

Met de start van de Zorgverzekeringswet veranderde ook de financiering van de huisartsen. Naast het abonnementensysteem kwam ook betaling per verrichting. Een nieuwe ontwikkeling is de invoering van zogenaamde functionele bekostiging van de huisartsenzorg. De patiënten wordt opgeknipt in ziektebeelden, die door de huisarts samen met andere hulpverleners kunnen worden behandeld. Degene die het pakket afneemt wordt de hoofdaannemer. Om kosten te besparen wil de regering deze hoofdaanemers (huisartsen en andere hulpverleners) laten onderhandelen met zorgverzekeraars over de prijs van chronische zorg aan patiënten met bepaalde ziektebeelden zoals diabetes, hartfalen en andere hart- en vaataandoeningen en chronische longziekten (COPD). Het risico is dat dit ten koste kan gaan van de kwaliteit van de zorg in zijn geheel en leidt tot nieuwe bureaucratie. Bij de huisartsen leeft veel scepsis over deze plannen.³⁹

Er is veel discussie over winstuitkering in de zorg. In de eerste lijn en de thuiszorg mag het, niet bij ziekenhuizen en in intramurale AWBZ-instellingen. Privaat kapitaal is toegestaan, maar de winst daarvan moet in de zorginstelling blijven en mag niet aan kapitaalverschaffers worden uitgekeerd. De regering vindt dat winstuitkeringen voor ziekenhuizen mogelijk gemaakt zou moeten worden om privaatkapitaal met winstuitkering aan te trekken.⁴⁰

Discussie is er ook over uitbreiding van de marktwerking in ziekenhuizen. In 2005 is gestart met de vrije prijsvorming voor ziekenhuizen en de invoering van de diagnose behandeling combinaties (DBC's). DBC's zijn een vorm van prestatiebeloning waarbij een DBC staat voor een zorgproduct met een prijskaartje er-

aan. Er zijn er nu bijna 40.000. Er wordt gewerkt aan een vereenvoudiging, de zogenaamde DOT's (DBC's op weg naar transparantie) waarvan er 3000 worden ontwikkeld. De ziekenhuizen moeten over prijs en volume van deze DBC's onderhandelen met de zorgverzekeraars. In 2005 gold voor 10 procent van de DBC's vrije prijsvorming. In 2008 is de vrije prijsvorming uitgebreid naar 20 procent, in 2009 naar 34 procent. De regering wil naar 50 procent in 2011. De Kamer heeft daar vooralsnog een stokje voor gestoken met de aanname van de motie Van Gerven.⁴¹ Vanaf 2008 gelden de DBC's ook voor de gespecialiseerde curatieve GGZ.

De marktwerking heeft de groei van de uitgaven aan curatieve zorg niet kunnen indammen. Integendeel, er is nog steeds sprake van een stijging van 4½ procent per jaar.⁴² Daarmee is de curatieve zorg een van de grootste en snelst groeiende collectieve uitgavenposten. Ondertussen daalt Nederland op de internationale top af naar de middenmoot. Zo is de positie van de Nederlandse levensverwachting ongunstiger geworden door de relatief hoge sterfte onder zuigelingen en tachtigplussers.⁴³

Vanwege de financiële en economische crisis zette het kabinet twintig ambtelijke werkgroepen aan het werk om 35 miljard aan besparingen te vinden. Ook voor de curatieve zorg zijn een reeks voorstellen gedaan. Deze betreffen vooral een forse vermindering van de aanspraken en een forse verhoging van eigen bijdragen of eigen risico.

Verder wijst men er op dat we halverwege een systeem van marktwerking en budgettering zitten. Er moet gekozen worden: doorpakken met marktwerking of terug naar budgettering.⁴⁴

De gevolgen van de marktwerking tekenen zich inmiddels steeds duidelijker af:

Verzakelijking van zorg

In de zorg draait het niet meer om de mens, maar om productie, procedure en profilering. Financiële prikkels en marktdenken sluiten niet aan bij de motivatie en bezieling van de meeste professionals en zijn funest voor de arbeidsmotivatie. Dit waren de conclusies uit een onderzoek in 2008 onder ruim 5000 werkers in de GGZ.⁴⁵

Uit een onderzoek uit 2004 blijkt dat minstens 12 procent van de werkers in de zorg uitgeschakeld is wegens burn-out, het hoogste aantal van alle beroepsgroepen. Per jaar verlaat 7 procent van de verpleegkundigen (dat zijn 30.000 mensen) het beroep omdat ze het niet meer zien zitten (een verpleegster: 'omdat ik de tijd mis met cliënten bezig te zijn'). Voor huisartsen geldt hetzelfde: de werkdruk is te hoog, de patiënten lastig en veeleisend. Overal zien we tekenen van een afnemende motivatie voor de zorg en van een onbevredigende sector om in te werken. De lol is er af en de zieke als mens is verdwenen uit de zorg.⁴⁶

Meer bureaucratie

Om te controleren of alles goed gaat en het publieke belang goed wordt geborgd, wordt een heel controlesysteem opgezet, met dure managers en tussenlagen om dit allemaal in stand te houden. De Raad van State wijst er in haar laatste jaarverslag op dat het verdwijnen van de publieke functie naar de achtergrond leidt tot een verzwaring van de publieke voorwaarden. Gevolg: méér in plaats van minder regels en meer papier.⁴⁷ Ook economen als Kleinknecht wijzen op de vele regels door marktwerking: meer handen aan de bureaus, minder aan het bed. Controle vanuit wantrouwen.⁴⁸

De Nza stelde in de monitor fysiotherapie 2007 dat een toename van de administratieve lasten een onvermijdelijk gevolg is van marktwerking. Uit een rapport van Capgemini blijkt dat huisartsen 90 miljoen extra administratiekosten hebben vanwege het declareren.⁴⁹ Uit een groot onderzoek in de GGZ (2008) blijkt dat twee derde van de werknemers 20 tot 50 procent van hun tijd kwijt is aan bureaucratie.⁵⁰ De DBC's, het onderhandelen met vele zorgverzekeraars, het moeten voldoen aan allerlei eisen en regels van overheid, verzekeraars of instellingen zelf, dit alles leidt tot een enorme toename van de bureaucratie.

Hogere productie

De invoering van diagnose behandeling combinaties (DBC's) en vrije prijsvorming (34 procent) lijken vooral te leiden tot een hogere omzet.⁵¹ Ook de Nederlandse vereniging Ziekenhuizen moet toegeven dat de omzet van het vrije B-segment sneller groeit dan van het A-segment, namelijk 6,5 tegen 5,4 procent.⁵² Het risico is dat vrije prijsvorming leidt tot een lagere drempel voor behandeling en mogelijk ook onnodige behandeling. De eerste ervaringen met staaroperaties lijken dit te bevestigen.⁵³ De Raad van State wijst

er in haar jongste jaarverslag op dat het vragen is om moeilijkheden om in capaciteitsorganisaties en de zorg de prijzen van (toekomstige) producten van te voren te bepalen. Het leidt tot calculerend gedrag en zelfs gesjoemel. Een voorbeeld noemt zij de DBC's, hier is benchmarking (onderlinge vergelijking van de kosten) meer op haar plaats dan prijsconcurrentie.⁵⁴

In de kortdurende GGZ, die in 2008 is overgeheveld van de AWBZ naar de marktgeruleerde zorgverzekeringswet, zijn de uitgaven gestegen met 400 miljoen volgens het CPB. Ook na invoering van het nieuwe financieringssysteem bij de huisartsen zien we een aanmerkelijke stijging van consulten na de invoering van het marktmechanisme.^{55 56} Kleinknecht stelt dat vaak onnodige handelingen worden verricht omdat de productie toch moet worden gehaald.⁵⁷ Twintig tot vijfentwintig procent van de diagnostische en therapeutische handelingen zouden niet nodig zijn.⁵⁸ Ook Margo Trappenburg wijst erop dat huisartsen en specialisten eerder toegeven aan de vraag van de patiënt in plaats van te kijken naar diens objectieve medische behoefte.⁵⁹ Daarnaast ontstaat een tendens om nieuwe ziekten op de markt te zetten, vooral de farmaceutische industrie is hier zeer bedreven in.⁶⁰

Explosie specialisteninkomens

In 2007 en 2008 groeide de omzet van de specialistenhonoraria met 20 en 30 procent, zo concludeert Vektis in 2009.⁶¹ De honoraria groeiden van 2,1 miljard in 2006 naar 3,2 miljard in 2008. Onderzoek van PwC in 2010 in opdracht van het ministerie van VWS herbevestigen dit beeld. Zij constateert een groei met 24 procent in 2008.⁶² Het gemiddelde inkomen van specialisten zou volgens een schatting van het departement in 2005 al op het niveau van 200.000 tot 225.000 euro liggen.⁶³ Dertig procent hoger dan de norm van 130.000 euro die de commissie Korthals Altes bepleitte.⁶⁴ Minister Klink sprak in april 2010 zelfs over een omzet per vrij gevestigde specialist van 300.000 euro terwijl hij een omzet van 220.000 gerechtvaardigd achtte.⁶⁵

Duurdere zorg

Dat marktwerking zorg goedkoper zou maken is nooit ergens bewezen. In tegendeel. Uit allerlei Amerikaans onderzoek blijkt dat de commerciële ziekenhuizen minder efficiënt zijn dan niet-commerciële ziekenhuizen. Dat valt onder meer te verklaren uit meer bureaucratie, hogere salarissen van managers en winstgerichtheid. Het hele Amerikaanse systeem is meer gericht op winstgerichtheid dan op medische behoefte. Er is zowel sprake van onder- als overbehandeling.⁶⁶ Ook ervaringen in Duitsland laten zien dat marktwerking leidt tot een hoger volume, ook van niet-noodzakelijke zorg.⁶⁷

Kwaliteit onder druk

Van concurrentie op kwaliteit is nauwelijks sprake. Het inzicht ontbreekt bij de zorgverzekeraars.⁶⁸ Door de ziekenhuizen worden nu samen met de Inspectie en ministerie prestatieindicatoren ontwikkeld. In 2011 moeten er 80 zijn. Of dat haalbaar is, is ongewis. Medio 2009 staat de teller op circa 10 indicatoren waarmee wordt gewerkt. Het wetenschappelijke nut wordt door menigeen betwijfeld. Bovendien wordt het gebruikt als marketinginstrument. Zo verdenken ziekenhuizen elkaar van het 'oppoetsen' van data.⁶⁹ Concurrentie op de zorgmarkt of tussen verzekeraars levert geen dwingende kwaliteitsnormen op, stelt ook de Raad van State. De professionaliteit van de zorgverleners dreigt ondergeschikt te raken aan de eisen die het financiële beheer stelt.⁷⁰

Of de wachtlijsten zijn verdwenen, zoals de voorstanders van de markt ons voorspiegelen, kan worden betwijfeld. Onderzoek van de SP in augustus 2009 toonde aan dat in de helft tot twee derde van de ziekenhuizen de normwachtijden van 6 à 7 weken bij knie- en heupoperaties worden overschreden.⁷¹

Uitholling solidariteit

De hoge nominale premie leidt tot betalingsproblemen: het aantal wanbetalers is gestegen tot ruim 2 procent. Er is ook een toename van mensen die geen aanvullende verzekering meer afsluiten. In 2006 had 91 procent nog een aanvullende verzekering, in 2009 86 procent.

Ondanks veel verzet is het eigen risico van 165 euro als opvolger van de no-claim er toch gekomen. Huisarts- en moeder- en kindzorg zijn daarvan uitgesloten. Chronisch zieken en gehandicapten krijgen een compensatie van 47 euro. De uitvoering leidt tot veel problemen, zo constateert de Nza. De administratiekosten voor de verzekeraars bedragen circa 50 miljoen euro per jaar, terwijl het CPB de afname van de zorgvraag door het eigen risico op circa 60 miljoen per jaar schat. Dat betekent dat de besparingen door het eigen risico vrijwel geheel verdampen door de bureaucratische rompslomp.^{72 73} Het Centraal Administratie Kantoor heeft grote problemen met de uitvoering. De ervaringen uit meldpunten van de CG-Raad

en de SP geven aan dat de frustratie over het eigen risico zeer diep zit. Het merendeel ziet het eigen risico het liefst zo snel mogelijk verdwijnen, omdat ze het ervaren als straf op ziekte.

Ook het vrijwillig eigen risico variërend van 100 tot 500 euro per jaar is erg impopulair. Slechts 5 procent van de verzekerden kiest daarvoor. Omdat een meerderheid van de verzekerden eenvoudigweg geen eigen risico wil.⁷⁵

Tweedeling

De hoge premies en het eigen risico tasten de gelijke toegang tot de zorg aan. Veel onderzoeken tonen aan dat mensen met weinig geld afzien van zowel onnodige als noodzakelijke zorg.⁷⁶ Ongelijke toegang zit ook in het verdwijnen van de contracteerplicht. Een toenemend aantal verzekerden dat naar een zorgaanbieder gaat waarmee geen contract is afgesloten krijgt geen volledige restitutie meer. Volledige restitutie krijgt nog maar een kleine 30 procent en de trend om minder te restitueren zet zich door.⁷⁷ Een andere ontwikkeling is dat de zorg zich steeds meer richt op lucratieve zorg. Dat zag je bij de tandzorg en nu ook bij de GGZ. De zorg voor chronisch zieke mensen staat onder druk, deze groep brengt geen geld op. Beschikbare zorg gaat vooral naar groepen die goed in de markt liggen.⁷⁸ Ook het Trimbos-instituut stelt in haar laatste trendrapportage vast dat de langdurige en intensieve ambulante zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problemen in de knel komt.⁷⁹

De nieuwe ontwikkeling van het organiseren van zorg in straten zoals mammapoli en diabetespoli kan eveneens leiden tot voorrangszorg, omdat men geneigd zal zijn eerst de straatpatiënten te behandelen, die leveren een boel geld op.

Voorkruipzorg

Vanaf de negentiger jaren zijn er initiatieven voor bedrijvenpoli of andere vormen van voorkruipzorg. Ook dit is een vorm van tweedeling. Deze initiatieven zijn steeds bestreden op basis van het principe dat voorrang alleen mag plaatsvinden op medische criteria (31 maart 1998 motie Marijnissen).⁸⁰ Met de zorgverzekeringswet in 2006 heeft de tweedeling en voorkruipzorg echter een wettelijke basis gekregen. Verzekeraars mogen voorrangszorg aanbieden voor hun verzekerden. Margo Trappenburg stelt dat de initiatieven logische consequenties van het nieuwe stelsel zijn. Het zijn initiatieven die aanzetten tot betere behandeling op basis van niet-medische criteria, zoals verzekeringsstatus of werknemersstatus.⁸¹ Een voorbeeld is het Leidse Diaconessenziekenhuis dat met Zorg en Zekerheid had afgesproken dat de door deze verzekeraar ingekochte capaciteit uitsluitend ten behoeve van polishouders van Zorg en Zekerheid zou worden aangewend. Volgens de toenmalige minister Hoogervorst was dat toegestaan en was dat nu eenmaal de logica van de markt. Ook de NVZ en ZN spraken van een logisch gevolg van de markt.⁸² Een ander voorbeeld is het bemiddelingsbureau Quality Medical Services dat tegen extra betaling voordringen op de wachtlijst in een aantal ziekenhuizen waaronder het Kennemer Gasthuis in Haarlem garandeerde. Dat zorgde voor veel ophef in de Kamer. Minister Klink verwierp uiteindelijk de Kennemergasthuisconstructie maar billijkte de verzekeraarsvoorkruipzorg. Aan de andere kant staat het kabinet positief ten opzichte van het bevorderen van de ratificatie van het Verdrag in zake de rechten van de mens en de biogeneeskunde waarbij voorkruipzorg uit den boze is en gelijke behandeling dient te worden bevorderd. Hoogleraar gezondheidsrecht Martin Buijsen spreekt van discriminatie als niet de zorgbehoefte uitgangspunt van handelen is. Marktwerking leidt tot onrecht en vergroting van de gezondheidsverschillen en moet daarom principieel worden afgewezen.⁸³

De voorrangszorg worden nogal eens verdedigd door er op te wijzen dat mensen na kantoor-tijd worden behandeld, de capaciteit wordt dus verruimd en de overige patiënten worden er ook beter van. Het gaat dan wel om zorg in twee versnellingen. Bovendien is het maar zeer de vraag of andere patiënten hier niet juist de dupe van worden. Kunnen zorgverleners echt meer uren maken zonder dat de reguliere zorg hieronder lijdt?

Risicoselectie

De Nza constateert dat een aantal verzekeraars medische selectie toepast voor de duurdere pakketten van de aanvullende verzekering en de aanspraken beperkt.

Risicoselectie in de basispakketten mag niet. Verzekeraars proberen dit soms langs een omweg toch wel een beetje, dan bieden ze karige, goedkope polissen die eigenlijk alleen aantrekkelijk zijn voor jonge, gezonde klanten.⁸⁴ Er is ook een verzekeraar die via de aanvullende verzekering bij gezonde groepen het verplichte en vrijwillige eigen risico goedkoop herverzekert. Volgens de minister is dit binnen de wet. De ANBO en de CG-raad vrezen tweedeling en aantasting van de solidariteit vanwege het voortrekken van

gezonde mensen door de verzekeraars.⁸⁵ Via deze sluiproute introduceren de verzekeraars weer oude gewoonten van de particuliere verzekering waarbij risicoselectie een basisprincipe vormde.

Winstuitkeringen in de zorg

De regering vindt dat winstuitkeringen voor ziekenhuizen mogelijk gemaakt zou moeten worden. Amerikaans onderzoek wijst echter uit dat dit leidt tot duurdere zorg.⁸⁶ Ziekenhuizen met winst oogmerk gaven bovendien 2 procent meer mortaliteit te zien dan zonder winst oogmerk terwijl de kosten 19 procent hoger lagen door de hoge kosten voor het management.⁸⁷ In een meta-analyse uit de VS is de conclusie dat winstgedreven instellingen hogere kosten hebben dan niet-winstgedreven instellingen.⁸⁸ Ervaringen in Duitsland wijzen uit dat dit leidt tot flinke bezuinigingen op personeel.^{89 90} In Frankrijk hebben ruim 1400 private ziekenhuizen met winst oogmerk 20 procent van de ziekenhuismarkt in handen. Zij werken goedkoper dan de ziekenhuizen zonder winst oogmerk, maar behandelen de meer eenvoudige aandoeningen. Ook werken ze met minder en goedkoper personeel.⁹¹

In Nederland is het Slotervaartziekenhuis in private handen gevallen. Opvallend is de agressieve stijl van handelen gericht op concurrentie en vergroting van de omzet. Personeel van andere ziekenhuizen wordt via persoonlijke brieven benaderd om in het Slotervaartziekenhuis te komen werken. Ook startte Slotervaart met een kinderpolikliniek met alternatieve behandelingen en een poli voor Mexicaans griep die om redenen van kwaliteit fel zijn bekritiseerd. Omzet lijkt hierbij leidraad in plaats van de medische noodzaak.^{92 93}

Het grote risico is dat de beroepsmotivatie wordt ondermijnd door financiële prikkels. Het medisch handelen kan zo ondergeschikt gemaakt worden aan economische belangen.

Het geloof in de heilzame werking van de markt neemt af. De SER vindt dat besluiten over wel of geen markt gebaseerd moeten zijn op een uitgebreide effectanalyse, borging van publiek belang en een goede afweging van alternatieven.⁹⁴ Forse kritiek komt ook van Tjeenk Willink, vice-president van de Raad van State. In het jaarverslag 2008 stelt hij voor een publiek debat te houden over de voor- en nadelen van de marktwerking. 'Waar marktwerking niet blijkt op te leveren wat wél werd voorgespiegeld, moet opnieuw worden nagegaan welke taken zo essentieel zijn voor het maatschappelijke verkeer dat ze niet aan de private sector alleen kunnen worden overgelaten.'⁹⁵

In het jaarverslag 2009 stelt hij dat marktwerking niet alleen leidt tot een groeiend aantal regels maar ook tot een democratisch deficit (de minister gaat er niet over). 'Het politieke is verbestuurlijkt en het bestuur is – in zijn denken – vermarkt. Niet meer de politieke logica bepaalt, steeds opnieuw via het democratische proces, wat het algemeen belang inhoudt, maar de logica van het marktdenken.'⁹⁶

2.2. HET KAN ANDERS: EEN SOLIDAIRE ZORGVERZEKERING

Alles wat niet naar behoren functioneert, ruimen we op. We zullen fundamenteel andere keuzes moeten maken. De zorg is een publieke zaak en dient te steunen op democratische legitimiteit, moraliteit en algemeen belang. De markt kent deze waarden niet en kan dit dus niet garanderen.⁹⁷ Het huidige stelstel zal niet opleveren wat men ervan verwacht. Dat was eigenlijk al duidelijk voor de invoering. Marktwerking leidt tot meer bureaucratie, meer productie en hogere uitgaven. Tot een doorgeslagen verzakelijking van zorg en demotivatie van personeel. Wij kiezen voor zorg gebaseerd op solidariteit en gelijke toegankelijkheid. Voor kleinschaligheid en versterking van de eerste lijn. Dat zal leiden tot menselijke zorg en tot een efficiënter gebruik van de middelen en minder bureaucratie. De farmaceutische industrie die soms meer gericht is op patenten dan patiënten, pakken we hard aan.

Hoe wij het gaan doen: tien punten

1. Financiering op basis van draagkracht

Financiering op basis van draagkracht. Dus de zorgverzekering volledig via inkomensafhankelijke premies. Geen nominale premies, eigen risico of premiedifferentiatie. De bureaucratische zorgtoeslag kan dan vervallen. De AWBZ en zorgverzekering kunnen op den duur opgaan in een basisverzekering voor iedereen. In december 2000 publiceerde de SP al een dergelijke visie.⁹⁸ In het pakket hoort alle noodzakelijke zorg, er mogen dus geen verdere pakketinperkingen plaatsvinden. Wel komt er een stringenter pakketbeheer voor de toelating van nieuwe behandelingen en geneesmiddelen.

2. Terugdraaien marktwerking

Dat betekent dat de zorgverzekering wordt uitgevoerd door sociaal en regionaal werkende publieke zorgverzekeraars. Met regionale budgetten gebaseerd op de zorgbehoeften. In plaats van onderlinge concurrentie gaan aanbieders samenwerken. Via benchmarking worden aanbieders geprikkeld doelmatig te werken. De aanbieders worden in een doorlopend proces met elkaar vergeleken op de kwaliteit en doelmatigheid. Op basis daarvan worden de eisen aangescherpt zodat ook aanbieders die minder presteren geprikkeld blijven om de beste prijs/kwaliteitverhouding te leveren. Ook wordt de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) versterkt door actiever en geregionaliseerd toezicht en uitbreiding van de capaciteit.

3. Afschaffen DBC's

Het bureaucratische financieringssysteem van diagnose behandeling combinaties (DBC's) en vrije prijsvorming voor de ziekenhuiszorg en tweedelijns-GGZ verdwijnt. Deze financiering op basis van verrichtingen wordt vervangen door financiering op basis van het aantal patiënten in de regio (adherentie) en de intensiteit van de benodigde zorg. Voor ziekenhuizen is benchmarking meer op haar plaats dan prijsconcurrentie, zegt ook de Raad van State in haar laatste jaarverslag.⁹⁹

4. Artsen en apothekers in loondienst

Voor artsen en apothekers komt een loondienst of abonnementssysteem. Voor alle specialisten zouden de arbeidsvoorwaarden medisch specialisten zoals gebruikt bij specialisten in loondienst (Academische ziekenhuizen) kunnen gaan gelden. Te denken valt aan een norm voor specialisteninkomens van 130.000 euro per jaar zoals de commissie Korthals Altes bepleitte.¹⁰⁰ De numerus fixus (of 'loting') voor geneeskunde wordt afgeschaft. Er komt een opschoning van managers en topsalarissen. Voor huisartsen en apothekers streven we naar een abonnementensysteem met inschrijving van patiënten op naam.

5. Verbieden voorkruipzorg

Voorrang in de zorg mag enkel op basis van medische criteria. Alle vormen van voorkruipzorg houden we tegen. Voorrang vanwege extra betaling door een werkgever maar ook voorrang via de exclusieve inkoop van een verzekeraar. Iedereen heeft recht op medische zorg. Uitgeprocedeerde asielzoekers en onverzekerden mogen niet worden uitgesloten van medische hulp.

6. Klein is de norm

Alle zorg moet goed toegankelijk en dus ook bereikbaar blijven. We gaan naar meer kleinschaligheid. Voor behoud van kleinschalig werkende ziekenhuizen wordt een fusiestop ingevoerd en komt er een beschikbaarheidstoeslag. Het bereikbaarheidscriterium voor acute hulp wordt aangescherpt van 45 naar 30 minuten om te voorkomen dat nog ziekenhuizen verdwijnen. Kleinschalige huisartsendiensten met name op het platteland krijgen voldoende ondersteuning. Datzelfde geldt voor de ontwikkeling van zogenaamde (F)ACT-teams in de GGZ, multidisciplinaire wijkteams die voorkomen dat GGZ-patiënten buiten de boot vallen.

7. Versterken eerste lijn

De eerste lijn moet versterkt worden door het stimuleren van buurtgezondheidscentra waar huisartsen samenwerken met wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen etc. Deze buurtgezondheidscentra moeten 24 uur per dag bereikbaar zijn. Ook poliklinieken worden in de wijk gevestigd. Geïnvesteed wordt ook in preventieve GGZ en consultatieprojecten vanuit de GGZ bijvoorbeeld op scholen.

8. Investeren in preventie

Preventie moet krachtig worden bevorderd. Alle preventieve maatregelen die effectief zijn worden doorgevoerd. De screening op darmkanker wordt direct ingevoerd.

De publieke gezondheidszorg wordt veel explicieter een overheidstaak. De overheid moet veel krachtiger en eerder optreden en zich minder laten belemmeren door de belangen van de tabaksindustrie en alcoholbranche.

Preventieve maatregelen dienen zich extra te richten op de risicogroepen. Mensen met een lage opleiding hebben nog te weinig kunnen profiteren van de daling van welvaartsziekten.

9. Bestrijden sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV)

De bestrijding van SEGV krijgt topprioriteit. De verschillen in gezondheid tussen arme en rijke mensen pak je vooral aan met verbetering van inkomen en woon- en werkomstandigheden. Dat betekent verbetering van de koopkracht van de laagste inkomens en het tegengaan van schooluitval.

Je krijgt de kloof niet dicht door alleen een beroep te doen op de eigen keuze van mensen. Het helpt veel beter om het te zien als een collectief probleem en door collectieve maatregelen te nemen. Naast bevorderen van gezond gedrag zijn veranderingen in omgevingsfactoren nodig en een actievere rol van de zorg. Huisartsen, wijkverpleegkundigen en preventiemedewerkers voor ouderen gaan bijvoorbeeld gericht mensen uitnodigen om risicofactoren voor hart- en vaatziekten op te sporen.

Het tegengaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen wordt expliciet als doelstelling opgenomen in de Wet publieke gezondheidszorg.

10. Aanpakken macht farmaceutische industrie

De agressieve marketing en beïnvloeding van onderzoek door de farmaceutische industrie pakken we aan. Er komt een actievere rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en individuele commerciële huisartsenbezoeken worden tegengegaan. Farmaceutische industrie en onderzoekers houden zich aan de gedragscode van de KNAW en er komt een onafhankelijk onderzoeksfonds voor bijwerkingen.¹⁰¹ Het preferentiebeleid wordt algemeen en unaniem, de inkoop van geneesmiddelen zal uiteindelijk plaatsvinden via regionale publieke zorgverzekeraars. De geneesmiddelenwet wordt verder aangescherpt.



- 1 Zie verkiezingsprogramma SP, een beter Nederland voor minder geld. Mei 2010. CPB, Bijlage bij Keuzes in Kaart 2011-2015. Mei 2010
- 2 [www.buurtzorgnederland.com/Nieuws/mBC_Buurtzorg Nederland - juni09_v1_1TV.pdf](http://www.buurtzorgnederland.com/Nieuws/mBC_Buurtzorg_Nederland_-_juni09_v1_1TV.pdf)
- 3 SCP. Staat van Nederland 2009, bijlage 7, tabel B7.7
- 4 Grondwet, artikel 22
- 5 CPB. Centraal Economisch Plan 2010 en Economische Verkenning 2010-2015, maart 2010.
- 6 CPB. Economische Verkenning 2011-2015, maart 2010.
- 7 Advies Zorginformatieplatform 2009 (ZIP). Zorg voor mensen, mensen voor zorg, blz 9.
- 8 RIVM. Van Gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. blz. 90 e.v.
- 9 RIVM. Van gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2010.
- 10 SCP: Advies ramingen verzorging en verpleging (2004).
- 11 SCP: Advies ramingen verzorging en verpleging (2004).
- 12 RVZ. Beter zonder AWBZ? 31 januari 2008.
- 13 SER. Langdurige zorg verzekerd. Advies over de toekomst van de AWBZ. 18 april 2008.
- 14 Doeke Post. Wie wordt er beter van? Relief, maart 2010.
- 15 CPB notitie, Bijlage 1. 21 maart 2010.
- 16 Werkgroep langdurige zorg. Rapport brede heroverwegingen, april 2010.
- 17 www.sp.nl/zorg/columns/229/mieke.html
- 18 Doeke Post. Wie wordt er beter van? Gevolgen van de invoering van de Zorgzwaartepakketten. Relief, maart 2010.
- 19 Doeke Post. De derde weg. Elsevier 2010.
- 20 Nog niet gepubliceerd.
- 21 Doeke Post. Wie wordt er beter van? Gevolgen van de invoering van de Zorgzwaartepakketten. Relief, maart 2010.
- 22 Doeke Post. De derde weg. Elsevier, 2010 (oa blz 206).
- 23 Grote zorgen over "nieuwe" toetreders op de thuiszorgmarkt. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 11 juni 2009.
- 24 Ineke Palm et al. De GGZ ontwricht, oktober 2008.
- 25 Trimbosinstituut. Trendrapportage GGZ 2009.
- 26 Zorgvisie. Bussemaker: geen bezwaar tegen pluspakketten. 3 juni 2009.
- 27 www.sp.nl/zorg/nieuwsberichten/7459/100315-leijten_leg_losbandig_ondernemerschap_in_zorg_aan_banden.html
- 28 Gupta Strategists. Trouw aan de belofte. Januari 2010.
- 29 R. Huijsman. Kostenonderzoek naar bedrijfsvoering kleinschalige zorg voor dementerenden. Instituut BMG, Rotterdam, juni 2007.
- 30 Jan Wijnen. Kleinschalige zorg is de sleutel. SOZIO 88, juni 2009; Henk Nouws. Kleinschalig groepswonen is niet duurder, www.ruimtevoorzorg.nl, 1 juli 2007.
- 31 Structuurnota Volksgezondheid 1974.
- 32 Bereidheid tot verandering. Commissie Dekker 1987.
- 33 Nota 'Werken aan zorgvernieuwing' 1990.
- 34 Wet stelselherziening ziektekostenverzekering.
- 35 Doeke Post. De derde weg. Elsevier 2010.
- 36 www.medicalfacts.nl/2010/01/30/zorgtoeslag-wordt-minder/; Minister van VWS, brief aan Tweede Kamer, 29 januari 2010 (32123 XVI, 118).
- 37 Zorgthermometer 2010. Vektis, april 2010.
- 38 www.vhned.nl/site/home/hapincijfers.html
- 39 De huisarts aan het woord. Wetenschappelijk bureau SP, mei 2010
- 40 Ministerie van VWS. Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Den Haag, 9 juli 2009.
- 41 Motie Van Gerven 29248 nr. 85. Handelingen, 2 juli 2009.
- 42 Curatieve zorg 2.0. Rapport brede heroverwegingen, april 2010.
- 43 Johan Mackenbach. Ziekten in Nederland. Elsevier, december, 2009. blz 79 ev.
- 44 Curatieve zorg 2.0. Rapport brede heroverwegingen, april 2010.
- 45 Ineke Palm et al. GGZ ontwricht, oktober 2008. Blz 185.
- 46 Doeke Post. De derde weg, blz 100 e.v..
- 47 Raad van State. Jaarverslag 2009.
- 48 Veel regels door de marktwerking. NRC 11 november 2006.
- 49 <http://devrijehuisarts.org/asp/CapemRapport220808.asp>.
- 50 Ineke Palm et al. De GGZ ontwricht. Oktober 2008.
- 51 Skipr, 16 juli 2009.
- 52 www.nvz-ziekenhuizen.nl/Actueel/Nieuws/Juli_t_m_december_2009/NVZ_ziet_beheerste_volume_ontwikkeling_in_B_segment_Roland_berger_maakt_rekenfouten.
- 53 Nza. Monitor ziekenhuiszorg 2009.

- 54 Raad van State. Jaarverslag 2009.
- 55 SEO-rapport nr. 2008-76. Analyse ten behoeve van de monitor huisartsenzorg 2009 van de Nza. Amsterdam 2008.
- 56 Doeke Post. De derde weg. Elsevier 2009.
- 57 Kleinknecht. Onnodige handelingen De Stentor 2 december 2006. Post. De derde weg, blz 161.
- 58 Berden. Dat wat verstandig lijkt... Inaugurale rede, vrijdag 12 juni 2009, universiteit van Tilburg.
- 59 Margo Trappenburg. Verval van een vitale norm. Socialisme & Democratie, 2009.
- 60 Joop Bouma. Hoe ziek is de farmaceutische industrie? L.J. Veen 2006; Trudy Dehue, de depressieepidemie, augustus 2008.
- 61 Vektis. Onderzoeksrapport schadelast specialisten. Zeist, juni 2009.
- 62 PricewaterhouseCoopers. Onderzoek naar honorariaontwikkeling medisch specialisten 2007-2008 Februari 2010.
- 63 Brief minister VWS aan de Tweede Kamer. 2689, nr 34. November 2005.
- 64 Commissie Korthals Altes. Januari 2006.
- 65 Minister Klink in Pauw en Witteman, 26 april 2010.
- 66 www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/highlights.pdf National health expenditure data. Ineke Palm. De vermarkting van de Nederlandse zorg. Spanning, januari 2009.
- 67 Klemm-Kropp. De zorg in Duitsland beu. Nederland moet leren van de fouten van het buurland. Medisch Contact 2007; 62: 2046-7. Post. De derde weg.
- 68 Nza. Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008.
- 69 Medisch Contact. 28 augustus en 7 oktober 2008.
- 70 Raad van State. Jaarverslag 2009.
- 71 www.sp.nl/zorg/nieuwsberichten/6915/090828-wachlijsten_niet_weg_door_invoering_marktwerking_ziekenhuizen.html
- 72 Monitor eigen risico 2008. Nza. 20 april 2009.
- 73 Gedragseffecten van eigen betalingen in de zorgverzekeringswet. CPB, 25 april 2008.
- 74 CG-Raad. Factsheet compensatie eigen risico, maart 2009; Maak een einde aan eigen risico SP, maart 2009.
- 75 Monitor Eigen risico 2008. Nza.
- 76 www.verenigingvenw.nl/eigenbetalingen.htm.
- 77 Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008. Nza, juni 2008.
- 78 Ineke Palm et al. De GGZ ontwricht, oktober 2008.
- 79 Trimbosinstituut. Trendrapportage GGZ 2009.
- 80 Motie Marijnissen, kamerstuk 25170, nr 7.
- 81 Margo Trappenburg. Verval van de vitale norm. Socialisme & Democratie, 2009.
- 82 M. Buijsen, de handigste verzekeraars dringen door, in trouw 25 maart 2006.
- 83 Martin Buijsen. Voorrangszorg is onrechtvaardig. Socialisme en Democratie. 4/2009.
- 84 A. reerink. Zorgpolis voor gezonde mensen. Goedkope basisverzekering is nog een eenling. NRC 9 februari 2009.
- 85 Algemeen dagblad, 21 juli 2009.
- 86 SEOR-ECRI. Winstuitkering: winst voor publieke belangen. Erasmusuniversiteit Rotterdam, oktober 2006.
- 87 Woolhandler and Himmelstein. Competition in a publicly funded healthcare system. BMJ, dec 2007. www.bmj.com/cgi/content/full/335/7630/1126
- 88 Devereaux et al. A systematic review and meta-analyses of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. CMAJ 2002; 166 (11): 1399-406.
- 89 SEOR-ECRI. Winstuitkering: winst voor publieke belangen. Erasmusuniversiteit Rotterdam, oktober 2006.
- 90 Verein Demokratischer Ärztinnen un Ärzte. Privatisierung. 23 april 2009. www.vdaee.de/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=96&Itemid=112
- 91 Werkbezoek vaste kamercommissie VWS aan Frankrijk. Parijs, 6-10 juli 2009.
- 92 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 2008-2009. Aangangsels Handelingen. 2750. Antwoord Kamer-vragen.
- 93 www.medicalfacts.nl/2009/08/13/coutinho-griepoli-slotervaartziekenhuis-uiteerst-ongewenst/
- 94 SER ontwerpadvies. Advies overheid én markt: het resultaat telt. Voorbereiding is bepalend voor succes. Februari 2010.
- 95 Raad van State. Jaarverslag 2008.
- 96 Raad van State. Jaarverslag 2009.
- 97 Agnes Kant. Vermarkting ondermijnt publieke zaak. Volkskrant 9 september 2008.
- 98 Tweede Kamerfractie SP. Een kwestie van beschaving, december 2000.
- 99 Raad van State. Jaarverslag 2009.
- 100 Commissie Korthals Altes. Januari 2006.
- 101 Agnes Kant en Ineke Palm. Vijfentwintig maatregelen tegen te grote macht van de farmaceutische industrie, november 2005.



SP
Postbus 20018
2500 EA Den Haag
T (070) 318 30 44
F (070) 318 38 0