

## Introductie

- Hieronder de relevante passages over de medisch-specialistische zorg in het verkiezingsprogramma van de verschillende politieke partijen. Een aantal partijen heeft nog geen verkiezingsprogramma gepresenteerd. De volgorde van de partijen is op basis van [gepeilde grootte in de peilingwijzer](#) van I&O Research en Ipsos/Eenvandaag (peildatum 05-09)

## Nieuw Sociaal Contract

- Wij willen investeren in preventie voor alle mensen in Nederland, maar willen extra aandacht voor preventie voor burgers in regio's en steden waar veel mensen met een lage sociaaleconomische status wonen.
- Al op jonge leeftijd moet geïnvesteerd worden in de juiste voeding, mentale gezondheid, goede mondhygiëne, sport en bewegen, het tegengaan van alcohol-, drugs- en tabaksgebruik, een veilig (t)huis en inkomenszekerheid. Met elkaar zullen we ons als samenleving verantwoordelijk moeten voelen voor een gezonde leefstijl van de jeugd, zeker waar het gaat over drank, drugs en mentale weerbaarheid.
- Wij kiezen ervoor om reclames die verleiden tot kopen op afbetaling, gokken en ongezond eten te verbieden. Ook willen we gezonde voeding relatief betaalbaarder maken, door ongezonde producten zoals suikerhoudende dranken zwaarder te belasten. Ongezonde producten op scholen (in kantines en via verkoopautomaten) moeten vervangen worden door een gezond aanbod. We streven naar afspraken met supermarkten over het aanbieden van gezonde producten in het assortiment, reclames en aanbiedingen.
- We streven naar een rookvrije generatie in 2030 door extra maatregelen, zoals het zo snel mogelijk beperken van verkooppunten (ook voor vapes) tot tabaksspecialzaken en het invoeren van een accijns op e-sigaretten. We zetten in op een ambitieus sportbeleid. Er komt een nationaal programma om sport en bewegen te stimuleren. Onze doelstelling is dat elke jongere en volwassene deelneemt aan sport en in beweging komt, of dat nu door voetbal, hardlopen of judo is. Gemeenten en lokale organisaties krijgen middelen om het lokale sportaanbod te bevorderen. In het bijzonder besteden we ook aandacht aan de gehandicaptensport en aan goede faciliteiten voor sporttalenten.
- Niet-complexe ziekenhuiszorg, zoals de meeste spoedeisende hulp, verloskunde en poliklinieken, kan het meest doelmatig op regionale schaal worden georganiseerd. We zetten ons daarom in voor het behoud van streekziekenhuizen. Waar nodig passen we de financiering aan op de beschikbaarheid van regionale zorgvoorzieningen. Voor topklinische laagfrequente behandelingen kan centralisatie verdedigbaar zijn.
- Veel zorgaanbieders worden nu vooral betaald voor het volume van behandelingen en dat belemmert passende zorg. Sommige behandelingen of diagnostiek zijn weinig zinvol. We willen patiënten geen zorg onthouden, maar vinden wel dat patiënten, naasten en betrokken professionals het gesprek moeten aangaan over wel of niet (door)behandelen.
- Om passende zorg te geven moet de prikkel tot behandelen minder worden en moet tijd voor de patiënt om behandel- en diagnostiekgrenzen te bespreken worden beloond. Financieel kan het samen bespreken van passende zorg nadelig zijn voor zorgaanbieders omdat het leidt tot minder inkomsten vanwege minder

behandelingen. Zorgaanbieders moeten beloofd worden als zij inkrimpen qua behandeling en diagnostiek. Regionale afspraken zijn daarvoor nodig, onder leiding van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

- Bij passende zorg hoort ook de de-medicalisering. Bij medicijngebruik geven we de apotheker meer ruimte voor gesprekken over afbouw of stoppen van medicatie. Vanwege duurzaamheid en kostenbesparing mag de apotheek weer medicijnen en zorgmaterialen terugnemen voor gebruik bij andere patiënten.
- Voor innovaties die de zorg aantoonbaar kwalitatief verbeteren en goedkoper maken moet sneller structurele financiering komen. Goede ICT en technologie moeten ruim baan krijgen waarbij duidelijk moet zijn wie deze ICT-voorzieningen en technologie financiert. Belangrijk is dat de eindgebruiker, de patiënt en/of zorgprofessional, wordt betrokken bij de ontwikkeling van innovaties.
- Wij willen de groeiende greep van commerciële investeerders op huisartsenpraktijken, tandartspraktijken, apotheken, verpleeghuizen, fysiotherapieketens en privéklinieken terugdringen. Er moet onderzocht worden hoe dit gerealiseerd kan worden, zodat de patiënt en het maatschappelijk belang het best gediend worden. We stimuleren dat medisch specialisten in loondienst komen. De toetsing aan Wet normering topinkomens geldt voor iedereen in de zorg.
- We bouwen voort op het Integraal Zorgakkoord (IZA). Wij ondersteunen dat er een regionaal samenhangend zorgaanbod komt, waarbij zorgaanbieders, zorgverzekeraars, welzijnswerk en overheden bindende afspraken maken over de toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid. Bij regionale afspraken moeten ook de langdurige zorg en gehandicaptenzorg betrokken worden.
- Voorkomen moet worden dat mensen klem komen te zitten tussen 'zorgproducten'. Cliënten en patiënten mogen geen last hebben van de bureaucratische schotten in de organisatie en financiering van de zorg. Zorgaanbieders bieden daarom integraal zorg aan, over de grenzen van de verschillende wetten en financieringsbronnen heen. Samen organiseren zij een knooppunt waar alle woon- en zorgvragen uit de regio voor jeugd en volwassenen bij elkaar komen. Dit ongeacht of het gaat om uit- en instroom vanuit psychiatrie, forensische zorg, verslavingszorg of beschermd wonen.
- Van levensbelang is dat essentiële medicijnen beschikbaar blijven en dat we minder afhankelijk worden van de internationale markt. Het preferentiebeleid zal losgelaten moeten worden. We geven apothekers meer professionele autonomie om de tekorten tegen te gaan. Tevens stellen wij scherpe voorwaarden voor het toelaten en het gebruik van nieuwe, dure geneesmiddelen. We gaan Europees samenwerken om dure medicijnen in te kopen zodat we onze marktmacht verstevigen en lagere prijzen kunnen bedingen.
- Wij volgen de kritiek van de Raad van State en de Algemene Rekenkamer op de recent gepresenteerde 'Hervormingsagenda Jeugd'. Wij willen fundamentele aspecten van het jeugdzorgstelsel opnieuw bezien: wie is waarvoor verantwoordelijk, welke bevoegdheden zijn nodig en hoe wordt de zorg betaald? Onze prioriteit is om wettelijk vast te leggen waarop een kind met een jeugdbeschermingsmaatregel minimaal recht heeft. Zorg- en welzijnsaanbieders en de regio's zullen beleid moeten hebben voor goed werkgeverschap en werkplezier om personeel te behouden, door meer te investeren in bij- en nascholing van de medewerkers in lage functiegroepen, ziekteverzuim te verminderen, instroom te verbeteren en meer uren te werken, met name voor de schaarse beroepen zoals verpleegkundigen en verzorgenden.

Daarnaast moet er aandacht zijn voor goede primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden.

- Bij nieuw overheidsbeleid op het gebied van de zorg wordt getoetst hoeveel regeldruk een nieuwe wet of beleidsregel oplevert. We nemen de voorstellen van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) over uit het rapport 'Is dit wel verantwoord?' (2023), om de zorgbureaucratie in 5 jaar te halveren.
- Registraties moeten krachtig worden verminderd of gestopt, te beginnen met de kwaliteitskeurmerken en accreditaties. Hiertoe wordt een deskundige commissie met doorzettingmacht aangesteld. Ook komt er meer aansturing om uniformiteit van formulieren, kwaliteitsuitvragen en aanbestedingen bij gemeenten en zorgverzekeraars te realiseren. We zijn kritisch over informatieaanvragen van de Nederlandse Zorgautoriteit waarbij zorgverleners hun beroepsgeheim moeten doorbreken.
- Elektronische patiëntendossiers (EPD's) communiceren niet met elkaar, waardoor zorgprofessionals informatie moeten overtypen of op zoek moeten gaan naar informatie, ook bij acute zorg. De overheid legt de landelijke standaarden van het EPD vast, samen met zorgprofessionals en patiëntenorganisaties. De patiënt is uiteindelijk eigenaar van het eigen dossier en geeft hiervoor toegang.
- Mensen die door een ongeluk of door ziekte blijvend zijn aangewezen op langdurige zorg krijgen een integrale keuring voor alle voorzieningen: van wonen, thuishulp, zorgverlening, aanpassingen aan de woning en inkomen tot mobiliteit.
- Wij willen dat de parlementaire enquête over COVID snel start, zodat wij lessen kunnen trekken uit hetgeen wel of niet heeft gewerkt en op welke wijze wij in de toekomst willen omgaan met een acute volksgezondheids crisis. Wij willen meer onderzoek naar de oorzaken van long-COVID en effectieve behandelingen. Er moet ook betere toegang tot zorg zijn voor patiënten.
- De toegang tot medische hulpmiddelen, geneesmiddelen en apparatuur moet worden verzekerd door de productie opschaalbaar te maken.

## VVD

- **Versterken van de zorg.** We gaan door met de afspraken die we hebben gemaakt om de zorg te versterken. Van (ziekenhuis)zorg tot ondersteuning vanuit gemeenten en daarbuiten moet er samengewerkt worden, dichtbij de patiënt. Zorg moet makkelijk thuis of dichtbij georganiseerd kunnen worden zonder vast te draaien in wetten en regels. Daarbij hoort ook het digitaal aanbieden van zorgdiensten, zodat mensen daarvoor kunnen kiezen. Tegenwerkende financiële prikkels pakken we aan.
- **Kwaliteit van zorg voor vrouwen verbeteren.** Symptomen van bepaalde ziektes zijn anders bij vrouwen dan bij mannen, dat geldt ook voor verloop van ziekten. Medicijnen werken soms anders bij vrouwen dan bij mannen, en zijn veelal getest op mannenlichamen. We hebben behoefte aan een langjarige inhaalslag in onderzoek, het opvullen van de witte vlekken die er zijn in wetenschappelijke kennis, opleidingen en in de spreekkamer. Daarom komt er een 'Nationale Strategie Vrouwegezondheid'.
- **Een gezond leven.** We stimuleren gezonde keuzes en ontmoedigen ongezonde keuzes, zonder mensen in hun vrijheid te beperken. We maken bindende afspraken met producenten en supermarkten over het gezonder maken van voeding. Marketing van ongezonde producten gericht op kinderen beperken we. Bij roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik nemen we gerichte maatregelen zoals 'welzijn op recept', bij risicogroepen. We willen een Europese aanpak tegen misleidende trucjes

als de 'sjoemelsigaret'. Drugsgebruik wordt ontmoedigd, onder meer door voorlichting waarbij we samenwerken met maatschappelijke partners en werkgevers.

- **Acute zorg van hoge kwaliteit.** We willen in het hele land toegankelijke acute zorg van hoge kwaliteit. We willen dat patiënten sneller en beter op de juiste plek terecht komen, door betere afstemming en inzicht in beschikbare bedden. Als spoedzorg in de regio verandert, dan verwachten we dat zorgaanbieders inhoudelijk reageren op aangedragen bezwaren. We scherpen regelgeving aan.
- **Gezondheidsgegevens op de juiste plek.** We maken het mogelijk dat bij spoedgevallen jouw gegevens direct bij de juiste zorgprofessional beschikbaar zijn. Je moet je gezondheidsgegevens makkelijk kunnen volgen en veilig delen. Dit helpt ook bij het verbeteren van je gezondheid. Gegevens moeten makkelijker en veilig kunnen worden uitgewisseld tussen jou en je zorgverlener en tussen zorgverleners onderling. Privacy is belangrijk, maar moet niet leiden tot situaties waarin het leven van patiënten in gevaar komt. Misbruik van zorggegevens bestraffen we streng.
- **Minder handen aan het bureau, meer aan het bed.** De stappen om regeldruk te verminderen zijn nog lang niet groot genoeg. We nemen landelijk de regie om de zorg stevig te vereenvoudigen, zoals het versimpelen van verantwoordingseisen van verzekeraars en schrappen van dubbele uitvragen door toezichthouders. Digitale zorgdiensten en technologie die de zorg beter inrichten, kwaliteit van leven verbeteren of werk uit handen nemen maken we definitief onderdeel van de zorgverlening. We bevorderen no-showbeleid om het aantal afspraken dat niet nagekomen wordt tegen te gaan.
- **Medisch-specialisten nemen verantwoordelijkheid.** Medisch-specialisten hebben een verantwoordelijkheid in het werken aan passende zorg en aanpakken van perverse prikkels. Als zij die verantwoordelijkheid onvoldoende nemen komen we met regelgeving zodat medisch-specialisten in loondienst gaan. We verkleinen de kloof tussen medisch-specialisten, artsen en verpleegkundigen op de werkvloer.
- **Bekostigen op basis van resultaat.** We willen ervoor zorgen dat zorgverleners beloond worden op basis van het behaalde resultaat voor de patiënt, en niet op de hoeveelheid behandelingen. Ook willen we dat voor de patiënt duidelijk is wat de behandeling inhoudt, wat de kosten zijn, welke resultaten er behaald zijn en wat eventuele alternatieven zijn, ook als dat betekent niet- behandelen.
- **De jeugdzorg hervormen.** We gaan door met de Hervormingsagenda jeugdzorg. De meest kwetsbare jongeren en gezinnen moeten kunnen rekenen op hulp als zij die nodig hebben. Gezinnen die kampen met meerdere problemen worden geholpen met een totaalplan en vaste regisseur. We versterken de rol van de ouders door vrijwillige vormen van ondersteuning bij opvoedkundige taken breed beschikbaar te maken. Verbetering van gesprekken bij jeugdbeschermingsvragen moet ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing voorkomen. Kloven in wetgeving waardoor jongeren niet de hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben, pakken we aan.

#### **PvdA/GL**

- **De zorgverlener als spil.** We investeren structureel in de opleidingen, het salaris, de werkomstandigheden, zeggenschap en het perspectief van alle verpleegkundigen, verzorgenden en andere directe zorgmedewerkers in de ziekenhuiszorg, de thuiszorg, de gehandicaptenzorg, de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de verpleeghuiszorg. We stellen een grens aan het aantal zzp'ers dat een zorginstelling

maximaal mag inhuren. De medisch specialisten komen in loondienst en dat onder de Wet normering topinkomens (Wnt). De huisartsen werken in niet- commerciële groepspraktijken en in samenwerking met nabije ziekenhuizen voor hun ondersteuning.

- **Andere financiering.** Op dit moment wordt de zorg grotendeels gefinancierd op basis van 'productie'. Dat maakt samenwerking moeilijk, leidt tot veel bureaucratie en maakt investeren in preventie onaantrekkelijk. Daarom kiezen we ervoor om de bevolking en de zorgvraag als uitgangspunt te nemen voor de financiering (populatiebekostiging), te beginnen met de eerstelijnszorg en de ouderenzorg.
- **Acute zorg en basiszorg voor iedereen.** Waar je ook woont, de ambulance moet je altijd op tijd kunnen bereiken om je naar een ziekenhuis in de buurt te brengen. We gaan de verschraving van zorgvoorzieningen actief tegen en zetten in op het behoud van streekziekenhuizen. Door de basiszorg en diagnosecapaciteit goed te spreiden houden we de zorg voor iedereen toegankelijk. We zijn voor de samenwerking en de bundeling van expertise tussen ziekenhuizen en specialistenteams waar het gaat om de hoog-specialistische zorg. We stimuleren kennisdeling zodat patiënten in elk ziekenhuis toegang hebben tot de beste kennis en therapieën. De acute zorg gaan we financieren op basis van beschikbaarheid en niet langer per verrichte handeling. We geven de regionale en lokale politiek een belangrijke stem in de besluitvorming over de beschikbaarheid en zorgen dat hulpposten en basiszorg ook goed bereikbaar zijn voor mensen zonder auto in heel Nederland. Dit zal volgens landelijke normen gebeuren.
- **Hervorming jeugdzorg.** We maken haast met het doorvoeren van de plannen van de Hervormingagenda Jeugd. Specialistische zorg voor jongeren met de meest complexe problemen, jeugd-ggz en jeugdbescherming gaan we regionaal en soms nationaal regelen. We zetten de belangen van jongeren centraal door ze meer zeggenschap en eigen regie te geven over hun behandeling en ze het recht op een zelfgekozen vertrouwenspersoon te bieden. We voorkomen uithuisplaatsingen, en zetten in op kleinschalige woonvoorzieningen en betere ondersteuning voor pleegouders. We versoepelen de leeftijdsgrens van 18 jaar. We draaien de ingeboekte extra bezuiniging terug en het plan voor een eigen bijdrage in de jeugdzorg gaat van tafel.
- **Grip op geestelijke gezondheidszorg.** Ook in de ggz komt er coördinatie via regionale zorgtafels. We zorgen dat er voldoende zorg wordt ingekocht zodat lange wachtlijsten worden teruggedrongen. Voor de meest complexe ggz-behandelingen gaan we landelijke centra oprichten en breiden we het aantal plekken voor crisisopvang uit. We zorgen voor de uitwisseling van praktijkkennis tussen ggz, het sociale domein en politie-en hulpdiensten om te voorkomen dat personen met verward gedrag onnodig in de cel of op straat belanden. Voor de behandeling van psychische problemen, zoals PTSS, depressie en trauma, maken we meer ruimte voor behandeling in combinatie met MDMA en psychedelica, waarbij wetenschappelijke inzichten leidend zijn. We zorgen voor een landelijk dekkend netwerk en structurele financiering van zelfregie- en herstelorganisaties, die ervoor kunnen zorgen dat mensen laagdrempelig en dicht bij huis kunnen werken aan hun herstel.
- **Een inclusiever zorgstelsel.** We maken een einde aan de discriminatie in de zorg, zowel voor patiënten als professionals. We investeren daarom in cultuur- en gender

sensitieve zorgverlening. Daarnaast lanceren we een breed onderzoeks- en voorlichtingsprogramma om de kennisachterstand in de zorg weg te werken waar het gaat om aandoeningen of klachten die vooral voorkomen bij vrouwen of mensen van kleur. We maken werk van de wachtlijsten in de transgenderzorg en zorgen dat deze zorg zoveel mogelijk regionaal beschikbaar wordt. We verbieden medisch niet-noodzakelijke behandelingen van interseks personen zonder hun eigen toestemming. We investeren in meer gender en genetische diversiteit in medisch onderzoek. We stellen eisen aan de deelnemers aan deze onderzoeken zodat de uitkomsten meer representatief zijn.

- **Betere beschikbare geneesmiddelen.** Op Europees niveau gaan we ons inzetten om geneesmiddelen gezamenlijk in te kopen, het bestaande patentrecht voor geneesmiddelen te herzien en een publieke infrastructuur op te zetten om nieuwe medicijnen, vaccins en hulpmiddelen te ontwikkelen. Wij staan voor een versimpeling van farmaceutische wetgeving zodat het makkelijker wordt geneesmiddelen tussen apotheken uit te wisselen en uit andere Europese landen te importeren. Wij bieden apothekers en andere bedrijven middels dwanglicenties de mogelijkheid om dure medicijnen goedkoop na te maken. Verder introduceren we een nationaal fonds voor geneesmiddelenonderzoek en leggen we de toe-eigening van publiek gefinancierd geneesmiddelenonderzoek door private bedrijven aan banden. We introduceren een verplicht transparantieregister voor financiële transacties tussen de industrie en zorgverleners.
- **Snellere uitwisseling van zorggegevens.** Wanneer het nodig is en toegestaan door de patiënt, moeten zorggegevens snel gedeeld kunnen worden tussen zorgverleners en verschillende aanbieders. Dit geldt binnen het zorgdomein, maar ook tussen het zorgdomein en het sociaal domein. Voor acute zorg van groot gezondheidsbelang krijgen zorgverleners inzage in informatie, tenzij je aangeeft toestemming te onthouden (opt-out). Voor alle andere zorg geef je actief toestemming voor inzage door zorgverleners.
- **Terugdringen administratieve lasten.** We maken een einde aan het verantwoordingscircuit waarbij zorgverleners aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, aan de Nederlandse Zorgautoriteit en aan de verschillende verzekeraars eindeloze verantwoording moeten afleggen. Enkel verantwoording die nodig is voor het tegengaan van zorgfraude en voor de kwaliteit van zorg blijft bestaan.
- **Meer duurzaamheid in de zorg.** Meer dan 7% van de totale CO2-uitstoot in Nederland wordt veroorzaakt door de zorgsector. Veel zorgverleners en zorgaanbieders willen verduurzamen maar lopen tegen belemmeringen aan. Wij zorgen daarom voor goede ondersteuning bij het verduurzamen van de zorg.
- **Meer aandacht voor collectieve preventie.** De regionale zorgfondsen worden gestimuleerd om 5% van hun budgetten te besteden aan preventie. Ook het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaat meer geld uitgeven aan preventie. Preventie is vaak gericht op individuele leefstijlveranderingen, maar wij willen ook meer aandacht voor collectieve preventie. We formuleren, analoog aan de klimaatdoelen, wettelijke gezondheidsdoelen die richtinggevend zijn voor landelijke, regionale en lokale partijen.

- De Integrale Zorgakkoorden hebben de juiste doelen, maar de weg waarlangs deze bereikt worden, zijn bureaucratische, kostenverhogende trajecten geworden. BBB zet liever in op zorgbreed wijzigingen doorvoeren die kostenbesparend zijn. Voor de huisartsen geldt dat de toegezegde structurele financiering van meer tijd per patiënt ook daadwerkelijk moet worden ingevoerd.
- We zorgen voor sterke acute zorg in de regio. SEH, ziekenhuizen en huisartsenposten worden niet gesloten, maar we zetten in op samenwerking
- Voor de hoog complexe zorg streven we naar spreiding over Nederland. BBB ziet in dat concentratie van zorg soms onvermijdelijk is. We moeten ervoor zorgen dat niet alle hoog complexe zorg geconcentreerd wordt in een bepaalde regio. Er moet daarbij rekening gehouden worden met de gevolgen van deze concentratie voor het totale zorgaanbod in de regio.
- Integratie van geestelijke gezondheid in bredere zorg. Daarbij wordt de samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines bevorderd. Dit zorgt voor vroegtijdige signalering en ingrijpen bij mentale problemen. De Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts is een verrijking en wordt de aangewezen vergoede eenvoudige GGZ-zorg. Daardoor ontstaat er meer financiële en praktische ruimte voor zwaardere GGZ-zorg.
- Zorgverzekeraars zijn inmiddels geconcentreerde machtsblokken geworden. Daarom wil BBB dat zorg- verzekeraars voortaan afspraken maken met collectieven (zoals brancheverenigingen) en niet met individuele zorgverleners. Als de Wet Marktordening moet worden aangepast kiest BBB daarvoor. Zorgverleners mogen zich organiseren en hoeven niet meer op individuele basis in gesprek. Dit scheelt heel veel tijd en ergernis en zorgt daarnaast voor een meer gelijk onderhandelingsniveau. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt voor meer zorgsectoren de maximum (en minimum) tarieven vast op basis van periodiek kostenonderzoek.
- Zorgverzekeraars bieden vergelijkbare vergoedingen aan zorgverleners. Het verschil tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg wordt niet verder vergroot. De vrije artskeuze is essentieel. Hoewel elk tarief vast en consistent is, kunnen regionale verschillen worden overwogen. De financiering is voor ten minste twee jaar vastgesteld
- Wets- en beleidswijzigingen leiden tot vermindering van de lastendruk, de wetten worden daarop getoetst door zorgprofessionals. BBB wil dat het woud van de kwaliteitsvisitaties wordt gesnoeid. Tot op heden heeft het 'ontregel de zorg'-traject beperkt effect gehad. BBB draait daarom nu eens de bewijslast om. Op aangeven van brancheverenigingen worden regels geschrapt tenzij de regelstellende instantie kan bewijzen dat de regel noodzakelijk is. BBB is van mening dat al die protocollen en kwaliteits- systemen de zorg weliswaar in het begin beter hebben gemaakt, maar zo langzamerhand werkt het contraproductief. Zorgverleners houden zich aan de regels omdat het moet en niet altijd omdat het voor de patiënt/cliënt ook beter is. Wel heeft het geleid tot grote werkgelegenheid voor anderen die al die regels controleren die elders harder nodig zijn IN de zorg. Het niet volgen van een protocol is op zichzelf niet klachtwaardig. Goede zorg wordt de toetssteen.
- Er wordt in samenwerking met de sector een strategisch plan opgesteld om te komen tot minder afhankelijkheid van het buitenland voor essentiële geneesmiddelen. Steeds meer geneesmiddelen zijn voor langere tijd niet leverbaar. Bijvoorbeeld geneesmiddelen tegen epilepsie maar ook tegen hart-en vaatziekten. Nederland is in

grote mate afhankelijk van verre landen voor de import van deze middelen. BBB wil daar graag meer grip op krijgen

- Er wordt ingezet op hergebruik van ongebruikte en ongeopende geneesmiddelen die nog houdbaar zijn. Ongeopende en ongebruikte geneesmiddelen worden nu regelmatig weggegooid, terwijl ze nog houdbaar zijn en prima door een andere patiënt gebruikt kunnen worden. We zoeken naar een systeem waarin dit hergebruik mogelijk wordt
- Bij de implementatie van het elektronisch patiëntendossier is er aandacht voor privacy en gegevens- beveiliging. Wij zijn voorstander van een veilig en gecentraliseerd elektronisch patiëntendossier waar het eigendom, dragerschap en beheer in handen is van de patiënt. Dit zorgt voor betere coördinatie van zorg tussen verschillende zorgverleners en voorkomt dat patiëntgegevens versnipperd raken. Uiteraard mits de privacy en gegevensbeveiliging worden gewaarborgd
- Het medicijntekort wordt teruggedrongen door het voorkeursbeleid, waarbij we afhankelijk zijn geworden van een enkele aanbieder met zeer lage prijzen voor generieke geneesmiddelen, (tijdelijk) los te laten. De prijsstelling van deze medicijnen, met name de essentiële, wordt opnieuw bekeken. Tevens moet de openbaar apotheker in staat zijn om als specialist naar de beste alternatieven te zoeken in het geval van tekorten.
- We versnellen de toegang tot innovatieve geneesmiddelen, essentieel voor patiënten zonder andere opties. We volgen hierin het voorbeeld van landen als Frankrijk en Denemarken met kortere wachttijden.
- Opleidingsplaatsen moeten meer aansluiten op maatschappelijke behoeften. Er is nu een tekort aan huisartsen, terwijl sommige medisch specialisten geen passende baan vinden.
- Zorgpersoneel in loondienst moet meer zeggenschap, regie en voorrang krijgen over roosters en werktijden. De vlucht naar ZZP-schap onder zorgpersoneel moet worden voorkomen.
- Het tarief van ZZP'ers werkzaam in het publieke domein wordt gemaximeerd ten opzichte van het tarief van iemand in vaste dienst inclusief een reële opslag. Avond- nacht- en weekenddiensten leiden zowel voor mensen in loondienst als ZZP'ers tot een toeslag op het uurtarief
- Zorgpersoneel in loondienst moet meer zeggenschap, regie en voorrang krijgen over roosters en werktijden. De vlucht naar het ZZP-schap onder zorgpersoneel moet worden voorkomen.
- Gezonde keuzes worden gestimuleerd door per direct groente en fruit onder het 0 % Btw-tarief te brengen.
- We verbinden de wereld van zorg en sport: door samenwerking tussen medisch specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten en beweegprofessionals, zoals bijvoorbeeld in het beweeghuis in Limburg, of de beweegmakelaars in Deventer. Deze vorm van zorg en sport, mits bewezen effectief, wordt vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed.

## **PVV**

- We stellen voor de acute zorg uit de marktwerking te halen en deze te financieren op basis van een beschikbaarheidsbijdrage zoals de ambulancezorg en de brandweer.
- De PVV wil acute zorg uit marktwerking



- De PVV wil geen wachttijd medicijnen na positief advies Europees Medicijn Agentschap
- De PVV wil Meer handen aan het bed. Bijvoorbeeld door het aannemen van nieuw personeel, het aantrekkelijker maken voor de huidige zorgwerknemers om meer uren te werken en het aanpakken van de administratietijd en overhead
- De PVV wil cruciale beschermingsmiddelen, medicijnen en apparatuur in eigen beheer
- De PVV wil terugdringen wachtlijsten in de jeugdzorg
- De PVV wil verbod op winstuitkering

## **PvdD**

- Er is geen recht op vervuiling, wel op een gezonde leefomgeving. Of het nu gaat om een groene wijk, schone lucht of bescherming tegen de vervuilende industrie; gezondheid moet het uitgangspunt zijn in al het beleid (health in all policies).
- Als de overheid gericht beleid inzet op gezonde voeding, dan komt dit voor iedereen binnen handbereik. We gaan onze voedselomgeving daarom weer gezond maken en gezondheidsverschillen verkleinen. Het mag niet zo zijn dat mensen met een krappere beurs eerder ziek worden.
- We werken toe naar alleen nog reclame voor gezonde producten. Tot die tijd is in ieder geval kindermarketing voor producten met te veel suiker, zout of vet verboden: geen reclame voor (en óp) snoep en fastfood die gericht is op kinderen onder de 18 jaar. Hierbij hebben we ook aandacht voor nieuwe vormen van marketing, zoals via influencers en vlogs.
- We beperken het aantal nieuwe vestigingen van fastfoodketens en snackbars. In elk geval in de nabijheid van scholen worden deze niet meer geopend. Maar ook elders in de publieke ruimte moeten gemeenten fastfood kunnen weren.
- Het huidige preventieakkoord is een convenant waaraan de voedingsindustrie heeft meegeschreven, met als gevolg dat er te weinig verandert. Gezondheidsdoelen worden wettelijk verankerd, zodat het behalen ervan niet meer vrijblijvend is. Aan de hand van deze doelen kan bekeken worden of extra (preventie)beleid nodig is én of ander beleid een verslechtering van de gezondheid veroorzaakt.
- Door geen btw te heffen op alle groenten, fruit, noten, granen en peulvruchten, maken we gezond eten weer betaalbaar en aantrekkelijker
- We gaan leefstijlinterventies goed toetsen op effectiviteit en er meer aandacht aan geven in de opleiding van artsen en andere zorgverleners. Dankzij leefstijlinterventies, waarbij patiënten geadviseerd worden over bijvoorbeeld voeding en beweging, kunnen tussen de 30% en 40% van de diabetes type 2-patiënten naar verwachting medicijnvrij worden en kunnen ook andere ziektes worden voorkomen.
- We werken toe naar een rookvrije generatie. De verkoop van (e-)sigaretten en andere tabaksproducten wordt vergunningplichtig en kan alleen nog in tabakszaken. De prijzen worden substantieel verhoogd.
- We investeren flink in zorgverleners: ruimte voor (bij)scholing en goede arbeidsvoorwaarden zijn vanzelfsprekend. De salarissen gaan omhoog. Zorgmedewerkers krijgen meer te zeggen over de inhoud van hun werk en werkroosters. Zo wordt het ook voor jongeren aantrekkelijker om een baan in de zorg te kiezen én er ook te blijven. Medisch specialisten komen in loondienst.

- Er komt meer capaciteit in de zorg. Meer IC-bedden, apparatuur, en vooral meer personeel zorgen voor een algeheel betere zorg en kunnen een eventuele ziekte-uitbraak beter opvangen. We leggen een voorraad cruciale medicijnen en hulpmiddelen aan. Essentiële (hulp)middelen worden voortaan in Europa geproduceerd.
- De specialisering binnen ziekenhuizen is vaak te ver doorgeslagen. We zorgen voor meer generalistische ziekenhuisartsen en spoedeisendehulpartsen, die de hele patiënt zien. De patiënt als geheel zien, in plaats van per orgaan, komt veel meer centraal te staan in medische opleidingen. We ondersteunen het doel om de opleidingen veel generalistischer in te steken.
- Het zorgstelsel en de bijbehorende vergoedingen van verzekeraars zijn te veel gericht op operatie, behandeling en medicatie. Vergoedingen voor preventie – zoals de diëtist, verslavingszorg en hulp bij stoppen met roken – blijven in het basispakket en worden volledig vergoed. Zorgverzekeraars gaan meer preventiemaatregelen vergoeden: we richten het zorgstelsel beter in op hulp en begeleiding om de eigen gezondheid te versterken.
- De Partij voor de Dieren hecht aan zelfbeschikking en vindt dat mensen zelf mogen bepalen wanneer ze sterven, op een waardige manier. Hier moet wel een zeer zorgvuldig traject aan voorafgaan.
- De afspraken in de Green Deal Duurzame Zorg worden ambitieuzer en juridisch afdwingbaar.
- Heruitgifte van medicijnen moet mogelijk worden gemaakt, om zo verspilling te voorkomen.

## D66

- Er zijn grote personeelstekorten in de zorg. Daar waar acute tekorten zijn, moeten zorgaanbieders en de overheid werken aan betere werkomstandigheden en ondersteuning van zorgprofessionals
- We beperken de administratieve lasten. Waar zorgverleners worden belast met extra administratieve regels gaat het principe 'waar er een regel bij komt moet er ook een weg' gelden. Het werkplezier van zorgprofessionals is gebaat bij meer vertrouwen op hun professionaliteit en motivatie.
- De zorgopleidingen van nu moeten mensen klaarstomen voor de zorg van 2040. Dat betekent slimmer opleiden, met oog voor een veranderende bevolking en zorgvraag, en regionale spreiding en toekomstige bevolkingsgroei.
- Om regionale spreiding van zorgprofessionals beter te waarborgen is het van belang (huis) artsen in opleiding beter over het land te verspreiden. Hierbij moet rekening worden gehouden met de hoeveelheid mensen die nu en in de toekomst in de diverse opleidingsregio's wonen.
- De inhoud van zorgopleidingen moet rekening houden met de verschuiving van de tweedelij naar de eerstelij en met de veranderingen in de demografie.
- Patiënten moeten op een veilige manier, via apps, thuis-monitoring en digitale consulten, zorg op afstand kunnen krijgen als zij dit willen. Dit verhoogt de autonomie van een patiënt en bespaart tijd voor zowel de patiënt als de zorgverlener.
- De persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) biedt de mogelijkheid voor patiënten om in één oogopslag diens medische gegevens in te zien en te delen met zorgverleners. Afgelopen jaren is er ingezet op vele verschillende PGO's, maar deze

'laat duizend bloemen bloeien'-strategie heeft niet geleid tot het gewenste resultaat. Daarom moet de overheid nu meer regie nemen en één PGO aanbieden die gekoppeld is aan het BSN, naar voorbeeld van België en Estland. Hierdoor wordt het voor mensen makkelijker om op één plek alle gezondheidsgegevens

- in te zien en deze op een veilige manier en met behoud van gewenste privacy te delen met zorgverleners. Dit zal leiden tot een hogere kwaliteit van zorg en het ontlasten van zorgverleners.
- Door de invoering van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg zijn grote stappen gezet op het gebied van gegevensuitwisseling. Gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek wordt, in lijn met andere Europese landen, makkelijker gemaakt waarbij het delen van gegevens voor onderzoek over Europese grenzen wordt aangemoedigd. Dit zorgt ervoor dat patiënten weten dat zij goed geholpen worden en dat zorgverleners geen tijd kwijt zijn aan het overtypen van patiëntgegevens.
- Op de markt voor digitale infrastructuur in de zorg vindt marktfalen plaats. Dit zorgt voor vertraging van innovatie en verbeteringen. Door gericht ingrijpen van overheid en toezichthouders en een meer actieve rol in de ontwikkeling van de infrastructuur van de overheid moet dit marktfalen worden aangepakt.
- Het gebruik van kunstmatige intelligentie in de zorg wordt ingekaderd met wet- en regelgeving.
- De regio Drenthe vraagt door zowel de geografische ligging als de demografische opbouw een ander zorgaanbod dan de regio Rotterdam. Zowel in aanbod als in intensiteit. Daarom is er betere samenwerking en sturing op regioniveau nodig. In lijn met het IZA willen wij daarom dat verzekeraars met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en gemeenten deze sturing vastleggen in een meerjarig Regionaal Zorgplan. Dit plan bevat de randvoorwaarden en concrete plannen over de benodigde zorg in een regio en door wie, waar en hoe die zorg moet worden geleverd. Zo kunnen de juiste keuzes worden gemaakt om de zorg toekomstbestendig te maken, met expliciete afspraken over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Voor patiënten met complexe aandoeningen zijn er gespecialiseerde ziekenhuizen. Hier kunnen mensen terecht voor gespecialiseerde zorg en krijgen ze snel toegang tot de beste zorgverleners en methodes. Hierbij maken we gebruik van de geleerde lessen bij het concentratievraagstuk van de kinderoncologie en -hartchirurgie en zorgen wij ervoor dat patiënten voor complexe zorgvragen altijd door de beste en meest geëquipeerde zorgprofessionals in het land geholpen kunnen worden zonder dat deze zorgprofessionals bezwijken aan een te hoge werkdruk.
- Om samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverleners te stimuleren wordt netwerkzorg, zeker voor meer complexe aandoeningen en ziektes, de norm. Dat betekent dat financiering en wet- en regelgeving hierop worden aangepast.
- Als je iets vaker doet, word je er beter in en maak je minder fouten. Ook voor behandelingen in de zorg geldt dit. Daarom wordt de door het IZA ingezette lijn dat volumennormen in de zorg (verder) worden opgehoogd, doorgezet.
- Kwaliteitseisen, zoals de aanwezigheid van een arts met ten minste een jaar klinische werkervaring op een spoedeisende hulp, moeten nageleefd worden en de relevante toezichthouders dienen hier ook op te handhaven.
- Om ervoor te zorgen dat mensen op de juiste plek terechtkomen wordt er in elke regio in Nederland een zorgcoördinatiecentrum opgezet. Zowel patiënten als

zorgverleners kunnen hier terecht met hun vragen, waarna zij zo snel mogelijk op de juiste manier geholpen worden. Dit geldt voor zowel fysieke als mentale zorg en voorkomt onnodige opnames op de spoedeisende hulp of overbodig gebruik van 112.

- Door middel van bewustwordingscampagnes zorgen we ervoor dat mensen beter kunnen inschatten wanneer aanspraak gemaakt moet worden op spoedzorg op een SEH of huisartsenpost en wanneer zaken via digitale ondersteuning of anderszins verholpen kunnen worden.
- We willen meer aandacht voor gender, sekse en etniciteit in de zorg en het onderzoek naar gezondheid.
- Zorgverleners gaan zelf vaker evalueren welke behandelmethoden niet of niet langer (kosten) effectief zijn. Hiervoor komt meer aandacht in de opleidingen. Ziekenhuizen moeten bovendien gemakkelijker onderling de resultaten van hun behandelingen kunnen vergelijken.
- Zorg die niet langer voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt niet meer vergoed. Zo komen we tot een beter, effectiever basispakket. Daarbij bieden we zorgverzekeraars meer mogelijkheden te sturen op zinnige zorg bij de zorginkoop vooraf en bij de vergoeding achteraf.
- Richtlijnen en kwaliteitskaders worden explicieter, vollediger, moderner en met meer democratisch draagvlak opgesteld. Hiervoor komt een wettelijke borging van dit proces door middel van een 'kaderwet richtlijnen'.
- We investeren in de onderbouwing van de toegevoegde waarde van behandelingen, waarbij duidelijk moet worden gemaakt bij welk percentage van de patiënten een bepaalde behandeling ongeveer zin heeft. Aan de hand van data uit de praktijk en wetenschap kunnen we dit steeds beter onderbouwen.
- Om onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van behandelingen te verbeteren, worden deze gegevens beter gestandaardiseerd en breder toegankelijk voor onderzoekers. We breiden het Zorginstituut uit, zodat het jaarlijks meer specifieke behandelingen kan toetsen op (kosten)effectiviteit en daar transparant over is. De politiek moet die rol van het Zorginstituut bewaken en versterken. Naast (kosten)effectiviteit wordt voor pakketbeheer ook gekeken naar duurzaamheid en (marginale) impact op milieu.
- Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik wordt uitgebreid naar de ggz, huisartsenzorg en langdurige zorg. Zodat ook daar de zorg effectiever en beter wetenschappelijk onderbouwd wordt.
- Wij willen een eenduidige landelijke toetsing van dure medische technologie. Het is lang niet altijd duidelijk of een technologische vernieuwing waarde toevoegt voor de patiënt. Het Zorginstituut zal de minister hiervoor adviseren over mogelijke toelating tot het pakket.
- Om niet te afhankelijk te zijn van bepaalde medicatie/leveranciers moeten verzekeraars hun preferentiebeleid tegen het licht houden zodat (tijdelijke) tekorten zo veel mogelijk voorkomen kunnen worden.
- Er komt meer grip op de beschikbaarheid van genees- en hulpmiddelen. In de coronacrisis bleek dat we te afhankelijk zijn van landen als India en China. Voor essentiële genees- en hulpmiddelen werken we op Europees niveau toe naar eigen productie en een basisvoorraad. Voor hulpmiddelen ligt deze verantwoordelijkheid bij de overheid. We willen dat draaiboeken voor verschillende soorten gezondheids crises regelmatig worden geüpdatet, waarbij ook in kaart wordt gebracht welke

hulpmiddelen fundamenteel zijn. We leggen voorraadverplichtingen op zodat in geval van een (tijdelijk) tekort men in ieder geval in staat is om de eerste paar weken medicatie te blijven leveren.

- Zorgverleners en behandelaars moeten zich kunnen richten op de best passende zorg. Er moet meer ruimte komen voor patiënten en professionals om samen te beslissen over behandelingen op basis van gelijke informatie, met voldoende tijd om hierover met elkaar in gesprek te gaan.
- Een financiële prikkel om veel behandelingen uit te voeren rijmt, niet met het streven de best passende zorg te leveren. Daarom gaan alle medisch specialisten in loondienst van een ziekenhuis werken en komen onder de wet normering topinkomens.
- Tarieven worden minder op productie gebaseerd en meer op uitkomsten en kwaliteit van de behandeling.
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan een verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerste lijn stimuleren door behandelingen, die beter in de huisartsenpraktijk kunnen worden verricht, alleen nog te vergoeden voor het eerstelijnsstarief.
- Om de volksgezondheid beter te borgen en gezondheidsverschillen te verkleinen, is de afgelopen tijd het stelsel van publieke gezondheidszorg versterkt. Deze versterking, bijvoorbeeld op het gebied van de pandemisch paraatheid voor nieuwe infectieziekten, moet worden verankerd.
- We maken optimaal gebruik van het bestaande aanbod van bevolkingsonderzoeken en breiden deze waar mogelijk en zinnig uit.
- Omdat afspraken met producenten over de maximale hoeveelheid zout, suiker en vet in producten de afgelopen jaren te weinig hebben opgeleverd, worden - bij voorkeur in Europees verband - wettelijke verplichtingen gemaakt.
- We verhogen de accijns op tabak. Voor de verkoop van tabak en rookwaren wordt een vergunning verplicht. Deze vergunning kan alleen worden verleend aan tabaksspecialzaken. Daarmee willen we werken aan een rookvrije generatie.
- Voor e-sigaretten en voor vapes gaan dezelfde regels gelden als voor gewone sigaretten. We voeren een verbruiksbelasting in op e-sigaretten. Smaakjes worden verboden.
- Om gezondheidsschade door meerooken tegen te gaan, gaan we door met het instellen van rook- en vapeverboden in de openbare ruimte, waaronder ook bij sportparken, speelplekken, stadions en rond de ingang van ziekenhuizen en verpleeghuizen.
- Geboortezorg moet voor iedereen van hoge kwaliteit zijn. We vinden het belangrijk dat verloskundigen, kraamzorg, ziekenhuizen en jeugdzorg nog beter samenwerken zodat aanstaande ouders en kinderen de beste zorg krijgen. We stimuleren integrale geboortezorg, om deze samenwerking te bevorderen.
- D66 werkt door aan het wetsvoorstel 'Voltooid Leven'. Zorgvuldigheid staat daarbij voorop. In deze initiatiefwet gaat het om mensen van 75 jaar en ouder, waarbij hun verzoek vrijwillig, zonder enige impliciete of expliciete druk van buitenaf, weloverwogen en duurzaam is. Mensen met een stervenswens moeten zich in de toekomst kunnen melden bij een speciaal opgeleide hulpverlener, de levensindebegeleider. Samen kunnen zij tot een uiteindelijk besluit komen.

## CU

- **Leg de preventieplicht vast in de wet.** Preventie wordt onderdeel van de wettelijke (zorg)plicht van zorgverzekeraars en gemeenten. In plaats van ziekte wordt een zo gezond mogelijk leven het uitgangspunt.
- **Nationale preventieakkoord doorzetten.** We breiden het in 2018 gesloten Nationaal Preventie- akkoord uit, onder meer naar drugsgebruik en houden vast aan de preventiedoelen voor 2040.  
Er komt ook structureel geld voor preventiebeleid.
- **Écht kiezen voor een rookvrije generatie.** Roken verwoest de gezondheid van vele Nederlanders en is verslavend. We willen roken stap voor stap uitbannen. Nederland volgt het voorbeeld van Nieuw-Zeeland en verhoogt jaarlijks de leeftijdsgrens voor de aankoop van tabaksproducten. We starten in 2025 met 21 jaar. Daarna stijgt de verkoopleeftijd jaarlijks totdat uiteindelijk niemand meer tabak kan kopen. Als onderdeel hiervan wordt tabak in 2030 alleen nog in speciaalzaken verkocht, trekken we voor alle vormen van tabak de accijns gelijk en verhogen we die jaarlijks met €1,- bovenop de inflatie. We heffen ook accijns op e-sigaretten en soortgelijke producten en maken alle terrassen voor de zomer van 2025 rookvrij. Gemeenten krijgen de mogelijkheid om de vestiging van nieuwe tabaksspeciaalzaken te verbieden. Producenten en importeurs van nicotineproducten moeten verplicht een percentage van hun winst in een fonds te storten. Dit geld gebruiken we om nicotinegebruik tegen te gaan. Deze maatregelen gelden ook voor e-sigaretten.
- **Gebruik slimme technologie.** Slimme technologie die bewezen goed werkt in de thuissituatie wordt onderdeel van het dagelijkse leven en de zorgverlening. De bekostiging in de zorgwetten wordt hierop aangepast.
- **Organiseer betere toegang tot de ggz.** Goede triage, gebruik van ervaringsdeskundigheid of lotgenotencontact zou ertoe moeten lijden dat ernstige psychiatrisch patiënten niet langdurig op een wachtlijst staan vanwege de complexiteit van zorg die ze nodig hebben. De financiering regelen we op basis van beschikbaarheid, en niet op gebruik zodat er een adequaat en landelijk dekkend systeem komt voor patiënten met een hoogcomplexere zorgvraag die niet binnen hun eigen regio kunnen worden geholpen. We willen dat zorgaanbieders verantwoordelijk worden om na de intake – als de aanbieder niet zelf de beste zorg kan bieden – de patiënt te ondersteunen in diens zoektocht naar passende zorg.
- **Alle medisch specialisten in loondienst.** Alle medisch specialisten komen in loondienst. Dit vermindert de prikkel om zoveel mogelijk behandelingen uit te voeren. De Wet normering top- inkomens (Wnt) gaat gelden voor alle werkers in de gezondheidszorg
- **Spoedeisende zorg in de regio.** We houden posten voor spoedeisende hulp en andere vormen van acute zorg open en beschikbaar door het hele land. Ziekenhuizen in minder dichtbevolkte gebieden krijgen daarvoor extra geld
- **Uitgaven in de medisch specialistische zorg mogen niet verder doorgroeien.** Meerjarige nullijn contracten in de medisch-specialistische zorg worden de norm. De zorg wordt waar mogelijk van de tweede lijn verplaatst naar de eerste lijn en het sociaal domein/preventie. De bijbehorende middelen schuiven mee waardoor de zorgcontinuïteit geborgd blijft.

- **Focus op zinnige zorg.** We willen alleen ingrepen en behandelingen die écht nodig zijn voor goede zorg. Dat betekent dat in behandelrichtlijnen doelmatigheid een belangrijk uitgangspunt wordt. Terugdringen zzp'ers in de zorg. Het aantal zzp'ers in de (langdurige) zorg dringen we terug omdat dit negatief uitpakt op de (kwaliteit) van zorgverlening.
- **Verminder de bureaucratie in de zorg.** Veel regels zijn onnodig. We kiezen voor vertrouwen en voorkomen onnodige registraties. We kijken ook kritisch naar de toets-methodes. Zorgaanbieders bekostigen we meerjarig. We willen de zorg in eenduidigere zorgregio's organiseren om de bureaucratie en overlegvormen te verminderen. Ook komt er één tolkenvoorziening voor alle zorgdomeinen. Op die manier krijgen alle zorgverleners eenvoudig toegang tot een tolkenvoorziening voor mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn.
- **Gepaste zorg.** Gezamenlijke besluitvorming tussen specialist en patiënt wordt de standaard in de spreekkamer. Vroegtijdige zorgplanning (richting het levenseinde) wordt standaard bekostigd als waardevol onderdeel van zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken.
- **Niet behandelen is ook zorg.** Richtlijnen in de zorg zijn niet alleen gericht op 'doen', maar ook op 'laten'. Overbehandeling vergroot en/of verlengt het lijden van de patiënt. Daarom is overbehandeling niet wenselijk.
- **Centrale inkoop en eigen productie van geneesmiddelen.** Het is essentieel dat de overheid geneesmiddelen inkoopt en dat we – in EU verband – meer zelf medicijnen, medische hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen produceren, zodat we minder afhankelijk worden van één of enkele leveranciers.
- **Verantwoord geneesmiddelenonderzoek.** Publiek geld geïnvesteerd in geneesmiddelen- onderzoek moet maatschappelijk verantwoord worden besteed. Dit doen we door voorwaarden te verbinden aan deze investeringen. Transparantie over kostenopbouw en een verantwoorde prijsstelling moeten ervoor zorgen dat medicijnen die met publiek geld ontwikkeld zijn toegankelijk en betaalbaar zijn voor iedereen en andere zorg niet verdringen.
- **Green deal duurzame zorg.** We zetten in op het halen van de doelen van de 3e *Green Deal Duurzame Zorg* waarin we toewerken naar groene en klimaat neutrale zorg.
- **Verminderen medicijnen als afval.** Veel medicijnen eindigen in de verbrandingsoven. Heruitgifte van medicijnen wordt vaker en eenvoudiger mogelijk.
- **Palliatieve sedatie.** De ontwikkelingen rond palliatieve sedatie zijn de afgelopen jaren in een stroomversnelling gekomen. De ChristenUnie bepleit gepaste toepassing van palliatieve sedatie (ook in de thuissituatie) en continue bijstelling van richtlijnen, bijscholings- en opleidings- programma's op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten.
- **Big data en artificiële intelligentie (AI) in de zorg.** Er zijn algoritmen die beter dan mensen in staat zijn afwijkingen (nieuwvormingen) te detecteren in beelden van menselijk celmateriaal. Kunstmatige intelligentie kan een middel tot mogelijke detectie zijn voor een arts, zolang de arts eindverantwoordelijk blijft en het middel niet interfereert met de goede relatie tussen arts en patiënt. Voorwaarde is ook dat de privacy van patiënten wordt geborgd en commercieel gebruik van data wordt uitgesloten.

## SP

- Met een nationaal onderzoeksfonds geneesmiddelen worden we minder afhankelijk van de farmaceutische industrie. De medicijnen die worden ontwikkeld blijven in publieke handen. We maken één landelijk systeem voor de centrale inkoop van medicijnen en hulpmiddelen, waarmee we de kosten van de zorg beter beheersen. Ook leggen we een strategische voorraad aan voor beschermingsmiddelen en voor cruciale medicijnen.
- Wij zijn alle zorgverleners dankbaar voor het goede werk dat zij dag in dag uit leveren. We brengen de menselijke maat terug in de zorg en herstellen het vertrouwen in de zorgverleners. Zij verdienen betere arbeidsomstandigheden en meer zeggenschap over hun eigen werk, waarmee wij ook de hoge uitstroom van het personeel willen stoppen. De lonen gaan dus omhoog en zorgverleners krijgen meer invloed om onzinnige regels en bureaucratie te schrappen. Zij stellen vast welke zorg nodig is en niet de verzekeraars
- De financiële verantwoordelijkheid voor de specialistische jeugdzorg komt bij de rijksoverheid. Financiële afwegingen bij gemeenten mogen de kwaliteit van de jeugdzorg niet onder druk zetten. We beperken ook de bureaucratie bij de organisatie en de verantwoording van jeugdzorg. Betere zorg is nodig voor mensen met een handicap. Hun belangen verdienen dan ook meer aandacht in alle onderdelen van het overheidsbeleid.
- Elke regio in Nederland verdient een volwaardig ziekenhuis, ook voor spoedeisende zorg (waar- onder acute verloskunde). Er verdwijnen geen ziekenhuizen of afdelingen meer en daar waar dat nodig is gaan we reeds gesloten afdelingen weer openen. Ziekenhuizen worden voortaan gefinancierd naar zorgbehoefte en niet meer per aantal verrichte handelingen. Specialististen gaan in loondienst werken.
- De sociaaleconomische gezondheidsverschillen gaan we verkleinen. Door meer in te zetten op preventie, onder meer door het stimuleren van sport en bestrijding van overgewicht. Preventieve middelen waarvan de effectiviteit is aangetoond komen voortaan in het verzekerde pakket.

## CDA

- De afgelopen jaren is er een waar offensief gaande op het gebied van preventie. Van leefstijlpilots tot aan gezonde voedingsprogramma's. Dat is geweldig. Toch zet de vrijblijvende preventie nog onvoldoende zoden aan de dijk om de samenleving echt in beweging te krijgen. We stoppen met het besteden van geld aan programma's die niets opleveren en willen een brede evaluatie van de preventieprogramma's van de afgelopen tien jaar. Bij de evaluatie kijken we ook naar de effectiviteit van directere en meer verplichtende interventies, zoals bewegen op school of het voorzien van voldoende beweging in de Arboret.
- Gezond voedsel moet goedkoper worden en ongezond voedsel duurder. Het CDA is voor heffing van een belasting op suikerhoudende dranken. Deze heffingen worden bij producenten aan het begin van de productieketen geheven. Landen die deze maatregel hebben doorgevoerd zien een vermindering in de suikerinname. Marketing voor ongezonde producten moet zoveel als mogelijk aan banden gelegd moeten worden
- Dokters en verpleegkundigen willen vooral naast patiënten staan. Zij willen tijd hebben om voor- en nadelen van behandelingen goed te kunnen bespreken. Ze willen



die werkwijze kiezen die het beste is voor patiënten en daarbij van elkaar leren. Zij kiezen voor passende zorg. Maar juist degenen die hierin vooropgaan, lopen risico's. Vooral het risico minder omzet te maken dan de anderen. Minder doen, betekent minder omzet. Dat wil het CDA omkeren door de passende zorg en de manier van werken van de koplopers zichtbaar te maken als voorbeeld. Ook willen wij dat contracten met de zorgaanbieders zo worden vormgegeven dat passende zorg wordt beloofd.

- Er komt een forse opwaardering van het beroep én de zeggenschap van verpleegkundige en verzorgende. Zo gaan verpleegkundigen op gelijk niveau in de ziekenhuisorganisatie besturen als de medische staf.
- We willen af van ingewikkelde aanbestedingsprocedures, verkeerde financiële prikkels en productietargets voor zover die leiden tot onnodige behandelingen.
- De niet-complexe acute zorg moet voor heel Nederland dichtbij en bereikbaar zijn en moet daarom behouden blijven voor regionale ziekenhuizen.
- Academische ziekenhuizen en gespecialiseerde topcentra zullen zich meer richten op hun kerntaken. Algemene en laag-complexe zorg kan meer naar regioziekenhuizen, waarmee hun bestaanszekerheid binnen het stelsel wordt vergroot.
- Patiënten gaan over hun eigen gezondheidsdata. Het databeheer moet veel beter geregeld worden dan nu. De versterking is nodig omdat zich een heel nieuwe ontwikkeling aandient: grote techbedrijven gaan zich met onze gezondheid bemoeien op grond van door hen verzamelde data. Mensen moeten daarom beschermd worden tegen ondernemingen die veel geld willen verdienen aan de medische data van mensen. Zorgprofessionals moeten wel in het belang van de patiënthandeling gegevens kunnen delen zonder tegen doorgeslagen privacyregels aan te lopen.
- We willen een uitbreiding van het winstverbod in de zorg en willen dat medisch specialisten in loondienst komen.
- Zorgorganisaties zijn transparant over wie daadwerkelijk de touwtjes in handen heeft en hoe het met de financiën zit. De mazen in de wet worden gedicht. De inspectie krijgt meer mogelijkheden om in te grijpen als de kwaliteit in het geding is.

## SGP

- De zorgsector drukt nu al zwaar op de arbeidsmarkt en het huishoudboekje van de overheid. Als er niets aan het overheidsbeleid verandert, moet vanwege een gigantisch toenemende vergrijzing over twintig jaar één op de vier mensen in de zorg werken om aan de zorgvraag te voldoen. De collectieve zorguitgaven zouden dan verdubbelen. Dat vergt waarschijnlijk teveel van ons allen. Daarom moeten in de komende jaren lastige knopen worden doorgehakt om de toegankelijkheid, inrichting en betaalbaarheid van de zorg op orde te krijgen.
- De SGP pleit voor verdergaande 'ontschotting' van de financiering van zorg. Idealiter is er sprake van één type financiering per cliënt waarmee deze passende zorg kan bekostigen, afhankelijk van de levensfase en ernst van de zorgvraag. Ook moeten we een einde maken aan ongewenste prikkels om cliënten 'af te schuiven' naar een andere zorgwet.

- Goed bestuur binnen zorgorganisaties moet worden versterkt. Zorggeld en winsten moet zoveel mogelijk en aantoonbaar aan directe zorg en ondersteuning worden besteed.
- Er moet meer zicht komen op de bestaande wachtlijsten in de zorg. Per regio en per sector wordt (het tekort aan) de beschikbaarheid van bedden en behandelplaatsen in kaart gebracht.
- Zorg op afstand moet worden bevorderd. Digitale innovaties waarvan nut en noodzaak is bewezen, moeten worden opgeschaald. Er moet daarom een eigen bekostigingsstructuur komen voor bewezen effectieve toepassingen van eHealth.
- De overheid faciliteert een goede landelijke voorziening voor het uitwisselen van patiëntgegevens. Patiënten krijgen online toegang tot hun medisch dossier, mits de veiligheid en de privacy goed gewaarborgd zijn.
- Niet alles kan online en op afstand. Digitale innovaties zijn niet dé oplossing voor alle problemen in de zorg. De overheid moet daarom ook blijven investeren in andere oplossingsrichtingen.
- De zorg is overwoekerd door kaders, handreikingen en richtlijnen. Hierin moet drastisch worden gesnoeid. Als stip op de horizon streeft de SGP naar halvering van de regeldruk in de zorg.
- Om ervoor te zorgen dat regels logisch en uitvoerbaar zijn, moeten publieke dienstverleners, zorgorganisaties en zorgverleners worden betrokken bij de totstandkoming en aanpassing van wet- en regelgeving waar zij dagelijks mee te maken hebben.
- Het inkoopproces en de verantwoordingeisen voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp worden verder gestandaardiseerd.
- Preventiebeleid vraagt om een duidelijke taak- en rolverdeling tussen de Rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Wetten en regels die samenwerking op het gebied van preventie belemmeren, worden weggenomen. Er wordt vastgelegd wie verantwoordelijkheid draagt voor (de uitvoering van) preventiebeleid.
- Gezondheidsklachten worden vaak veroorzaakt door sociale, economische, fysieke en psychische omstandigheden. Denk aan armoede, leefstijl, schulden, eenzaamheid en relatie- of verslavingsproblemen. Oplossingen hiervoor overstijgen het domein van de zorg. De overheid moet gerichte (preventieve) maatregelen nemen om een gezonde leefomgeving te bevorderen.
- Er komt meer onderzoek naar de effectiviteit van preventieve gezondheidsinterventies, zodat deze eventueel kunnen worden vergoed door zorgverzekeraars.
- Lichaamsbeweging is goed voor iedereen. Het geld dat de overheid nu besteedt aan topsport, kan daarom beter worden geïnvesteerd in het stimuleren van bewegen en breedtesport.
- De SGP is tegen een suikertaks, dit is geen goede maatregel om overgewicht tegen te gaan.
- Wél wil de SGP een verbod op stuntprijzen en kortingsacties op suikerrijke dranken.
- Zorgverzekeraars moeten voldoende aanbod voor leefstijlinterventies inkopen en de bekendheid van dergelijke behandelingen vergroten.
- Leefstijlgeneeskunde krijgt een prominentere plaats in het curriculum van zorgopleidingen.

- De SGP blijft streven naar een Rookvrije Generatie.
- Het aantal verkooppunten voor tabak wordt de komende jaren stapsgewijs verminderd. Er komt een vergunningstelsel voor de verkoop van tabak. De verkoop van tabak in supermarkten wordt niet meer toegestaan.
- Accijns op tabak wordt fors verhoogd. Het gebruik van e-sigaretten wordt evenzeer ontmoedigd als het gebruik van gewone tabak.
- Alcoholgebruik door jongeren moet stevig worden ontmoedigd.
- Gemeenten moeten stevige afspraken maken met lokale horeca en ondernemers om het alcoholverbod voor jongeren te handhaven.
- Er komt een totaalverbod op reclame voor alcoholhoudende dranken.
- Accijns op alcohol wordt verhoogd.
- Het basispakket wordt beter onderbouwd. Daarvoor is permanent onderzoek nodig naar welke behandelingen, geneesmiddelen en technologieën meerwaarde hebben voor de patiënt en tegen welke kosten.
- wijzigingen in wet- of regelgeving moeten voor gewetensbezwaarden worden gecompenseerd. Er komt één centraal hulpmiddelenloket dat vanuit de Zorgverzekeringswet wordt geregeld en gefinancierd.
- Ook in de komende kabinetsperiode moet de bijbetaling voor geneesmiddelen worden gemaximeerd (maximumbedrag per jaar).
- Er komt een actieplan tegen de verspilling van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.
- Veel mensen gebruiken jarenlang (zware) medicijnen zonder dat duidelijk is of zij het nog wel echt nodig hebben. Er moet meer aandacht komen voor het tijdig afbouwen van geneesmiddelen.
- Dure medicijnen moeten landelijk worden ingekocht, zodat de kosten per medicijn dalen.
- De Rijksoverheid intensificeert de prijsonderhandelingen over dure medicijnen. De SGP wil dat de geneesmiddelenindustrie maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt door transparanter te zijn over kostenopbouw en het hanteren van eerlijke en verantwoorde winstmarges.
- Patentrecht is bedoeld om vernieuwing te stimuleren en mag niet worden gebruikt om het alleenrecht van de farmaceut in stand te houden. Daarom dienen op Europees en nationaal niveau de mogelijkheden verkend te worden om geneesmiddelen toegankelijk te houden voor iedereen, met een redelijke vergoeding voor de farmaceut.
- Het bestrijden en voorkomen van antibioticaresistente infecties vereist dat zoveel mogelijk nieuwe antibiotica ontwikkeld worden en dat die zo weinig mogelijk voorgeschreven worden. Om de ontwikkeling van nieuwe antibiotica te stimuleren, wordt onderzocht of fabrikanten een vergoeding kunnen krijgen wanneer hun antibioticum als reserve gehouden wordt.
- Bij (hoog)complexe zorg ligt het voor de hand dat dit wordt aangeboden in een gespecialiseerd ziekenhuis voor betere kwaliteit. Concentratie van zorg moet echter geen doel op zich zijn, maar altijd een middel om de kwaliteit van zorg te behouden of te vergroten. Er kunnen argumenten zijn om specialistische zorg op meerdere plekken in Nederland beschikbaar te houden, ook al kost dat meer geld. De SGP wil dat het kabinet nu eerst grondig in kaart brengt welke vormen van (hoog)complexe

zorg wellicht zou moeten worden geconcentreerd, voordat er verdere besluitvorming plaatsvindt over concentratie van zorg.

- De SGP wil dat basiszorg en acute zorg in ziekenhuizen door het hele land beschikbaar blijft, ook in grensregio's.
- We werken toe naar bekostiging van de spoedeisende hulp op basis van beschikbaarheid.
- Bij de inrichting van de acute zorg in de ROAZ-regio's moet voortgebouwd worden op reeds bestaande regionale samenwerkingsverbanden, zoals huisartsenkringen, zorggroepen en allianties tussen ziekenhuizen.
- Provinciale en lokale bestuurders en patiëntenorganisaties zouden intensief betrokken moeten zijn bij besluitvorming over de inrichting van de medische en acute zorg in hun regio. Dit wordt wettelijk vastgelegd.
- De beschikbaarheidsbijdrage voor 'gevoelige' ziekenhuizen moet omhoog, zodat het voortbestaan van dit type zorg niet in gevaar komt.
- Om te voorkomen dat ziekenhuizen ongecontroleerd en plotseling failliet gaan, dienen er met alle ziekenhuizen bindende afspraken gemaakt te worden waarmee wordt geborgd dat wanneer zorgaanbieder dreigt om te vallen of overgenomen, de zorg voor patiënten niet in gevaar komt.
- De beschikbaarheid van ambulancezorg is in regio's zoals de Veluwe, de Zeeuwse en Zuid- Hollandse eilanden en het Groene Hart ver onder de maat. Het kabinet moet meer druk uitoefenen op Regionale Ambulancevoorzieningen en verzekeraars om de aanrijtijden te verbeteren.
- Het aanbod van voorzieningen voor een tijdelijk verblijf, zoals revalidatiezorg, respijtzorg, Wlz-crisisbedden, wordt vergroot. Hierover worden regionale afspraken gemaakt en regionale en bekostiging voor de coördinatie geregeld.
- Tijdens de coronacrisis ontstond grote druk op de capaciteit van ziekenhuiszorg, zoals de SEH en intensive care. De SGP wil een onderzoek naar de toegankelijkheid en beschikbaarheid van cruciale zorgvoorzieningen om te bezien waar er niet genoeg 'vet op de botten' zit om crisissituaties aan te kunnen.

## **FVD**

- het belangrijkste is naar ons idee het verminderen van bureaucratie door 'ontregel de zorg' en het afschaffen van de vinkjescultuur. In plaats van zorg aan patiënten, besteden zorgverleners te veel tijd aan administratie en bureaucratische besommingen. Dit vergroot het tekort aan handen aan het bed. De bureaucratie in ziekenhuizen moet verminderd worden door het afschaffen van de 3500 indicatoren die jaarlijks worden bijgehouden voor de zorgverzekeraar en de inspectie. (...) Wel moeten belangrijke uitkomsten van zorg bijgehouden worden per afdeling en behandeling, en ook de patiënttevredenheid moet worden gemeten, en publiek inzichtelijk zijn voor de patiënt.
- De tekorten aan zorgmedewerkers worden voor een groot deel veroorzaakt door slechte arbeidsvoorwaarden. Door meer concurrerende arbeidsvoorwaarden kan de zorg weer aantrekkelijk gemaakt worden voor werknemers. Hieronder valt ook het verbeteren van de CAO's voor (academische) ziekenhuizen.
- De positie van de patiënt versterken door behoud vrije artskeuze en inzichtelijk maken van de uitkomsten van lichamelijke onderzoeken.

- Minder bureaucratie door 'ontregel de zorg' en afschaffen van de vinkjescultuur. Kwaliteit wordt weer leidend.
- Concurrerende arbeidsvoorwaarden om de zorg weer aantrekkelijk te maken voor werknemers.
- Kleinschalige medische zorg: maatschappen i.p.v. loondienst, heropenen van regionale ziekenhuizen.
- Verkennen van de optie tot aandeelhouderschap voor personeel van ziekenhuizen.
- Gesloten ziekenhuizen weer openen.
- Structurele salarisverhoging en betere arbeidsvoorwaarden voor verzorgenden en verpleegkundigen.
- Geen aanvullende wet 'voltooid leven'

## **Volt**

- We kopen meer medicijnen gezamenlijk op Europees niveau in en we gaan door met de verdere ontwikkeling van een Europese farmaceutische strategie. Medicijnen en software die ontwikkeld zijn met publiek geld moeten onder EU-patent blijven, zodat de kosten, bevoorrading en resistentie transparant en onder controle zijn. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg, aan Europese gelijkheid en verhoogt de pandemische paraatheid.
- We gebruiken niet-gepersonaliseerde data om beter inzichtelijk te krijgen welke regio behoefte heeft aan welke zorg. Zo realiseren we op de specifieke zorgvraag een toegespitst zorgaanbod en verminderen we regionale gezondheidsverschillen.
- We halen perverse prikkels uit de zorgfinanciering. Zo moet het lonend zijn om patiënten en cliënten te helpen, te begeleiden en te genezen. Zorgaanbieders die kostenbesparend werken, door meer in te zetten op preventie, de menselijke maat en de zin of onzin van intensieve behandelingen in de laatste levensfase, moeten daar niet financieel voor worden gestraft.
- We zorgen dat zorgverzekeraars en andere financierders op dezelfde manier kwaliteitsdata gaan verzamelen om de administratieve lasten bij zorgaanbieders te verlagen.
- De lonen in de zorg laten we aansluiten op de lonen in de rest van de publieke sector. De lonen in de zorg liggen 6 tot 9 procent lager dan vergelijkbare functies in de markt. Die loonkloof voelen medewerkers extra in een tijd dat alles duurder wordt. Voor Volt betekent dit ook dat artsen en medisch specialisten zich dienen te houden aan de Wet Normering Topinkomens.
- Het werken in loondienst van de instelling moet de norm worden en door wetgeving worden ondersteund, ook voor artsen.
- We realiseren de Rookvrije Generatie zo snel mogelijk, voor zowel tabak als vapes. We verhogen accijnzen, weren lobbyisten van de nicotine-industrie en verplichten importeurs van nicotineproducten een percentage van hun winst in een nicotinefonds te storten, dat kan worden aangewend om nicotinegebruik tegen te gaan.
- We zorgen dat de GGZ beter toegankelijk wordt en voor jongeren tot 25 jaar gratis is. Drie kwart van de psychiatrische stoornissen manifesteren zich voor het 25ste levensjaar; laagdrempelige en adolescent- vriendelijke hulp is hierbij van groot belang.
- We vergroten de aandacht voor en onderzoek naar de verschillen tussen mannen en vrouwen in de gezondheidszorg om de kennisachterstand hierover te verkleinen.

## **JA21**

- JA21 wil Forse, brede investeringen in de zorg om de afbraak van de afgelopen jaren ongedaan te maken en betere salarissen voor zorgpersoneel.
- JA21 wil Bureaucratie sterk terugdringen en de macht van zorgverzekeraars inperken.
- JA21 wil Het gat tussen thuis en het verpleeghuis opvullen door herintroductie van bejaardenhuizen.

## **DENK**

- Nog geen verkiezingsprogramma gepresenteerd.

## **BIJ1**

- Zorg mag geen winstmodel zijn. We zetten een stop op private zorginstellingen en nemen alle zorginstellingen weer in publieke handen. Zo maken we een einde aan zogeheten zorgcowboys, houden we noodlijdende zorgorganisaties overeind, en werken we organisatiebelangen en concurrentie de deur uit.
- De zorgprofessional komt weer aan het roer en niet langer mogen regeltjes, financiële verantwoording en overheidsinstanties de dienst uitmaken. We slopen de bureaucratie uit de zorg en zorgen ervoor dat zorgprofessionals indicaties stellen, in plaats van de overheid en de gemeente
- We verlagen de werk- en regeldruk in de zorg door de administratieve lasten te verminderen en tijdschrijven af te schaffen. Ook gaan we alle zorgmedewerkers, van de verplegers in de medische zorg tot de jeugdzorgmedewerkers, eerlijker betalen
- We hebben een radicale omslag nodig in de GGZ. We zetten ons in voor een GGZ zonder doorgeslagen diagnostisering, lange wachtlijsten, personeelstekorten, separeercellen en burn-outs onder medewerkers. Naar een GGZ waar de menselijke maat centraal staat.
- Niet alleen de witte cis man moet centraal staan bij medisch onderzoek. Er wordt meer geïnvesteerd in onderzoek naar ziektebeelden, geneesmiddelen en behandelmethoden bij niet-witte mensen, vrouwen en niet-witte vrouwen.
- De zorg voor trans personen moet worden gezien als een reguliere vorm van medische zorg en moet worden meegenomen in het basiscurriculum van medische gezondheidsopleidingen. We vergroten het aanbod van transzorg en er worden meer transklinieken geopend

## **50Plus**

- 50PLUS wil alle artsen en specialisten in loondienst brengen. Het risico is dat dit leidt tot minder productiviteit kan worden ondervangen met een prestatiegerelateerde beloning.
- 50PLUS vindt dat euthanasie toegestaan moet worden als er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden zonder medische grondslag (voltooid leven).
- Het samenbrengen van nieuwe ontwikkelingen zoals onder andere 'big data', 'blockchain' en 'artificiële intelligentie' biedt een ongekeende potentie voor kostenbeheersing in de zorg. 50PLUS maakt incidenteel geld vrij voor plannen waarmee deze ongekeende potentie wordt vrijgespeeld. Want: "den cost gaet voor den baet uyt".
- De verzekeraars mogen niet meer eenzijdig bepalen welke medicijnen worden vergoed.

## **BVNL**

- Aandacht voor en inzet op preventieve gezondheidszorg en leefstijl, in plaats van op behandeling en medicatie.
- Wachtlijsten in de zorg worden verminderd doordat bureaucratie en regeldruk wordt aangepakt
- Jeugdzorg wordt grondig gereorganiseerd zodat alle perverse prikkels en verkeerde incentives uit het systeem verdwijnen. Jeugdzorg moet gericht zijn op het in stand houden van het gezin en niet, zoals op dit moment, op het uithuisplaatsen van kinderen. De decentralisatie wordt teruggedraaid. Hoogcomplexere zorg voor kinderen en gezinnen gaat terug naar het Rijk.