



EEN ZORGPLAN VOOR DE TOEKOMST

VAN CONCURRENTIE NAAR SAMENWERKING
EN VAN WANTROUWEN NAAR WAARDERING

GROENLINKS

INTRO

Zorg is van levensbelang voor onze samenleving. De tomeloze inzet van zorgverleners tijdens de eerste coronagolf voorkwam dat ziekenhuizen overvol raakten. Het publieke belang werd boven marktprincipes gezet. Alle partijen in de zorg konden in het belang van patiënten werken.

Tegelijkertijd brengt de coronacrisis bestaande frustraties van zorgverleners sterker naar voren. Waar blijft de waardering voor zorgverleners na het applaus? Waarom kan er niet altijd worden samengewerkt tussen partijen in de zorg? En hoe kan het dat Nederland zo afhankelijk is van multinationals en andere landen voor beschermings- en geneesmiddelen?

De coronacrisis markeert een keerpunt in de zorg. Dit is hét moment om onze mooie woorden over de zorg om te zetten in daden. Zorgverleners zijn het hart van de zorg. Het is de verantwoordelijkheid van de politiek om hen niet te laten verdrinken in een systeem van regels, verantwoording en bureaucratie, maar in staat te stellen om hun werk op een goede manier uit te voeren. In plaats van te focussen op korte termijn kostenbesparingen moet de overheid investeren in onze gezondheid en de crisis in de GGZ een halt toeroepen. De overheid moet ervoor zorgen dat patiënten de best mogelijke zorg krijgen door niet met elkaar te concurreren, maar in hun belang samen te werken.

Juist als ons land de grote uitdagingen waar de zorg voor staat het hoofd wil bieden is een systeem nodig waarin niet concurrentie maar samenwerking centraal staat. Alleen als we marktwerking in de zorg afschaffen kan de werkdruk en administratieve lasten voor zorgverleners echt verminderd worden. Alleen door intensief samen te werken in de regio kunnen de wachtlijsten in de GGZ slinken. Alleen door Europese en internationale samenwerking te versterken kan ons land zich beter voorbereiden op mogelijke nieuwe epidemieën en zo de impact op onze gezondheid en economie minimaliseren.

Deze zorgvisie kwam tot stand door talloze gesprekken met zorgverleners, patiënten, bestuurders en andere betrokkenen binnen de zorg. Het heeft als doel bij te dragen aan nieuw politiek beleid dat nodig is om samenwerking in de zorg te bevorderen, de druk op zorgverleners te verlagen en de zorg zo toekomstbestendig te maken.

Onze gezondheid is simpelweg te belangrijk om aan de markt over te laten.

GroenLinks, Den Haag, oktober 2020.

1. WAAROM MARKTWERKING IN DE ZORG NIET WERKT

Partijen in de zorg moeten samen kunnen werken en kunnen vertrouwen op elkaar om de best mogelijke zorg te bieden aan patiënten. Toch heeft de politiek er de afgelopen jaren voor gekozen om de zorg steeds meer in te richten als markt, met concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars als leidend principe.

Met de invoering van marktwerking in 2006 is de verantwoordelijkheid voor de zorg voor een groot deel overgeheveld van de overheid naar private zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben sindsdien de taak om de “bedrijfsvoering” over de zorg te managen en met elkaar te concurreren om zo verzekerden de laagst mogelijke premie te bieden. Ons zorgsysteem is hiermee omgevormd van een publieke voorziening tot een marktsysteem, met de zorg als product en burgers als consumenten.

DE BELOFTE VAN MARKTWERKING

Het idee achter de invoering van marktwerking in de zorg was dat concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen zou leiden tot betere zorg voor minder geld. Zorginstellingen zouden efficiënter gaan werken wanneer zij met elkaar moeten concurreren en zorgverzekeraars zouden beter op de kosten gaan letten om zo de laagste premie aan verzekerden te kunnen bieden. Wanneer iedere partij in de zorg haar eigenbelang maximaal na zou streven, zo was het idee, dan zou dit vanzelf leiden tot het beste eindresultaat voor patiënten. Het vertrouwen werd hiermee niet gesteld in de intrinsieke motivatie van zorgverleners, maar in het optimaal functioneren van de zorg als markt.

PRODUCTIE VAN ZORG LOONT EN NEEMT TOE

Helaas leidt dit systeem van onderlinge concurrentie tot een andere praktijk. Door de focus op controle vanuit iedere individuele zorgverzekeraar worden zorgverleners gedwongen om veel tijd te besteden aan verantwoording van hun werkzaamheden.

Ondertussen wordt er niet kostenefficiënter gewerkt: zorginstellingen moeten voor hun gevoel juist méér zorg produceren om zich in onderhandelingen met zorgverzekeraars zeker te stellen van voldoende budget. Schaalvergroting wordt in dit systeem namelijk beloond: hoe groter de zorginstelling, hoe meer er kan worden geëist van de zorgverzekeraar. In de praktijk leidt dit tot standaardcontracten met lage tarieven voor kleine zorgaanbieders, waarmee zorgverzekeraars binnen hun budget proberen te compenseren voor de budgetten van grote zorginstellingen.

HOGERE WERKDRUK EN MEER ADMINISTRATIE

De invoering van marktwerking in de zorg heeft ertoe geleid dat zorgverleners zich steeds meer beknelde voelen door een te hoge werkdruk en administratieve lasten. Doordat zorgaanbieders jaarlijks apart moeten onderhandelen met alle zorgverzekeraars krijgen zij te maken met veel, soms met elkaar conflicterende, vereisten. Hierdoor besteden zorgverleners nu gemiddeld 40% van hun al schaarse tijd aan administratie.

Zorgverzekeraars zeggen deze informatie nodig te hebben om zich ‘concurrentieel’ te kunnen opstellen naar andere zorgverzekeraars.¹ Ondertussen vertrekken zorgverleners gedemotiveerd uit de zorg of beginnen voor zichzelf om meer eigen regie op hun werk te hebben. Dit vergroot de personeelstekorten en maakt samenwerking, bijvoorbeeld in de wijkverpleging en de GGZ, lastiger.

MINDER AANDACHT VOOR KWALITEIT

Het systeem van concurrentie werkt in het voordeel van de grootste of ‘beste’ instelling, maar dit is zeker niet altijd het beste voor de patiënt. Doordat zorgverzekeraars elkaar beconcurreren op prijs - de laagst mogelijke premie voor verzekerden - gaan de gesprekken met zorgaanbieders vooral over de prijs in plaats van de kwaliteit van zorg. Waar concurrentie dus vooral werkt voor de ‘beste’ of ‘goedkoopste’ instelling, hebben patiënten er meer baat bij als instellingen gezamenlijk kijken hoe ze de beste zorg kunnen bieden in specifieke situaties.

Zo komen afspraken tussen zorgaanbieders om integrale zorg te bieden aan thuiswonende kwetsbare ouderen niet voldoende van de grond, waardoor hun situatie sneller achteruit kan gaan. Dit is slecht voor de oudere patiënt en kost de samenleving op termijn ook meer. Daarbij leidt de prikkel voor zorginstellingen om met elkaar te concurreren ertoe dat innovaties, die in het voordeel kunnen werken van alle patiënten, niet onderling worden uitgewisseld.

¹ “Hoe kunnen we de zorg blijvend ontregelen? Lessen uit schrapsessies”. Kees Kraaijeveld (juli 2018)

NADRUK OP KORTE TERMIJN

Eén van de aanleidingen om destijds marktwerking in de zorg in te voeren waren de stijgende zorgkosten. De zorgkosten zullen ook de komende jaren, met name door toenemende vergrijzing, naar verwachting verder stijgen. De druk op de financiering van de zorg, en daarmee op de betaalbaarheid en solidariteit, neemt hierdoor toe. Maar veel kosten die in de toekomst zullen moeten worden gemaakt zijn nu al wel goed te voorspellen: zo is bekend dat er veel meer passende woningen voor ouderen zullen moeten worden gebouwd. Ook is duidelijk dat duurzame kostenbesparingen alleen mogelijk zijn met een centrale visie op onze ziekenhuiszorg en meer investeringen in preventie.

Het is juist daarom belangrijk dat de focus op korte termijn besparingen verschuift naar investeringen in onze gezondheid die stijgingen van de zorgkosten op de lange termijn kunnen drukken.

COMPLEXE PROBLEMATIEK NIET 'RENDABEL'

Hoe ongenadig hard de effecten van marktwerking kunnen zijn voor onze publieke gezondheid, is misschien wel het meeste zichtbaar in de geestelijke gezondheidszorg. Doorgeschoten marktwerking heeft hier geleid tot een onderscheid tussen 'rendabele' en 'niet-rendabele' patiënten. Het loont voor instellingen die zoveel mogelijk winst willen maken om zoveel mogelijk korte behandelingen aan te bieden tegen zo laag mogelijke kosten. Zo lopen winsten in de GGZ op tot meer dan 50% van de omzet.²

Het gevolg is dat de meest kwetsbare patiënten op een wachtlijst komen. Soms wachten ze jaren op een behandeling. De wirwar aan overleggen en afspraken tussen verschillende zorgverzekeraars en zorginstellingen maakt dat effectieve samenwerking om passende zorg voor deze patiënten te vinden niet goed van de grond komt. Zorgverzekeraars dragen alleen zorg voor hun eigen verzekerden en instellingen.

Een argument dat vaak wordt gebruikt door voorstanders van marktwerking in de zorg is dat de prikkel om zoveel mogelijk te produceren (lees: behandelen) tegen zo laag mogelijke kosten nodig is om wachtlijsten in de zorg tegen te gaan. De situatie in de GGZ maakt glashelder dat marktwerking geen oplossing is voor wachtlijsten, maar deze juist kan verergeren.

² Onderzoek Pointer & Follow the Money, 2019.

Wachtlijsten kunnen worden teruggedrongen als partijen elkaar voldoende inzicht bieden in het aanbod, om zo per regio te bekijken of er een gebrek is aan capaciteit of dat er nog plekken met passende zorg beschikbaar zijn. Om deze analyse te maken moeten partijen erop kunnen vertrouwen dat zij gezamenlijk de best passende zorg aan patiënten kunnen leveren zonder dat er één partij opdraait voor de financiële gevolgen.

Om de wachtlijsten in de GGZ op te lossen, moeten zorgverzekeraars dat en GGZ-instellingen gezamenlijk oplossingen zoeken voor patiënten op wachtlijsten. Maar het huidige systeem prikkelt instellingen niet om over hun eigen muren heen te kijken: afspraken over zorg en financiering worden tussen individuele GGZ-instellingen en zorgverzekeraars gesloten. Even inspringen voor een ander gaat ten koste van tijd en geld van de eigen bedrijfsvoering. GGZ-instellingen krijgen hiermee een dubbele boodschap: werk samen om passende zorg te bieden aan patiënten, maar concurreer ook om patiënten als je “rendabel” wilt zijn.

2. DE CORONACRISIS: EEN KEERPUNT IN DE ZORG

De coronacrisis zet onze zorg onder ongekende druk. Ziekenhuizen zijn niet langer zeker van voldoende capaciteit, patiënten moeten snel kunnen worden verplaatst en is Nederland zich pijnlijk bewust geworden van de afhankelijkheid van andere landen voor voldoende beschermingsmiddelen en medicijnen. Zorgverleners hebben zich met hart en ziel ingezet om alle patiënten onder deze zware omstandigheden de best mogelijke zorg te bieden. Er volgde applaus, maar dit is niet genoeg. We moeten nu lessen trekken uit de corona crisis en onze mooie woorden over de zorg omzetten naar concrete acties voor de zorg.

Tijdens de coronacrisis zagen we dat alle partijen in de zorg, van wijkverpleegkundigen tot ziekenhuizen, massaal gingen samenwerken om de crisis zo goed mogelijk het hoofd te bieden. Na jaren waarin onderlinge concurrentie het leidende principe was in de zorg, lieten zorgverleners en zorgverzekeraars dit principe varen. Zo werden er in recordtijd regionale overleggen opgezet om patiënten zo goed mogelijk te verdelen over ziekenhuizen en werden medische middelen waar nodig uitgewisseld. Zorgverzekeraars lieten verantwoordingsvragen los waardoor er meer tijd ontstond om zorg te leveren. De relatie tussen zorgverleners en patiënten en de kunde van zorgprofessionals stond centraal, financiële overwegingen en bureaucratische regels werden hieraan ondergeschikt gemaakt.

Hoewel zorgverleners een ongelooflijke prestatie hebben neergezet, moeten we erkennen dat deze door velen niet dankzij, maar ondanks het huidige systeem zijn geleverd.

Het was de urgentie om snel te handelen die maakte dat partijen het systeem van marktwerking los lieten. En dat is maar goed ook: zonder samenwerking kunnen we deze crisis niet het hoofd bieden. Maar we moeten ook verder kijken: Hoe gaan we er ook buiten crisistijd voor zorgen dat niet concurrentie, maar samenwerking het leidende principe in de zorg is? En hoe zorgen we ervoor dat het systeem zorgverleners niet belemmert, maar in staat stelt om hun werk zo goed mogelijk te doen?

De coronacrisis heeft duidelijk gemaakt dat samenwerking leidt tot de beste zorg. Het is nu tijd voor de politiek om hier lessen uit te trekken. Het systeem van concurrentie in de zorg is failliet: het is hoog tijd om het tij te keren. Door samenwerking centraal te stellen, zorgaanbieders alleen op hoofdlijnen verantwoordelijkheid af te laten leggen en door afspraken voor langere tijd vast te leggen. Zo ontstaat er ruimte voor vernieuwing, voor vertrouwen in de zorgverlener en oog voor de behoefte en zorgvragen van de patiënt.

3. SAMEN VOOR DE BESTE ZORG: EEN ZORGSTELSEL GEBOUWD OP SAMENWERKING, ZEGGENSCHAP EN WEERBAARHEID

3.1 WE SCHAFFEN MARKTWERKING IN DE ZORG AF EN VERKIEZEN SAMENWERKING OVER CONCURRENTIE

3.1.1 DE POLITIEK NEEMT WEER VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE ZORG

Het is tijd dat de politiek weer verantwoordelijkheid neemt voor de zorg en definieert welke stappen nodig zijn om problemen het hoofd te bieden. Dit betekent niet dat de overheid alles zelf gaat beslissen: beslissingen worden samen met alle veldpartijen gemaakt. Maar de afspraken zijn niet langer vrijblijvend.

ACTIES:

- **De overheid neemt weer verantwoordelijk voor de zorg en voert de regie over het landelijk te voeren beleid.** De overheid stelt op basis van overleg met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgfondsen landelijk beleidskaders en een landelijk financieel kader op voor de zorg.
- **Het budget voor eerstelijnszorg wordt vastgesteld op basis van het aantal inwoners in een regio en via meerjarige contracten verdeeld over zorginstellingen.** Zorginstellingen ontvangen het grootste deel aan financiering op basis van het aantal inwoners in het gebied waar zij opereren, in plaats van het aantal patiënten dat zij behandelen. Dit biedt zekerheid en stimuleert tegelijkertijd preventie gericht werken: hoe gezonder de populatie, hoe minder budget er besteed hoeft te worden. Er worden vanuit deze budgetten ook experimenten gestart om anderhalvelijnszorg - het verplaatsen van eenvoudige zorg van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk - integraal te financieren.
- **De landelijke zorgdoelen worden door het ministerie van VWS, beroepsgroepen, zorgfondsen, zorginstellingen en patiëntenverenigingen vastgelegd in bindende hoofdlijnenakkoorden.** Deze akkoorden hebben betrekking op thema's die belangrijk zijn voor alle regio's en kunnen sectoroverstijgend worden opgesteld, denk hierbij bijvoorbeeld aan concrete doelstellingen op preventie, het verplaatsen van zorg van ziekenhuizen naar de eerstelijns en het versterken van zeggenschap in de zorg. De Nationale Zorgautoriteit krijgt de taak om toezicht te houden op de naleving van deze afspraken in de hoofdlijnenakkoorden en hier jaarlijks over te rapporteren.

- **Er komt een nationaal plan voor toekomstbestendige ziekenhuiszorg.**
 Hierin wordt het ziekenhuislandschap herzien, met als uitgangspunt dat acute- en basiszorg in elke regio dichtbij beschikbaar moet blijven, maar ziekenhuizen complexe, hoog specialistische zorg meer concentreren.
- **Er komt een nationaal akkoord wonen en zorg tussen de overheid, gemeenten en woningcorporaties dat regelt dat er voldoende passende woningen voor ouderen gebouwd kunnen worden.** Goede zorg – dichtbij huis – en passende woonruimte zijn voorwaarden om deze groeiende groep ouderen een volwaardige plek te geven in onze samenleving. Veel senioren willen best verhuizen naar een betaalbare, kleinere woning, maar die zijn onvoldoende beschikbaar. Intussen zijn de wachtlijsten voor verpleeghuizen al omvangrijk en groeiend.

3.1.2 EEN NIEUWE, PUBLIEKE ROL VOOR ZORGVERZEKERAARS

ACTIES:

- **Private zorgverzekeraars worden omgevormd tot publieke zorgfondsen.**
 Zorgverzekeraars krijgen een publieke taak: zij maken binnen de landelijk vastgestelde financiële en beleidskaders op regionaal niveau samen met zorgaanbieders een zorgplan en kopen op basis daarvan voldoende zorg in voor verzekerden in de regio. Er is een kleine nominale premie per zorgfonds waarmee zij zich kunnen onderscheiden met vernieuwende diensten.
- **De twee grootste zorgfondsen maken gezamenlijk één set afspraken met zorgpartijen in een regio over de kwaliteit en prijs van eerstelijnszorg.**
 Deze afspraken worden gevolgd door de andere publieke zorgfondsen, zodat zorginstellingen niet langer aparte en soms tegenstrijdige afspraken moeten maken met alle zorgverzekeraars. Op deze manier worden bureaucratie en administratieve lasten maximaal teruggedrongen.
- **De publieke zorgfondsen functioneren als schakel tussen het landelijke en het regionale beleid.** De beste ervaringen in een specifieke regio worden op landelijk niveau uitgewisseld tussen zorgfondsen, zodat partijen in de zorg hier ook in andere regio's gebruik van kunnen maken.

3.1.3 REGIONALE ZORGTAFELS: SAMENWERKING EN ZEGGENSCHAP IN HETBELANG VAN DE PATIËNT.

Partijen in de zorg moeten in continu overleg kunnen treden om gezamenlijk de best passende zorg aan patiënten te kunnen bieden. Zorgverleners moeten meer inspraak krijgen op het te voeren beleid en innovaties moeten makkelijker kunnen worden uitgewisseld. Het is daarom van belang dat er permanente regionale zorgtafels worden opgezet waar veldpartijen samen een zorgvisie opstellen en afspraken maken om de zorg te verbeteren.

ACTIES:

- **Er komen eenduidige regio's voor alle zorgwetten.** In de huidige situatie zijn er aparte regio's voor jeugdzorg, ouderenzorg, eerstelijnszorg en GGD-en. Hierdoor zijn er veel verschillende overlegtafels op deelonderwerpen ontstaan. De nieuwe regioafbakening moet worden gebaseerd op de huidige zorgkantorregio's: binnen deze regio ontvangen inwoners nu al de meeste zorg. Alleen voor de acute zorg houden we vast aan de huidige Regionaal Overleg Acute Zorgketen-regio's. Door de zorgregio's uniform af te bakenen kan er makkelijker worden samengewerkt tussen partijen in een regio en voorkomen we onnodige overlegstructuren.
- **Er worden meerjarige contracten gesloten met zorginstellingen onder regie van de twee grootste publieke zorgfondsen in een regio.** Alle andere zorgfondsen volgen deze afspraken. Zorginstellingen krijgen één set aan verantwoordingsseisen, zodat bureaucratie en administratieve lasten maximaal worden teruggedrongen. Door standaard meerjarige contracten af te sluiten komt er meer ruimte voor zorginstellingen om lange termijn investeringen te doen en het gesprek over de kwaliteit van zorg intensiever te voeren.
- **Bovenop de financiering voor het leveren van zorg komen werkdruk- en kwaliteitsmiddelen die worden ingezet om de positie van zorgverleners en kwaliteit van zorg voor patiënten te verbeteren.** Deze budgetten kunnen door instellingen en hun zorgverleners worden aangevraagd bij het grootste zorgfonds in de regio om de zorg te verbeteren, experimenten te starten en te innoveren.

- **Zorgverleners krijgen meer zeggenschap over de zorg die zij leveren.** De middelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de werkdruk te verlagen mogen alleen worden toegekend als een instelling een plan kan aandragen dat de instemming heeft van de zorgverleners binnen een organisatie. Beroepsgroepen krijgen een volwaardige plek aan de regionale zorgtafels. Verzorgenden en verpleegkundigen moeten beter in de positie komen om mee te praten aan de bestuurstafel, door middel van een chief nursing officer en versterking van een verzorgende- en verpleegkundige adviesraad.

- **De Nederlandse Zorgautoriteit monitort de resultaten van de werkdruk- en kwaliteitsmiddelen en rapporteert hierover in het kader van de hoofdlijnenakkoorden.** Uitkomsten kunnen worden getoetst op factoren als tevredenheid van patiënten, ervaren werkdruk van zorgverleners en het aantal doorverwijzingen van de eerste- naar de tweedelij. Goede voorbeelden uit de regio's worden gedeeld.

3.2 WE PAKKEN DE CRISIS IN DE GGZ AAN

De oplopende wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) maken glashelder dat marktwerking geen oplossing is. De GGZ heeft beperkte capaciteit, terwijl het aantal mensen met psychische problemen steeds verder toeneemt. Het is nodig de zorg zo in te richten dat patiënten met de zwaarste of meest acute zorgbehoefte zo snel mogelijk geholpen kunnen worden. Daarbij voorkomen investeringen in welzijn en preventie de stijgende vraag naar lichte psychische zorg. Het is tijd voor een systeem dat ruimte biedt aan zorgverleners om passende zorg te bieden, samenwerking stimuleert en complexe problematiek en crisiszorg zoveel mogelijk helpt voorkomen.

ACTIES:

- **GGZ wordt gefinancierd uit de regionale zorgbudgetten.** Schotten tussen verschillende financieringsstromen worden zoveel mogelijk opgeheven. Dit stimuleert een benadering die is gericht op het bieden van passende zorg aan patiënten en het zo vroegtijdig mogelijk signaleren van problemen. Instellingen maken één set afspraken met zorgfondsen aan de regionale zorgtafels over de kwaliteit en verantwoording van zorg.
- **De twee grootste zorgfondsen per regio worden verantwoordelijk voor afspraken met zorgaanbieders om wachtlijsten weg te werken.** Dit doen zij niet alleen voor hun eigen verzekerden op een wachtlijst, maar voor de gehele populatie aan verzekerden. Aan de regionale zorgtafels worden afspraken gemaakt met zorgaanbieders over het tijdig inzicht geven in de zorgvraag van mensen die in de regio's op de wachtlijst staan, triage en doorverwijzingen.
- **GGZ-instellingen die hoogcomplexere zorg aanbieden, krijgen hiervoor structurele bekostiging op basis van de beschikbaarheid van deze functie.** Wanneer partijen aan een zorgtafel geen passende behandelplek vinden voor een patiënt vanwege de complexiteit van de zorgvraag (bijvoorbeeld wanneer iemand meerdere diagnoses over meerdere levensterreinen heen heeft) kan deze patiënt direct worden doorverwezen naar een plek in deze instellingen. Op deze manier krijgen de meest kwetsbare patiënten zo snel mogelijk hulp.
- **Winstuitkeringen worden voor alle GGZ-aanbieders afgeschaft.** Het mag niet langer lonen om voor zo min mogelijk geld zoveel mogelijk GGZ-behandelingen aan te bieden. Wanneer een aanbieder winst maakt, moet dit worden geherinvesteerd in de zorg. Op deze manier gaan we versnippering van het GGZ-aanbod tegen en laten we geld dat bestemd is voor zorg bij de GGZ.

- **Er wordt fors geïnvesteerd in het verbinden van preventie, zorg en welzijn op lokaal niveau.** Gemeenten, zorginstellingen en welzijnsorganisaties maken samen met de twee grootste zorgfondsen in een regio plannen voor de besteding van dit geld. Deze plannen kunnen inzetten op preventie van terugkerende psychische problemen, schuldhulpverlening, trainingen van wijkteams en vroegtijdige signalering van verslavingen. Door samenwerking op lokaal niveau te versterken vangen zorgaanbieders en maatschappelijke partners signalen eerder op en leiden ze patiënten in een zo vroeg mogelijke fase toe naar passende zorg en ondersteuning.

3.3 WE VERSTERKEN ONZE ONAFHANKELIJKHEID EN WERKEN SLIMMER SAMEN MET HET BUITENLAND

Globalisering, klimaatverandering en de vernietiging van de leefomgeving van wilde dieren hebben virussen in nauw contact gebracht met de mens. Een nieuwe epidemie of pandemie, zoals corona, is niet uitgesloten. De sleutel tot succesvol handelen in een volgende crisis is meer lokale productie, minder afhankelijkheid van de farmaceutische industrie én robuuste internationale samenwerking.

3.3.1 EEN WERELDWIJD SYSTEEM VOOR DE SIGNALERING VAN INFECTIEZIEKTEN.

ACTIES:

- **Nederland zet zich op Europees en internationaal niveau in voor de ontwikkeling van een wereldwijd systeem voor vroegtijdige detectie van infectieziekte, zodat schade bij komende uitbraken zoveel mogelijk kan worden voorkomen.** Door nu te investeren in internationale netwerken van vroegtijdige signalering via early warning systems worden infectieziekten eerder gedetecteerd. Dit minimaliseert de impact van een mogelijke nieuwe epidemie. Op dit moment worden systemen voor vroegtijdige waarschuwing systematisch gebruikt voor gevaarlijke natuurlijke gebeurtenissen zoals orkanen en vulkaanuitbarstingen. Er is tot op heden nog weinig aandacht besteed aan de ontwikkeling van dergelijke systemen voor epidemieën van infectieziekten.

3.3.2 ZEKERHEID OVER DE BESCHIKBAARHEID VAN MEDISCHE HULPMIDDELEN EN MEDICIJNEN.

ACTIES:

- **Acute tekorten van geneesmiddelen voorkomen door de productie van medicijnen en farmaceutische ingrediënten terug naar Europa te brengen.** De meeste medicijnen die wereldwijd worden verkocht, zijn afkomstig uit India en China, waar de productie het goedkoopst is. Als gevolg hiervan is de Europese levering van medicijnen in handen van een paar bedrijven. Door in de inkoop van medicijnen niet alleen eisen te stellen aan de prijs, maar ook aan de duurzaamheid en de locatie van productie, kunnen we de productie van genees- en beschermingsmiddelen in Europa stimuleren.

- **Onafhankelijkheid van de EU vergroten door zelf meer te investeren in onderzoek naar- en de ontwikkeling van medicijnen.** Door zelf meer te investeren in onderzoek naar- en de ontwikkeling van medicijnen kan Nederland de onafhankelijkheid ten opzichte van farmaceuten vergroten. Daarbij krijgt ons land meer inspraak op de prioriteiten van onderzoek: waar farmaceuten nu veelal onderzoek doen naar de medicijnen die de meeste winst opleveren, kan publiek onderzoek zich focussen op het behalen van de grootste gezondheidswinst.

3.3.3 DE MACHT VAN DE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE INPERKEN VOOR BETAALBARE GENEESMIDDELEN.

ACTIES:

- **Eisen stellen aan de prijzen en winstmarges van farmaceuten wanneer zij publieke subsidies of publiek gefinancierd onderzoek willen gebruiken.** Excessieve prijzen kunnen worden voorkomen als we farmaceuten verplichten transparant te zijn over de kostprijs van hun medicijnen en het aandeel publiek geld dat ze hieraan besteden. Exclusieve rechten over medicijnen worden alleen verlengd wanneer wordt aangetoond dat de kostprijs voor de ontwikkeling van een geneesmiddel nog niet is terugverdiend.
- **In EU-verband onderhandelen over de prijzen van medicijnen en vaccins.** Farmaceutische bedrijven onderhandelen nu met individuele EU-landen over medicijnprijzen zonder inzicht te geven in hun kosten of in de prijzen die andere landen betalen. Om onze onderhandelingspositie te versterken moeten deze onderhandelingen meer op Europees niveau plaatsvinden.