

## **Ggz-selectie Verkiezingsprogramma 2021**

### **SGP**

Er moet een visie komen van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de organisatie van de 'eerstelijnszorg' in de wijk en regio. Er worden in ieder geval afspraken gemaakt welke behandelingen en zorgverrichtingen alleen door aanbieders van de eerstelijnszorg gedaan mogen worden (en dus niet in de tweedelijnszorg). Dit stimuleert de juiste zorgverlening op de juiste plek. Bij een herverdeling van taken, een regionale organisatie van de eerstelijnszorg en het intensiveren van eHealth hoort uiteraard een adequate financiering.

Huisartsen hebben de afgelopen jaren de consequenties ervaren van de wachtlijsten voor verpleeghuizen en in de ggz en jeugdzorg. Zij moeten voor méér kwetsbare mensen zorgen en de zorgvraag wordt intensiever. Het aanpakken van problemen in andere zorgsectoren kan de druk op huisartsen verlichten. Tegelijkertijd is het nodig om huisartsen meer tijd en ruimte te geven voor de hulp aan kwetsbare cliënten.

### **Geestelijke gezondheidszorg**

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) kampt al jaren met hardnekkige wachtlijsten. Er is onvoldoende passende begeleiding en behandeling voor mensen met (ernstige) psychische problemen. Tussen instellingen wordt onvoldoende samengewerkt en het ontbreekt vaak aan afstemming met maatschappelijke ondersteuning vanuit het sociaal domein. Deze problemen zijn zorgelijk, zeker omdat de coronapandemie hoogstwaarschijnlijk impact heeft op de psychische gezondheid van veel mensen. Er moeten op regionaal niveau afspraken gemaakt worden over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute ggz. De SGP wil dit betrekken bij de totstandkoming van de regionale spoedposten. Op regionaal niveau moet er een doorzettingsmacht komen voor complexe zorgvragen. Voor zorgvragen die regio-overstijgend zijn, moet landelijke coördinatie komen. Per 2022 wordt er een nieuw bekostigingsmodel ingevoerd voor de ggz. Het 'zorgprestatie-model' weerspiegelt de daadwerkelijk geleverde zorg en is herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt.

### **Jeugdzorg**

Met de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdhulp. Sindsdien is het gebruik van jeugdhulp fors gestegen. Inmiddels krijgt bijna een op de acht(!) kinderen hulp of ondersteuning. De SGP wil het jeugdstelsel nu niet opnieuw grondig wijzigen. Wel moeten een aantal knelpunten worden aangepakt. Gemeenten hebben voldoende budget nodig om zorg en ondersteuning voor jongeren vorm te geven. Bij veel gemeenten hangt de jeugdzorg financieel gezien als een molensteen om de nek, wat hen belemmert om de transformatie van de jeugdhulp vorm te geven. De SGP vindt dat gemeenten financieel gecompenseerd moeten worden door het Rijk. Tegelijkertijd is het nodig dat gemeenten het jeugdhulpstelsel doelmatiger en doeltreffender inrichten zodat zij de vraag naar hulp en ondersteuning weer onder controle krijgen. Dit vraagt om een duidelijke visie, consistent beleid en soms scherpe(re) keuzes van gemeenten. Gemeenten moeten vooral wat doen aan de vraag naar lichte vormen van jeugdhulp. De SGP vindt het niet zinvol om een wettelijke begrenzing van de jeugdhulpplicht in te voeren. Gemeenten zouden bijvoorbeeld meer werk kunnen maken van het versterken van de eigen kracht en regie van jongeren en hun sociale netwerk. Ook is nodig dat gemeenten veel strikter afbakenen wat zij als jeugdhulp zien en wat niet. Niet elke opvoedvraag hoeft uit te monden in een intensief hulptraject. De Rijksoverheid maakt daarom bestuurlijke afspraken met gemeenten om het aanbod van lichtere jeugdzorg te beperken, zodat er meer budget overblijft voor complexere jeugdzorg. Op regionaal, bovenregionaal en

landelijk niveau moet voldoende specialistische jeugdhulp aanwezig zijn. De SGP wil dat 'Den Haag', jeugdzorgregio's, de regionale expertisecentra, zorgaanbieders en gemeenten hierover bindende en eenduidige afspraken maken. De (wettelijke) voorwaarden die de regering stelt aan een stabiel regionaal aanbod van specialistische jeugdzorg, mogen geen afbreuk te doen aan de beleidsvrijheid en democratische legitimiteit van gemeenten. Jeugdhulp is en blijft immers decentraal georganiseerd. De decentralisatie van de jeugdhulp heeft geleid tot een versnippering in het zorglandschap en enorme stijging van de administratieve lastendruk. Gemeenten en zorgaanbieders moeten daarom gebruik gaan maken van dezelfde inkoop- en verantwoordingseisen. Regionaal worden afspraken gemaakt om samenwerking tussen jeugdhulpaanbieders te bevorderen. Niet de leeftijd, maar 'zelfstandigheid' moet het criterium zijn om de jeugdzorg te verlaten. Veel jongeren die 18 jaar worden, kunnen nog wel wat hulp en ondersteuning gebruiken als opmaat naar hun volwassenheid. De SGP wil daarom dat de harde leeftijdsgrens verdwijnt en een vorm van 'verlengde jeugdhulp' een optie wordt voor alle jongeren in de jeugdzorg. Jongeren die volwassen worden, moeten hun zorg nu vaak opnieuw organiseren omdat zij te maken krijgen met andere zorgwetten. Daarom moet er werk van gemaakt worden om de verschillende zorgwetten beter op elkaar aan te sluiten. De Rijksoverheid moet erop toezien dat gemeenten voldoen aan hun verplichting om identiteitsgebonden jeugdhulp te bieden. Het toezicht op zorg voor jongeren moet beter. Dit is niet alleen een opgave voor gemeenten, maar vraagt ook om versterking en verbreding van de taken van de Jeugdautoriteit. De zwaarte van de problematiek in de jeugdzorg is met name toegenomen door veel (complexe) (v)chtscheidingen. Het is van belang om te investeren in stabiele gezinnen en duurzame relaties. Het bestaande landelijke aanbod van interventies op het gebied van relatie- en opvoedingsondersteuning moet toegankelijker worden gemaakt en steviger verankerd in het gemeentelijke beleid. Jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking dreigen tussen wal en schip te vallen. De samenleving wordt voor hen te ingewikkeld. Snellere en betere samenwerking tussen school, zorgaanbieder en gezin is nodig om te zien welke hulp en ondersteuning nodig is.

### **Kinderbescherming**

Gecertificeerde instellingen moeten hun inzet meer en beter afstemmen op de werkzaamheden van gemeentelijke wijkteams. Groepsplannen die de verantwoordelijkheid voor jongeren primair binnen de eigen familie of sociale kring beleggen, verdienen meer aandacht om het aantal maatregelen van kinderscherming te kunnen beperken. Het aantal schakels in de keten van kinderscherming kan en moet minder. Wachtlijsten in deze sector zijn onacceptabel als het gaat om de uitvoering van rechterlijke maatregelen voor kinderscherming. De rechters moeten desnoods op kosten van gemeenten vervangend aanbod kunnen inschakelen. Het aantal jongeren dat in gesloten jeugdzorg verblijft, dient zoveel mogelijk beperkt te worden.

### **Passend onderwijs, medezeggenschap, leenstelsel**

Het is ook onacceptabel dat leerlingen thuis zitten omdat scholen geen passende plek willen bieden. Daarom heeft Nederland bewust gekozen voor het systeem van passend onderwijs. Dat betekent dat er voor elke leerling een 'passende plek' moet zijn. Meestal is dat op een reguliere school, maar als dat voor het kind beter is, zijn er ook nog andere voorzieningen, met name het speciaal onderwijs. De coronacrisis laat de noodzaak en de mogelijkheden zien van een goede afstemming tussen wat school en thuis kunnen doen. Daar moeten we van leren voor kinderen die extra ondersteuning nodig hebben. Ook passend onderwijs wordt uit de middelen van het Rijk bekostigd en dient voor ouders dus kosteloos te zijn. De inspectie moet toezien dat scholen geen eigen bijdrage van ouders vragen voor ondersteuning met betrekking tot onder meer hoogbegaafdheid.

Ouders en personeel moet via de bestaande (gemeenschappelijke) medezeggenschapsraden van de scholen invloed gaan uitoefenen op het beleid van de samenwerkingsverbanden. De samenwerkingsverbanden dienen aannemelijk te maken dat het intern toezicht onafhankelijk functioneert. Een door de overheid voorgeschreven specifieke vorm van intern toezicht is onwenselijk. Er zijn heldere afspraken nodig tussen gemeenten en samenwerkingsverbanden over het bundelen van budgetten voor zorg en onderwijs. Leerlingen die zijn uitgevallen, dienen meer kansen te krijgen om weer een opleiding op te pakken.

Het huidige leenstelsel schiet overduidelijk tekort en legt met name een zware druk op de studenten van wie de ouders een middeninkomen hebben. Ook voor middeninkomens moet er door royale uitbreiding van de aanvullende beurs weer een basisbeurs als gift komen nodig, zodat op studenten minder financiële stress drukt levensovertuiging. We bieden zo lang als mogelijk zorg in de eigen vertrouwde omgeving thuis.

### **Besparing zorgkosten, organisatie en financiering zorg - hoe**

Over twintig jaar moet 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 doorgesneden om de toegankelijkheid, inrichting en betaalbaarheid van de zorg op orde te krijgen.

Er wordt nog te weinig gebruik gemaakt van 'respijtzorg' om overbelasting van mantelzorgers tegen te gaan. De zorg wordt dan tijdelijk overgenomen, zodat de mantelzorger even rust kan nemen. Toezichthouders moeten er scherper op letten of gemeenten wettelijke verplichtingen nakomen om – met name overbelaste - mantelzorgers en vrijwilligers te ontlasten. Ook moet er werk worden gemaakt van het een gepast(er) gebruik van het basispakket.

Wanneer mensen en gezinnen zorg nodig hebben, komt het vaak voor dat de financiering is geregeld uit verschillende zorgwetten. Hierdoor kan een stapeling van eigen bijdragen ontstaan, waardoor de zorg onbetaalbaar wordt. Dat is onwenselijk. Er dient daarom per huishouden een inkomensafhankelijk maximum aan eigen bijdragen te worden vastgesteld. Ook moet er rekening gehouden worden met de gezinssamenstelling. Daarvoor geldt: hoe meer opgroeiende kinderen, hoe lager de maximale eigen bijdrage. Zorg op afstand moet worden bevorderd. Behandelingen die gebruikmaken van eHealth moeten adequaat worden vergoed. 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. Digitalisering vraagt tegelijkertijd om realisme. Niet alles kan online en op afstand. Digitale innovaties zijn veelal op het individu gericht, met als risico dat eenzaamheid toeneemt. De overheid moet daarom ook blijven investeren in andere oplossingsrichtingen.

Kritiek op 'de marktwerking' in de zorg mag er niet toe leiden dat de overheid dan maar alle problemen voor haar rekening neemt. Zorg en ondersteuning is primair een opdracht voor de samenleving. Waar professionele hulp onvermijdelijk is, is er vervolgens een evenwichtige samenwerking nodig tussen overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit leidt tot een doelmatig zorgstelsel. Er moeten in de zorg onderscheiden aanbieders zijn die passen bij de identiteit van een groep zorgvragers. Zorgaanbieders moeten daarom op een wijze en verstandige manier

samenwerken, zodat er ruimte blijft bestaan voor een divers zorgaanbod. Dit geldt voor zowel voor maatschappelijke ondersteuning als de langdurige en curatieve zorg.

### **Organisatie zorg – regionaal en landelijk**

Regionale samenwerking wordt in de zorg steeds belangrijker. Op dit moment is 'de regio' echter vaak geen eenduidig geheel. Haast iedere zorgwet hanteert een eigen regio-indeling. Er is duidelijkheid nodig over welk type zorg op lokaal, regionaal, bovenregionaal of landelijk niveau moet worden georganiseerd. Ook is het belangrijk dat er democratische controle mogelijk is op (boven)regionale besluitvorming. Nederland vergrijsst. Dit vraagt om een integrale benadering van de ouderenzorg. De drie zorgwetten (Wmo, Wlz en Zvw) maken dat ingewikkeld, maar niet onmogelijk. Op dit moment kiest de SGP niet voor een grootscheepse stelselwijziging. Wel is het nodig om de knelpunten tussen de zorgwetten op te lossen. De SGP pleit voor verdergaande 'ontschotting' van de financiering van zorg. Idealiter is er sprake van één type financiering per cliënt, afhankelijk van de levensfase en ernst van de zorgvraag. Ook moeten we een einde maken aan ongewenste, storende 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. De overhead moet zo doelmatig mogelijk worden vormgegeven. De toelatingscriteria voor nieuwe zorgaanbieders worden aangescherpt. Innovatie moet mogelijk blijven, maar de kwaliteit en professionaliteit van nieuwe aanbieders dient wel gewaarborgd te zijn. Om te voorkomen dat de overheid of zorgverzekeraars verrast worden door financiële of waarschuwingssysteem (early warning system) ontwikkeld. Hierdoor kan er sneller ingegrepen worden om de continuïteit van zorg te borgen. Zorginkopers moeten ernaar streven om meerjarige contracten aan te gaan met aanbieders van zorg en ondersteuning. Dit biedt henzelf, maar ook cliënten zekerheid en continuïteit. 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. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen aanbieders helpen om bestaande wachtlijsten actiever weg te werken. Dat kan door het tussentijds uitbreiden van contracten van gewilde zorgaanbieders. Het is belangrijk dat registratie en administratie bijdragen aan de (kwaliteit van) zorgverlening. Maar in Nederland is dit volledig doorgeschooten. Zorgverleners besteden gemiddeld veertig procent van hun werktijd aan administratie! Die tijd gaat ten koste van aandacht voor de patiënt. Er moet meer vertrouwen komen in zorgverleners en meer ruimte voor maatwerk. De regeldruk kan en moet fors omlaag. Zorgverleners, patiënten en mantelzorgers moeten daar in de praktijk echt wat van merken. Het 'ontregelen van de zorg' is een zaak van lange adem, maar gaat iedereen blij maken. De zorg is overwoekerd door kaders, handreikingen en richtlijnen. Hierin moet drastisch worden gesnoeid. Hier ligt ook een opgave voor zorginstellingen zelf. Dialoog en vertrouwen tussen toezichthouder en zorgverlener moeten voorop staan. De decentralisaties in het sociaal domein hebben voor veel extra bureaucratie gezorgd. Het inkoopproces en de verantwoording van maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp worden verder gestandaardiseerd, met behoud van inhoudelijke beleidsvrijheid van gemeenten.

### **Preventie**

De manier waarop mensen invulling geven aan hun leven, bepaalt voor een groot deel hun gezondheid. Hetzelfde geldt voor hun fysieke en sociale omgeving. Een goede balans tussen werk en privé, ruimte voor lichamelijke en geestelijke ontspanning en gezonde voeding kunnen veel gezondheidsklachten voorkomen. Matigheid is een deugd! Zonder iets aan af te doen aan het uitgangspunt dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor wat ze doen en laten, kan de overheid gezond leven stimuleren en schadelijk gedrag ontmoedigen. Voorkomen is immers beter dan

genezen. Daar komt bij dat een ongezonde leefstijl niet alleen slecht is voor iemand zelf, maar vrijwel altijd ook negatieve gevolgen heeft voor diens familie, kinderen of vrienden. Er kunnen uiteenlopende maatregelen worden genomen om te voorkomen dat mensen überhaupt, méér, of zwaardere zorg nodig hebben. Denk bijvoorbeeld aan aanpassingen in de leefomgeving, het stimuleren van bewegen, de aanpak van problematische schulden, preventieve bevolkingsonderzoeken en afspraken welke behandelingen bij de huisarts of juist in het ziekenhuis moeten plaatsvinden ('de juiste zorg op de juiste plek'). Dat dit leidt tot gezonde mensen is winst, maar het kan bovendien leiden tot een forse vermindering van de collectieve zorgkosten.

We moeten voorkomen dat de ene partij de lasten van preventiemaatregelen draagt en de andere de baten opstrijkt. Dit 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. De SGP wil een nationaal preventiefonds waaruit (onderzoek naar) preventieve gezondheidsmaatregelen gefinancierd kunnen worden. De Rijksoverheid, verzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders dragen hieraan bij. De versnipperde financiering van preventie wordt op deze manier tegengegaan. Om preventieve maatregelen meer slagkracht te geven, komt er een verplichting met een doelstelling voor zorgverzekeraars om mee te doen aan lokale en regionale initiatieven en experimenten. Er komt meer onderzoek naar de effectiviteit van preventieve gezondheidsinterventies.

De overheid maakt zich sterk voor een 'drugsvrije generatie'. Hiertoe wordt in elke Nederlandse gemeente het succesvolle 'IJslandse preventiemodel' ingevoerd. Deze aanpak gaat niet uit van een standaardpakket met maatregelen of campagnes. Lokaal wordt er gekeken wat de grootste problemen zijn en welke mogelijkheden er zijn om die aan te pakken. De hele lokale gemeenschap wordt hierbij betrokken: jongeren en hun ouders, scholen en maatschappelijke instellingen. Naast drugs ook uitgebreid aandacht voor alcohol, overgewicht, suikertax en lachgas in preventieakkoord.

De SGP wil dat gemeenten weer de mogelijkheid moeten krijgen om een inkomensafhankelijke bijdrage voor maatschappelijke ondersteuning te vragen. Burgers kunnen kiezen voor hulp en (cliënt)ondersteuning die aansluit bij hun zorginhoudelijke, godsdienstige, levensbeschouwelijke en culturele wensen. Dit moet zo blijven. Waar nodig worden gemeenten aangesproken op de verplichting tot het bieden van een divers en bij de vraag passend zorgaanbod. Het aanvragen van een persoonsgebonden budget voor maatschappelijke ondersteuning wordt té vaak door gemeenten ontmoedigd. Wmo-toezichthouders moeten erop toezien dat dit stopt. Het pgb moet als keuzemogelijkheid besproken worden in plaats van naturazorg naar voren te schuiven als de gewenste keuze. Ook mag een pgb niet financieel onaantrekkelijk gemaakt worden. Tekorten in het sociaal domein leiden nog steeds tot druk op de Wmo-tarieven. De SGP wil dat gemeenten reële tarieven hanteren en dat indien nodig landelijke regels worden aangescherpt om dit voor elkaar te krijgen.

### **Schulden, woningen, mensen met verward gedrag**

De overheid gaat ervan uit dat mensen in grote mate zelfredzaam zijn. Niet iedereen kan dat opbrengen. Mensen die de complexiteit van de samenleving niet aankunnen, doen een beroep op zorg en ondersteuning. Denk aan jongeren met een lichte verstandelijke beperking en mensen met een verslaving, psychische stoornis of schuldenproblematiek. Het is nodig dat de overheid realistische verwachtingen heeft van wat mensen kennen en kunnen. Een zwaardere zorgvraag kan

worden tegengaan door ondersteuning voor mensen met een lichte verstandelijke beperking meer integraal vorm te geven in het sociaal domein. Het is momenteel lastig om voor jongeren met autisme een passende woonvoorziening te vinden. Deze jongeren vallen veelal tussen wal en schip. Gemeenten moeten samen met zorgaanbieders aan de slag om passende woonvormen te creëren.

De toename van het aantal incidenten met verwarde personen baart zorgen. Het is belangrijk dat gemeenten, zorgaanbieders, politie en woningcorporaties hun werk beter op elkaar afstemmen. De (besteding van de) zorg voor verwarde personen moet minder versnipperd zijn. De mogelijkheden van bemoeizorg moeten worden uitgebreid. Ook wil de SGP dat er meer kennis over verward gedrag komt bij de (meldkamer van de) politie. Het aantal dak- en thuislozen is de afgelopen tien jaar verdubbeld. De SGP maakt zich daar grote zorgen over. De overheid dient een 'schild voor de zwakken' te zijn. De inzet moet zijn om dak- en thuislozen uit de maatschappelijke opvang te krijgen en te zorgen voor huisvesting. De belangrijkste opgave voor de Rijksoverheid, gemeenten en woningbouwcorporaties is daarom: meer goedkope woningen realiseren en met zorgaanbieders goede afspraken maken over bijhorende begeleiding. Voorzichtigheid is geboden met de door-decentralisatie van beschermd wonen voor ggz-cliënten naar alle gemeenten in Nederland. Dit kan pas als er op regionaal niveau duidelijkheid is over de aanpak en de beschikbaarheid van plekken. Hetzelfde geldt voor de decentralisatie van de maatschappelijke opvang. Wat de SGP betreft, moeten deze twee veranderingen niet overhaast worden. Op dit moment krijgen volwassenen die levenslang en levensbreed zijn aangewezen op veel uren zorg, geen indicatie voor de Wet langdurige zorg als zij nog wel eigen regie kunnen voeren. Dit geldt ook voor kinderen waarvan het ontwikkelingsperspectief nog niet bekend is of voor kinderen die behoefte hebben aan intensieve kindzorg. De SGP wil dat deze doelgroepen wel in aanmerking komen voor een indicatie van de langdurige zorg. Er dient een persoonsvolgend budget ingevoerd te worden voor mensen die levenslang en levensbreed hulp en ondersteuning nodig hebben. Dit komt in plaats van de inkoopafspraken met het zorgkantoor. Hierdoor kunnen zij een zorgaanbieder kiezen die helemaal bij hen past. Ook kan de zorg zo helemaal afgestemd worden op de eigen wensen, behoeften en persoonlijke omstandigheden. Dankzij het persoonsvolgend budget lopen mensen niet meer het risico dat ze terecht komen bij een aanbieder die niet bij hen past, omdat de zorgverzekeraar te weinig zorg heeft ingekocht bij de gewenste zorgaanbieder. In tegenstelling tot een persoonsgebonden budget hoeven mensen zich niet bezig te houden met de zorgadministratie. Verzekeraars en de inspectie blijven wel controleren of de zorg van goede kwaliteit is en of er geen misbruik van wordt gemaakt.

Om zorgaanbieders voldoende tijd te geven om zich op deze nieuwe manier van bekostigen voor te bereiden, wordt een 'ingroeimodel' van vier jaar gehanteerd. De introductie van het persoonsvolgend budget moet samen opgaan met een forse vermindering van de administratieve lasten. Het persoonsgebonden budget (pgb) voor mensen die langdurige zorg nodig hebben, verdient een stevige versterking. De administratieve lasten voor de budgethouders moeten drastisch naar beneden. Zorgverzekeraars leggen geen overbodige regels meer op die niets toevoegen aan de kwaliteit van de zorg. Het pgb heeft reële en toereikende tarieven nodig om kwalitatief goede zorg in te kunnen kopen of benodigde hulpmiddelen aan te schaffen.

De SGP wil dat er meer vaart wordt gemaakt met de invoering van het administratiesysteem PGB 2.0. Gemeenten, zorgkantoren en verzekeraars moeten zich inspannen om hiervan zo spoedig mogelijk gebruik te maken. Mensen die een indicatie hebben gekregen voor de Wet langdurige zorg, maar daar nog geen gebruik van kunnen maken vanwege een wachtlijst, gaan nu vaak al een hogere eigen bijdrage betalen. Dat is onwenselijk. Bij de overgang van zorg uit de Wmo/Zorgverzekeringswet

naar de Wet langdurige zorg moet daarom voorkomen worden dat mensen tijdelijk meer geld betalen voor minder zorg.

### **Hoofdlijnenakkoorden**

In de curatieve zorg worden nieuwe hoofdlijnenakkoorden gesloten voor die sectoren waarvoor in de huidige periode meerjarige financiële afspraken zijn gemaakt. Dit betreft de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg en wijkverpleging. Hiermee wordt beoogd de uitgavengroei in de zorg te blijven beheersen.

### **Geneesmiddelen**

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. De coronacrisis liet zien hoe afhankelijk Nederland en de EU (EU) zijn van derde landen als het gaat om de productie van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen. De SGP wil dat het weer aantrekkelijk wordt voor bedrijven om binnen de EU geneesmiddelen en medische hulp- en beschermingsmiddelen te produceren. Er wordt een 'ijzeren voorraad' gecreëerd van zowel geneesmiddelen als essentiële medische hulpmiddelen, zodat Nederland voorbereid is op schommelingen in de import of plotselinge schaarste.

Er moet een visie komen van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de organisatie van de 'eerstelijnszorg' in de wijk en regio. Er worden in ieder geval afspraken gemaakt welke behandelingen en zorgverrichtingen alleen door aanbieders van de eerstelijnszorg gedaan mogen worden (en dus niet in de tweedelijnszorg). Dit stimuleert de juiste zorgverlening op de juiste plek. Bij een herverdeling van taken, een regionale organisatie van de eerstelijnszorg en het intensiveren van eHealth hoort uiteraard een adequate financiering.

Huisartsen hebben de afgelopen jaren de consequenties ervaren van de wachtlijsten voor verpleeghuizen en in de ggz en jeugdzorg. Zij moeten voor méér kwetsbare mensen zorgen en de zorgvraag wordt intensiever. Het aanpakken van problemen in andere zorgsectoren kan de druk op huisartsen verlichten. Tegelijkertijd is het nodig om huisartsen meer tijd en ruimte te geven voor de hulp aan kwetsbare cliënten.