

Vragenlijst over gezondheidszorg en langdurige zorg voor ouderen

TOEGANKELIJKHEID

1.1 GEZONDHEIDSZORG¹

1.1.1 Mechanismen die de toegang moeten garanderen

Geef een beknopte beschrijving van de algemene structuur en de kenmerken van het gezondheidsstelsel (bv. algemene dekking of verzekering op basis van verplichte aansluiting). Beschrijf de mechanismen die ervoor moeten zorgen dat iedereen toegang heeft tot het stelsel. Beschrijf de doelstellingen van het stelsel op het punt van toepassingsgebied en dekking. Mogelijke vragen in verband met het toepassingsgebied zijn:

- Zijn er beperkingen inzake het type gezondheidszorg dat wordt gedekt, bv. aan de hand van een beoordeling van de meest dringende medische behoeften?
- Dekt het stelsel alle verzorgingskosten of moet de patiënt in de kosten bijdragen?

Mogelijke vragen in verband met de dekking zijn:

- Dekt het stelsel de hele bevolking?
- Welke groepen zijn niet of slechts gedeeltelijk gedekt?
- Verschillen de verstrekkingen naar gelang van inkomen of financiële draagkracht?

Beschrijf eventuele specifieke maatregelen met betrekking tot het toepassingsgebied of de dekking die de toegang van ouderen tot de gezondheidszorg moeten bevorderen². Beschrijf hetzij onder dit punt, hetzij onder punt 1.2.2 hoe de beleidsmaatregelen inzake gezondheidszorg voor ouderen en langdurige zorg gecoördineerd en geïntegreerd worden.

Antwoord

De doelstelling van het Nederlandse ziektekostenverzekeringstelsel is het voor alle verzekerden garanderen van toegang tot goede en betaalbare gezondheidszorg. Om dit te realiseren kent het Nederlandse stelsel een verzekerings- en financieringsstructuur bestaande uit drie compartimenten. In grote lijnen komt de onderverdeling van de zorg overeen met deze verdeling in drie compartimenten. De mechanismen die de toegang tot de zorg garanderen kunnen verschillen per compartiment.

Het eerste compartiment

Het eerste compartiment betreft de dure, onverzekerbare en langdurige zorg (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en preventieve zorg). Deze zorg wordt betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Alle Nederlanders zijn van rechtswege verzekerd ingevolge de AWBZ. Dit betekent dat degene die voldoet aan de in de wet neergelegde criteria verzekerd is, ongeacht of men van de door

¹ Alle door de overheid verleende of gefinancierde zorg met het oog op de bescherming of handhaving van de gezondheid, revalidatie of herstel.

² In deze vragenlijst wordt met ouderen normaliter mensen ouder dan 65 jaar bedoeld. Sommige lidstaten gebruiken echter andere leeftijdsgrenzen voor de toegang tot bepaalde prestaties (in Ierland hebben 70-plussers bijvoorbeeld recht op gratis gezondheidszorg en daarmee samenhangende prestaties). Bovendien is de vraag naar langdurige zorg en gezondheidszorg het hoogst in de hoogste leeftijdscategorieën. De lidstaten mogen dan ook informatie verstrekken over andere leeftijdscategorieën dan 65+, met vermelding van de gebruikte criteria.

de wet geboden aanspraken gebruik wenst te maken. Alle verzekerden zijn verplicht om de wettelijke premie te betalen.

Het tweede compartiment

Zorg geleverd in het tweede compartiment bestaat uit acute medische zorg (ziekenhuis, huisarts, apotheek, fysiotherapeut, tandarts en dergelijke). Deze zorg wordt betaald uit de Ziekenfondswet (Zfw), publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren en particuliere verzekering.

De ziekenfondsverzekering

De Zfw is van oorsprong een werknemersverzekering. Verzekerd op grond van de Zfw zijn onder meer werknemers (doorgaans tot hun 65-ste levensjaar) en uitkeringgerechtigden indien hun loon/uitkering een bepaald maximum (voor 2002 is dit bedrag vastgesteld op € 30 700) niet overschrijdt. Daarnaast is de zelfstandige -tot 65 jaar- met winst uit onderneming wiens belastbaar inkomen niet meer bedraagt dan een bepaald maximum (in 2002 € 19 650) ziekenfondsverzekerd.

Ieder die ziekenfondsverzekerd is bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd blijft in principe ziekenfondsverzekerd (het zogeheten "blijf zitten waar je zit beginsel").

Personen die bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd niet ziekenfondsverzekerd zijn, kunnen op vrijwillige basis toetreden tot de ziekenfondsverzekering. Voorwaarde daarbij is dat het belastbaar huishoudinkomen lager is dan een bepaald bedrag (voor 2002 € 19 550) per jaar.

In totaal is circa 64% van de Nederlandse bevolking voor zorg in het tweede compartiment van rechtswege verzekerd via het ziekenfonds.

De publiekrechtelijke ziektekostenregelingen

Naast de bovengenoemde ziekenfondsverzekering kan men op basis van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren in dienst van de lagere overheden (gemeente, provincie of politie) verzekerd zijn voor ziektekosten (het gaat hier om in totaal 5% van de Nederlandse bevolking). De regelingen maken deel uit van de ambtelijke arbeidsvoorwaarden en hebben als zodanig een rechtspositioneel karakter. Iemand die in dienst treedt van een gemeente, provincie of politie en die aan de criteria van de desbetreffende ambtelijke rechtspositieregelingen voldoet, is van rechtswege deelnemer, ongeacht of hij gebruik wenst te maken van de voordelen van de ziektekostenregelingen. Hij is dan tevens verplicht om de vastgestelde premie te betalen.

De particuliere ziektekostenverzekeringen

Diegene die niet ziekenfonds of op basis van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling verzekerd is, is voor tweede compartimentszorg aangewezen op een particuliere verzekering. Hoewel het afsluiten van een particuliere verzekering niet verplicht is, is circa 31% van de Nederlandse bevolking op basis van een particuliere verzekering verzekerd tegen ziektekosten. De particulier verzekeringsmarkt in het tweede compartiment kent twee soorten particuliere verzekeringen, de maatschappijpolis en de standaardpakketpolis.

- *maatschappijpolis*

De maatschappijpolis is een puur privaatrechtelijke verzekering tegen ziektekosten waarmee de overheid geen bemoeienis mag hebben. Op grond van de derde Europese Schaderichtlijn is het de overheid verboden om in te grijpen in acceptatievoorwaarden, dekking van een

verzekering en premiestelling. Hiermee wordt voorkomen dat een verzekeraar niet evenwaardig kan concurreren met een andere (buitenlandse) verzekeraar die niet geconfronteerd wordt met ingrijpen van de overheid in de bedrijfsvoering. Ongeveer 60% van het aantal particulier verzekerden heeft een maatschappijpolis. Bijzondere omstandigheid daarbij is bovendien dat een groot aantal hiervan verzekerd is via een collectief contract dat de werkgever voor de werknemers sluit. De overige 40% heeft een particuliere verzekering op basis van de standaardpakketpolis.

- *standaardpakketpolis*

Toen het Nederlandse kabinet in 1986 besloot om de vrijwillige- en de bejaarden-ziekenfondsverzekering op te heffen was een aantal categorieën van personen dat voorheen onder die verzekeringsvormen viel, voortaan aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering. Om de toegang voor diegenen die op de particulier markt zijn aangewezen, te garanderen stelt de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998) de eis dat particuliere ziektekostenverzekeraars de overeenkomst van standaardverzekering (ook wel standaardpakketverzekering genoemd) in hun portefeuille op moeten nemen. Voor deze verzekering bestaan wettelijke regels over de acceptatie van verzekerden, de omvang van het te verzekeren risico en de maximaal daarvoor in rekening te brengen premie. In tegenstelling tot de maatschappijpolis kan de overheid bij standaardpakket-verzekering wel ingrijpen in de acceptatievoorwaarden, de dekking en de premiestelling omdat de WTZ 1998 is uitgezonderd van de werkingsfeer van de derde Europese Schaderichtlijn.

De standaardpakketverzekering kent t.a.v. de (on)verzekerde geen verplichting tot het sluiten van een verzekeringsovereenkomst. Daarentegen is een verzekeringsmaatschappij wel verplicht iemand die voldoet aan alle wettelijke voorwaarden, op zijn verzoek, voor een standaardpakketverzekering te accepteren. Overigens is een groot deel van het totaal aantal houders van een standaardpakket-verzekering 65 jaar of ouder.

Toelichting bij de verzekeringssystematiek in het tweede compartiment

De dualiteit ziekenfonds-particulier in het tweede compartiment heeft historische gronden die inmiddels aan actuele maatschappelijke betekenis hebben ingeboet. De ziekenfondsverzekering was van oorsprong een verzekering voor mensen met een laag inkomen. Artsen en andere zorgverleners accepteerden voor hulp aan ziekenfondsverzekerden lagere tarieven dan voor hulp aan 'particuliere' patiënten. De beroepsorganisaties in de zorg stelden daarbij de eis dat burgers die zich particuliere tarieven konden veroorloven, niet tot de ziekenfondsverzekering werden toegelaten. Aldus deed het fenomeen van de inkomens- en loongrens zijn intrede in het verzekeringsstelsel.

Inmiddels wordt er in de honorering van de zorgverleners, een enkele uitzondering als de honorering van huisartsen daargelaten, geen onderscheid meer gemaakt tussen hulp aan ziekenfondsverzekerden en hulp aan particuliere patiënten. Daarmee is de ratio van een inkomens- en loongrens afgenomen.

Uit het voorgaande kan men concluderen dat de toegang tot gezondheidszorg in het eerste en tweede compartiment voor iedereen verzekerd is.

Het derde compartiment

Het derde compartiment bestaat uit overige zorgvormen (klasseverzekering, alternatieve geneeswijzen, tandarts en dergelijke). Het derde compartiment betreft particuliere (aanvullende) verzekeringen waarbij geen sprake is van een verzekerings- of acceptatieplicht.

De dekking van de ziektekostenverzekeringen

Bij de hierboven genoemde AWBZ, Zfw, publiekrechtelijke regelingen en standaardpakketpolis wordt de dekking van de verzekering bepaald aan de hand van een wettelijk verzekerd pakket. Bij de maatschappij polis wordt de dekking bepaald door middel van de privaatrechtelijke polisvoorwaarden.

Bij de beoordeling van de vraag of een verstrekking thuishoort in het wettelijk verzekerde pakket gaat het achtereenvolgens om een antwoord op de volgende vragen:

1. Is de verstrekking noodzakelijk uit een oogpunt van gezondheid?
2. Zo ja, is de werkzaamheid van de verstrekking voldoende aangetoond?
3. Zo ja, is het ook een doelmatige verstrekking (kosten/batenverhouding)?
4. Zo ja, kan deze verstrekking in alle redelijkheid voor eigen rekening en verantwoording van de verzekerde komen?

Pas als de vragen 1 tot en met 3 met ja zijn beantwoord en vraag 4 met neen, dan komt, respectievelijk, blijft de verstrekking in het wettelijk verzekerde pakket.

Het wettelijk pakket bevat derhalve vormen van noodzakelijke zorg. De samenstelling van het wettelijk pakket noodzakelijke zorg dient onderhevig te zijn aan een toetsing van de wetenschappelijk aantoonbare werking van de kosteneffectiviteit, en van de noodzaak van collectieve financiering, waarbij rekening wordt gehouden met mogelijk negatieve effecten (zoals ongewenste substitutie).

De verstrekkingen verschillen niet naar gelang van inkomen of financiële draagkracht. Wel bestaan er specifieke regelingen die het verzekerden mogelijk maakt om door betaling vanuit eigen middelen duurdere verstrekkingen aan te schaffen. Het meest in het oog springende voorbeeld hiervan is het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS). Het GVS maakt ten aanzien van de geneesmiddelen die in het Zfw-pakket zitten een indeling in groepen van therapeutisch onderling vervangbare geneesmiddelen. Op basis van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in een groep is de vergoedingslimiet van zo'n groep bepaald. Indien een verzekerde een geneesmiddel kiest dat duurder is dan deze limiet, moet hij zelf het verschil bijbetalen.

Eigen bijdrage in de kosten

In beginsel dekken de bovengenoemde verzekeringen de kosten van de verstrekkingen die zijn opgenomen in het wettelijke pakket. Desalniettemin kunnen verzekerden die verzekerd zijn ingevolge bovengenoemde verzekeringen met uitzondering van de particuliere verzekering, genoodzaakt zijn om in bepaalde gevallen een eigen bijdrage te betalen.

Zo moeten verzekerden die op kosten van de AWBZ verblijven in (psychiatrische) ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen etc. vanaf het 18^e levensjaar een eigen

bijdrage in de kosten betalen. Er bestaan in de AWBZ drie soorten eigen bijdragen waarvan er twee afhankelijk zijn van het inkomen, de zogenaamde hoge en een lage eigen bijdrage. De derde is een vaste bijdrage.

In de Zfw bestaat geen algemene eigen bijdrage. Wel kunnen ziekenfondsverzekerden genoodzaakt zijn om een eigen bijdrage te betalen bij hulpmiddelen, bijvoorbeeld pruiken of orthopedische schoenen, wanneer de kosten van het hulpmiddel het wettelijk vastgesteld bedrag te boven gaan.

Particuliere verzekeringen kennen geen systeem van een algemene eigen bijdrage maar kennen een systeem van een (vrijwillig) eigen risico aan de voet. Hierbij hebben de verzekerden de mogelijkheid om een verzekering te kiezen waarbij ze een gedeelte van de onder de verzekeringsdekking vallende verstrekkingen tot een bepaald maximum zelf betalen. Het kiezen van een eigen risico heeft tot gevolg dat de te betalen verzekeringspremie lager wordt.

1.1.2 Beoordeling

Zijn er prestatie-indicatoren voor de toegang tot gezondheidszorg, bv.

- wachtlijsten;
- ongelijke toegang tot bepaalde geavanceerde of nieuwe behandelingen;
- regionale of inkomensgebonden verschillen;
- specifieke groepen die waarschijnlijk niet volledig gedekt zijn?

Antwoord

In de Nederlandse overheidssector (en ook in de zorg) is men bezig met een ontwikkelingstraject van indicatoren naar prestatie-indicatoren.

Er zijn indicatoren voor de toegang tot de gezondheidszorg. Er zijn normtijden voor de fysieke bereikbaarheid van bijvoorbeeld ambulances of ziekenhuizen op basis waarvan een spreidingsbeleid voor deze voorzieningen is ontwikkeld. Er zijn feitelijke wachttijden voor diverse aandoeningen; hiervoor heeft de ziekenhuissector zelf normen ontwikkeld inzake medische en maatschappelijke aanvaardbaarheid (de zogenoemde Treeknormen).

Naar de aard van het spreidingsbeleid zijn er verschillen in bereikbaarheid; in grote steden zijn meerdere ziekenhuizen voorhanden, op het meest dunbevolkte deel van het Nederlandse platteland moet je een aantal kilometers reizen. In die zin is er sprake van regionale verschillen.

Formeel is er geen onderscheid in toegang tot de gezondheidszorg: in principe is alle zorg, ook bepaalde geavanceerde of nieuwe behandelingen, voor iedere ingezetene beschikbaar. Dus onderscheid naar inkomen, naar regio, naar andere specifieke kenmerken (voorzover medisch niet relevant) is er niet.

1.1.3 Uitdagingen

Wat zijn de voornaamste uitdagingen waarmee u wordt geconfronteerd met betrekking tot het verlenen van toegang?

Antwoord

Op dit moment zijn er voor diverse aandoeningen wachttijden, ook al blijven meerdere binnen de grenzen van wat medisch en maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht. Dit is wel een indicatie voor een discrepantie tussen vraag en aanbod. Belangrijke uitdaging is het zorgaanbod zo in te richten dat de zorgvraag kwalitatief goed en tijdig wordt beantwoord, met een zo doelmatig mogelijke inzet van de beschikbare middelen.

1.1.2 Geplande beleidswijzigingen

Beschrijf in voorkomende geval welke wijzigingen in het algemene stelsel of in de beleidsmechanismen worden overwogen.

Antwoord

Belangrijke wijziging is de ontwikkeling naar een meer geliberaliseerd en meer vraaggestuurd zorgsysteem. Randvoorwaarde hierbij is dat de vragers, patiënten en consumenten, over relevante informatie beschikken om hun zorgvraag optimaal te kunnen effectueren. Transparantie over functioneren en presteren van de diverse zorgsectoren is hiervoor nodig. Hiertoe zijn diverse initiatieven ontplooid, waaronder een nieuw sturingssysteem voor ziekenhuizen, een nieuw financieringssysteem op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) per 1 januari 2003, en een wettelijke informatieplicht. Per 1 januari 2003 worden ziekenhuizen bekostigd op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC geeft een combinatie aan van een diagnose met bijbehorende reeks van acties die door specialisten en ziekenhuispersoneel wordt uitgevoerd om de patiënt te behandelen met bijbehorende kostprijs. Een van de uitgangspunten ten aanzien van het DBC-systeem is het tot stand brengen van transparantie. Transparantie stelt eisen aan de wijze waarop de informatievoorziening wordt vormgegeven. Dit geldt op lokaal niveau waar afspraken worden gemaakt over volume, prijs en kwaliteit, op basis van een landelijk vastgestelde productstructuur, maar ook op landelijk niveau in het kader van toezicht (kwaliteit, inspectie), onderhoud en landelijke registratiesystemen. Naast dat de DBC-systeem een prikkel geeft tot productie (door het ingevoerde principe 'loon naar werken') geeft elke DBC een raming van de gemiddelde, benodigde capaciteit. Dit kan worden gebruikt in de bestrijding tegen wachtlijsten.

1.2 LANGDURIGE ZORG

1.2.1 Toegang tot langdurige zorg

Geef een beknopte beschrijving van de structuren en mechanismen ter ondersteuning van langdurige zorgverlening (bv. rechtstreekse verlening via sociale diensten, voorziening in de behoeften via universele dekking, sociale verzekering, sociale bijstand en/of particuliere verzekering, steun voor informele zorg). Hoe groot is de dekkingsgraad (de hele bevolking die behoefte heeft aan zorg of alleen diegenen die anders geen zorg kunnen ontvangen)? Hoe groot is het toepassingsgebied (alle soorten zorg en alle kosten of alleen sommige soorten zorg en een deel van de kosten)?

Antwoord

Langdurige zorg (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en preventieve zorg) wordt betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Voor een beschrijving van de structuren en mechanismen ter ondersteuning van langdurige zorgverlening alsmede de dekkingsgraad en het toepassingsgebied zie hierboven onder 1.1.1.

Specifiek op het terrein van gehandicapten is er de Wet Voorziening Gehandicapten (Wvg):

Toepassingsgebied

De Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) strekt ertoe dat gemeentebesturen aan mensen met beperkingen voorzieningen verstrekken die hen in staat stellen om zelfstandig aan het maatschappelijk leven deel te nemen. Het gaat daarbij om woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen.

Dekkingsgraad

De Wvg richt zich op mensen met beperkingen, dat wil zeggen mensen met ergonomische, zintuiglijke, verstandelijke of geestelijke beperkingen, alsmede ouderen die als gevolg van ziekte of gebrek belemmeringen ondervinden.

Regionale verschillen

De Wvg kent een decentraal regime, waarbinnen aan gemeenten de verantwoordelijkheid is opgedragen om 'zorg op maat' te bieden. Dit kan –en mag– tot verschillen tussen gemeenten leiden, zowel in termen van te verstrekken voorzieningen als in kwaliteit van de uitvoering. De Wvg kent geen wachtlijst.

Geplande beleidswijziging

Het beleid op het terrein van voorzieningen voor gehandicapten staat momenteel ter discussie. Voor de langere termijn is het noodzakelijk de Wvg in een breder perspectief te plaatsen en daarbij tevens de relatie met de terreinen zorg, wonen en vervoer te betrekken. In de zogenoemde Bouwstenennotitie Wvg, die onlangs aan het Nederlandse parlement is aangeboden, worden verschillen varianten voor toekomstig Wvg-beleid geschetst.

1.2.2 Beoordeling

Zijn er prestatie-indicatoren voor de toegang tot langdurige zorg, bv.

- wachtlijsten voor zorginstellingen;
- regionale of inkomensgebonden verschillen;
- specifieke groepen die waarschijnlijk niet volledig gedekt zijn?

Antwoord

Een prestatie-indicator voor de toegang tot langdurige zorg zijn de Treeknormen. Deze zijn vastgesteld door de partijen in de Sector Verpleging en Verzorging (V&V-sector) (Zorgverzekeraars, zorgaanbieders). De partijen in de V&V-sector hebben zich verenigd in het zogenaamde Treek-overleg. In dit overleg hebben de partijen in 2000 overeenstemming bereikt over maximale levertijden voor thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg. De gedachte is dat niet alle zorg per direct leverbaar kan en hoeft te zijn en dat daarmee een bepaalde wachttijd acceptabel is. Zorgverzekeraars Nederland heeft het initiatief genomen voor het opstellen van de normen. Volgens deze normen zouden thuiszorg en verpleeghuiszorg geleverd moeten worden binnen 4 weken na de datum van het indicatiebesluit aan 80% van de geïndiceerden en binnen 6 weken na de datum van het indicatiebesluit aan 100% van de geïndiceerden. Voor verzorgingshuiszorg is een norm vastgelegd van 80% binnen 8 weken en 100% binnen 13 weken. In de praktijk gebruikt men voor verpleeghuiszorg en thuiszorg een norm van 6 weken en voor verzorgingshuiszorg van 13 weken na het verkrijgen van een indicatiebesluit. In acute situaties dient de zorg direct beschikbaar te komen en zijn de aanvaardbare levertijden niet van toepassing. Wat voor een cliënt een aanvaardbare wachttijd is, hangt af van zijn of haar individuele situatie die wordt vastgesteld tijdens de indicatiestelling en in termen van urgentie wordt opgenomen in het indicatiebesluit.

Daarnaast heeft de Landelijke Vereniging voor Indicatieorganen (LVIO- maart 2002) een richtlijn uitgevaardigd voor snel, klantgericht en zorgvuldig indiceren door de regionale indicatieorganen. Gegeven de wettelijke termijn van 6 weken voor afgifte van een indicatiebesluit bevat deze richtlijn procedures voor spoed indicaties binnen 24 uur en procedures voor directe afhandeling van indicatieaanvragen.

Voor de sector V&V zijn gegevens beschikbaar over wachtlijsten. In de sector zijn de wachtlijsten drie keer gemeten. De laatste peildatum is 1 oktober 2001. De wachtlijstgegevens bieden inzicht in het aantal wachtenden op verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en zorg thuis. Tevens is bekend of de wachtenden overbruggingszorg krijgen. De wachtlijstgegevens zijn uitgesplitst naar zorgkantoor-regio. Hierdoor zijn ook regionale verschillen inzichtelijk.

De AWBZ is een verzekering waar iedere ingezetene (inwoner van Nederland met legale status) aanspraak op kan maken. Dat betekent dat inwoners van Nederland die geen premie betalen wel aanspraak kunnen maken op AWBZ zorg. Illegaal in Nederland verblijvende mensen kunnen geen aanspraak maken op AWBZ zorg.

De ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen zijn de uitvoerders van de AWBZ. Zij hebben de Zorgkantoren, er zijn in Nederland 32 zorgkantoren met een regiostructuur, gemandateerd. De zorgkantoren hebben voor hun regio een zelfstandige status. Dit betekent dat zij binnen hun regio verschil mogen maken in de keuzes of accenten die gelegd worden.

1.2.3 Uitdagingen

Wat zijn de voornaamste uitdagingen waarmee u wordt geconfronteerd met betrekking tot het verlenen van toegang?

Antwoord

Binnen Nederland is er sprake van een zogenoemde “dubbele vergrijzing”; een grote groep Nederlanders wordt oud en tegelijkertijd bereiken steeds meer mensen een steeds hogere leeftijd. Hierdoor zal de vraag naar zorg in het kader van de AWBZ exponentieel groeien.

De druk op bestaande voorzieningen wordt daardoor ook groter.

Dit betekent tevens dat het huidige beleid om de wachtlijsten terug te dringen een extra uitdaging is om vervolgens de komende generaties zorg te kunnen bieden. Eén van de kernpunten in het beleid is extramuralisering van de zorg, ook die aan ouderen. Het bevorderen van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen staan hoog op de beleidsagenda. Door middel van aangepaste wet- en regelgeving en samen met het ministerie van Volkshuisvesting is er een grote inzet gepleegd om te kunnen realiseren dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Deze aanpak zal ook de komende jaren worden voorgezet.

1.2.4 Geplande beleidswijzigingen

Beschrijf eventuele geplande wijzigingen in het stelsel.

Antwoord

Met ingang van 1 januari 2003 zal de modernisering van de AWBZ, in juridisch technische zin, van start gaan. De voorgenomen wijzigingen in de AWBZ en een groot aantal hiermee samenhangende wetten en regelingen zijn alle geënt op het uitgangsprincipe dat wordt overgegaan van een aanbodgestuurd systeem op een vraaggericht systeem. Keuzevrijheid voor verzekerden (uit zorg in natura en het Persoon Gebonden Budget (pgb) en een grotere keuzevrijheid in het effectueren van hun aanspraken (meer ruimte voor zorg op maat in overleg tussen verzekerde en cliënt) zijn uitgangspunt geweest bij het ontwerpen van een nieuw systeem van aanspraken. Niet langer zijn die instellingsgebonden geformuleerd, maar het type zorg waar een verzekerde behoefte aan heeft staat centraal in de aanspraak. De aanspraken zijn functioneel omschreven. Het staat de verzekerde vrij in overleg met diens verzekeraar de keuze te maken uit de gecontracteerde aanbieders voor de benodigde zorg die tot het leveren van die functies zijn toegelaten. Dat betekent bovendien dat de klant voor meer dan één aanbieder kan kiezen als twee of meer verschillende functies zijn aangewezen. Was het met ingang van 1 januari 2002 aan alle aanbieders binnen een sector van de AWBZ toegestaan om alle extramurale zorg te leveren (het verzorgingshuis levert thuis thuiszorgprodukten) met ingang van volgend jaar zullen ook de sectorgrenzen worden opgeheven.

Met ingang van die datum staat het een oudere derhalve vrij diens persoonlijke verzorging te betrekken van een “voormalige” gehandicaptenvoorziening die expliciet voor het leveren van die functie is toegelaten.

Om functionele aanspraken te kunnen verzilveren is het noodzakelijk dat er in functionele termen wordt geïndiceerd. Iedere verzekerde heeft een besluit van een regionaal indicatieorgaan nodig om AWBZ - zorg te kunnen ontvangen. Als die zorg functioneel is beschreven zal ook de voorafgaande toets of er behoefte is aan zorg in functies moeten neer slaan. Ook dat zal geregeld zijn met ingang van 1 januari 2003. Bovendien zal er sprake zijn van een aanmerkelijke vereenvoudiging door het gebruik van een wettelijk voorgeschreven protocol en een nieuw ontworpen set formulieren.

Ook het persoonsgebonden budget zal met ingang van het nieuwe jaar gemoderniseerd zijn. Er is dan sprake van één regeling in plaats van de huidige vijf afzonderlijke, sectorale regelingen, die bovendien in de uitvoering aanmerkelijk vereenvoudigd is. Ook voor deze nieuwe PGB-regeling is een functioneel gericht stelsel van indicatiestelling noodzakelijk.

Op een aantal terreinen zal de vormgeving van de modernisering van de AWBZ in volgende jaren zijn beslag gaan krijgen. Zo zal niet meteen per 1 januari 2003 een nieuw bekostigingssysteem voor de zorg in natura worden ingevoerd. Ook het eigen bijdragesysteem zal alleen daar waar dat noodzakelijk is worden aangepast aan de nieuwe functionele situatie, maar pas een jaar later in volle omvang worden gewijzigd.

2 KWALITEIT

2.1 GEZONDHEIDSZORG

2.1.1 Normen

Zijn er nationale kwaliteitsnormen? Zijn er streefcijfers voor de toegang tot medische verzorging en ziekenhuisbedden? Zijn de patiëntenrechten vastgesteld?

Antwoord

Zijn er nationale kwaliteitsnormen?

Kwaliteit is een resultante van de (gewogen) uitkomst van de resultaten op de volgende 6 gebieden:

- veiligheid;
- effectiviteit;
- patiëntgerichtheid;
- doelmatigheid;
- tijdigheid, en
- gelijkheid.

De overheid heeft geen doelen en normen geformuleerd. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is er voor gekozen de verantwoordelijkheid voor de formulering van normen van kwalitatief goede zorg (veldnormen) in eerste instantie bij de zorgaanbieders zelf neer te leggen. De wettelijke norm is het begrip verantwoorde zorg, waaronder wordt verstaan dat zorg doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. De organisaties van aanbieders (koepels) hebben in overleg met zorgvragers en verzekeraars (tripartite) veldnormen opgesteld. Deze veldnormen zijn voor een groeiend aantal beroepsgroepen en sectoren vertaald in toetsbare, certificeerbare normen, die de basis vormen voor een professionele visitatie, organisatorische accreditatie, externe certificering en toetsing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Zijn er streefcijfers voor de toegang tot medische verzorging en ziekenhuisbedden?

Toegang tot de medische verzorging en ziekenhuisbedden kan vanuit tweeërlei optieken worden benaderd, te weten vanuit de capaciteitsnorm en vanuit de wachtlijsten c.q. wachttijden.

Het plannen van ziekenhuisvoorzieningen wordt getoetst aan de Wet ziekenhuisvoorzieningen, waarin richtlijnen zijn vastgesteld. In deze richtlijnen wordt een nadere omschrijving gegeven van de toegestane bedden en de verdeling van functies c.q. specialisme over de ziekenhuizen in een gezondheidsregio. Dit kader geldt niet voor de verpleeg- en verzorgingshuizen waar sprake is van regionale besluiten via gezamenlijk opgestelde bestedingsvoorstellen.

In dit tweede geval hebben verzekeraars en organisaties van aanbieders (ziekenhuizen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen) en patiënten in gezamenlijk overleg voor diverse zorgvormen (ambulancediensten, verloskunde, spoedeisende eerste hulp, etc) normen opgesteld, die als maximumwaarde en streefwaarde moeten fungeren voor wachttijden

Zijn de patiëntenrechten vastgesteld?

Er zijn drie wetten, die de patiëntenrechten garanderen: de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO – regelt de rechten en plichten van patiënt en hulpverlener), de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ – regelt de structurele inspraak op het beleid van de instelling) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ - regelt de beroepsmogelijkheid via officiële klachtencommissies).

Kwaliteit in de Wet Voorzieningen gehandicapten

In de Wvg is geregeld dat gemeenten verantwoorde voorzieningen aanbieden, dat wil zeggen: voorzieningen die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht worden verleend. In het onlangs tussen SZW, belangenorganisaties en de VNG afgesloten protocol wordt een nadere invulling gegeven aan het begrip “verantwoorde voorziening”. Het protocol is bedoeld om tot een meer uniforme wetstoepassing te komen, waardoor voor gehandicapten een bredere rechtszekerheid wordt geschapen.

2.1.2 Beoordeling

Beschrijf de mechanismen voor de beoordeling van de kwaliteit van de behandeling en voor de vaststelling van en het toezicht op kwaliteitsnormen voor gezondheidszorg en langdurige zorg.

Antwoord

De beoordeling van de kwaliteit van de gezondheidszorg en langdurige zorg vindt plaats op geleide van:

- Normen in wet- en regelgeving inclusief jurisprudentie.
- Veldnormen die door onder andere koepels van zorginstellingen worden bepaald (standaarden, richtlijnen, protocollen).
- The state of the art zoals die blijkt uit de literatuur.

Hoe wordt de kwaliteit van medische behandelingen beoordeeld? Welke criteria worden daarbij gebruikt?

De beoordeling van de kwaliteit van de medische behandelingen vindt plaats aan de hand van:

- Veldnormen die door de beroepsverenigingen worden bepaald (standaarden, richtlijnen, protocollen).
- The state of the art zoals die blijkt uit de vakliteratuur.
- Normen in wet- en regelgeving inclusief jurisprudentie terzake dwangbehandeling en tuchtspraken.

De beoordeling van de kwaliteit van zowel de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg (conform Kwaliteitswet) als de kwaliteit van de geleverde zorg vindt plaats door middel van:

- Onderzoek van meldingen en calamiteiten in de zorg
- Onderzoek van verplichte meldingen dwangopnemingen, toepassing van middelen of maatregelen en dwangbehandelingen
- Onderzoek van verplichte meldingen geneeskundige handelingen onder dwang

- Algemeen preventief toezicht. Aandachtspunten worden zoveel mogelijk gekozen op geleide van risico-inschatting van (deel-)processen zoals geneesmiddelenbeheer en – distributie, farmacotherapie, interne evaluatie fouten, ongevallen en near-accidents, klachtbehandeling etc. maar ook van voorbehouden handelingen en risicovolle handelingen zoals fixatie, separatie etc. Deze vorm van toezicht kan een continue proces zijn maar ook kan dit campagnegewijs plaatsvinden.
- Thematisch toezicht. Onderdelen van het zorgproces worden in korte tijd diepgaand en systematisch onderzocht en monden uit in geaggregeerde rapportage.
- Beoordeling wettelijk verplichte documenten: Jaarverslag, Kwaliteitsjaarverslag (Kwaliteitswet Zorginstellingen), Jaarverslag klachtencommissie .
- Beoordeling van verplichte registraties

2.1.3 Kwaliteitsbevordering

Hoe wordt kwalitatief hoogstaande zorg ontwikkeld, bevorderd en vlot toegankelijk gemaakt? Wordt er bijzondere aandacht besteed aan de ontwikkeling, bevordering en toegankelijkheid van kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg voor ouderen?

Antwoord

Hoe wordt kwalitatief hoogstaande zorg ontwikkeld, bevorderd en vlot toegankelijk gemaakt?

Inzichten over kwalitatief hoogstaande zorg komen voort uit verricht onderzoek naar effectiviteit of doelmatigheid van handelen in de zorgpraktijk, de zogeheten evidence based richtlijnen, werkwijzen of technieken. Ook door middel van goede ervaringen en voorbeelden ('best practices') wordt gewerkt aan de ontwikkeling van optimale zorg. De implementatie van dergelijke richtlijnen en best practices vraagt aandacht. Het kwaliteitsinstituut CBO levert met de programma's BEREIK en DOORBRAAK een belangrijke bijdrage aan disseminatie van 'best practices'.

Wordt er bijzondere aandacht besteed aan de ontwikkeling, bevordering en toegankelijkheid van kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg voor ouderen?

Uitgangspunt voor de Nederlandse overheid is dat de noodzakelijke zorg van goede kwaliteit is, toegankelijk en betaalbaar is voor iedere burger. De overheid stelt kaders waarbinnen aanbieders van zorg, verzekeraars en cliënten/patiënten hun eigen keuzes kunnen maken en verantwoordelijkheid kunnen nemen. Voor de zorgbehoevende ouderen zijn er naast de thuiszorg, specifieke voorzieningen (verpleeg- en verzorgingshuizen, woonzorgcentra) gebouwd. Gezien het feit dat in Nederland sprake is van een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg, is een bijzondere aandacht voor ouderen derhalve niet noodzakelijk.

2.1.4 Uitdagingen

Wat zijn de voornaamste uitdagingen waarmee u wordt geconfronteerd met betrekking tot kwaliteitsbevordering?

Antwoord

Nederland behoort qua kennisontwikkeling en topklinische onderzoek tot de wereldtop. Het probleem ligt niet in de ontwikkeling van nieuwe kennis, maar in de disseminatie en implementatie ervan. De belangrijkste uitdaging ligt dan ook op deze beide terreinen. De

aandacht voor de komende tijd gaat uit naar het monitoren en bevorderen van disseminatie en implementatie van richtlijnen, technieken en ‘best practices’.

2.1.5 Geplande beleidswijzigingen

Beschrijf eventuele geplande wijzigingen in het stelsel.

Antwoord

Met de nota ‘Vraag aan Bod’ is de lijn uitgezet voor de omslag van een centraal aanbodgestuurd systeem naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel. De vernieuwing van het zorgstelsel krijgt vorm door de sturing van de zorg te herzien door de verdeling van verantwoordelijkheden, en de daarbij behorende instrumenten te veranderen

2.2 LANGDURIGE ZORG

2.2.1 Normen

Zijn er nationale kwaliteitsnormen? Zijn de rechten van de zorgontvangers vastgesteld?

Antwoord

De overheid heeft geen doelen en normen geformuleerd. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is er voor gekozen de verantwoordelijkheid voor de formulering van normen van kwalitatief goede zorg (veldnormen) in eerste instantie bij de zorgaanbieders zelf neer te leggen. De wettelijke norm is het begrip verantwoorde zorg, waaronder wordt verstaan dat zorg doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. De organisaties van aanbieders (koepels) hebben in overleg met zorgvragers en verzekeraars (tripartite) veldnormen opgesteld. Deze veldnormen zijn voor een groeiend aantal beroepsgroepen en sectoren vertaald in toetsbare, certificeerbare normen, die de basis vormen voor een professionele visitatie, organisatorische accreditatie, externe certificering en toetsing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Met het vaststellen van een aantal kaderwetten is getracht de basis voor kwaliteit in de zorg te regelen. Het betreffen hier de:

- Wet BIG (Beroepen individuele gezondheidszorg);
- WMCZ (Wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen);
- WKCZ (Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen);
- WGBO (Wet geneeskundige behandelovereenkomst).

Dit zijn de belangrijkste wetten waarin de positie en de rechten van de zorgvrager worden vastgelegd en waarin de rol en positie van zorgverlener/zorgaanbieder en behandelaar worden bepaald.

Op dit moment wordt er door de Inspectie Gezondheids Zorg (IGZ) samen met brancheorganisatie Arcares gewerkt aan 10 criteria waarmee de ondergrens van de zorg in V&V wordt vastgesteld. Het vaststellen van de ondergrens aan zorg en personele aanwezigheid bied de mogelijkheid om vervolgens de gewenste kwaliteit van zorg te bepalen.

2.2.2 Kwaliteitstoezicht en kwaliteitsbevordering

Is er een systeem voor de beoordeling en erkenning van zorgverleners en zorginstellingen? Indien informele zorg wordt gesteund, zijn er maatregelen voor kwaliteitsbevordering (bv. financiële steun voor infrastructuur en aanpassingen aan huizen, scholing van informele zorgverleners)?

Antwoord

Beoordeling en erkenning van zorginstellingen vindt plaats voorafgaande aan toelating tot de AWBZ. Er is sprake van twee routes die een zorgaanbieder moet volgen alvorens er sprake kan zijn van deze toelating. Wanneer een zorgaanbieder toegelaten wil worden

zonder dat er sprake is van een (nieuw) gebouw dan meld deze zorgaanbieder zich aan bij het College voor zorgverzekeringen die vervolgens de toelating tot de AWBZ beoordeelt. Wanneer er sprake is van een zorgaanbieder die tevens een nieuw gebouw wil plaatsen dan moet er vooraleerst op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen via het College Bouw toestemming komen om te mogen bouwen. Vervolgens moet daarna dan alsnog de toelating tot de AWBZ worden geregeld via het CvZ.

Beoordeling van zorginstellingen vindt enerzijds plaats middels controle door de inspectie, anderzijds door middel van Benchmark. In 2001 heeft de eerste pilot met de instrumenten voor de Benchmark V&V plaatsgevonden, (in de thuiszorg werd al langer met dit instrument gewerkt), het verslag hiervan is in mei 2002 naar de Tweede Kamer gestuurd. Over een vervolg traject voor deze Benchmark wordt nu op ambtelijk niveau na gedacht.

Beoordeling en erkenning van zorgverleners vindt deels plaats middels in de wet BIG vastgelegde regels omtrent het bevoegd en bekwaam zijn. Voor verpleegkundigen is er sprake van een registratie eis in het BIG register. Er is geen sprake van beroepsbescherming in Nederland, wel sprake van titelbescherming. Dit betekent dat iedereen in principe zorgkundige handelingen mag verrichten maar zich dus niet mag “uitgeven” voor verpleegkundige of verzorgende als men niet het diploma heeft.

Informele zorg wordt gesteund, mantelzorg is een specifiek speerpunt geweest van het tweede kabinet Kok (1998-2002). Dit betekent dat er vanuit VWS in 2002 € 4.848.000 is geïnvesteerd in ontwikkelingen rondom mantelzorg en informele zorg, enerzijds voor beleidsontwikkeling, anderzijds voor ondersteuning middels conferenties en scholing. Financiële steun voor woningaanpassing is er middels de Wvg, (wet voorzieningen gehandicapten), waarmee de mogelijkheid wordt geboden om de woning aan te passen.

2.2.3 Uitdagingen

Wat zijn de voornaamste uitdagingen waarmee u wordt geconfronteerd met betrekking tot kwalitatief hoogstaande langdurige zorgverlening?

Antwoord

Vraaggerichte zorg in plaats van aanbodgerichte zorg is een belangrijke ontwikkeling van de laatste jaren waarbij de vrije keus van de cliënt op de eerste plaats staat. De omslag in denken en in organisatie van de zorg is in gang gezet maar het betreft hier nog zeker een uitdaging voor de toekomst.

Intramurale zorg moet steeds meer plaats maken voor extramurale zorg ofwel mensen willen langer zelfstandig blijven wonen waarbij alles wat normaal geregeld kan worden ook normaal geregeld moet worden. Het vormgeven van deze extramurale zorg zonder opnieuw in instituties te gaan denken is een belangrijke ontwikkeling voor de toekomst.

Een andere belangrijke uitdaging is het aantrekken van voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel. De arbeidsmarkt is sinds enige jaren problematisch en bied onvoldoende aanbod om nieuwe medewerkers aan te trekken.

2.2.3 Geplande beleidswijzigingen

Beschrijf eventuele geplande wijzigingen op dit vlak.

Antwoord

Geplande beleidswijzigingen liggen op het terrein van de hierboven genoemde ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zijn al in gang gezet maar lopen in de komende jaren door en zijn ook nog niet volledig vorm gegeven.

3 BETAALBAARHEID

3.1 GEZONDHEIDSZORG

3.1.1 Uitgaven en financiering

Beschrijf het huidige niveau van de uitgaven voor gezondheidszorg en de extrapolaties voor de toekomst. Geef zo mogelijk afzonderlijke cijfers voor gezondheidszorg voor ouderen. Beschrijf de wijze van financiering (sociale-verzekeringspremies, algemene belastingen, vrijwillige verzekering met eventuele belastingvoordelen, patiëntenbijdragen). [NB: eventueel kan worden verwezen naar de beknopte beschrijving van het stelsel onder punt 1.1.1.]

Antwoord

De zorguitgaven³ in Nederland bedragen in 2002 ongeveer € 40,7 mld, dat is € 2358 per capita en 10,1 % van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Ongeveer 23% hiervan is beschikbaar voor ouderenzorg.

De zojuist aangetreden regering heeft aangegeven in de regeerperiode t/m 2006 de reële zorguitgaven⁴ met 4¼% per jaar te willen laten groeien. Hiermee komen de uitgaven in 2006 volgens de meest recente macro-economische ramingen uit op € 51 mld. Van het totaal beschikbare budget is nog niet bekend welk deel zal worden gereserveerd voor de ouderenzorg.

Een beschrijving van de financiering is gegeven in 1.1.1.

3.1.2 Uitgavenontwikkeling

Geef een beoordeling van de ontwikkeling van de uitgaven en de financieringsbehoeften. Hoe kan deze ontwikkeling, in het licht van de vergrijzing van de bevolking, in overeenstemming worden gebracht met andere beleidsdoelstellingen, zoals evenwichtige openbare financiën?

Antwoord

De nieuw aangetreden regering is bij het vaststellen van de omvang van de zorguitgaven in de periode 2003-2006 uitgegaan van de resultaten van een studie door het Centraal Planbureau (CPB). Daarin is aangegeven dat voor de uitgaven naast de hogere prijsontwikkeling in de zorgsector jaarlijks een volumegroei van 2½% nodig is. Hiervan is 1,1%-punt het gevolg van de ontwikkeling in omvang (bevolkingsgroei) en samenstelling (vergrijzing) van de bevolking. Het restant is onder meer nodig om sociaal-economische, epidemiologische en technologische ontwikkelingen op te vangen.

Juist omdat op wat langere termijn de gevolgen van de vergrijzing zich het sterkst zullen doen gelden, is het begrotingsbeleid in zijn geheel er nu op gericht om de staatsschuld in 20 à 25 jaar weg te werken.

³ Waar gesproken wordt over zorguitgaven is steeds bedoeld de uitgaven in het eerste en tweede compartiment.

⁴ De reële groei is gedefinieerd als de groei boven de prijsontwikkeling van het BBP.

3.1.3 Kostenbeheersing

Beschrijf hoe de uitgaven worden beheerst:

- de rol van de prijs bij de beheersing van de vraag;
- beheersing van de kosten van de zorgverlening door financiële stimulansen en marktmechanismen;
- mechanismen om verzorgingsinstellingen en gezondheidswerkers kostenbewuster te maken bij het kiezen van een behandeling;
- beheersing van de kosten van materiaal en producten (bv. farmaceutische producten);
- de rol van gezondheidsbevordering, ziektepreventie en met name de bevordering van een gezonde levenswijze bij ouderen.

Antwoord

Beheersing van de kosten van de zorgverlening door financiële stimulansen en marktmechanismen

Momenteel vindt de uitgavenbeheersing nog grotendeels door aanbodregulering plaats. Centraal worden door het Ctg (College tarieven gezondheidszorg) beleidsregels vastgesteld die bepalen hoe de budgetten van zorginstellingen, en tarieven van zorginstellingen en andere zorgaanbieders worden vastgesteld. Deze beleidsregels behoeven goedkeuring door de Minister van Volksgezondheid. Evenzo behoeven mutaties in de capaciteiten van instellingen de goedkeuring van de Minister van Volksgezondheid volgens de Wzv (Wet zorgvoorzieningen).

De omvang van ziekenhuisbudgetten worden mede bepaald door afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Daarbij geldt dat de verzekeraar belang heeft de productieafspraken te beperken, aangezien lagere productie leidt tot lagere uitgaven voor die verzekeraar. Zowel de particuliere verzekeraars als de ziekenfondsen kunnen lagere uitgaven vertalen in een lagere premie en zo hun marktpositie versterken.

Beheersing van de kosten door instellingen

Het budget van een zorginstelling en het bijbehorende tarief worden weliswaar centraal vastgesteld, maar de instelling is zelfstandig in de aanwending van zijn budget. Een zorginstelling heeft dus zelf voordeel bij kostenbewust gedrag en is gebaat bij kostenbewust gedrag van zijn medewerkers. Een hulpmiddel daarbij is benchmarking.

Bij de zelfstandigheid in de aanwending van de budgetten geldt echter dat een deel van de hoogte van het budget gebaseerd is op de met de zorgverzekeraar afgesproken (wachtlijst)productie. Voor zover deze (wachtlijst)productie niet wordt gerealiseerd, wordt het budget achteraf gekort: het “boter-bij-de-vis”-principe.

De rol van de prijs bij de beheersing van de vraag

Bij de particulier verzekerden, die soms voor een aanzienlijk eigen risico aan de voet hebben gekozen, zal sprake zijn van een remmende werking op de zorgvraag zolang de zorgkosten voor hun eigen rekening zijn. Bij de ziekenfondsverzekerden bestaat dit mechanisme niet. Wel gelden bij sommige genees- en hulpmiddelen vergoedingslimieten. Het bedrag waarmee de kosten van een middel de limiet te boven gaat, moet de vrager zelf bijbetalen. Bij de geneesmiddelen gaat het daarbij bijvoorbeeld om middelen die duurder zijn dan andere met dezelfde therapeutische werking.

In de AWBZ is wel sprake van een eigen bijdrage, maar het doel hiervan is niet zozeer het beïnvloeden van de vraag, als wel het realiseren van een redelijke financiering door de vrager. In de AWBZ is echter voor het honoreren van de vraag een indicatie door het onafhankelijke RIO (Regionaal Indicatie Orgaan) nodig.

3.1.4 Uitdagingen

Beschrijf de voornaamste uitdagingen met betrekking tot betaalbare gezondheidszorg.

Antwoord

De voornaamste uitdaging is de overgang van een stelsel waarin het aanbod voorop staat naar een stelsel waarin de vraag van patiënten het volume en de variëteit van het zorgaanbod stuurt. Uitgangspunt daarbij is concurrentie tussen aanbieders van zorg en tussen zorgverzekeraars, in combinatie met een sterkere positie van cliënten en patiënten. Met de nota Vraag aan Bod is daarvoor een eerste stap gezet.

3.1.5 Geplande beleidswijzigingen

Beschrijf eventuele geplande wijzigingen, met name initiatieven inzake gezondheidszorg voor ouderen.

Antwoord

Volgende stappen zijn onder andere het invoeren van een nieuw verzekeringsstelsel in het tweede compartiment, het invoeren van een bekostigingssysteem dat gebaseerd is op geleverde prestaties en modernisering van de AWBZ. Om de kosten te beheersen wordt daarnaast gedacht aan deregulering en vermindering van administratieve lasten.

3.2 LANGDURIGE ZORG

Antwoord

3.2.1 Uitgaven en financiering

Geef een raming van de huidige kosten voor langdurige zorg. Houd voor zover mogelijk rekening met het effect op andere beleidsgebieden.

Beschrijf eventuele specifieke financieringsmechanismen voor langdurige zorg (bv. gerichte sociale-verzekeringspremies).

Antwoord

De langdurige zorg wordt gefinancierd uit de AWBZ. De uitgaven van de AWBZ in 2002 bedragen naar verwachting € 18 mld. Hiervan zal € 1,8 mld afkomstig zijn uit eigen betalingen.

Bijzondere bijstand

De bijzondere bijstand is een in de Algemene bijstandswet opgenomen regeling, die het gemeenten mogelijk maakt om aan burgers een financiële tegemoetkoming te verstrekken voor kosten die gelet op hun individuele omstandigheden noodzakelijk zijn en niet uit het eigen inkomen en de eventueel aanwezige financiële draagkracht kunnen worden voldaan. Het gaat hier dus om kosten die voortvloeien uit de individuele omstandigheden van de belanghebbende. Hiertoe kunnen ook kosten voor zorgvoorzieningen behoren. Er is geen

recht op bijzondere bijstand als er een zogenaamde voorliggende voorziening voor de kosten aanwezig is, die gelet op aard en doel toereikend en passend wordt geacht. Een voorbeeld hiervan is de Wvg, AWBZ en de Ziekenfondswet.

De regeling is bedoeld voor alle personen vanaf 21 jaar met een inkomen op of rond het minimum niveau. Personen tot 21 jaar moeten eerst een beroep doen op hun ouders. De doelgroep heeft verder geen speciale kenmerken, immers de individuele bijzondere omstandigheden en de daaruit voortvloeiende noodzakelijke kosten zijn steeds bepalend.

De invulling van de nadere voorwaarden voor bijzondere bijstand is door het Rijk binnen het kader van de Algemene bijstandswet aan de gemeenten overgelaten. De gemeente waar de aanvrager woont, heeft daarom deze voorwaarden nader ingevuld. In het algemeen is de inkomensgrens vastgesteld op de bijstandsnorm, en wordt naar mate het inkomen hoger is een eigen bijdrage (draagkracht) berekend. Het vermogen wordt in het algemeen vrijgelaten tot een bepaald bedrag. Voorts kunnen gemeenten een drempelbedrag in rekening brengen.

3.2.2 Kostenbeheersing

De rol van de prijs bij de beheersing van de vraag naar formele zorg.

Hoe wordt voor een kostenbewuste planning en zorgverlening gezorgd? Worden de verschillende benaderingen (zorginstelling/thuiszorg, formele/informele zorg) onderling vergeleken? Zijn er mechanismen om zorgverleners en beleidsmakers (bv. sociaal werkers) kostenbewuster te maken?

Zijn er mechanismen om de kosten voor langdurige zorg en gezondheidszorg integraal te beoordelen?

Antwoord

In de AWBZ is wel sprake van een eigen bijdrage, maar het doel hiervan is niet zozeer het beïnvloeden van de vraag, als wel het realiseren van een redelijke financiering door de vrager. De toegankelijkheid staat daarbij dus voorop. In de AWBZ is echter voor het honoreren van de vraag wel een indicatie door het onafhankelijke RIO (Regionaal Indicatie Orgaan) nodig.

De kosten voor langdurige zorg en gezondheidszorg maken gezamenlijk deel uit van het budgettaire kader zorg, een kader voor de zorguitgaven waarvoor de minister van Volksgezondheid verantwoordelijk is.

Zie verder 3.1.3

Betalbaarheid

Gemeenten ontvangen via de algemene uitkering van het gemeentefonds middelen voor de uitvoering van de Wvg. De gemeente bepaalt op welke wijze zij invulling geeft aan haar wettelijke taken binnen de grenzen van haar financiële mogelijkheden.

De totale netto-uitgaven voor de Wvg bedroegen in 2000 1779 mln gulden.

3.2.3 Uitdagingen

Beschrijf de voornaamste uitdagingen met betrekking tot betaalbare langdurige zorg.

Antwoord

Zie 3.1.4

3.2.4 Geplande beleidswijzigingen

Beschrijf eventuele geplande wijzigingen.

Antwoord

Zie 3.1.5