

Het ZORGSTELSEL ALFABET:

van DBC tot ZBC , maar ook van AV tot ZVW

versie 10-12-2017

Aanvullende verzekering

Naast de verplichte basisverzekering kan elke verzekerde vrijwillig een of meer aanvullende verzekeringen afsluiten. Bijvoorbeeld voor de tandarts of de fysiotherapeut. Er zijn ook pakketten met aanvullende verzekeringen voor bijvoorbeeld vijftigplussers. Er bestaat geen acceptatieplicht, dus zorgverzekeraars mogen nieuwe klanten uitsluiten van een aanvullende verzekering.

ABWZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten werd in 1968 ingevoerd en eind 2015 opgeheven. Ze regelde de langdurige zorg. De AWBZ was te ingewikkeld en te duur geworden. Er zijn nieuwe wetten voor in de plaats gekomen, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de nieuwe Jeugdwet. Daardoor krijgen zorgverzekeraars en gemeenten extra werk. Deze overgang verloopt moeizaam. Alle betrokkenen moeten nog op elkaar ingespeeld raken. Intussen hebben organisaties in de thuiszorg niet genoeg geld om iedereen te helpen.

Acceptatieplicht

Zorgverzekeraars moeten alle inwoners van Nederland accepteren voor de basisverzekering. Dat staat in de Zorgverzekeringswet die in 2006 is ingevoerd.

ACM

De Autoriteit Consument & Markt is een van de onafhankelijke toezichthouders in de zorg. De ACM heeft spelregels opgesteld waar zorgbedrijven zich aan moeten houden, zoals bij de inkoop van zorg en bij voorgenomen fusies. Zij is de opvolger van drie andere toezichthouders: de Consumentenautoriteit, de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA). Deze drie bundelden in 2013 hun krachten. Consumenten kunnen bij de Autoriteit Consument & Markt gratis informatie en advies krijgen, bijvoorbeeld als iemand problemen heeft met een bedrijf. U kunt dat melden bij ConsuWijzer. ConsuWijzer geeft advies. Met dat advies weet u waar u recht op hebt en hoe u dat recht kunt halen. Blijkt uit uw klacht dat het bedrijf de wet overtreedt, dan kan de ACM optreden.

Algemene Rekenkamer

De Algemene Rekenkamer is een onafhankelijk adviescollege. Het is een van de Hoge Colleges van Staat. De Rekenkamer beoordeelt de boekhouding van het Rijk, dus of de overheidsuitgaven goed zijn besteed (rechtmatig en doelmatig). De belangrijkste klanten zijn de regering en het parlement. Ook geïnteresseerde burgers kunnen er terecht met vragen. Soms wordt een vraag meegenomen in een onderzoek. In de praktijk doet het kabinet helaas weinig met de vaak kritische onderzoeksrapporten van de Rekenkamer.

Artikel 13

Artikel 13 van de Zorgverzekeringswet gaat over de vrije artskeuze. In artikel 13 staat dat zorgverzekeraars verplicht zijn voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden. Zij zijn ook verplicht behandelingen te vergoeden van zorgaanbieders waarmee geen contract is gesloten: niet alles, wel een groot deel. Minister Schippers wil deze verplichting schrappen. Daardoor krijgen zorgverzekeraars de ruimte om zelf te bepalen wat ze vergoeden, zelfs als dat helemaal niets is. Ook de (vergoede) 'second opinion,' de consultatie van een andere medisch specialist, kan dan lastiger worden. Eind 2014 leidde de opstelling van Schippers bijna tot een kabinetscrisis, nadat drie senatoren van de PvdA zich tegen de wijziging van artikel 13 hadden gekeerd.

Artseneed

In 2003 is in Nederland een nieuwe artseneed ingevoerd. Eenvoudig, zo tijdloos mogelijk. Elementen uit de oude Eed van Hippocrates zijn erin opgenomen, zoals de geheimhoudingsplicht en de belofte dat de arts geen schade mag toebrengen aan de patiënt. Nieuw is dat de aanstaande arts belooft zijn medische kennis niet te misbruiken, zelfs niet onder druk. Dit punt komt uit de 'Declaratie van Genève' uit 1948 en is bedoeld om te voorkomen dat medische kennis wordt misbruikt. De nieuwe eed is niet langer alleen op de eigen beroepsgroep gericht, maar ook op de samenleving. Zo belooft de aanstaande arts zich open te stellen voor kritiek en te waken voor toegankelijkheid van de zorg.

Basisverzekering

Iedere Nederlander is verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Dat gebeurt via de basisverzekering. De basisverzekering kwam in 2006 in de plaats van de ziektekostenverzekering. Zij dekt de meest voorkomende medische behandelingen. Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering. Zie verder: Zorgverzekering.

BIG-register

Het BIG-register staat voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Dat is een officieel erkende Nederlandse databank. Registratie geeft duidelijkheid over de bevoegdheid. Zonder registratie mogen artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen hun beroep niet uitoefenen. Iedere geregistreerde zorgverlener heeft een eigen 11-cijferig nummer. Elke zorgverlener kan zich registreren in het BIG-register. Zorgverleners die hun werk niet naar behoren doen, kunnen hun BIG-registratie kwijtraken. Zij mogen zich ook zelf uitschrijven. Het BIG-register geldt alleen voor zorgverleners die in Nederland werken.

BKZ

Het Budgettair Kader Zorg is de ijzeren klem van de zorg. Dit is het financiële kader van de Rijksbegroting waarbinnen de zorguitgaven moeten blijven. De ministerraad stelt het BKZ vast op basis van ramingen van het Centraal Plan Bureau (CPB), afspraken uit het regeerakkoord en bijgestelde ramingen. Het BKZ gaat over de collectief gefinancierde zorg. Dus over de premies en belasting die burgers verplicht zijn te betalen voor de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet 5 langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ook een deel van de uitgaven op de begroting van het ministerie van VWS valt onder het BKZ. Daar hoort de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten bij, maar ook het geld dat via het Gemeentefonds wordt uitgekeerd aan gemeenten voor huishoudelijke verzorging in het kader van de Wmo.

Budgetpolis

Een budgetpolis is een beperkte basisverzekering. De verzekerde betaalt iets minder, dat is mooi. Maar wie een budgetpolis of budgetverzekering heeft, mag alleen naar de zorgverlener of het ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten. Er is geen vrije keuze, want de zorgverzekeraar selecteert de aanbieders van zorg. En daar moet u heen. Oriënteer u goed als u naar een arts of ziekenhuis wilt waarmee uw verzekeraar geen contract heeft gesloten. U moet dan namelijk bijbetalen. Budgetzorg is vaak van budgetkwaliteit. Bij selectieve inkoop van zorg staat gewoonlijk de prijs van een veelvoorkomende behandeling voorop. Er is veel te doen geweest over het feit dat de academische medische centra niet altijd worden gecontracteerd voor een budgetpolis. Dat kan leiden tot onveiligere zorg. Veel patiënten met chronische ziekten hebben meer aandoeningen tegelijk, zij kunnen in de problemen komen als hun favoriete ziekenhuis niet is gecontracteerd voor een noodzakelijke behandeling.

CAK

Het Centraal Administratie Kantoor stelt de eigen bijdrage vast voor zorg met verblijf en voor de zorg thuis. Het int die ook. Het CAK doet dat in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van de gemeenten. Het CAK, een zelfstandig bestuursorgaan, krijgt die gegevens van de belastingdienst. CIBG Het CIBG, een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voert het beheer over het BIG-register.

CIZ

Het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) onderzoekt of u blijvend in aanmerking komt voor intensieve zorg. Zo ja, dan krijgt u een indicatie voor het type zorg. Het merendeel van deze zorg wordt betaald uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Meestal gaat het dan om het verblijf in een instelling (voor het verpleeghuis of gehandicaptenzorg). Als u een persoonsgebonden budget heeft (pgb), kan de zorg ook thuis worden geleverd. Dat heet een volledig pakket thuis of modulair pakket thuis. Collectieve polis Veel werkgevers, verenigingen en ledenorganisaties hebben afspraken gemaakt met zorgverzekeraars. Zij sluiten dan collectieve polissen af. Maakt u daarvan gebruik, dan kunt u als verzekerde tot 10 procent korting krijgen op uw premie voor de basisverzekering 7 en de aanvullende verzekeringen. Ook uw gezinsleden profiteren daarvan.

Chronisch ziek

Het aantal chronisch zieke mensen neemt toe. Dus lopen er meer mensen rond die soms meerdere ziekten tegelijk hebben. Mensen leven langer en ooit ongeneeslijke ziekten kunnen beter worden behandeld. Een chronische ziekte is een ziekte die in veel gevallen lang duurt maar waarvan iemand niet wezenlijk van herstelt. Denk aan astma, epilepsie, diabetes of artrose. Kanker is nog geen chronische ziekte, hoewel steeds meer mensen een kankerbehandeling overleven en heel oud kunnen worden. Helaas beseffen te weinig werkgevers dat ook chronisch zieken graag willen bijdragen aan de samenleving. Het vooroordeel is nog altijd dat mensen met een chronische aandoening vaker en langduriger uitvallen dan gezonde werknemers en dus minder productief zijn. Nederland telt 5,5 miljoen mensen met een chronische aandoening: bijna eenderde van de 17 miljoen inwoners. Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) stijgt het aantal chronisch zieken in 2030 naar 7 miljoen. CVZ Sinds april 2014 is de naam van het College voor Zorgverzekeringen veranderd in Zorginstituut Nederland. Zie aldaar.

Decentralisaties

Om te bezuinigen heeft de landelijke overheid allerlei taken afgestoten. Dus zijn er drie opeenvolgende decentralisaties doorgevoerd in het 'sociaal domein'. Gevolg? Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor zorg, werk en jeugdhulp. Beter gezegd voor jeugdzorg, werk en inkomen, en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Gemeenten waren deels al verantwoordelijk voor deze taken. Deze cultuurverandering (transformatie) is ingewikkeld en duurt lang. De bedoeling is dat de burgers sneller worden geholpen, eerder hulp krijgen en minder regeldruk ervaren. Veel ambtenaren doen hun best met hun nieuwe takenpakket, maar in de praktijk blijkt dat er heel wat wrijvingen zijn. Bovendien hebben gemeenten de transitie misbruikt om flink te bezuinigen op hulp en zorg. Bijna negen op de tien gemeenten hebben in 2015 geld overgehouden op het budget voor dagbesteding, begeleiding en ondersteuning. Zes op de tien gemeenten hadden aan het einde van dat jaar nog geld op de plank liggen voor huishoudelijke hulp. In totaal gaat het naar schatting om een overschot van minimaal 310 miljoen euro, aldus het blad Binnenlands Bestuur.

Decubitus Weefselschade.

Decubitus of doorligwonden zijn een indicatie voor de kwaliteit van zorg in een zorginstelling. Decubitus komt vooral voor bij zieke mensen die lang of bed liggen of in een rolstoel zitten en die zelf niet goed van ligging of houding kunnen veranderen.

Domotica

Automatisering van functies in een woonhuis wordt domotica genoemd. Dit is een samenvoeging van het Latijnse woord domus (huis) en het gezamenlijke achterste deel tica dat voorkomt in de hedendaagse woorden informatica, telematica en robtica. Domotica is het benutten van moderne technologie en diensten ten behoeve van een betere kwaliteit van wonen en leven. Domotica wordt steeds meer wordt toegepast om mensen zo zelfstandig mogelijk te laten zijn. Het is dus niet alleen techniek, maar ook de (zorg)dienstverlening die nodig is als er afwijkende signalen en/of gebeurtenissen zijn.

EPD

Er bestaat veel verwarring over het elektronisch patiëntendossier (EPD). In essentie is het epd een digitaal (virtueel) dossier. Een persoonlijk gezondheidsdossier waar de medische gegevens van een patiënt in staan. Dat is bedoeld om de uitwisseling van medische gegevens tussen aanbieders van zorg makkelijker te maken. Er wordt al twintig jaar over gediscussieerd en er zijn meerdere varianten van bedacht. Het ministerie van VWS wilde graag een landelijk EPD ontwikkelen. Daarvoor werd het Landelijk Schakelpunt opgericht (LSP). Dat moest de centrale database worden waarin de gegevens van patiënten worden opgeslagen. Er werd veel geld geïnvesteerd, maar het landelijke EPD kwam niet van de grond. Nadat de Eerste Kamer in 2011 de EPD-wet unaniem had afgewezen, mocht VWS zich daar niet meer mee bemoeien. Met als gevolg dat er nog altijd geen uniforme landelijke uitwisseling bestaat, waarmee alle zorgaanbieders die daartoe toestemming hebben, gegarandeerd veilig met elkaar kunnen communiceren over een patiënt. Inmiddels beschikken meerdere ziekenhuizen over eigen EPD's die (deels) voor patiënten toegankelijk zijn. Neem het AMC en het Vumc, die hebben in 2016 één gezamenlijk elektronisch patiëntendossier ingevoerd. Maar dat patiëntendossier is nauwelijks gevuld. Wie op zoek is naar de eigen, soms langdurige ziektegeschiedenis, kan niks vinden. Bij navraag blijkt dat de informatie wel degelijk voorhanden is.

De medisch specialist kan alle gegevens inzien, maar dat was allang het geval. Ook de assistente die de afspraken maakt, kan overal bij. Zij heeft vrije toegang tot het échte elektronische dossier. Compleet met alle digitale overzichten en relevante feiten. Maar voorlopig blijven alle ins and outs van de persoonlijke medische geschiedenis voor de patiënt een geheim.

eHealth

Wie eHealth zegt, denkt aan computers. eHealth betekent elektronische gezondheid, zorg via internet, ofwel digitale dienstverlening. Bij eHealth wordt technologie gebruikt om patiënten te ondersteunen en hun gezondheid te verbeteren. Skypen met de specialist: via de webcam wordt een gesprek gevoerd met de behandeld arts. De patiënt meldt digitaal wat de actuele bloedstollingswaarden zijn. De arts stelt op afstand diagnoses, geeft uitslagen door en wisselt informatie uit. Patiënten hoeven dan minder vaak naar het ziekenhuis, daardoor krijgen ze eerder de regie over hun leven terug. Ook de thuiszorg kan gebruik maken van videocontact met patiënten. Zo zijn er tientallen mogelijkheden om de zorg makkelijker, aangenamer en minder tijdrovend te maken. De toekomst is dichterbij dan u denkt, want binnenkort is technologie een vast onderdeel van het netwerk dat arts en patiënt met elkaar verbindt. Overigens heeft de helft van Nederlandse 75-plussers geen aansluiting op internet. Dat zijn al gauw een half miljoen mensen. Daar komen honderdduizenden ouderen bij die niet eens weten hoe ze internet moeten gebruiken. Tachtig procent van alle Nederlanders tussen de 12 en 80 jaar heeft een smartphone, maar bij 75-plussers is dat slechts 13 procent. Daar komt bij dat één op de negen Nederlanders tussen de 16 en 65 jaar ook nog eens laaggeletterd is. Dat zijn 1,3 miljoen digibeten. Inclusief 65-plussers gaat het om 2,5 miljoen digibeten, aldus de Algemene Rekenkamer. Begrijpelijk dat deze mensen zich soms buitengesloten voelen en de indruk hebben niet mee te kunnen in de vaart der volkeren. Zorgelijk, voor een land dat het probleem van de ouderenzorg wil oplossen met eHealth.

Eigen bijdrage

Iedereen die langdurige zorg krijgt, betaalt een eigen bijdrage. Dat geldt voor mensen die thuis of in een zorginstelling zorg krijgen. Met een zorginstelling wordt tegenwoordig een verpleeghuis of een psychiatrische instelling bedoeld; verzorgingshuizen zijn er niet meer. De eigen bijdrage wordt vastgesteld door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Dat gebeurt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van de gemeenten. Sinds kort telt voor de berekening van de eigen bijdrage ook het persoonlijke vermogen mee, zoals het spaargeld op de bank. Hoe hoger het inkomen en het vermogen, hoe hoger de eigen bijdrage. Wie een persoonsgebonden budget (pgb) heeft, betaalt een eigen bijdrage voor zorg in een instelling. De eigen bijdrage geldt eveneens voor mensen die een 'volledig pakket thuis' (vpt) hebben en alle zorg van de instelling thuis ontvangen. De eigen bijdrage is afhankelijk van de persoonlijke situatie. Woont iemand thuis of in een zorginstelling? Waar woont de partner? Moet iemand zorgen voor kinderen? Verder bestaat er een hoog en een laag tarief; de eerste zes maanden betaalt u meestal de lage eigen bijdrage. De lage eigen bijdrage voor zorg met verblijf bedraagt in 2015 minimaal 158,60 euro per maand en maximaal 832,60 euro per maand. De hoge eigen bijdrage wordt berekend op basis van inkomen en vermogen. Het CAK hanteert het inkomen van twee jaar geleden. Als u vermogen heeft, telt 8 procent van de 'grondslag sparen en beleggen' mee. De hoge bijdrage kan oplopen tot bijna 2.300 euro per persoon per maand. Bij de berekening van dat bedrag wordt gelet op uw overige uitgaven. Bovendien moet u officieel 'zak- en kleedgeld' overhouden.

Eigen risico

Er bestaat een verplicht en een vrijwillig eigen risico. Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. In 2016 is dat 385 euro, in 2014 was dat nog 360 euro. U kunt ook vrijwillig kiezen voor een hoger eigen risico tussen de 100 euro en 500 euro. Dan gaat uw maandelijkse premie voor de basisverzekering omlaag. Als u veel zorg gebruikt, moet u dat extra eigen risico betalen. Gebruikt u weinig of geen zorg, dan bent u spekkoper. Sommige (oudere) mensen hebben moeite met het verplichte eigen risico. Zij durven niet naar de huisarts te gaan, omdat ze denken dat dit ten koste gaat van het eigen risico. Zij worden dan zorgmijders. Maar voor een consult bij de huisarts hoeft geen eigen risico te worden afgedragen. Dat is alleen nodig als die bijvoorbeeld een bloedonderzoek verricht, een geneesmiddel voorschrijft dat u bij de apotheek moet ophalen of als de huisarts u doorverwijst naar het ziekenhuis. Uw zorgverzekeraar stuurt u dan een rekening die achteraf moet worden voldaan.

Extramuralisering

Langer zelfstandig thuis wonen. Extramuralisering betekent dat mensen ook gelijkwaardige zorg krijgen buiten de muren van een instelling waar ze – intramuraal – worden opgenomen. Bijvoorbeeld thuis, via de thuiszorg.

Generiek geneesmiddel

Een geneesmiddel waarvan het patent is verlopen. Generieke geneesmiddelen zijn veel goedkoper dan gepatenteerde merkgeneesmiddelen.

Gezond

Gezond zijn is een betrekkelijk begrip. Iedereen beleeft dat anders. En iedereen bepaalt zelf hoe hij of zij zich voelt. De een klaagt voortdurend over allerlei kwaaltjes, maar heeft niets ernstigs onder de leden. De ander is nooit ziek, zegt hij, maar slikt wel elke dag zes aspirines, jarenlang ibuprofen of is chronisch ziek zonder dat aan de grote klok te willen hangen.

Gezondheid

Gezondheid is iets anders dan gezond zijn. Wie gezondheid zegt, heeft het snel over deelnemen (participeren) en over een vorm van sensatie (gevoel, indruk). Wilt u meedoen, kunt u meedoen met de buitenwereld? Gezondheid heeft te maken met energie en je in balans voelen. Dat staat in 'Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven,' een rapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) uit 2011. Als mensen iets voor hun gezondheid doen, dan doen ze dat omdat ze hun accu willen opladen en weer energie willen hebben om het leven aan te kunnen. Lukt dat, dan kunnen ook mensen met een ziekte zich gezond voelen. Het is dus moeilijk eenduidig te meten wat gezond zijn precies is. En bent u echt gezond als u geen pijn heeft en nooit naar de dokter hoeft? Arts-onderzoeker Machteld Huber van het Louis Bolk Instituut bedacht een alternatief voor het begrip gezondheid. Volgens haar is gezondheid 'het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven.' In het vakblad Medisch Contact zegt Huber hierover dat deze definitie gezondheid tot een dynamisch begrip maakt. 'Als je een slechte diagnose krijgt, ga je eerst onderuit en heb je zorg nodig. Maar wordt de aandoening chronisch, dan krabbel je vaak weer op. De vraag is dan: ga je je invalide voelen, of pas je je aan en leef je je leven verder zonder dat de ziekte overheerst? Dan blijkt er naast die ziekte nog een enorm potentieel aan

gezondheid te zijn. Dat kun je versterken, waardoor je steeds minder last van die ziekte hebt.'
(Medisch Contact nr 06, 6 februari 2014).

GGZ

Sinds 2015 zijn de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de verslavingszorg opgesplitst. Resultaat? Er is een welhaast onontwarbare kluwen ontstaan. Uw zorgverzekeraar betaalt de 'geneeskundige' zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt (Zvw). Het zorgkantoor vergoedt een langdurig verblijf in en instelling; dat valt onder Wet langdurige zorg (Wlz). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor dagbesteding, tijdelijke ondersteuning en beschermd wonen, dit hoort bij de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo2015). Cliënten met een crimineel verleden vallen onder het ministerie van Justitie.

Grote Vier

De vier grootste zorgverzekeraars: Achmea, VGZ, CZ, Menzis. Samen verdelen zij 90 procent van de zorgmarkt. Critici hebben het in dit verband over een oligopolie of een kartel. Meestal is er sprake van een oligopolie als het marktaandeel of de concentratiegraad van de vier grootste marktpartijen groter is dan 70 procent van de markt. Een kartel houdt in dat een aantal partijen of bedrijven afspreekt elkaar niet echt te beconcurreren.

HH1

Hulp bij het Huishouden 1: Poets hulp. Schoonmaken, wassen, boodschappen doen. Alle voorkomende werkzaamheden in het huishouden waar de cliënt nog de regie heeft en zelf kan aangeven wat er moet worden gedaan.

HH2

Hulp bij het Huishouden 2: Hulp met zorgkennis. Iemand die zich bezighoudt met de organisatie van het huishouden en die helpt bij zelfzorg. Die indien nodig maaltijden bereidt, de kinderen naar school brengt en ophaalt. Dus alle voorkomende werkzaamheden in het huishouden waarbij de cliënt door fysieke of psychische beperkingen geen of weinig eigen regie heeft.

HSMR

De Hospital Standardised Mortality Ratio (HSMR) is de verhouding tussen het werkelijke en het 'verwachte' aantal sterfgevallen in een ziekenhuis, vermenigvuldigd met 100. Met 'verwachte sterfte' wordt bedoeld: de sterfte die op grond van het patiëntenprofiel kan worden verwacht.

IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) handhaaft de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten.

Inkomensafhankelijke premie

Elke premie voor de zorgverzekering bestaat uit twee delen. Ten eerste de basispremie die u aan uw zorgverzekeraar betaalt. Ten tweede een inkomensafhankelijke premie. Die is gekoppeld aan uw inkomen. Hoe meer u verdient, hoe meer u afdraagt. Werknemers merken hier niets van, doordat de werkgever deze premie afdraagt. Dat bedrag wordt niet apart vermeld op het loonstrookje. De verschuldigde premie van uitkeringsgerechtigden wordt verrekend door uitkeringsinstantie UWV.

Ondernemers, zzp-ers en gepensioneerden betalen zelf de inkomensafhankelijke premie via een aparte aanslag. Voor hen kan die extra premie oplopen tot bijna het driedubbele van de jaarlijkse basisverzekering. In 2016 bedraagt het maximum voor de inkomensafhankelijke zorgpremie 2.901 euro per jaar.

Informele zorg

Informele zorg is mantelzorg en zorg door vrijwilligers. Vroeger verleenden professionele zorgverleners hun werk naar eigen inzicht en deskundigheid, tegenwoordig moeten ze met anderen overleggen, zoals de familie van een cliënt. Jeugdhulp Iedereen die jonger is dan 18 jaar en in de problemen komt, kan gebruik maken van jeugdhulp. Sinds 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg die wordt verleend in instellingen. Dit heet nu jeugdhulp. Deze overgang is bepaald niet vlekkeloos verlopen en levert regelmatig fricties en ontsporingen op. Vaak blijven de miljoenen euro's voor de jeugdhulp hangen bij lokale overheden.

Keukentafelgesprek

Het keukentafelgesprek is een persoonlijk gesprek. Het wordt gevoerd met iemand die ondersteuning nodig heeft om thuis te kunnen blijven wonen en wil blijven meedoen in de samenleving. Om een keukentafelgesprek te kunnen voeren, moet u zich zelf bij de gemeente melden. De gemeente stuurt een deskundige die beoordeelt wat de aanvrager zelf kan doen, of wat mantelzorgers en vrijwilligers kunnen bijdragen. Tijdens het keukentafelgesprek wordt gekeken naar de persoonlijke situatie: waar is ondersteuning nodig, welke oplossingen zijn er? De gesprekken verlopen niet altijd vlekkeloos, laat staan op hoog niveau. Volgens cliëntenorganisaties wordt er geklaagd over de bezuinigingen op de huishoudelijke hulp, de wijkteams die niet goed functioneren en de stapeling van de eigen bijdragen. Daardoor kunnen mensen financiële problemen krijgen.

Keuzevrijheid

Een belangrijk aspect van de Zorgverzekeringswet is de keuzevrijheid. Dit betekent dat u op papier vrij kunt kiezen. U kunt bepalen bij welke zorgverzekeraar u wilt worden verzekerd. En u kunt zelf beslissen welke arts u helpt of hoe de zorg aan u wordt verleend. Maar eerst moet u kiezen voor een type verzekering (nominaal of restitutiepolis). Afhankelijk daarvan bent u al dan niet vrij om zelf te bepalen welke medisch specialist u wilt bezoeken. Eind 2014 wilde minister Schippers de keuzevrijheid afschaffen (artikel 13 van de Zorgverzekeringswet).

Lijfgebonden zorg

Sinds 2015 zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de persoonlijke verzorging van thuiswonenden. De gemeenten gaan over de huishoudelijke hulp, maar ook over de begeleiding en ondersteuning van mensen die hulp nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Ongeveer 300.000 mensen hebben te maken met lijfgebonden zorg, vooral ouderen en chronisch zieken. Zij worden geholpen bij het verzorgen van hun huid en met stoma's en sondes. Zie ook: Thuiszorg.

Mantelhulp

Mantelhulp is boodschappen doen voor uw buurman. Een keer voor iemand koken die slecht ter been is, of een handje uitsteken bij de huishouding van een ander.

Mantelzorg

Mantelzorg is zorg verlenen voor iemand die chronisch ziek is en nog thuis woont. Een mantelzorger is daar langdurig en onbetaald mee bezig. Mantelzorg is dus meer dan eten maken, boodschappen doen, het huis schoonmaken en soms iemand verschonen. Mantelzorgers zijn gewone burgers, geen professionele, betaalde zorgverleners. Vrouwen verlenen het vaakst mantelzorg, de meesten van hen zijn tussen de 55 en de 59 jaar oud. De exacte cijfers verschillen. In 2012 waren er volgens het CBS waren 3,6 miljoen mantelzorgers. Mezzo, de landelijke vereniging voor mantelzorgers of zorgvrijwilligers, houdt het op 3,5 miljoen Nederlanders van boven de 18 jaar die mantelzorg verlenen. Dat is 1 op de 4 volwassenen. Volgens Mezzo geven 2,6 miljoen mensen – een vijfde van de volwassen bevolking – meer dan 8 uur per week of 3 maanden hulp; 1,1 miljoen mensen verlenen zowel intensief als langdurig hulp aan een familielid, buur of kennis. De meeste mantelzorgers zijn actief in Kennemerland, Zuid-Holland-Zuid en Hollands Noorden (meer dan 14%). En het minst actief in de regio Nijmegen (minder dan 10%). De overheid kijkt naar de zorg die betaald moet worden. Hiervoor moeten de kosten omlaag. Daarom moeten mantelzorgers tegenwoordig veel meer doen.

Marktwerking

Marktwerking hoort bij de Zorgverzekeringswet die in 2006 is ingevoerd. Marktwerking is geen doel op zich, maar een middel om de kwaliteit van de zorg te verhogen en de kosten te drukken. Dat gebeurt via concurrentie. Doordat zorgverzekeraars scherp inkopen op prijs is de prijsstijging inderdaad afgeremd. Intussen wijzen zorgverleners er keer op keer op dat er niet wordt ingekocht op basis van de geleverde kwaliteit. Dat is een manco. Volgens critici heeft de marktwerking er bovendien toe geleid dat de bureaucratie in de zorg de afgelopen jaren sterk is toegenomen. In feite is het begrip verkeerd gekozen. Want zoveel markt bestaat er niet in de zorg. De zorgverzekeraars vormen een kartel. Dus veel valt er ook daar niet te kiezen. En de meeste burgers luisteren nog altijd goed naar hun huisarts als ze naar de specialist moeten. De enige redelijk echte markt in de zorg is die van de toeleveranciers (chirurgische apparatuur, bureaustoelen, bedden, eten) en de farmaceutische industrie.

Merkgeneesmiddel

Een geneesmiddel waar (nog) een patent op zit. Het is duurder dan een generiek geneesmiddel. Een merkgeneesmiddel is duurder, omdat de fabrikant onder meer kosten maakt voor de ontwikkeling van het medicijn en reclame. De overheid en de zorgverzekeraars willen dat artsen minder vaak een merkgeneesmiddel voorschrijven. Daarom krijgt de patiënt in de apotheek soms een ander geneesmiddel mee naar huis dan de huisarts heeft voorgeschreven.

Mortaliteitscijfer

Dit is een duur woord voor het sterftecijfer per ziekenhuis. Dat cijfer geeft de verhouding aan tussen het aantal sterfgevallen in een bepaalde periode in relatie tot het aantal levenden. Een sterftecijfer is een graadmeter voor de kwaliteit van zorg.

MSB

Het Medisch Specialistisch Bedrijf is een samenwerkingsverband van meerdere medisch specialisten. Het is geen onverdeeld succes. Volgens de ziekenhuisbestuurders Bart Berden en Hugo Keuzenkamp bemoeilijken de MSB's de bestuurbaarheid van ziekenhuizen, schrijven zij in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG, 30-10-2015). Invoering van het MSB is een kostbare,

tijdroevende exercitie geweest, die in de dagelijkse praktijk weinig tot geen positieve invloed heeft gehad op de patiëntenzorg. Dit staat in 'Op weg naar gezamenlijkheid' dat onderzoekers van TIAS in opdracht van het ministerie van VWS hebben geschreven.

Multimorbiditeit

Zo'n 2 miljoen Nederlanders hebben meerdere chronische ziekten, bijna tweederde van de ouderen voldoet aan dit beeld. Dat heet multimorbiditeit.

Naturapolis

Een gewaarschuwd mens telt voor twee. Want een naturapolis klinkt aardig, groen en duurzaam. Maar pas op: dit kan u geld kosten. Wie een naturapolis heeft afgesloten bij zijn of haar zorgverzekeraar en naar het ziekenhuis moet, dient er rekening mee te houden dat hij soms een deel van de kosten zelf moet betalen. Dat komt, doordat de meeste zorgverzekeraars geen contract hebben met alle zorgverleners van Nederland. Kijk voor u naar het ziekenhuis gaat dus altijd even in uw polis. Of bel uw zorgverzekeraar. Als de medisch specialist die u perse wilt bezoeken, niet is gecontracteerd, dan moet u de rekening voorschieten en daarna opsturen naar de zorgverzekeraar. Maar die vergoedt dan slechts een deel van de kosten.

Nominale premie

De nominale premie is een vast bedrag dat u voor uw basispolis betaalt. Deze premie is voor iedere verzekerde gelijk: jong of oud, ziek of gezond, rijk of arm. Uniek in de wereld. De premies verschillen wel per verzekeraar. Het maakt dus uit waar u verzekerd bent; de duurste verzekeraar berekent meestal een paar tientjes tot 100 euro per jaar meer dan de goedkoopste. Wie weinig verdient, kan rekenen op een zorgtoeslag. Daardoor daalt de nominale premie.

NPCF

De Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie (NPCF) is een lobbyclub die zich inzet voor de belangen van patiënten en cliënten.

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit, een zelfstandig bestuursorgaan, is toezichthouder in de zorg. Bij alles wat de NZa doet, moet het belang van de consument voorop staan. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet uitvoeren. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht: zij moeten betaalbare, goede en bereikbare zorg inkopen voor hun verzekerden. De NZa handhaaft die zorgplicht. De relatie tussen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg, zoals ziekenhuizen en huisartsen, is niet best. Dat komt, doordat zorgverzekeraars hard onderhandelen bij de contractering van zorg, dus over de prijs van een behandeling. De NZa stelt zich overigens op het standpunt dat de patiënt er niet bij is gebaat als zij zich in deze strijd mengt door daar strakke regels voor op te stellen. De taken en bevoegdheden van de NZa staan beschreven in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Patiëntenrechten

Een aantal wetten gaat over de rechten van de patiënt. Wie gebruik moet maken van zorg, wordt namelijk afhankelijk van anderen. De zorg is dus een afhankelijkheidsproduct. Elke burger die patiënt wordt, is daardoor aangewezen op mensen die hem of haar beter kunnen maken. Regels zijn er om

mensen die zorg ontvangen minder afhankelijk te maken van de mensen die zorg verlenen. Daarom moeten dokters en verpleegkundigen zich aan duidelijke afspraken, richtlijnen en protocollen houden als ze een patiënt behandelen. Burgers die patiënt worden hebben bijvoorbeeld recht op duidelijke informatie. Een hulpverlener moet bovendien uw toestemming vragen om u te behandelen. En hij of zij moet zorgvuldig omgaan met uw persoonlijke en medische gegevens.

Pgb

Het persoonsgebonden budget (pgb) is een subsidie van de overheid waarmee mensen zelf de zorg kunnen inkopen die zij thuis of in een instelling nodig hebben. Denk aan intensieve zorg, begeleiding, persoonlijke verzorging, persoonlijke verpleging, hulpmiddelen en voorzieningen. Met een pgb bent u in principe vrij is om zelf zorgverleners te selecteren en in te huren. Voor uzelf of voor een familielid, bijvoorbeeld een heel ziek kind dat thuis kan worden verzorgd. Sommige pgb's kunnen oplopen tot ver boven de 100.000 euro per jaar. Wie een pgb heeft en zorg in een instelling nodig heeft, betaalt daarvoor een eigen bijdrage. Sinds 2015 is de Sociale Verzekeringsbank (SVB) verantwoordelijk voor de uitbetaling van de pgb's. Al gauw bleek dat de SVB die extra taak niet aankon. Daardoor moesten duizenden pgb-houders en zorgverleners soms maanden wachten op hun geld. Met ruim 25.000 leden is Per Saldo dé belangenvereniging van en voor mensen die hun zorg en begeleiding zelf via een pgb willen regelen.

Premiedifferentiatie

Premiedifferentiatie betekent een verschil in premie. In de Zorgverzekeringswet is dit verboden. Zorgverzekeraars mogen voor dezelfde basisverzekering geen verschillende premies heffen, omdat u jong of bent, ziek of gezond, rijk of arm. Dat is een uniek element van de Zorgverzekeringswet.

Pv

Persoonlijke verzorging is professionele hulp bij het douchen, aankleden, scheren, bij de gang naar het toilet, hulp bij het eten en drinken en het toedienen van medicijnen. Sinds 2015 valt bijna alle persoonlijke verzorging onder de wijkverpleging en de Zorgverzekeringswet.

Qaly

Dit is een afkorting voor Quality-adjusted life year: een rekeneenheid voor een medische behandeling die een extra levensjaar in goede gezondheid oplevert. Er bestaat geen exact bedrag voor die periode. Maar de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) waagde zich in 2006 in het rapport 'Zinnige en duurzame zorg' eraan een bedrag te verbinden aan de Qalys. De Raad kwam uit op maximaal 80.000 euro per gewonnen levensjaar met voldoende kwaliteit van leven.

Remgelden

Het eigen risico wordt remgeld genoemd. Remgeld is het persoonlijk aandeel van de verzekerde in de kosten van zorg. Dit idee is komen overwaaien uit België en Frankrijk. Het is bedoeld om burgers die patiënt worden zich bewust te laten zijn van de hoge kosten. Denk aan het eigen risico dat u achteraf betaalt als u bij de apotheek een medicijn haalt.

Restitutiepolis

Wie een restitutiepolis heeft, krijgt meer keuzevrijheid. Met een restitutiepolis kunt u uw eigen arts kiezen zonder dat de zorgverzekeraar dat voor u doet. Uw behandeling wordt dan helemaal vergoed.

Wie een naturapolis heeft en naar een zorgverlener (specialist) gaat die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd moet vaak de rekening voorschieten. Die rekening moet dan achteraf worden ingediend bij de zorgverzekeraar. Maar die vergoedt meestal slechts een deel, de rest moet u zelf betalen.

Risicoverevening

De risicoverevening is het hart van de Zorgverzekeringswet. Ze is een tegemoetkoming aan de zorgverzekeraars. Die worden gecompenseerd als ze veel dure patiënten hebben. De risicoverevening bestaat uit 2 delen. Een compensatie vooraf (ex ante), gebaseerd op het aantal patiënten. En een compensatie achteraf (ex post) voor werkelijk gemaakte kosten. De ex post verrekening voor (somatische) zorg bij lichamelijke aandoeningen is al geschrapt. In 2017 wil minister Schippers wil ook de verrekening achteraf schrappen voor de ggz en de wijkverpleging. Vooral kleine zorgverzekeraars hebben daar moeite mee.

RIVM

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is een kennis- en onderzoeksinstituut dat zich bezighoudt met de bevordering van de volksgezondheid en een gezond en veilig leefmilieu. Het publiceert rapporten en adviezen over volksgezondheid, gezondheidszorg, voeding, natuur en milieu en rampenbestrijding.

Second opinion

Als u wilt dat een andere dokter zijn mening geeft dan de arts die u behandelt, dan kunt u een second opinion vragen. Zorgverzekeraars zijn voorsnog verplicht dat advies te vergoeden. Sterftecijfer Zie mortaliteitscijfer.

SVB

De Sociale VerzekeringsBank voert wetten en regelingen uit in opdracht van de overheid. Zij betaalt bijvoorbeeld de AOW aan ouderen die met pensioen. Maar ook de kinderbijslag. Sinds 2015 is de SVB verantwoordelijk voor de betaling van het persoonsgebonden budget. Dat gaat bepaald niet vlekkeloos. Veel mensen met een pgb voelen zich in de kou gezet. Staatssecretaris Martin van Rijn van VWS werd ettelijke keren door de Tweede kamer op het matje geroepen om zich daarvoor te verantwoorden. Telkens bleef hij overeind. En nog steeds verzorgt de SVB de betaling van de pgb's.

Thuishulp

Over weinig begrippen in de zorg bestaat zoveel verwarring als over thuis hulp, thuiszorg, over mantel hulp en mantelzorg. De grens is niet altijd even duidelijk. Zelfs minister Schippers van VWS had er in het begin moeite mee om uit te leggen wat het precieze verschil is met thuiszorg. Thuis hulp is vrijwillige hulp voor een partner, familielid, buur of kennis. Thuis hulp heeft weinig met zorg te maken. Meer met wandelen, strijken, schoonmaakwerk, stofzuigen en ramen wassen. Soms een verbandje aanleggen of iemand helpen naar de wc te gaan. De begeleiding en ondersteuning van mensen die hulp nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven wonen en de huishoudelijke hulp vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Sinds 2015 bezuinigt de overheid op de thuis hulp. Sommige gemeenten doen dat zo rigoureu, dat ouderen en thuiszorginstellingen in de problemen komen.

Thuiszorg

Thuiszorg is professionele zorg voor chronisch zieke mensen. Het wordt ook lijfgebonden zorg genoemd. Het komt neer op iemand verplegen, wassen, douchen, aanen uitkleden, het haar doen, de huid verzorgen, doorligwonden verzorgen, iemand naar de wc helpen en stoma's of sondes plaatsen. Mensen die in de thuiszorg werken, zijn gespecialiseerde zorgverleners. De lijfgebonden thuiszorg valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Ongeveer 300.000 mensen hebben hiermee te maken, vooral ouderen.

Transitie

Duur woord voor verandering in de langdurige zorg. Verzorgingshuizen gaan dicht. Thuiszorg wordt belangrijker. Burgers hebben andere behoeften dan vroeger. Alle instellingen krijgen daarmee te maken. Uiteraard kost het tijd en aandacht om de veranderingen zorgvuldig en verantwoord uit te voeren. Maar vooralsnog loopt het lang niet overal op rolletjes.

Verpleeghuis

Een instelling voor langdurige zorg. Hier worden patiënten (tegenwoordig cliënten genoemd) verpleegd die om lichamelijke en mentale redenen niet meer in staat zijn thuis te worden verzorgd. Ook mensen die niet langer voor een behandeling in een ziekenhuis hoeven te worden verpleegd, verblijven (tijdelijk) in een verpleeghuis om daar te revalideren. Nederland heeft ruim 2.300 verpleeghuizen. Er werkt vaak laagopgeleid personeel. Nederlanders hebben over het algemeen weinig vertrouwen in de kwaliteit en de toekomst van de verpleeghuiszorg. Steeds vaker komen incidenten en calamiteiten naar buiten die breed worden uitgemeten in de media.

Verzorgingshuis

Het vroegere bejaardenhuis. Alle verzorgingshuizen worden opgeheven. Dat is het beleid van het kabinet Rutte II.

Vitamine R

Wie veel Relaties en goede contacten heeft, pakt eerder de telefoon als hij of zij wil weten waar en door welke arts de beste zorg voor een kwaal wordt geleverd. Wie erachter wil komen of een chirurg echt een topprestatie levert bij een ingewikkelde slokdarmoperatie, kan beter zo snel mogelijk vriendjes worden met de dienstdoende anesthesioloog. Die zorgt voor de verdoving tijdens de ingreep en heeft een goed zicht op wat de chirurg en diens team doen. Logisch, anesthesiologen zitten op de eerste rij, vooraan bij een operatie (al houden ze soms een oogje in het zeil bij meerdere operaties tegelijk).

Vereveningsfonds

Voor elke verzekerde met een hoog risico op ziekte en voor veel chronisch zieke verzekerden krijgt de zorgverzekeraar extra geld. In 2006, toen de Zorgverzekeringswet werd ingevoerd, zat er een kleine 12,5 miljard euro in dit fonds, in 2015 was dat 22 miljard euro. Een flinke zak met geld (zie ook risicoverevening).

Vpt

Met het Volledig pakket thuis (Vpt) kunnen cliënten thuis de benodigde zorg krijgen die ze ook in een zorginstelling krijgen. Denk aan verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, vervoer, hulp bij het

huishouden, etc. Het Vpt is gekoppeld aan een indicatie voor een zorgprofiel. Voorwaarde is dat de cliënt een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht en 24 uur per dag zorg dichtbij. Vaak heeft die patiënt dan een persoonsgebonden budget (pgb).

Vrije artskeuze

Zie Artikel 13

Vrijwilligers

Vrijwilligerswerk wordt meestal gedaan door mensen tussen de 35 en 45 jaar: op school, de sportvereniging of in de buurt. Nederland heeft veel vrijwilligers: tussen de 6 en de 9 miljoen mensen. Uit het tweejaarlijks onderzoek 'Geven in Nederland 2015' blijkt dat tweederde van de Nederlanders (37 procent) in 2014 minstens één keer per jaar vrijwilligerswerk deed voor een maatschappelijke organisatie. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is het aantal vrijwilligers hoger. In 'Wie doet vrijwilligerswerk?' berekende het CBS dat de helft van alle Nederlanders (49 procent) minimaal één keer per jaar vrijwilligerswerk verricht. Dat worden er niet gauw meer. Sterker: het aantal vrijwilligers daalt, net als het aantal uren dat wordt besteed aan vrijwilligerswerk. Dat komt, doordat mensen een druk bestaan hebben, andere vrijetijdsbezigheden verkiezen en de overheid burgers ook nog eens vraagt meer mantelzorg te verlenen voor familie, burens en kennissen.

VWS

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in Den Haag. Niet de baas van de zorg. Wel het departement waar wordt beslist hoe het geld dat u aan belastingen betaalt in de zorg wordt verdeeld.

Wachlijst

Elke wachlijst kan oplopen. Maar wachlijsten worden soms ook als politiek drukmiddel gebruikt om meer geld te krijgen. Er bestaan trouwens verschillende wachlijsten per zorgverzekeraar in hetzelfde ziekenhuis. Daardoor kan de ene verzekeraar het afgesproken (gecontracteerde) aantal behandelingen al hebben gehaald en dus niets meer betalen, waardoor het ziekenhuis slechter af is. Terwijl de andere verzekeraar nog niet aan zijn taks is.

WBMV

Sommige medische ingrepen zijn zo bijzonder dat zij uitsluitend mogen worden verricht in daartoe aangewezen, gespecialiseerde ziekenhuizen. Die ziekenhuizen hebben een speciale vergunning voor bijvoorbeeld open hartoperaties en bepaalde orgaantransplantaties. Dat is zo vastgelegd in de Wet bijzondere medische verrichtingen.

Wanbetalers

Wanbetalers zijn burgers die hun zorgpremie niet betalen. Veelal mensen met een laag inkomen. Volgens het CBS bedraagt hun gemiddelde jaarinkomen 16 duizend euro. Jarenlang telde Nederland meer dan 300.000 wanbetalers. Tot dit jaar. Want in één jaar tijd is hun aantal met 35.000 personen gedaald naar 290.000. Dat blijkt uit onderzoek van het Zorginstituut Nederland. Wanbetalers worden na een half jaar aangemeld bij dit instituut, dat de premie inhoudt op het inkomen inhouden en de zorgtoeslag afneemt. De daling, zo blijkt, is ingezet doordat grote zorgverzekeraars klanten met een

betalingsregeling eerder afmelden bij het Zorginstituut. Die regeling is bovendien versoepeld. Sinds 1 juli 2016 moet een wanbetaler 127,91 euro premie per maand betalen. Dat was 159,03 euro.

Wijkverpleging

Een wijkverpleegkundige verleent medische ondersteuning thuis. De wijkverpleegkundige, meestal een vrouw, werkt gewoonlijk bij een thuiszorgorganisatie. Ze helpt cliënten die thuis zorg nodig hebben: mensen die herstellen van een operatie en die speciale wondverzorging nodig hebben. Maar ook chronisch zieken, ouderen en mensen met een handicap die zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Het werk bestaat uit lichamelijke verzorging. Wijkverpleegkundigen geven injecties en dienen medicijnen toe. Deze vorm van zorg valt onder de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk

Wlz

De Wet langdurige zorg vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wlz is in 2015 ingevoerd. Zij is bestemd voor ouderen met vergevorderde dementie en mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking. Dat zijn mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht dichtbij nodig hebben. De Wlz-premie wordt geïnd via de belastingdienst en bedraagt 9,65 procent over de eerste twee belastingschijven.

Wmg

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) regelt de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg. In deze wet uit 2006 is vastgelegd dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) toezicht houdt op de markten voor zorg. De Wmg gaat over de de taken en bevoegdheden van de NZa. Een van die taken is dat de NZa steeds het belang van de consument voorop moet stellen. De wet staat voor een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel. Daarnaast is de wet erop gericht de kosten in de zorg te beheersen en de positie van de consument te beschermen en bevorderen. Zowel de aanbieders van zorg (artsen, ziekenhuizen) als de zorgverzekeraars moeten zich houden aan de regels van de Wmg. Daarnaast bevat de wet regels over de tarieven van een behandeling, over de marktwerking en het markttoezicht. Zo horen patiënten te worden geïnformeerd over de prijs en de kwaliteit van de zorg. Die gegevens worden slechts mondjesmaat bekend. Denk aan de tarieven van medische behandelingen die per ziekenhuis behoorlijk kunnen uiteenlopen. Of een duurere behandeling ook beter is, blijft vooralsnog ongewis.

Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning zorgt ervoor dat mensen met een beperking worden ondersteund. De gemeente geeft ondersteuning thuis via de Wmo. De Wmo regelt onder meer huishoudelijke hulp, kortdurende verblijf, beschermd wonen voor mensen met een psychische stoornis en ondersteuning om mantelzorgers tijdelijk te ontlasten. De gemeente kan een persoonsgebonden budget verstrekken (pgb). Bij aanvragen voor ondersteuning moet eerst een onderzoek worden gedaan naar de persoonlijke situatie. In tegenstelling tot de vroegere AWBZ, waar sprake was van een wettelijk recht op hulp, is de Wmo een voorziening. Velen zien dit als een verarming van de positie van de burger. De premie voor de Wmo wordt via de belastingdienst geïnd, zij is vastgesteld op 3 procent over de eerste twee belastingschijven.

WNT

De Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT) geldt ook voor zorgbestuurders. De oorspronkelijke wet is in 2013 ingevoerd. Daarna is zij gerepareerd en aangepast (WNT 2). Met als resultaat dat zorgbestuurders, afhankelijk van hoe complex de organisatie is, in 2016 niet meer mogen verdienen dan een minister (179.000 euro per jaar). In het verleden konden de topsalarissen van bestuurders in de zorg oplopen tot boven de 300.000 euro per jaar. Dat leverde veel scheve ogen op. Er is ook een WNT 3 in de maak voor alle medewerkers in de publieke en semipublieke sector. Die moet in 2017 ingaan.

Wvg

De Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) bestond van 1994 tot en met 2006. Daarin werd vastgelegd welke voorzieningen door gemeenten voor gehandicapte inwoners moesten worden geregeld. De Wvg is op 1 januari 2007 vervangen door de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zak- en kleedgeld Bij de berekening van de eigen bijdrage voor langdurige zorg wordt rekening gehouden met uw andere uitgaven. U moet in elk geval zak-en kleedgeld overhouden. Van het zak- en kleedgeld kunt u de was laten doen, naar de kapper, ondergoed, een trui of een broek kopen. U houdt dat geld over, nadat uw eigen bijdrage is ingehouden. In 2015 mocht een ongehuwde 3.517 euro per jaar overhouden voor zak- en kleedgeld, en een gehuwde 5.471 euro. In 2016 is dat bedrag iets hoger: 3.608 euro voor de ongehuwde en voor een gehuwd persoon 5.613 euro per jaar. Zak-en kleedgeldgrens Er geldt een minimum voor de zak- en kleedgeldgrens: het bedrag dat u tenminste moet overhouden, nadat u de eigen bijdrage heeft betaald. Die grens lag in 2014 bij 300,15 euro per maand voor alleenstaanden en 466,85 euro per maand voor gehuwden.

Zbc

Zelfstandig behandelcentrum, kortweg zbc. Een samenwerkingsverband van minimaal 2 specialisten. Zbc's bieden net als ziekenhuizen medisch specialistische hulp. Het gaat dan vooral om planbare, minder complexe zorg, waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. Denk aan orthopedie, dermatologie en oogheelkunde. Ziekenhuizen participeren vaak in zbc's.

ZN

Koepelorganisatie van Zorgverzekeraars, gevestigd te Zeist. Zorgverzekeraars Nederland heeft een dominante rol gespeeld bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet. Bovendien maakte ZN zich hard voor afschaffing van de vrije artsenkeuze.

Zorginstelling

Mensen die de hele dag zorg of toezicht nodig hebben, houden recht op verblijf in een zorginstelling. Denk aan een verpleeghuis. Het gaat dan om zware zorg voor kwetsbare ouderen, gehandicapten en mensen met een psychische aandoening. Thuis (blijven) wonen met zorg kan ook, maar alleen als het verantwoord is om thuis die zorg te krijgen. Zie ook Wlz.

Zorginstituut

Het Zorginstituut Nederland is de opvolger van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ). Het ziet erop toe dat consumenten verzekerd zijn en blijven voor de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Het let op onverzekerden en wanbetalers. Het Zorginstituut adviseert de overheid over de inhoud en omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket. Maar ook over vernieuwingen en verbeteringen van beroepen en opleidingen in de zorg. Het instituut stelt per zorgverzekeraar de

vereveningsbijdrage vast. Daarnaast houdt het zich bezig met informatie over de kwaliteit van zorg voor consumenten en partijen in de zorg. Het Zorginstituut beheert tevens het Zorgverzekeringsfonds en, sinds 2015, het Fonds langdurige zorg waaruit de Wlz wordt betaald.

Zorgkantoor

Een zorgkantoor is een uitvoeringsorgaan van de Wet langdurige zorg. Nederland is hiertoe in regio's verdeeld. Voor elke regio is een zorgverzekeraar aangewezen als concessiehouder. Daarmee is die zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de juiste uitvoering van de Wlz in de betreffende regio. De Wlz wordt neutraal uitgevoerd. Dat wil zeggen: zonder met elkaar te concurreren. Zorgkantoren hebben een stoffig imago. Dat is niet altijd terecht.

Zorgplicht

De zorgverzekeraars zijn verplicht de zorg te leveren die wettelijk is vastgelegd in de basisverzekering. Dit heet zorgplicht: zij moeten betaalbare, goede en bereikbare zorg inkopen voor hun verzekerden. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) ziet erop toe dat de verzekeraars zich aan de zorgplicht houden. Althans, bij de naturapolis. Bij een restitutiepolis heeft de zorgverzekeraar geen zorgplicht maar een betaalplicht. Hij is dus niet verplicht in de zorg te voorzien. Dat weten niet alle verzekerden. De Nza is zich ervan bewust dat de contractering van zorg niet altijd even soepel verloopt. Om de verzekerde op tijd en goed geïnformeerd te laten kiezen, moet de verzekerde daarom weten welke zorg de verzekeraar heeft ingekocht voor het daaropvolgende jaar. Dat is voornamelijk onduidelijk. Daarom moet het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars voor het komende jaar al in november bekend zijn, vlak voor verzekerden switchen van zorgverzekeraar. Voornamelijk ontbreekt die kennis. Zorgpolis Voor de Zorgverzekeringswet bestaat een drietal polissen. Bij de naturapolis (zie daar) heeft de zorgverzekeraar zorgplicht. Als een gecontracteerde zorgaanbieder de gewenste zorg niet kan leveren, is de zorgverzekeraar verplicht op een andere manier in die zorg te voorzien. Ook bij de (goedkope) budgetpolis heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. Bij de restitutiepolis heeft de zorgverzekeraar geen zorgplicht. Maar wel een betaalplicht.

Zorgpremie

Iedere inwoner van Nederland is verplicht verzekerd. Die moet dus een premie betalen voor zijn of haar zorgverzekering. De financiering van de zorgverzekering zoals die in de Zorgverzekeringswet is geregeld, vindt plaats door middel van een nominale premie (die wordt betaald aan de zorgverzekeraar) en een inkomensafhankelijke premie. De nominale premie moet jaarlijks worden betaald. De inkomensafhankelijke premie wordt meestal door de werkgever afgedragen, behalve bij zelfstandigen: zij betalen dit deel van de premie zelf. Uit de belastingopbrengsten draagt de Staat geld bij voor bijvoorbeeld de ziektekostenverzekering van jongeren onder de 18 jaar. Dit heet de Rijksbijdrage. De premie voor de Wet langdurige zorg wordt eveneens geheven via de belastingen.

Zorgprofiel

Een zorgprofiel geeft aan wat voor zorg iemand nodig heeft. In de voormalige AWBZ werd gesproken van Zorgzwaartepaketten (zzp). Deze zzp's waren genummerd. De zorgprofielen in de Wlz hebben nu namen. Het CIZ bepaalt de zorgprofielen.

Zorgstelsel

Nederland heeft een privaat zorgstelsel met publieke randvoorwaarden. Dat zorgstelsel is in 2006 met de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Het heeft tot doel marktwerking in de zorg te bevorderen. De eigen verantwoordelijkheid van de consument neemt toe; de burger heeft in principe meer kans om te kiezen. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is het verschil tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden vervallen. De veronderstelling bij het zorgstelsel is dat selectieve inkoop van zorg door zorgverzekeraars de verzekerden prikkelt om te kiezen voor een zorgverzekeraar. In de praktijk blijkt die selectieve zorginkoop de nodige obstakels te kennen. Ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten kunnen zich daar behoorlijk over opwinden. Verzekerden gaan ervan uit dat selectieve zorginkoop een rem is op de vrije artskeuze. Kortom, de gerichte inkoop van zorg als aanjager van de marktwerking tussen zorgverzekeraars komt slechts moeizaam tot stand. Ook daardoor lijkt het soms alsof de zorgverzekeraars (de 'regisseurs van de zorg') meer te zeggen hebben dan voorheen. Ook doordat verzekerden slechts mondjesmaat van zorgverzekeraar wisselen, is de keuzevrijheid van de burger vooralsnog kleiner dan bij de invoering van de Zorgverzekeringswet werd verondersteld.

Zorgverzekering

De verplichte zorgverzekering is geregeld in de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekering wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeringsfonds

Het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) regelt de financiering van de Zorgverzekeringswet. Het Zvf en, sinds 2015, het Fonds langdurige zorg worden beheerd door het Zorginstituut.

Zvw

De Zorgverzekeringswet is op 1 januari 2006 ingevoerd. Zij vervangt de voormalige particuliere ziektekostenverzekeringen en de Ziekenfondswet. In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt, verplicht een basisverzekering moet afsluiten. Elke inwoner moet zich dus tegen ziektekosten verzekeren. De burger betaalt jaarlijks een zorgpremie aan een zorgverzekeraar. Daarnaast draagt de burger voor de langdurige zorg belasting af aan de Staat. De Zorgverzekeringswet verplicht de zorgverzekeraars iedereen ongeacht leeftijd en/of schadeprofiel te accepteren. Dat wil zeggen: ongeacht het feit of iemand al ernstig ziek is op het moment dat hij of zij een andere verzekeraar kiest.