



Advies

Herstructurering van de (ouderen)zorgfinanciering

December 2018

De Sociaal Economische Raad

De Sociaal Economische Raad (SER) is een bij landsverordening ingesteld onafhankelijk overleg- en adviesorgaan dat de regering adviseert over allerlei belangrijke onderwerpen van sociaal-economische aard.

In de SER hebben vertegenwoordigers van werknemers- en werkgeversorganisaties en onafhankelijke deskundigen zitting. De leden van de SER bespreken allerhande aangelegenheden op sociaal-economisch gebied en brengen hierover gevraagd en ongevraagd adviezen, nota's en rapporten uit.

Met de instelling van de SER heeft de overheid het mogelijk gemaakt voor sociale partners om zich vrijelijk en ongebonden, gevraagd of ongevraagd uit te spreken over het sociaal economische beleid.

De adviezen, rapporten en nota's van de SER zijn, nadat zij door de regering openbaar zijn gemaakt, digitaal verkrijgbaar bij de SER.

Contactgegevens van de SER

Adres : L.G. Smith Boulevard 134
Oranjestad
Aruba
Telefoon : 00297-5832713
Fax: : 00297-5838956
E-mail : info@ser.aw
Website : www.ser.aw

Inhoudsopgave

Aanleiding.....	4
1. Visie en uitgangspunten ten aanzien van de zorg.....	6
1.1 De visie.....	6
1.2 De uitgangspunten.....	6
1.3 De gewenste omslag binnen de zorg	7
2. Uitdagingen binnen de financiering van de zorgkosten	9
2.1 Beheer van zorgkosten.....	9
2.2 Visie en basisprincipes van de Raad op zorgkostenstelsel.....	10
3. De huidige financiering van de ouderenzorg en de impact hiervan.....	12
3.1 De huidige financiering van de ouderenzorgkosten	12
3.1.1 Het UO AZV	12
3.1.2 De HOH.....	13
3.1.3 Overheidsgesubsidieerde stichtingen.....	14
3.1.4 Particuliere zorg en overige.....	15
3.2 De sociale impact van de huidige financiële structuur	16
3.3 Knelpunten binnen de (ouderen)zorg	18
4. Aanbevelingen en randvoorwaarden.....	20
4.1 Wet- en regelgeving.....	20
4.1.1 ‘Cure’ en ‘Care’ (genezing en langdurige zorg).....	20
4.1.2 Financiële zorgplicht	20
4.1.3 Eigen verantwoordelijkheid en wilsbekwaamheid	21
4.1.4 Zorgprofielen en zorgzwaarte bepalingen en metingen	22
4.2 Beheerkosten	23
4.2.1 Inkomen- en vermogenstoets.....	23
4.2.2 Zorgzwaarte bepalingen en metingen	24
4.3 Beleid en implementatie	24
4.3.1 Infrastructuur zorgstelsel	24
4.3.2 Indicatie Commissie	25

4.3.3	Relatie/samenwerking aanbod- zorg financiering-vermogenstoets ...	25
4.3.4	Implementatie van adviezen.....	25
4.3.5	Pilot-programma bewustwording.....	26
4.3.6	Speciale Commissie	26



Aanleiding

De overheid streeft naar een “Ouderen Vriendelijk Gemeenschap”, waarin ouderen in harmonie leven met kinderen, adolescenten en volwassenen. In het kader hiervan en in het verlengde van de regeringsvisie: “de mens staat centraal”, heeft de Minister van Volksgezondheid een adviesverzoek bij de SER ingediend met de volgende onderzoeks(deel-)vragen;

“Wat kan de overheid doen om een goede kwaliteit van de intra- en extramurale ouderenzorg te bieden en te waarborgen?”

- Hoe kunnen de zorgkosten (intra- en extramuraal) zo optimaal mogelijk worden ingericht en vergoed door bijvoorbeeld de AZV en/of derden?;
- Hoe kan de mantelzorg verder worden ondersteund en/of uitgebreid zodat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen?;
- Hoe kan de participatie van ouderen in de samenleving worden gestimuleerd?

Gezien (de omvang) van de onderzoeksvragen heeft de Raad besloten om per onderzoeksvraag een adviesrapport uit te brengen. Zodoende kan er per onderzoeksvraag een diepere analyse plaatsvinden waardoor er bruikbare aanbevelingen kunnen worden aangedragen. In dit adviesrapport zal de vraagstuk ten aanzien van de eerste onderzoeksvraag, vanuit een financieel-sociaal perspectief behandeld worden, namelijk:

Hoe kunnen de zorgkosten (intra- en extramuraal) zo optimaal mogelijk worden ingericht en vergoed door bijvoorbeeld de AZV en/of derden?

De intramurale zorg wordt vanuit de gezondheidszorg omschreven als een onafgebroken verblijf van meer dan 24 uur geboden zorg in een zorginstelling, zoals een ziekenhuis, een verpleeghuis, een verzorgingshuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten¹. De geboden zorg kan bestaan uit begeleiding, verzorging en/of behandeling. De zorg die de zorgbehoevende op afspraak in de praktijk van de hulpverlener krijgt of die de hulpverlener bij de cliënt aan huis levert wordt omschreven als extramurale of ambulante zorg.

Binnen de Arubaanse samenleving zijn er verschillende organisaties die op het gebied van ouderen(zorg) vanuit verschillende uitgangspunten, zeer bewonderingswaardig werk verrichten. Het gaat hier om organisaties die zowel op het gebied van recreatie, sport en beweging, informatie/voorlichting en

¹ W GK jaarverslag 2016.

belangenbehartiging, het algemene welzijn van de doelgroep als doel hebben. Gezien de strekking van dit adviesrapport zijn met name de organisaties/stichtingen op het gebied van zorg/verpleging in acht genomen, zoals de Directie Volksgezondheid (DVG), de Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba (SABA), de Stichting Wit Gele Kruis (WGK), de Dr. Horacio Oduber Hospitaal (HOH), het Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekosten Verzekering (UO AZV) en de particuliere verzorgings- en verpleeghuizen.

Na dit adviesrapport zal de Raad een volgende adviesrapport uitbrengen waarin specifiek naar het inhoudelijke/kwalitatieve aspect van de ouderenzorg, gekeken zal worden teneinde de andere onderzoeksvragen van de Minister te kunnen beantwoorden.



1. Visie en uitgangspunten ten aanzien van de zorg

Teneinde een advies over ouderenzorg te kunnen geven, dienen er eerst een visie en uitgangspunten over de zorg in het algemeen te worden vastgesteld. In dit hoofdstuk wordt een eerste aanzet gegeven tot het formuleren van een visie en van uitgangspunten voor de zorg in haar totaliteit voor de samenleving.

1.1 De visie

De Raad vindt zorg in de Arubaanse samenleving van essentieel belang en deelt in dit kader de visie van de overheid namelijk dat de mens centraal staat. De visie van de Raad op zorg luidt: *“Een gezonde samenleving waar zorg voor alle zorgbehoevenden centraal staat- de juiste zorg op de juiste plaats, met de juiste kwaliteit en de juiste prijs-, waarin de burgers bewust zijn van hun eigen gezondheid en hun verantwoordelijkheid hierin dragen.”*

1.2 De uitgangspunten

Om bovengenoemde visie in het kader van gezondheidszorg waar te kunnen maken dienen er belangrijke veranderingen plaats te vinden in de zienswijze en in het huidige beleid ten aanzien van de zorg, en dient vanuit nieuwe uitgangspunten gewerkt te worden, namelijk:

- 1 **‘Cure’ en ‘care’:** Allereerst dienen deze twee termen gedefinieerd te worden. Het huidig zorgsysteem/-stelsel is ingericht op ziekte en ‘cure’ oftewel op genezen. Dit houdt in, dat iemand slechts verzorgd wordt op het terrein dat belangrijk is voor diens herstel². Bij ‘care’ gaat het om verzorging op het gebied van welzijn en welbevinden. ‘Care’ is de zorg aan (langdurig) zorg- en hulpbehoevenden met als doel het zoveel mogelijk beperken van de nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen³. Dit terwijl binnen het welzijn en het welbevinden de preventie van ziekte ook een belangrijk onderdeel uitmaakt van de gezondheidzorg. Een omslag binnen het huidig zorgsysteem/-stelsel waarin zowel herstel (‘cure’) als welzijn en welbevinden (‘care’/langdurige zorg) onderdeel van uitmaken, impliceert een andere manier van denken over de zorg.

2 <http://soundfulness.com/blog/sf-siz-zorg/de-cure-en-care-van-muziek/>.

3 <https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/value-based-health-care-behalve-in-cure-ook-in-care>

2. **Van een leeftijd- en ziekte gerelateerde uitgangspunt naar een uitgangspunt gebaseerd op zorgbehoefte en -profielen:** Er wordt in de Arubaanse gezondheidszorg uitgegaan van leeftijd en ziektebeelden en daaraan worden er medische handelingen c.q. zorg gekoppeld. Dit uitgangspunt past niet binnen een structuur die gericht is op 'cure' en 'care'. In het kader van een zorgsysteem/-stelsel waarbij 'cure' en 'care' onderdeel van moeten uitmaken, is het van belang om de zorgbehoefte van de patiënt als uitgangspunt te nemen en te werken met zorgprofielen (ongeacht de leeftijd). Het werken vanuit zorgprofielen, uitgaande van zorgbehoefte in plaats van aan ziekte- en leeftijd gerelateerde categorisatie binnen de zorg, heeft verschillende voordelen. Zo wordt er in de eerste plaats niet slechts gekeken naar bepaalde groepen binnen de samenleving, maar worden alle zorgbehoevende meegenomen en wordt niemand uitgesloten. Daarnaast zou er een veel accuraat en duidelijk beeld worden gecreëerd van het bestaande aanbod en inzicht verkregen worden van de hiaten in het zorgstelsel c.q. infrastructuur.
3. **Van medische handelingen naar zorgzwaartemeting met een prijskaartje (zogenaamde zorgpakket):** Aansluitend op punt 2, kunnen zorgzwaartemetingen gehanteerd worden en waar vervolgens een prijskaart aangehangen kan worden. De zorgzwaartemeting is een inventarisatielijst van zorghandelingen (inclusief de puur medische handelingen) die nodig worden geacht binnen de verschillende zorgprofielen (dus op basis van de zorgbehoefte). De medische handelingen zullen in dit kader een onderdeel uitmaken van de middelen/handelingen die nodig (de zorgbehoefte) zijn binnen de zorgprofiel. Deze verschuiving zou een direct positieve invloed kunnen hebben op de kostenreductie en de -beheersing, daar er niet ad hoc medische handelingen kunnen worden verricht (en gedeclareerd) indien deze niet vooraf in de zorgprofiel en zorgzwaartemeting (c.q. zorgpakket) zijn opgenomen.

1.3 De gewenste omslag binnen de zorg

Gesteld kan worden dat een verantwoord ouderenzorgbeleid zich niet kan permitteren om slechts op de zorg voor en naar ouderen te richten (dus niet aan een leeftijd gerelateerde zorgstructuur). Een totale omslag binnen de bestaande zienswijze gebaseerd op de voornoemde uitgangspunten (1 t/m 3) geeft een bredere scope en zal zorgdragen voor alle zorgbehoevende binnen de samenleving ongeacht leeftijd. Immers ziektes en ongevallen discrimineren niet op leeftijd. Het zorgveld (lees deskundigen/zorgexperts) geven expliciete signalen van het belang van deze omslag. Opgemerkt dient te worden dat één van de grootste

zorgbehoevende groep in dit kader de ouderen zijn. Verwacht wordt dat mede door het verschijnsel van vergrijzing binnen de samenleving deze groep verder zal toenemen⁴. In het kader van het adviesverzoek van de Minister van Volksgezondheid, zal in hoofdstuk 3 specifiek aandacht besteed worden aan ouderen met betrekking tot de zorg.



⁴ <http://cbs.aw/wp/wp-content/uploads/2015/09/Ac.-Census-2010-Population-projections-2010-2030-the-2014-revision1.pdf> pag.7.

2. Uitdagingen binnen de financiering van de zorgkosten

Een eventuele herziening van de huidige financiële structuur van de zorg dient allereerst gepaard te gaan met het vaststellen van de gewenste sociale aspecten en de impact hiervan. De complexiteit binnen de gezondheidsstructuur, die voornamelijk draait rondom specialismen, organisaties en het delen van zorg, heeft geleid tot hoge kosten en grote verschillen in de kwaliteit.

De grootste uitdaging binnen de financiering van de zorgkosten is het verbeteren van de (door de zorgbehoevende) ervaren kwaliteit en de gezondheid van de populatie, waarbij de zorgkosten per hoofd van de bevolking beheersbaar blijven en waar mogelijk verminderd worden. Bij beheersing van de zorgkosten wordt- zoals in het vorige hoofdstuk ook als uitgangspunt is aangegeven- de zorg in haar totaliteit in acht genomen, alsmede de uitdagingen hierin. Uit de beschikbare data is tevens ook in algemene termen naar zorgkosten gekeken en is er geen onderscheid gemaakt tussen leeftijdscategorieën.

2.1 Beheer van zorgkosten

Uit recent onderzoek is gebleken dat de totale zorgkosten op Aruba in 2015- op basis van de systematiek van het 'National Health Account' (NHAA) uitkomen tot circa een halve miljard Arubaanse florins⁵. Omgerekend zijn de kosten aan zorg per capita Afl. 4.440,00, één van de hoogste in de regio. Dit staat gelijk aan 10% van de BBP⁶. Overheidsregelingen, waar ook de AZV deel van uitmaakt, zijn verantwoordelijk voor 96,1% van de financiering van de zorg op Aruba. Onderstaand tabel 1 geeft een verdeling hiervan weer.

Tabel 1. Verdeling financiering zorgkosten (Bron: NHAA)

UO AZV	76,3%
Overheid	19,9%
Huishoudens	3,4%
Particuliere verzekeraars	0,4%

⁵ National Health Account Aruba –concept- DVG 2018.

⁶ National Health Account Aruba –concept- DVG 2018.

Voor wat betreft het type zorg dat geconsumeerd wordt, is deze als volgt verdeeld, zie onderstaand tabel 2.

Tabel 2. Consumptie type zorg (Bron: NHAA)

Curatieve zorg	48,5%
Medische goederen (o.a. geneesmiddelen)	14,2%
Ondersteunende diensten (o.a. radiologie ImSan, laboratorium en ziekenvervoer)	11,1%
Langdurige zorg	11,8%
Preventieve zorg	3,6%
Overige zorg	10,8%

De verdeling in tabel 2 geeft geen gegevens/data over eventuele kosten die gepaard gaan met 'care'. Langdurige zorg hoeft in principe niet slechts uit 'care' kosten te bestaan. Dit brengt dus met zich mee dat een goede definitie van bestaande zorgaspecten vooralsnog ontbreekt. Aruba staat, met een aandeel aan publieke zorgkosten -die gelijk is aan 9,8% van het BBP-, op de derde plaats in de wereld. Ten aanzien van de hoogte van de eigen bijdrage per capita, blijkt dat Aruba tot één van de laagste in de regio behoort in vergelijking met andere 'high income' landen⁷.

Het huidige zorgstelsel heeft een relatief hoge toegankelijkheid, er echter zijn beperkingen voor wat betreft het zorgpakket. Door het solidariteitsbeginsel van het zorgstelsel en de lagere eigen bijdrage is de duurzaamheid van het zorgstelsel een uitdaging. Hierdoor kan gesteld worden dat de noodzaak voor een herziening van het huidige zorgkostenstelsel hoog is. Met het oog op een eventuele herstructurering van het zorgkostenstelsel is het van belang om ten behoeve hiervan vooraf een visie te formuleren.

2.2 Visie en basisprincipes van de Raad op zorgkostenstelsel

Teneinde aanbevelingen ten behoeve van een eventuele herziening van het zorgkostenstelsel aan te dragen heeft de Raad de volgende visie geformuleerd: *“Een nieuwe zorgkostenstelsel waarin de betaalbaarheid van de zorg een eerlijke/evenredige combinatie is tussen gemeenschapssolidariteit en eigen verantwoordelijkheid, teneinde de duurzaamheid van dit systeem voor de toekomst te garanderen, zonder dat er burgers kunnen worden uitgesloten”.*

⁷ National Health Account Aruba –concept- DVG 2018.

Bovengenoemde visie bestaat uit verschillende basisprincipes namelijk:

1. **Burgerverantwoordelijkheid:** De gezondheid en de zorg zijn in principe verantwoordelijkheden van de burger. Aruba als een verzorgingsstaat waar de overheid van wieg tot dood alles voor haar burgers regelt, is een enorme misvatting. Het is niet betaalbaar en niet meer van deze tijd⁸. Het streven is om een balans tussen rechts- en plichtsbesef te bereiken bij zowel de burger als bij de overheid. Daar waar de overheid de plicht heeft om ten aanzien van de gezondheidszorg voor een goede infrastructuur c.q. aanbod te zorgen, heeft de burger in het kader van zijn eigen verantwoordelijkheid, de plicht een zo gezond mogelijke leefstijl te leiden. Naast de eigen verantwoordelijkheid dient de burger een beroep te kunnen doen op zijn directe naasten (ouder, echtgeno(o)t(e) en/of kinderen), waarin een zorgplicht jegens elkaar toe bestaat, wanneer er een (langdurige) zorgbehoefte ontstaat. Kortom betekent dit dat in het bepalen van de financiering van de zorgkosten, de eigen verantwoordelijkheid alsmede de zorgplicht van ouders/kinderen vaste onderdelen zouden moeten zijn.
2. **Solidariteitsbeginsel:** Het Arubaanse systeem is voor een groot deel gebaseerd op het principe van solidariteitsbeginsel. Dit is op zich een bewonderingswaardige kenmerk van de Arubaanse samenleving en mits in goede combinatie met de burgerverantwoordelijkheid, zou het een blijvend aspect moeten zijn waarbij zorgkosten collectief gedragen worden zodat kwetsbare burgers niet uitgesloten kunnen worden van de zorg.
3. **Betaalbaarheid en duurzaamheid:** Zorg dient op een duurzame wijze gefinancierd te worden. Ten behoeve hiervan dient er een degelijk financiële structuur, met bijbehorende wettelijk kader worden opgezet, inclusief de vastgestelde kwalitatieve normen.

⁸ SER: Adviesrapport 'Culture of excellence' ten behoeve van samenlevingsdoelen, 2017.

3 De huidige financiering van de ouderenzorg en de impact hiervan

Aangezien de Minister van Volksgezondheid in zijn adviesverzoek specifiek naar ouderenzorg heeft gerefereerd wordt er in dit hoofdstuk getracht om de huidige financiële structuur van de ouderenzorg en de sociale impact hiervan in de samenleving in kaart te brengen. In het bijzonder zal er aandacht besteedt worden aan zorg voor (chronische zieke- en financieel kwetsbare) ouderen.

3.1 De huidige financiering van de ouderenzorgkosten

Hierna volgt een kort overzicht van de instanties die werkzaam zijn in de ouderenzorg en/of met het beheer van de kosten van de ouderenzorg.

3.1.1 Het UO AZV

In 2001 werd de Arubaanse visie ten aanzien van de zorg, die al vanaf 1992 vastgesteld werd, geconcretiseerd middels de Landsverordening Algemene Ziektekosten Verzekering. Land Aruba garandeert hiermee een (basis) ziekteverzekering (de AZV) aan al haar burgers ongeacht afkomst, inkomen, gezondheid en leeftijd, door middel van het UO AZV, dat onafhankelijk van de overheid functioneert. Het UO AZV heeft als doel de toegankelijkheid, de adequaatheid, de efficiëntie en de effectiviteit van de medische zorg te garanderen en in het bijzonder de kostenbeheersing hiervan te bevorderen.

Het AZV fonds werd in eerste instantie gefinancierd door premies van de werkgevers en de werknemers alsmede aangevuld door een bijdrage vanuit de Landskas. Deze overheidsbijdrage zou in principe een vast fiscale bijdrage moeten zijn, die indien nodig aangevuld zou kunnen worden met een extra fiscale bijdrage. Echter, de zorgkosten liepen steeds hoger op en het AZV fonds ondervond moeilijkheden. Bovendien was het voor het UO AZV telkens een uitdaging om de overheidsbijdrage daadwerkelijk te innen hetgeen één van de redenen was voor het invoeren van het Bestemmingsbelasting Algemene Ziektekosten Verzekering (BAZV), per 1 december 2014. Met het innen van 1% van deze “gezondheidsbelasting” op elk item of product/service dat op Aruba is gekocht is getracht het AZV-fonds te financieren en de overheidsbijdrage te verlagen. Dit percentage is inmiddels verhoogd naar 2%, met de afkondiging van de Landsverordening “Crisisheffing en andere fiscale voorzieningen” per 1 juli 2018.

Ten aanzien van de AZV-premies is de financiële structuur opgebouwd vanuit een systeem dat uitgaat van het principe “de sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen”. Onder de huidige financiële structuur worden de intra-

en de extramurale ouderenzorg slechts voor een gering deel vergoed door de AZV. Hieronder vallen de huisartsen, specialisten, medicijnen en andere bepaalde type functies in dienst van de HOH die ter beschikking zijn gesteld bij de SABA.

Sinds 2015 is de regering echter bezig met het onderzoeken naar mogelijkheden om het financieel beheer van de ouderenzorg door de AZV te kunnen laten uitvoeren. Indien aanspraak op de ouderenzorg wettelijk wordt geregeld in de Landsverordening AZV⁹, zou dit een uitbreiding impliceren van 'cure' and 'care' (oftewel genezing en zorg) binnen de kernactiviteiten van het UO AZV. Deze uitbreiding, die zich met name richt op de langdurige zorg, zou een aanzienlijke (financiële) effect hebben op de algehele gezondheidszorg en zou ten aanzien van de verpleegzorg als kruiswerk (wijkverpleging) mogelijkheden creëren. Opmerkelijk is dat zowel kruiswerk als kraamzorg in artikel 17 van de Landsverordening AZV staan opgenomen, maar tot op heden ontbreekt er een landsbesluit ter bekrachtiging van dit artikel.

3.1.2 De HOH

De geschiedenis van het ziekenhuis op Aruba gaat terug tot 1920, toen de Dominicaanse zusters de 'San Pedro di Verona' Ziekenhuis stichtten. Als het enige ziekenhuis op het eiland staat het HOH open voor patiënten van alle denominaties. De doelstelling is het leveren van kwalitatief hoogwaardige, patiëntgerichte en geïntegreerde medisch-specialistische zorg.

De HOH dekt haar kosten door enerzijds dekking van zorg door de AZV en anderzijds door particulieren- niet AZV verzekerden (lokalen of toeristen).

Stichting Hospice Atardi

De hospice is een gespecialiseerde vorm van zorg ook wel omschreven als een vorm van ziekenhuis verplaatste zorg voor mensen met een levens beperkende (terminale) ziekte, hun families en hun verzorgers. De Hospice-zorg richt zich op de fysieke, emotionele, sociale en spirituele behoeften van de patiënt. Met de komst van de hospice worden palliatieve patiënten opgevangen die niet langer in het ziekenhuis noch in hun directe omgeving kunnen verblijven. Patiënten kunnen slechts op verwijzing en/of indicatie van het ziekenhuis (specialist) verplaatst worden naar de hospice. Door deze vorm van ziekenhuis verplaatste zorg is vergoeding door AZV mogelijk gemaakt. Het is echter niet uitgesloten dat er in de toekomst, met het oog op de continuïteit van de stichting en de zorg, een eigen bijdrage overwogen wordt.



⁹ Gecombineerd Financieel Verslag Uitvoeringsorgaan AZV 2017

3.1.3 Overheidsgesubsidieerde stichtingen

Middels de DVG subsidieert de overheid verschillende stichtingen binnen de zorg die zowel op het gebied van preventie, cure en care werkzaam zijn. De DVG heeft als taak het bevorderen van de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid, het welzijn, het voorkomen van ziekte, letsel en handicap en het zorg dragen voor de essentiële randvoorwaarden ten behoeve van het creëren van een omgeving waarin de gehele samenleving van Aruba gezond kan leven¹⁰.

Voor wat betreft de ouderenzorg en thuiszorg (intra- en extramurale zorg) worden deze momenteel voor een groot deel verzorgd door de SABA en het WGK. Deze stichtingen worden rechtstreeks gesubsidieerd door de overheid door middel van een outputsubsidie.

De SABA

De SABA werd op 22 maart 1972 opgericht, met als doelstelling; huisvesting, verzorging en verpleging te verschaffen om voorwaarden te scheppen die nodig zijn voor het beleven van een met de leeftijd der bejaarden overeenkomende zinvolle levensperiode¹¹. Haar cliëntenbestand omvat 290 cliënten verspreid over drie verpleeghuizen op drie verschillende locaties zijnde;

1. Het verpleeghuis San Pedro in Oranjestad met een capaciteit van 109 bewoners.
2. Het verpleeghuis Huize Maris Stella in Savaneta met een capaciteit van 98 bewoners.
3. Het verpleeghuis Centro di Cuido in San Nicolas met een capaciteit van 80 bewoners, waarvan momenteel slechts 48 plaatsen benut worden.

In de loop der jaren is bij de SABA langzaam een verschuiving plaatsgevonden in de werkwijze en de doelstelling (van bejaardenzorg naar verplegingstehuis). Sinds 2009 worden ook chronisch zieken, traumapatiënten en gehandicapten verpleegd en verzorgd volgens een individueel zorgplan. Vanuit het ziekenhuis werken twee gedetacheerde specialisten bij de SABA, namelijk een ouderengeneeskundige en een internist-geriater. De ontwikkeling van een geriatrisch zorg pad is belangrijk geweest voor een betere afstemming tussen de twee instanties, waarmee getracht wordt de zorg dicht bij huis te leveren alsmede ziekenhuis opnames te voorkomen. Sinds 2014 is er, in samenwerking met de SABA en enkele andere partijen, de polikliniek Centro di Memoria (CDM) opgericht voor mensen met geheugenproblemen. Het CDM is gevestigd in één van de huizen van SABA en heeft tot nu toe goede resultaten geboekt op het gebied

¹⁰ DESPA: Een ouderenzorg voor de toekomst; 2016

¹¹ <https://www.facebook.com/stichting.algemene.bejaardenzorg.aruba>

van diagnose, behandeling en ondersteuning van de patiënt en zijn/haar omgeving/familie/naasten. De SABA heeft een samenwerkingsverband met de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)¹² ten behoeve van hun normen en kwaliteitsmanagement.

De patiënt draagt slechts zijn of haar SVB pensioen af aan het Land, die op haar beurt de SABA subsidieert (zie verder paragraaf 3.2). De SABA heeft in 2018 een subsidie van Land Aruba ontvangen van circa Afl. 22,5 miljoen. Op een niet-structurele basis bestaat er een samenwerking tussen de SABA en het UO AZV omtrent plaatsing van ziekenhuispatiënten in de SABA, waarvan de kosten hiervan door de AZV aan de SABA vergoed worden. Het betreft hier verpleegbehoefte patiënten die niet langer in het (dure) ziekenhuis(bed) kunnen verblijven.

Het WGK

Het WGK is een zelfstandige en onafhankelijke stichting die al ruim 50 jaar dienst verleent aan de Arubaanse gemeenschap op het gebied van extramurale zorg te weten de wijk-, thuis- en kraamzorg. De wijkzorg bestaat uit wijkverpleging en thuishulp dat geboden wordt tijdens reguliere werktijden en in sommige gevallen ook in weekenddiensten (kraamzorg).

De WGK ontvangt jaarlijks een outputsubsidie van de overheid van circa Afl. 4 miljoen. Aanvullend ontvangen zij contributie van haar leden (circa Afl. 200.000,-), niet structurele donaties¹³ en voor elke (be)handeling (baden, verschonen enzovoorts) hangt er een prijskaartje aan vast die de cliënt apart moet betalen.

3.1.4 Particuliere zorg en overige

Er zijn momenteel 10 particuliere (niet-gesubsidieerde) verzorgingshuizen verspreid over Aruba. Het cliëntenbestand van de particuliere verzorgingshuizen varieert van 7 tot circa 32 cliënten en de maximale beddenscapaciteit ligt tussen 10 en 28 bedden¹⁴. Ouderen worden opgevangen voor zowel dagbesteding als 24-uursopvang. Naast hulpbehoevende ouderen worden ook verstandelijke gehandicapten en psychiatrische patiënten opgevangen in de particuliere verzorgingshuizen.

¹² <https://www.hkz.nl/over-hkz/>.

¹³ Stichting Wit Gele Kruis- Begrotingsaanvraag 2019.

¹⁴ Presentatie van SABA 2018.

3.2 De sociale impact van de huidige financiële structuur

De gedachte om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten blijven zou een streven moeten zijn binnen de samenleving gezien de voordelen die dit met zich meebrengt zoals kostenbesparing en kwaliteit van leven. Het bieden van toegankelijk, adequaat en kwalitatief wijk- en thuiszorg speelt hierin een belangrijke rol. Het WGK is de (publieke) instantie die verantwoordelijk is voor het aanbieden van deze zorg. Er zijn echter wachtlijsten, aangezien zij niet genoeg middelen (en personeel) hebben om heel Aruba van deze diensten te kunnen voorzien. Als gevolg hiervan zouden er mensen (lees ouderen/verpleegbehoefigen/chronisch zieken) nog thuis zijn die geen adequate hulp en verpleging kunnen krijgen. Hierdoor zou er sprake kunnen zijn van verergering van ziekten/wonden, ontspoorde mantelzorg en verwaarlozing. De geldelijke contributies die het WGK vergt, kunnen bovendien ervoor zorgen dat voornamelijk de financieel kwetsbaren niet uitgesloten worden van deze diensten.

Het plaatsen van ouderen in tehuizen kent ook zijn sociale uitdagingen. Met tehuizen wordt in dit geval bedoeld zowel bejaarden-/verzorgingstehuizen als verpleegtehuizen. Ouderen in tehuizen worden nog altijd gezien als ouderen die door hun kinderen “gedumpt” worden, of die geen andere sociale vangnet hebben, terwijl er ook nog wachtlijsten/-tijden zijn hiervoor. Voor de SABA geldt er een wachtlijst van gemiddeld 100 patiënten en een wachttijd van 3 tot 12 maanden¹⁵. Daarnaast leeft er in de samenleving een sterke negatieve connotatie bij tehuizen, zijnde dat er ook binnen deze tehuizen sprake is van verwaarlozing door het personeel. Echter, vanuit de invalshoek van de deskundigen (lees specialisten/verpleegkundigen) wordt door gebrek aan voorlichting en kennis van de (familie van de) patiënt omtrent de zorgbehoefte (lees ook het ziektebeeld) vaak te snel geconcludeerd dat er sprake zou zijn van verwaarlozing. Immers elke zorgbehoefte en -profiel heeft zijn unieke kenmerken, doelen en behandeling.

Daarnaast draagt de eigen bijdrage zoals het op dit moment geregeld is, bij aan scheve verhoudingen. SABA tehuizen behouden een maandelijks handgeld en hun vermogen of ander inkomen wordt niet aangesproken. Namelijk, door alleen het inkomen van de patiënt te toetsen, wordt de zorg- en onderhoudsplicht(-sbesef) van de kinderen en de familie negatief beïnvloed. Zo kan het voorkomen dat een (bejaarde) patiënt met een SVB-pensioen in een tehuis verblijft en diens financiële exploitatietekort uit publieke fondsen wordt gefinancierd. Dit terwijl dezelfde patiënt wel over een vermogen (roerend en of onroerend goed) kan bezitten, die bij zijn/haar overlijden door zijn/haar naasten wordt geërfd of al

¹⁵ Presentatie van SABA 2018.

vóór het overlijden wordt verhuurd of dat er andere financiële voordelen eruit wordt gehaald. Voornoemde gevallen gaat het solidariteitsbeginsel en “sterke schouders” principe te boven en geeft blijk van de ontorechte gedachte dat er een verzorgingsstaat zou bestaan op Aruba.

Bovenbeschreven negatieve beoordeling bestaat ook ten aanzien van de gezondheidszorg op Aruba over het algemeen. De burger betaalt relatief hoge belastingen en premies, terwijl er aanhoudend kritiek is over de kwaliteit van de zorg. Het betreft hier kritiek over onder andere;

- De dekkingsmogelijkheden. Er bestaat kritiek over wat wel en niet door de AZV wordt gedekt moet worden waardoor er sprake is van uitsluiting van zorg aan (langdurige) zorgbehovende. Een voorbeeld hiervan is een persoon die vanwege een (verkeers)ongeluk een (langdurige) zorg-/revalidatiebehoefte heeft gekregen.
- De toegankelijkheid van de zorg; zowel eerste lijn medische zorg als specialistische zorg.
- De service van het ziekenhuis.
- Het gebrek aan aandacht voor geestelijke gezondheidszorg.



3.3 Knelpunten binnen de (ouderen)zorg

Tijdens de interviews met stakeholders en deskundigen zijn er verschillende knelpunten naar voren gekomen die zowel specifiek op de ouderenzorg van toepassing zijn als op de zorg in het algemeen:

1. **Gebrek aan efficiënte communicatie en onvoldoende samenwerking tussen hulp- en zorgverleners:** Uit de gesprekken met de stakeholders binnen de ouderenzorg is gebleken dat de communicatie en samenwerking tussen de hulp- en zorgverleners niet of onvoldoende efficiënt verlopen. Dit heeft onder andere verspilling van medicatie tot gevolg; medicatie wordt voorgeschreven zonder met andere behandelende artsen te overleggen waardoor de patiënt (teveel) medicatie krijgt die ze waarschijnlijk niet eens gebruikt. Verspilling van medicatie in dit geval betekent dus verspilling van geld. Een ander gevolg is volgens de stakeholders dat patiënten vaak van het kastje naar de muur gestuurd worden, of bij verschillende instanties steeds weer een intake moeten doen om dezelfde informatie over en weer te krijgen en/of te geven. Dit kan een negatief effect hebben op de beleving van de patiënt ten aanzien van de processen binnen de zorg en de verkregen diensten.
2. **Scheve (onverantwoorde) verdeling binnen de AZV met betrekking tot de personeelskosten:** Er bestaat volgens de geïnterviewde stakeholders, een scheve verdeling binnen de AZV met betrekking tot de personeelskosten. Met name ten aanzien van de specialisten en de huisartsen staat de omvang van de salarissen absoluut niet in verhouding met de verleende service. Zowel de specialisten als de huisartsen op Aruba verdienen goed tot zeer goed in vergelijking met hun collega's binnen het Koninkrijk. De aangeboden zorg laat echter te wensen over. Uit interviews is gebleken dat de kritiek voornamelijk ligt op het gebied van toegankelijkheid en bereidheid. Beide type deskundigen doen namelijk amper huisbezoeken, hebben lange wachtlijsten en met name de huisartsen weigeren dienst te draaien bij de huisartsenpost. Een scheve verdeling bestaat ook tussen de loondienst artsen en de vrijgevestigde artsen, daar laatstgenoemden per verrichte handeling verdienen en dus veel geld uit publieksfonds verteren. In vergelijking met de wijkhulp, die de zware (lichamelijke) werkzaamheden verrichten en die echt dicht bij de patiënt staat, is er een relatief groot verschil in bezoldiging met die van de artsen.

3. **Gebrek aan pro-actief beleidsontwikkeling:** hiermee wordt bedoeld dat er niet of onvoldoende ingespeeld wordt op sociaal/cultureel- en gezondheidsontwikkelingen binnen de samenleving die (in)direct invloed hebben op de gezondheid en de gezondheidszorg waarmee bepaalde doelgroepen mee te maken krijgen. Voorbeelden hiervan zijn:
- het aantal mensen dat zorgafhankelijk wordt neemt fors toe;
 - vergrijzing met complexe ziektebeelden;
 - een ongezonde leefstijl waardoor overgewicht met hart- en vaatziekten, diabetes en maligniteiten steeds vaker voorkomen;
 - meer chronisch zieken op jongere leeftijd;
 - 1 op de 3 mensen krijgt met dementie te maken¹⁶;
 - kleinere gezinnen;
 - taboe (bijv. wilsbekwaamheid, euthanasie). Volgens deskundigen heeft het niet respecteren van wilsbekwaamheid (en een gebrek aan euthanasie regelgeving) intensieve, ingrijpende en helaas tevens kostbare en vaak ook uitzichtloos medisch behandelen als gevolg. Ook wordt er verkeerd gebruik van indicatoren bij plaatsingen bijvoorbeeld bij de SABA. Voor de SABA wordt OARS¹⁷ gebruikt, echter zijn deze indicatoren weliswaar geschikt voor een bejaardentehuis maar niet voor een verpleegtehuis;
 - gebrek aan volksvoorlichting en educatie ten aanzien van gezondheid en gezondheidszorg.

¹⁶ Presentatie van SABA 2018.

¹⁷ <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/older-american-resources-and-services-multidimensional-functional-assessment-questionnaire>.

4. Aanbevelingen en randvoorwaarden

De Raad is van mening dat een herziening van de financiële structuur van de zorgkosten, in principe een verandering in de zienswijze en in de visie ten aanzien van de zorg en de zorgkosten met zich meebrengt. Deze nieuwe zienswijze/omslag dient hard te worden gemaakt en ondersteund te worden door o.a. wet- en regelgeving, een nieuw systeem van kostenbeheer, nieuw beleid en bijbehorende implementatieplannen c.q. trajecten.

Hieronder volgen enkele aanbevelingen en randvoorwaarden ten behoeve van een herziening van de financiële structuur van zorgkosten.

4.1 Wet- en regelgeving

Alvorens over te gaan tot de onderdelen van de wet- en regelgeving, geeft de Raad de Minister mee, om in het kader van een totale omslag naar 'Cure én Care', een naamswijziging van (UO) AZV te overwegen, namelijk die van **Algemeen Zorgkosten Verzekering** in plaats van de huidige Algemeen Ziektekosten Verzekering. De voorgestelde naam van Algemeen Zorgkosten Verzekering dekt dan beter de doelen en de verantwoordelijkheden van het Uitvoeringsgaan.

4.1.1 'Cure' en 'Care' (genezing en langdurige zorg)

Allereerst dient artikel 17 van de Landsverordening AZV, waarin zowel kruiswerk als kraamzorg staan opgenomen, te worden bekrachtigd door middel van een landsbesluit. Dit is namelijk de eerste belangrijkste stap binnen de omslag naar 'Cure' en 'Care', waarin Aruba als land formeel kiest voor zorg in de ruimste zin des woord. Daarnaast moet de dekkingsmogelijkheden door de AZV worden uitgebreid zodat de zorg op het gebied van welzijn en welbevinden ook (deels) door de AZV zullen worden vergoed. Zoals eerder was aangegeven (in hoofdstuk 1) is 'Care' de zorg aan (langdurig) zorg- en hulpbehoevenden met als doel het zoveel mogelijk beperken van de nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen. Uitsluiting van (langdurige) zorg aan burgers na een (verkeers)ongeval zou in dit systeem niet meer mogen gebeuren.

4.1.2 Financiële zorgplicht

De Raad is van mening dat ook burgers als financieel zorgplichtigen voor hun hulpbehoevende ouder(s) en hun andere zorgbehoeftige bloedverwanten in de opgaande lijn beschouwd moeten worden. In meerdere landen is de

onderhoudsplicht van kinderen naar hun ouders toe vastgelegd in de (grond)wetten, met name als het gaat om opname in bejaarden- en verpleeghuizen. Zo'n regeling past binnen de gedachte van eigen verantwoordelijkheid en eigen bijdrage in de financiering van de zorg. Door middel van een financieel zorgplicht kan misbruik tegen gegaan worden, waarbij (langdurige) zorgbehoevenden (ouderen) voor het financieren van hun zorgkosten (bijvoorbeeld bij opname/plaatsing in een verpleeg-/bejaardentehuis) hun vermogen eerst "wegschenken" aan hun kinderen om dan pas een beroep te doen op de gemeenschapssolidariteit (door bijvoorbeeld gebruik te maken van de subsidiering van de overheid).

Het artikel 1:329 Burgerlijke Wetboek Aruba dient te worden aangepast zodat de onderhouds- **én** zorgplicht (indien er een zorgbehoefte bestaat) zowel voor kinderen als voor ouders gelden.

4.1.3 Eigen verantwoordelijkheid en wilsbekwaamheid

In het kader van de wet- en regelgeving zijn eigen verantwoordelijkheid en wilsbekwaamheid, in de visie van de Raad, samenhangende aspecten en basisprincipes binnen de zorg.

Dezen zouden op verschillende manieren/vormen moeten reflecteren, namelijk:

1. **In de zorgpremies.** Bij de vaststelling van de premies en van de eigen bijdrage gelden er voor de Raad 5 uitgangspunten namelijk:
 - Een door het Engelse zorgfinancieringssysteem geïnspireerd model, waarin de eigen bijdrage pas op het moment dat de persoon gebruik maakt van de zorg berekend wordt.
 - Het vaststellen van -voor de Arubaanse samenleving- relevante indicatoren voor een gezonde leefstijl.
 - Het afstappen van het huidige systeem van zorgpremievaststelling, dat gebaseerd wordt op een bepaalde percentage van het bruto inkomen. De Raad voelt meer voor een aanpassing van de premies, namelijk voor een persoonsgebonden premie, waarin risicofactoren in meegenomen/doorberekend kunnen worden, zonder mogelijkheid tot uitsluiting van de burger. Met risico factoren wordt in dit kader bedoeld; het risico op chronische- en erfelijke ziektes in combinatie met een "ongezonde" leefstijl. Verder vindt de Raad dat ten aanzien hiervan er een minimum en een maximum premiepercentage van het bruto inkomen moet worden vastgesteld, met dien verstande dat het premiepercentage trapsgewijs oploopt naar gelang de zwaarte van de risicofactoren. Voor wat

betreft de verdeling van het werkgevers- en werknemersdeel inzake de zorgpremie, is de Raad van mening dat de huidige verdeling (voorlopig) gehandhaafd moet worden.

- Het bewust maken van de burger inzake (zijn eigen) zorgkosten door deze inzichtelijk voor de burger te maken.
- Betere controle en effectiviteit naar de burger toe, waarin de verkregen zorg ook daadwerkelijk binnen de zorgprofiel van de burger past (om bijvoorbeeld verspillingen tegen te gaan).
- Het verhogen van de verzekerde bedragen bij particuliere verzekeraars. Er kan dus overwogen worden om de particuliere verzekeraars te verplichten om het minimum verzekerde bedrag van wettelijke aansprakelijkheid te verhogen. Bij een andere soort verzekering namelijk de persoonlijke ongevallen (PO) verzekeringen en de persoonlijke ongevallen ingezetene (POI) zijn er ook mogelijkheden voor uitbreiding, waardoor het onderdeel van de verzekering behorende bij de medische kosten en blijvende invaliditeit verhoogd kunnen worden. Deze verzekeringen zijn vooralsnog niet verplicht en zouden dus als wettelijke plicht aan de burger kunnen worden opgelegd. Een voordeel hiervan is, dat de algemene zorgpremies en/of eigen bijdrage lager gehouden kunnen worden.

2. Het respecteren van de wilsbekwaamheid. Hierbij wordt uitgegaan van het principe dat des te hoger de verantwoordelijkheid des te groter de vrijheid. De burger die op zijn eigen verantwoordelijkheid en plichten wordt gewezen zal dus ook de vrijheid moeten krijgen/hebben om zelf ten aanzien van zijn zorg c.q. behandeling aan te geven wat wenselijk is. Daarnaast is het aannemelijk dat (de kosten van) uitzichtloos medisch behandelen hierdoor zouden kunnen afnemen. De Raad draagt dus aan om de wilsbekwaamheid en het recht op zelfbeschikking te erkennen, te respecteren en te stimuleren. Met andere woorden euthanasie en palliatieve zorg kunnen en mogen niet verder in de taboesfeer blijven hangen en dienen zowel in de wetgeving als in de infrastructuur van de zorg te worden geregeld.

4.1.4 Zorgprofielen en zorgzwaarte bepalingen en metingen

Ten aanzien van het introduceren van de zorgprofielen binnen een wettelijke kader, heeft de SABA het Nederlandse systeem aangepast aan de Arubaanse situatie. Dit zou als een goede basis kunnen gelden. Aan de hand van de zorgprofielen worden de prestatiebeschrijvingen van zorgzwaartepakketten in verschillende sectoren aangegeven. In Nederland zijn de zorgprofielen in wetten

en regelingen vastgelegd¹⁸, zoals de Wet op Langdurige Zorg¹⁹. Aruba zou ook deze regelingen als uitgangspunt kunnen gebruiken om tot een naar Arubaanse maatstaven eigen wet- en regelgeving hieromtrent te komen. De Raad adviseert dan ook om hiervoor de expertise van de SABA, de beleidsadviseurs van de DVG alsmede van de Directie Wetgeving en Juridische Zaken te raadplegen.

4.2 Beheerkosten

Teneinde de financiële duurzaamheid in de beheerkosten van de zorg te kunnen bewerkstelligen, acht de Raad het van belang om naast de AZV premies en “gezondheidsbelasting” (BAZV en landsbijdrage) een eigen bijdrage in te voeren voor de langdurige zorg (care). Dit zou met name moeten gelden voor wijkverpleging, thuiszorg en opname in verpleeg- en bejaardentehuizen.

Een aanpassing in het huidige systeem van financiering wordt door de Raad nodig geacht. Een eigen bijdrage die op basis van de risico's en eigenverantwoordelijkheid van de verzekerde berekend zou kunnen worden geniet de voorkeur van de Raad.

De Raad staat achter de voornemens van de SABA om officieel een verpleegtehuis (expertisecentrum) te worden waarin, deze op dezelfde manier als de HOH kan functioneren, zijnde dat de AZV de zorg zowel bij de SABA als bij het WGG inkoop. Ten behoeve van de kwaliteit van de zorg moet het uitgangspunt hierin zijn dat de zorgaanbieder en zorgfinancierder twee aparte instellingen dienen te zijn. Dit betekent dus dat, in de loop der tijd (rekening houdend met een overgangperiode), de overheidsbijdrage in de vorm van subsidie, aanzienlijk lager zal worden totdat een duurzame financiële zelfstandigheid voor deze stichtingen bereikt wordt.

Daarnaast is het van belang dat er op het gebied van beheerkosten en kostenreductie er acties worden ondernomen, zoals:

1. Verbetering van de communicatie tussen behandelaars teneinde verspilling te voorkomen;
2. Flexibeler/toegankelijker maken van de markt voor specialisten en artsen teneinde de bestaande scheve verhoudingen tussen specialisten/artsen en andere behandelaars tegen te gaan en de kwaliteit van de zorg te verhogen.

4.2.1 Inkomen- en vermogenstoets

Tot op heden wordt er, met name als het gaat om plaatsing in verpleeg- en/of bejaardentehuizen, gebruik gemaakt van een inkomenstoets. In het kader van de

¹⁸ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2018-01-01#BijlageA>.

¹⁹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2018-08-01>.

duurzaamheid van de beheerskosten en het introduceren van een eigen bijdrage, acht de Raad het van belang om ook een vermogenstoets toe te passen en in te voeren. Een hogere eigen bijdrage zou namelijk tot een kostenbesparing voor de overheid moeten leiden, die op haar beurt weer lagere collectieve lasten/-premies tot gevolg kan hebben. Verder zou een hogere eigen bijdrage voor een herverdeling tussen zorggebruiksgroepen kunnen zorgen, waardoor personen die een grotere beroep doen op de zorgvoorzieningen, extra worden belast.

4.2.2 Zorgzwaartebepalingen en metingen

Bij een structuur waarin zorg wordt ingekocht is het van belang dat er een verschuiving plaatsvindt van het declareren van medische handelingen naar het werken met zorgzwaartebepalingen en -metingen die unaniem voor en door alle zorgaanbieders vastgesteld en toegepast worden.

4.3 Beleid en implementatie

Een eventuele herstructurering van de financiële zorgkosten gaat gepaard met een ondersteunend beleid waarin met name preventie en stimulering van een gezonde leefstijl belangrijke onderdelen van beleid zouden moeten zijn. Dit wordt door de Raad als een taak van de overheid gezien, die door middel van de DVG zou moeten plaatsvinden en in samenwerking met Directie Onderwijs. Gezonde scholen en werkplekken dienen van de nodige aandacht en prioriteit te genieten. Het concept/aspect van gezonde scholen is nog altijd een vrijblijvend concept/aspect binnen het onderwijs en door het uitblijven van een Arboret worden werkplekken onvoldoende gestimuleerd om gezond/veilig te zijn²⁰.

4.3.1 Infrastructuur zorgstelsel

Het is een overheidstaak om voor de nodige zorg infrastructuur te zorgen. Tehuizen en verpleeghuizen dienen altijd de laatste optie te zijn binnen een gemeenschap die voor zorg gekozen heeft. Langer thuis blijven is niet alleen financieel voordeliger maar heeft ook zeer positieve effecten voor de patiënt. Om dit te bereiken is een goed aanbod van wijkverpleging en thuiszorg van essentieel belang. Dit impliceert investeringen vanuit de overheid. Het WGK heeft al de nodige infrastructuur wat betreft de districtskantoren, echter er bestaat nog behoefte aan personeel voor de 24 uren servicedienst. Het WGK heeft aangegeven

²⁰ SER- Aruba: Rapport "Gezondheidsbevordering vanuit de werkplek", 2014.

een bedrag van circa Afl. 6 miljoen nodig te hebben voor het opzetten van deze diensten.

4.3.2 Indicatie Commissie

Teneinde de patiënt c.q. zorgbehoefte zorg op maat aan te kunnen bieden en zijn/haar eigen bijdrage te kunnen bepalen, is het van belang dat er een indicatie commissie wordt ingesteld, met name als het gaat om patiënten die geplaatst dienen te worden in een (verpleeg)tehuis. De Raad is van mening dat de DVG de aangewezen instantie is voor deze indicatie commissie. Als het gaat om dienstverlening op het gebied van thuiszorg en wijkhulp meent de Raad dat de huisartsen in het vaststellen van de urgentie en behoefte hiervoor de aangewezen personen zijn. De indicatie commissie zou conform de zorgprofielen nieuwe indicatoren toetsen vast moeten stellen.

4.3.3 Relatie/samenwerking aanbod- zorg financiering- vermogenstoets

Naast het meten van de zorgbehoefte en het doorverwijzen van de patiënt naar de meest gepaste zorgaanbieder, is het van belang om voor het toetsten van het inkomen en het vermogen, dat er een goede en efficiënte samenwerking is/bestaat tussen de indicatie commissie en o.a. de Departamento di Impuesto (DIMP) en de UO AZV. Deze trias samenwerking zou volgens de Raad de meeste efficiënte wijze zijn waarin informatie beschikbaar en uitgewisseld wordt voor en door zowel zorgdeskundigen, zorgfinancierder en vermogenstoetsers.

4.3.4 Implementatie van adviezen

Gezondheidszorg en ouderenzorg zijn zeer complexe werkgebieden en specialisaties, waar vanuit verschillende invalshoeken kan worden gekeken naar de problematieken en de uitdagingen hierin. Voor een kleine samenleving als Aruba is het juist van belang om niet steeds “het wiel” te willen uitvinden maar de (bestaande) adviezen van stakeholders en deskundigen in het veld mee te nemen in de visievorming en beleidsvoering. Daarnaast beveelt de Raad aan om gezien de goede samenwerkingsrelatie tussen Aruba en de ‘Pan American Health Organization’ (PAHO), een advies ten aanzien van de implementatie van een indicatiecommissie te verzoeken. De PAHO heeft de bereidwilligheid, expertise en tools om een onderzoek in te stellen en advies te geven inzake welke/wat de beste mogelijkheden voor Aruba zouden kunnen zijn.

4.3.5 Pilot-programma bewustwording

Ten behoeve van het inzichtelijker willen maken van de zorgkosten en hiermee het bewustwordingsproces van de burger over de zorgkosten te stimuleren, draagt de Raad het idee aan om ten behoeve hiervan een pilot-programma op te zetten. Dit programma zal in samenwerking met de UO AZV-steekproefsgewijs een onderzoeksgroep binnen de AZV verzekerden kiezen en deze groep voor een bepaalde periode (tussen 1 en 3 jaar) een maandelijks en/of jaarlijks overzicht sturen van zijn/haar gemaakte kosten (totale kosten of bijvoorbeeld alleen de medicijnenkosten). Indien de resultaten van deze interventie na een effectmeting, een grotere bewustwording en kostenreductie laten zien, kan overwogen worden om dit structureel voor alle AZV-verzekerden te doen.

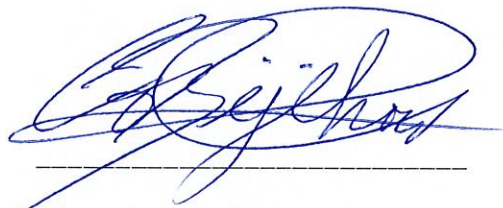
4.3.6 Speciale Commissie

De Raad is zich ervan bewust dat de aangedragen aanbevelingen van een grote omvang zijn en dat de implementatie en uitvoering hiervan een grote uitdaging zal zijn. Derhalve beveelt de Raad aan om een speciale commissie in te stellen die zich specifiek gaat richten op de herstructurering van de financiering van de zorgkosten.

Oranjestad, 20 december 2018



Dhr. J.R. (Rudy) Geerman
Voorzitter
Sociaal Economische Raad



Dhr. drs. Felix R.E. Bijlhout
Algemeen Secretaris
Sociaal Economische Raad



L.G. Smith Boulevard 134, Oranjestad, Aruba
Telefoon: (297) 583-2713
Fax: (297) 5838956