

Notitie: concrete adviezen ATIA m.b.t. de AZV (Standpunt ATIA)

Gehanteerde Rapporten:

- KPMG rapport, "Financiële analyse zorgkosten en opbrengsten", november 2007 (pagina 35-39 opgenomen als bijlage bij dit standpunt-document)¹
- Commissie AZV, ingesteld door werkgevers-en werknemersorganisaties, juli 2009 (integraal opgenomen als bijlage bij dit standpunt-document)

Pakket en premieontvangsten (pagina 35 rapport KPMG)

Aanbeveling KPMG: verklein het pakket tot een smaller basispakket. Het is noodzakelijk om financiële risico's meer bij de verzekerden te leggen, bijvoorbeeld door het invoeren van een eigen risico of het invoeren van een nominale premie. Overconsumptie moet worden tegengegaan.

Advies ATIA: de invoering van een stelsel van eigen bijdrage is op grond van de landsverordening AZV zonder meer toegestaan op grond van artikel 22 landsverordening AZV. Voor de hoogte van de eigen bijdrage wordt verwezen naar het advies van de Commissie AZV ingesteld door de werkgevers-en werknemersorganisaties opgenomen in het rapport van juli 2009. Deze Commissie adviseert (pagina 18):

Huisartsenconsult : Afl. 10,00 per consult.

EHBO : Afl. 15,00 per consult.

Specialistenconsult : Afl. 15,00 per consult.

Geneesmiddelen : Afl. 3,00 per verstrekt geneesmiddel (= per receptregel).

Fysiotherapie : Afl. 15,00 per machtiging.

De invoering van een nominale premie is mogelijk op grond van artikel 38-b landsverordening AZV. Uitbreiding naar zelfstandigen vereist een eenvoudige wetsaanpassing. Een combinatie van inkomensafhankelijke en nominale premie moet worden onderzocht.

Ten aanzien van het pakket van AZV: bepaal welke aanspraken zonder meer tot een 'core' curatief ziektekostenpakket thuishoren en integreer de overige aanspraken in aanvullende pakketten - door particuliere verzekeraars - met een eigen premie. Tot aanvullende pakketten behoren tandheelkunde, een deel van de hulpmiddelen, fysiotherapie etc. Bij de huidige dekking van het AZV pakket is het niet mogelijk om de kostenstijgingen in de gezondheidszorg op termijn te beheersen. Daarom stelt ATIA voor om een nominale premie dan wel een combinatie van nominaal en inkomensafhankelijk in te voeren.

Het huidige pakket is een 'open einde aansprakenregeling' waarbij de aard en de rijkwijdte van de dekking voor een belangrijk deel bepaald wordt door 'hetgeen in de medische beroepsgroep gebruikelijk is'. Dit uitgangspunt is opzichzelf te begrijpen maar het vereist grote inspanningen om de kosten die hieruit voortvloeien te beheersen.

¹ Dit rapport is op enkele punten achterhaald, maar sommige punten zijn nog steeds van toepassing.

Ten aanzien van het stelsel van eigen bijdrage voorziet ATIA een probleem met de incasso van de eigen bijdragen. De incasso dient naar de mening van ATIA bij de zorgverlener te liggen. Het UO AZV heeft geen incasso afdeling. Als die er wel moet komen gaan de kosten voor de baat uit. In Nederland is dat bewezen indertijd met de “medicijnen knaak”.

Hospitaalkosten en prestatieafspraken over doelmatigheid (pagina 36 rapport KPMG)

Aanbeveling KPMG: maximeer de hospitaalkosten door een budgetplafond en maak productieafspraken over doelmatigheid

Advies ATIA: voer een Diagnosis-Related-Groups (DRG) systeem bij het HOH in.² HOH is middels een afspraak gebudgetteerd. De overige zorgverleners moeten middels onderhandelingen worden bewogen om budgetafspraken met productie- en kwaliteitsafspraken (prestatie-indicatoren) te maken. Momenteel worden er kwaliteits-, doelmatigheids- en productievoorwaarden in de nieuwe contracten vastgelegd. ATIA stelt voor om deze voorwaarden continu aan te scherpen alsmede sancties aan te verbinden bij niet nakoming. Daarnaast dient naar de mening van ATIA rekening te worden gehouden met eenzijdige oplegging van budgetten, want deze is voorlopig door de rechter afgewezen. Onder deze omstandigheden vereist de onderhandeling met zorgverleners dan zeer ‘skilfull negotiators’.

Over de discussie loondienstverband of vrije vestiging medische specialisten stelt ATIA voor om maximale vergoedingen te bepalen voor praktijkkosten vrij gevestigde specialisten per vakgroep.

Buitenland (pagina 37 rapport KPMG)

Aanbeveling KPMG: beoordeel uitzendingen naar het buitenland op kosten en baten

Advies ATIA: voer dit consequent uit. Medische kosten buitenland zijn de laatste 4 jaren explosief toegenomen. Voor behandeling in het buitenland dient een maximale, aaneengesloten, periode ingevoerd te worden van bijvoorbeeld zes maanden.

Daarnaast wil ATIA voorstellen om een keuze te maken welke “buitenlandse” behandelingen op Aruba kunnen worden opgezet. Bijvoorbeeld avestine behandeling (oog-injectie) en interventie cardiologie kunnen op Aruba plaatsvinden. Radiotherapie en bestraling kanker moeten naar de mening van ATIA nog op Aruba worden opgezet.

Geneesmiddelen (pagina 38 rapport KPMG)

Aanbeveling KPMG: ontwikkel een wettelijk geneesmiddelenvergoedingsysteem

Advies ATIA: Het UO AZV heeft enkele jaren geleden het BAP-systeem ingevoerd. De ‘best Aruban price’ wordt als prijsvergoedingslimiet gehanteerd voor alle andere onderling vervangbare geneesmiddelen. Ontwikkel het BAP-systeem door tot een wettelijk geneesmiddelen-vergoedingsysteem waarbij onderling vervangbare geneesmiddelen ingedeeld worden in clusters waarvoor maximale prijzen zijn vastgesteld.

² In samenwerking met HOH, AZV en specialisten

Bijbetaling wordt mogelijk gemaakt indien de verzekerde toch voor het duurdere medicijn kiest (eigen bijdrage). Artikel 22 van de lands-verordening AZV maakt dit systeem mogelijk.

Alternatief binnen het BAP-systeem: pas 'tendering' toe op de 'cost drivers' (ca. 25 geneesmiddelen).

Kosten gerelateerd aan laboratoriumonderzoeken

Kosten voor laboratoriumonderzoeken zijn explosief toegenomen. De vraag rijst of er niet onnodig veel onderzoek wordt aangevraagd c.q. uitgevoerd?

Advies ATIA: de richtlijnen dienen te worden aangescherpt c.q. de richtlijnen dienen een Laboratoriumonderzoek te rechtvaardigen teneinde het aantal onderzoeken en bijbehorende kosten terug te dringen.

Controle op de juistheid van de zorggerechtigden

Op dit moment is er bijvoorbeeld geen uitschrijvingsbewijs nodig bij verhuizing naar bepaalde landen zoals Venezuela en Colombia, om vervolgens daar weer ingeschreven te worden. De kans bestaat dat mensen uit bepaalde landen waar dit niet geldt, hiervan misbruik³ willen dan wel kunnen maken. Zolang een persoon ingeschreven staat op Aruba kan diegene gebruik maken van de gezondheidszorg. Schrijft die persoon zich niet uit omdat het niet vereist wordt voor inschrijving in een ander land, dan blijft diegene dus zorggerechtigd, terwijl die geen premie voor betaalt.

Advies ATIA: ingezetenen zijn de zorggerechtigden. Er dient een betere controle te komen op de juistheid van de zorggerechtigden. Er is thans geen of onvoldoende controle op de daadwerkelijke zorggerechtigden in relatie tot de ingezetenen van Aruba. Daarmee wordt ook een betere controle op de inkomstenstroom mogelijk, zodat iedereen die moet betalen ook daadwerkelijk betaald en wie niet hoeft te betalen wel gecontroleerd kan worden op het hebben van zorgrecht. De discussie die we hierover moeten gaan voeren is: hoe kunnen we controleren dat een ingeschrevene bij Censo niet daadwerkelijk op Aruba verblijft?

Uitvoering van de landsverordening AZV

De Commissie AZV heeft diverse adviezen gegeven over een doelmatige uitvoering van de landsverordening AZV. ATIA wenst een 'follow up': wat is de status van de uitgebrachte adviezen? Welke zijn al dan niet uitgevoerd? Welke knelpunten ervaart het UO AZV bij de uitvoering anno 2014?

Er dient meer zicht te komen op de uitvoeringsknelpunten en de doelmatigheid van de uitvoering. Het zonder meer verhogen van de premie en op deze wijze de lasten afwentelen op de werkgevers en de werknemers is naar de mening van ATIA onaanvaardbaar. Voor een beknopt overzicht van ATIA's adviezen met betrekking tot de AZV, zie bijlage 3.

³ Dit gebeurt bijv. al met studenten in Costa Rica. Ze zijn niet uitgeschreven bij Censo en komen over voor medische behandeling

Bijlage 1:

Tabel 38. Prognose kosten 65-plussers (benadering)

	2010	2015	2020	2025	2030
Aantal 65-plussers	10527	14017	17681	22390	27283
Totale bevolking	101484	115256	126765	139569	153386
% 65-plussers	10,37%	12,16%	13,95%	16,04%	17,79%
Kosten p.p. 65+	AWG 8.350	AWG 9.436	AWG 10.662	AWG 12.048	AWG 13.614
Totale kosten 65+	AWG 87.900.450	AWG 132.257.403	AWG 188.516.855	AWG 269.758.973	AWG 371.443.166
Premie-inkomsten p.p.	AWG 1.836	AWG 2.075	AWG 2.345	AWG 2.650	AWG 2.995
Totale premie-inkomsten	AWG 186.395.662	AWG 239.210.486	AWG 297.299.702	AWG 369.881.426	AWG 459.343.656
Landsbijdrage	AWG 145.000.000	AWG 163.850.000	AWG 185.150.500	AWG 209.220.065	AWG 236.418.673
Totale zorgkosten	AWG 331.395.662	AWG 403.060.486	AWG 482.450.202	AWG 579.101.491	AWG 695.762.329
% totale kosten 65+	27%	33%	39%	47%	53%

Bron: Zorgverkenning Aruba, Onderzoek van Radboud Universiteit van Nijmegen, Jan. 2014

Tabel Basic Scenario

Financial Outlook: basic scenario

(x mln. florin)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Revenues	359.4	369.9	380.9	399.2	416.9	439.6	459.2
Fiscal Contribution	122.7	117.7	126.7	141.1	153.6	171.0	185.3
Premium	236.7	252.2	254.2	258.1	263.3	268.5	273.9
<hr/>							
Total Expenditures	359.4	369.9	380.9	399.2	416.9	439.6	459.2
Health Services	342.6	353.3	363.4	379.6	396.7	418.8	437.8
Operational Costs	16.8	16.6	17.5	19.6	20.2	20.8	21.4
% growth	3,1%	2,9%	3,0%	4,8%	4,4%	5,4%	4,5%

- Maintaining present premium percentage (**11,6%**)
- Fiscal contribution will grow from **127 mln.** in 2013 to **185 mln.** in 2017

Bron: PP Presentatie van directeur AZV aan ATIA bestuur, Februari 2014

Bijlage 2:

Tabel Premium Raise

Financial Outlook: premium raise

(x mln. florin)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Revenues	359.4	369.9	380.9	399.2	416.9	439.6	459.2
Fiscal Contribution	122.7	117.7	126.7	96.4	108.0	124.5	137.8
Premium	236.7	252.2	254.2	302.8	308.9	315.0	321.3
<hr/>							
Total Expenditures	359.4	369.9	380.9	399.2	416.9	439.6	459.2
Health Services	342.6	353.3	363.4	379.6	396.7	418.8	437.8
Operational Costs	16.8	16.6	17.5	19.6	20.2	20.8	21.4
% growth	3,1%	2,9%	3,0%	4,8%	4,4%	5,4%	4,5%

- Raising premium percentage with **2%** in 2014 (total premium **13,6%**)
- Fiscal contribution will shrink from **127 mln.** in 2013 to **96.4 mln.** in 2014 and gradually grow to **137.8 mln.** in 2017

Bron: PP Presentatie van directeur AZV aan ATIA bestuur, Februari 2014

Bijlage 3:

Adviezen bullets met betrekking tot de AZV:

1. Verklein het verstrekkingen pakket en hevel verstrekkingen over naar een aanvullend pakket.
2. Voer een stelsel van eigen bijdragen in.
3. Voer een eigen-risico in.
4. Voer een nominale premie in dan wel een combinatie van nominaal en inkomensafhankelijk.
5. Voer een DRG systeem bij het HOH in.
6. Maximeer de jaarlijkse honoraria van de vrij gevestigde medisch specialisten.
7. Bepaal maximale vergoedingen voor praktijkkosten vrij gevestigde specialisten per vakgroep.
8. Bepaal welke “buitenlandse” behandelingen op Aruba opgezet kunnen worden.
9. Ontwikkel een wettelijk geneesmiddelen-vergoedingsstelsel waarbij onderling vervangbare geneesmiddelen ingedeeld worden in clusters waarvoor maximale prijzen zijn vastgesteld.
10. Tender ‘costdrivers’ medicijnen.
11. Scherp de richtlijnen aan voor laboratorium onderzoeken.
12. Bepaal hoe de controle op de verzekeringsgerechtigdheid verbeterd zou kunnen worden.
13. Voer voortvarend de nodige wijzigingen in de Lv-AZV door (cf de al vastgestelde prioriteitenlijst van AZV).
14. Sla voortvarend de nodige Landsbesluiten h.a.m.