



*Advies*

**AZV: Bevordering kostenbewustzijn en  
doelmatige zorg**

Mei 2017

## **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 : [ser.aruba@hotmail.com](mailto:ser.aruba@hotmail.com)

## **INHOUDSOPGAVE**

<b>Inleiding .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Overwegingen .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Het toesturen van periodieke inzichtelijke zorgnota's .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Het introduceren van eigen betalingen als “remgeld” .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Het vaststellen van een wachttijd voor immigranten .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Advies van de Raad.....</b>	<b>8</b>



## Inleiding

Om de duurzaamheid van het zorgstelsel veilig te kunnen stellen, is beheersing van de zorgkosten en het tegengaan van verspilling noodzakelijk. Een manier hoe dit bereikt zou kunnen worden is door het kostenbewustzijn bij de zorggebruikers te vergroten.

Op verzoek van de overheid, heeft de Uitvoeringsorgaan (UO) AZV in november 2014 het adviesrapport: “bevordering kostenbewustzijn en doelmatige zorg” uitgebracht. Verder zijn er op d.d. 30 november 2016 en op 19 december 2016 presentaties voor de Raadsleden gehouden, door respectievelijk dhr. Ringeling en de Minister van Volksgezondheid.

Naar aanleiding van bovenstaande heeft de Minister van Volksgezondheid de SER om advies verzocht ten aanzien van de volgende voorgestelde aanpassingen/maatregelen, namelijk:

1. Het periodiek toesturen van inzichtelijke zorgnota's door de UO AZV gespecificeerd naar type geleverde zorg aan verzekerden om het kostenbewustzijn te vergroten, aangezien verzekerden zich vaak nauwelijks of niet bewust zijn als het gaat om de kosten van de doelmatige zorg;
2. Het introduceren van eigen betalingen (zoals eigen bijdrage, procentuele bijdrage en/of eigen risico) door patiënten als “remgeld” ten aanzien van de vraag naar (overbodige) zorgconsumptie, of als vorm van medefinanciering door verzekerden, of als verrekening van elders door de verzekerde bespaarde kosten;
3. Het vaststellen van een wachttijd (“honeymoon phase”) van bijvoorbeeld 1 jaar voor immigranten met een verhoogd risicoprofiel alvorens men zich als AZV verzekerde kan inschrijven om misbruik te voorkomen.

Dit SER advies is als volgt opgebouwd, eerst wordt in hoofdstuk 1 ingegaan op de overwegingen van de Raad bij elk van de drie voorgestelde aanpassingen/maatregelen en tot slot wordt in hoofdstuk 2 het advies van de Raad weergegeven.



## **1. Overwegingen**

De overwegingen van de Raad ten aanzien van elk van de drie voorgestelde aanpassingen/maatregelen worden puntsgewijs in de volgende paragrafen besproken.

### **1.1. Het toesturen van periodieke inzichtelijke zorgnota's**

In het kader van transparantie en “checks and balances”, waarbij onjuiste declaraties door zorgverleners gesignaleerd kunnen worden, vindt de Raad het periodiek toesturen van een inzichtelijke zorgnota gespecificeerd naar type geleverde zorg een goed idee. Echter is de Raad van mening dat het periodiek toesturen van een inzichtelijke zorgnota gespecificeerd naar type geleverde zorg, het kostenbewustzijn van verzekerden niet zal vergroten. De Raad denkt namelijk dat de zorgverleners uiteindelijk toch degenen zijn die (moeten) beoordelen of iemand zorg nodig heeft of niet, en zo ja in welke mate. En als de verzekerde dat eenmaal nodig heeft, is de Raad van mening dat een dergelijke aanpassing/maatregel dan niet tot het gewenste doel/resultaat, namelijk gedragsverandering en/of kostenverlaging, zal leiden.

Bovendien vindt de Raad dat voornoemde voorgestelde aanpassing/maatregel juist averechts zou kunnen werken, aangezien verzekerden die niet of nauwelijks gebruik maken van de AZV, juist (meer) geneigd zouden kunnen worden om hier (meer) gebruik van te zullen maken. Dit vooral omdat ze juist geconfronteerd worden met hun (niet of nauwelijks) geconsumeerde medische zorgkosten in verhouding tot wat zij totaal aan AZV premies betalen. Tevens zou dit kunnen leiden tot afname van de mate van bereidheid tot solidariteit.

Het introduceren van zo'n maatregel zou volgens de Raad geen meerwaarde hebben en dus niet bijdragen aan het beheersen van de zorgkosten en het tegengaan van verspilling en/of misbruik, maar zou kunnen leiden tot extra kosten voor de UO AZV i.v.m. de hiervoor noodzakelijke aanpassingen t.b.v. de administratieve procedures (zoals extra papierenwerk, etc.).

### **1.2. Het introduceren van eigen betalingen als “remgeld”**

De Raad is van mening dat het vermijden van overbodige zorgconsumptie en dus kostenbewustzijn in eerste instantie slechts bereik kan worden door

bewustwording/bewustmaking via het geven van voorlichting en door het opvoeden van burgers (educatie).

Verder is de Raad van mening dat het introduceren van enige vorm van eigen betalingen pas tot het vermijden van overbodige zorgconsumptie en dus tot kostenbewustzijn (als “remgeld”) zal leiden, indien het zorgaanbod bij de 1<sup>ste</sup> lijn (maar ook de 2<sup>de</sup> lijn) goed geregeld is. Momenteel is het zorgaanbod bij de 1<sup>ste</sup> lijn namelijk niet altijd even toegankelijk. Zo zijn er bijvoorbeeld momenteel 43 huisartsen gecontracteerd door AZV beschikbaar in verhouding tot 108.237 verzekerden ingeschreven bij de AZV<sup>1</sup>. Dit betekent dus dat er momenteel op Aruba 2.517 ingeschreven verzekerden per fulltime huisartsenpraktijk zijn<sup>2</sup>. Gegeven het totaal aantal verzekerden zouden 43 huisartsen voldoende moeten zijn, echter de AZV geeft aan in gesprek te zijn met de Huisartsenvereniging Aruba (HAVA) om de normpraktijk grootte verder te verlagen, teneinde de toegankelijkheid/beschikbaarheid van de huisartsen te vergroten. Bovendien laat de beschikbaarheid en bereikbaarheid (openingstijden) van de Huisartsenpost (HAP) te wensen over. Door de capaciteit, toegankelijkheid en kwaliteit bij de 1<sup>ste</sup> lijn zorgaanbod te vergroten en te verbeteren kan beter “aan de poort” gecontroleerd en gescreend worden en voorkomen worden dat verzekerden onnodige/overbodige zorg krijgen en/of een omweg gaan maken en zich voor bijvoorbeeld niet acute zorg bij de Spoed Eisende Hulp (SEH) of bij de Instituto Medico San Nicolas (Imsan) gaan melden.

Naast het goed regelen van het zorgaanbod bij de 1<sup>ste</sup> lijn, vindt de Raad dat voordat enige vorm van eigen betalingen geïntroduceerd kan worden, ook de positieve lijst van de AZV herzien dient te worden. Dit om besparingen op de kosten van geneesmiddelen te kunnen bereiken. “Over the counter” geneesmiddelen (middelen die zonder recept mogen worden afgeleverd) zouden namelijk uit het vergoedingspakket gehaald kunnen worden. Het betreft hier zelfzorgmiddelen (zoals paracetamol, oogdruppels en laxermiddelen) die niet meer ten lasten van de AZV vergoed zouden moeten worden.

Pas als het zorgaanbod bij de 1<sup>ste</sup> lijn goed geregeld en dus geoptimaliseerd is en het positieve lijst van de AZV herzien is, kan er volgens de Raad overwogen worden of er eventueel een eigen betaling in de vorm van een *eigen bijdrage* geïntroduceerd zou kunnen worden, waarbij eventueel een vast bedrag per

---

1 Bron: AZV, peildatum 10-04-2017.

2 De Nederlandse norm, volgens de AZV, voor wat betreft de praktijk grootte (maximaal ingeschreven verzekerden bij een huisartsenpraktijk), die ook door de AZV gehanteerd wordt, is van 2.475 ingeschreven verzekerden per fulltime huisartsenpraktijk.

eenheid voor sommige medische zorg, hulpmiddelen en/of medicijnen in rekening gebracht zou kunnen worden, mits deze betaalbaar en sociaal van aard is. Sociaal van aard in de zin dat er, bij het introduceren hiervan, rekening gehouden dient te worden met kwetsbare groepen, zoals verzekerden met chronische ziektes en de minima (zoals minimumloners, gepensioneerden, bijstandtrekkers).

Verder zou een eigen bijdrage geïntroduceerd kunnen worden bij de HAP, de SEH en de Imsan om te voorkomen dat verzekerden toch voor niet urgente zorg hier komen aankloppen. Uitzonderlijk voor spoed (acute zorgvraag) en/of levensbedreigende gevallen of door tussenkomst van een arts zou dan een verzekerde (zonder een eigen bijdrage te hoeven betalen) bij de SEH en/of Imsan terecht kunnen.

Van de drie voorgestelde vormen van eigen betalingen (namelijk eigen bijdrage, procentuele bijdrage en/of eigen risico), is een meerderheid van de Raad van mening dat -nadat eerst burgers bewustgemaakt worden, het zorgaanbod bij de 1<sup>ste</sup> lijn geoptimaliseerd wordt en het positieve lijst van de AZV herzien wordt- het introduceren van een eigen bijdrage door de verzekerden, (als "remgeld" ten aanzien van de vraag naar (overbodige) zorgconsumptie, of als vorm van medefinanciering door verzekerden), als meest effectief vorm van eigen betaling is. Deze vorm van eigen betaling is volgens de Raad bovendien makkelijker en goedkopere uitvoerbaar (administratief via de zorgaanbieder zelf) dan de andere vormen van eigen betalingen.

Voor wat betreft het introduceren van een *procentuele bijdrage*, waarbij de verzekerde een bepaald percentage van de kosten zelf moet betalen, is de Raad van mening dat deze vorm van eigen betaling niet of het minst haalbaar is. Dit aangezien een procentuele bijdrage van prijzige/dure behandelingen (die ook echt nodig zijn) niet betaalbaar zouden zijn voor de verzekerde. De Raad voelt niets voor de introductie van deze vorm van eigen betaling.

Tot slot vindt de Raad dat het introduceren van een eigen risico, waarbij de verzekerde een deel van de verstrekte zorgkosten eerst zelf moet betalen, tot uitstelgedrag zou kunnen leiden. Het uitstellen van noodzakelijke zorg kan tot verslechtering van de gezondheid en dus weer tot hogere zorgkosten leiden. Derhalve is de Raad ook hiervoor geen voorstander van.

In dit kader dient vermeld te worden dat het raadslid, Rudy Geerman, tegen de introductie van elke vorm van eigen betaling is.



### **1.3. Het vaststellen van een wachttijd voor immigranten**

Om te ontmoedigen dat immigranten met een verhoogd risicoprofiel zich hier op Aruba komen vestigen, kan de Raad zich deels vinden in de introductie van een wachttijd van bijvoorbeeld 1 jaar voor immigranten. De Raad vindt echter de term “honeymoon phase”, die gebruikt wordt voor het vaststellen van een wachttijd, niet passend. Door het vaststellen van een wachttijd voor de immigrant, wordt deze immigrant tijdelijk uitgesloten van de AZV, wat dus niet door de immigrant als positief (als een “honeymoon”) ervaren zal worden.

De Raad is van mening dat voordat een wachttijd als maatregel voor immigranten vastgesteld kan worden, allereerst overwogen dient te worden hoe groot deze groep is, welk deel zij uitmaakt van de groep van premiebetalers en dus welke financiële gevolgen deze maatregel voor het fonds zou kunnen hebben. Als gekozen wordt om een wachttijd voor immigranten vast te stellen alvorens zij zich als AZV verzekerden kunnen inschrijven, betekend dit dat deze immigranten in principe ook niet (als premiebetalers) mee zullen bijdragen aan het AZV fonds. Hierdoor kan er een scheve verdeling ontstaan tussen premiebetalers en niet-premiebetalers en zou dit het AZV fonds kunnen aantasten. Bovendien dient er rekening gehouden te worden met de groeiende vergrijzing van de bevolking op Aruba en de effecten hiervan op de gezondheid van burgers en dus op het gebruik van de AZV. De kosten en baten van het vaststellen van een wachttijd als maatregel voor deze kleine groep immigranten met een verhoogd risicoprofiel, de verdeling tussen premiebetalers en niet-premiebetalers en de eventuele aantasting van de AZV fonds als gevolg hiervan dient dus bij het nemen van een beslissing inzake het vaststellen van een wachttijd tegen elkaar afgewogen worden.

Uit informatie van de AZV blijkt dat de ziektekosten van vergunninghouders gemiddeld niet hoger zijn dan die van niet-vergunninghouders (lokalen). Vergunninghouders zijn meestal jonger, fitter en gezonder dan niet-vergunninghouders. Niet-vergunninghouders hebben meestal meer aandoeningen en hogere ziektekosten. Het betreft dus een kleine “risicogroep” die dan door middel van een eventuele vaststelling van een wachttijd voor immigranten aangepakt dient te worden. Een andere manier/alternatief om deze kleine groep immigranten met een verhoogd risicoprofiel aan te pakken is door immigranten selectief toe te laten op Aruba door het uitoefenen van strengere en uitgebreidere gezondheidscontroles vooraf (“aan de poort”). De Raad heeft reeds over een selectief toelatingsbeleid geadviseerd in het SER-adviesnota “Restrictief & Selectief Toelatingsbeleid” d.d. mei 2015.





Verder zou er ook eventueel gedacht worden om de immigranten voor eventueel een bepaalde periode een hogere en/of een extra premiebedrag te laten betalen en zodoende het risico van misbruik van de AZV door immigranten te dekken (risicodekking/kostendekking). Echter dient hier uitgezocht te worden in hoeverre er sprake zou kunnen zijn van schending van eventuele (internationale) verdragsverplichtingen schendt. Aangezien de Raad (vanwege ontbrekende gegevens) onvoldoende inzicht heeft in de financiële gevolgen hiervan voor het AZV fonds, is het moeilijk om gedegen te adviseren ten aanzien van deze maatregel.



## 2. Advies van de Raad

Op basis van voornoemde overwegingen met betrekking tot de aanpassingen/maatregelen die door de Minister van Volksgezondheid voorgesteld zijn in zijn adviesverzoek, adviseert de Raad het volgende:

- Het niet introduceren van periodieke inzichtelijke zorgnota's gespecificeerd naar type geleverde zorg aan verzekerden, aangezien dergelijke introductie geen meerwaarde zal hebben bij het vergroten van het kostenbewustzijn bij de zorggebruikers en zal dus verspilling en/of misbruik niet tegengaan. Deze voorgestelde aanpassing zou juist averechts kunnen werken en de solidariteit van de premiebetalers verminderen. Bovendien kan deze voorgestelde aanpassing tot extra administratieve kosten leiden;
- Alvorens er überhaupt gedacht kan worden aan het introduceren van een eigen betaling in de vorm van een eigen bijdrage voor bepaalde zorg (dat ook nog betaalbaar en sociaal van aard moet zijn), dient aan de volgende punten gewerkt te worden om overbodige zorgconsumptie en dus kostenbewustzijn te kunnen bereiken:
  - bewustwording/-making door het geven van voorlichting en het opvoeden van de burgers (educatie);
  - het zorgaanbod bij de 1<sup>ste</sup> lijn goed te regelen en te optimaliseren;
  - de positieve lijst van de AZV te herzien.
- Alvorens een wachttijd voor immigranten vastgesteld wordt, dient er eerst overwogen worden hoeveel van deze immigranten deel zouden maken van de groep premiebetalers indien zij niet uitgesloten zouden worden van de AZV en welke gevolgen het vaststellen hiervan voor het AZV fonds kan hebben. Verder zou gekozen kunnen worden om in plaats van een wachttijd vast te stellen, een selectief toelatingsbeleid toe te passen met strengere en uitgebreidere gezondheidscontroles vooraf. Een ander alternatief zou kunnen zijn om een hogere en/of een extra premiebedrag als risicodekking voor immigranten te introduceren.

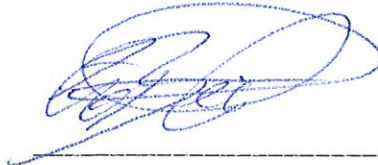


Oranjestad, 2 mei 2017



---

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



---

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



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