



Advies van de Sociaal Economische Raad inzake het voorstel tot het invoeren van een Algemene Ziektekostenverzekering

Inleiding

De Raad heeft krachtens artikel 28 van de Wet Sociaal-Economische Raad in zijn vergadering van 27 september 2010 besloten om uit eigen beweging een algemeen advies uit te brengen over het invoeren van een Algemene Ziektekostenverzekering, zoals voorgesteld in het concept van april 2009 voor de Wet Algemene Ziektekostenverzekering (Concept Wet AZV 2009).

Behalve van de Concept Wet heeft de Raad kennis genomen van schriftelijke informatie, die aan de Raad is verstrekt door de Commissie AZV, het rapport getiteld 'Opstellen van het voorbereidingsdossier voor een algemene zorgverzekering in Suriname' van 24 maart 2008 en de rapporten getiteld 'Blauwdruk Inrichting Organisatie' en 'Financiële Projecties Kosten AZV', beide van september 2010. In het onderhavige advies zijn bovendien betrokken de gedachtewisselingen die de Raad op 06 december 2010 heeft gehad met de actuaris mevr. Drs. I. Venetiaan, medeauteur van de rapporten van 2010, op 20 december 2010 met de Commissie AZV onder voorzitterschap van mevr. Drs. C. Alendy en op 11 januari 2011 met de heren Dr. R. Brohim en Mr. H. Essed, de auteurs van het rapport van 2008.

Verantwoording

De Raad heeft zich in de beraadslagingen die tot dit advies hebben geleid toegelegd op het formuleren van standpunten omtrent:

- a. de uitgangspunten
- b. de doelstellingen
- c. de financieringsmodaliteit
- d. de uitvoeringsmodaliteit

zoals deze worden voorgesteld in de Concept Wet AZV 2009.

De standpunten zijn geformuleerd aan de hand van de volgende criteria:

- a. haalbaarheid en duurzaamheid
- b. sociale rechtvaardigheid

- c. effectiviteit en kwaliteit
- d. efficiëntie.

Met toepassing van deze criteria zijn, indien en voor zover de ingenomen standpunten daartoe aanleiding gaven, voorstellen gedaan voor alternatieve oplossingen die de invoering en werking van een algemene ziektekostenverzekering naar het oordeel van de Raad kunnen bevorderen.

De uitgangspunten

Het centrale uitgangspunt van het voorstel zoals vervat in de Concept Wet AZV 2009, is dat het bestaande regime van ziektekostenverzekering dermate onvolledig, gefragmenteerd, incoherent en onbillijk is, dat een radicale wijziging door de introductie van een fundamenteel nieuw regime geboden is. Dit uitgangspunt is niet vanzelfsprekend. Het is in beginsel ook mogelijk om de doelstellingen van een algemene ziektekostenverzekering te realiseren door het volgen van een traject waarin wordt gewerkt aan een gefaseerde verbetering van het bestaande regime, een marginale aanpassing ervan of een aanvulling ervan met meer waarborgen.

De karakteristieken van de mogelijke onderdelen van dit traject zijn in de bijlage “Overzicht van mogelijke regimes voor algemene gezondheidszorg” geïndiceerd. Geïndiceerd en niet gedefinieerd, omdat bij een gefaseerde uitvoering na de realisatie van elk onderdeel de volgende onderdelen waar nodig vanwege gewijzigde omstandigheden en opvattingen kunnen worden aangepast. Uit de Concept Wet AZV 2009 en de bijbehorende toelichting blijkt niet dat de voorgestelde radicale wijziging van het bestaande regime met deze alternatieve benadering is vergeleken en dat de voor- en nadelen van de beide benaderingen zijn afgewogen.

Hoewel het niet mogelijk is om in het kader van het advies van de Raad de twee benaderingen in kwalitatief en kwantitatief opzicht grondig af te wegen en aan de hand van de hierboven aangegeven criteria eenduidig vast te stellen welke benadering de voorkeur verdient, zal de Raad trachten om tot een beredeneerd standpunt te komen. De belangrijkste overwegingen die bij de vergelijking worden betrokken zijn de rol die aan overheid en markt wordt toebedeeld, de plaats van regulering en zelfregulering ter waarborging van kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidszorg, de beschikbaarheid van financiële middelen en het tijdspectief.

De doelstellingen

De hoofddoelstelling van de Concept Wet AZV 2009 is gerelateerd aan het in de grondwet in artikel 36 gegarandeerde recht op gezondheid. Definiëring van strekking en omvang van dit sociale grondrecht is bepalend voor de norm van toegankelijkheid en uniformiteit van basisgezondheidszorg, de vaststelling van het basispakket dat door een algemene ziektekostenverzekering moet worden gedekt en voor de wijze en mate van betrokkenheid van staat en markt bij een dergelijke verzekering.

Er zijn in beginsel drie vormen waarin aan het recht op gezondheidszorg gestalte kan worden gegeven. De eerste vorm is de geheel particuliere gezondheidszorg waarin gezondheid wordt

aangemerkt als een particulier goed waar elke burger zelf voor verantwoordelijk is en waarvan de zorg door het marktmechanisme tot stand komt. Dit 'liberale' model past vanwege het onvermogen van een gedeelte van de samenleving om zelf de gezondheidszorg te bekostigen niet bij de erkenning van gezondheidszorg als een sociaal grondrecht voor de naleving waarvan de staat verantwoordelijk is. De tweede vorm is die waarbij de staat algehele gezondheidszorg aanmerkt als haar verantwoordelijkheid en daarom een universeel alomvattend systeem van kosteloze gezondheidszorg onderhoudt. Deze vorm past in een sterk sociaal georiënteerde maatschappelijke orde. De derde vorm is een gemengd systeem. Dit systeem is gebaseerd op een onderscheid binnen de gezondheidszorg tussen delen die worden beschouwd als 'publieke goederen' - waar de staat voor verantwoordelijk is – en delen die worden beschouwd als 'private goederen' waar de individuele burger zelf voor moet zorgen. De grens tussen 'publieke goederen' en 'private goederen' is afhankelijk van maatschappelijke omstandigheden en opvattingen. Overigens aanvaardt de staat in elk van de drie systemen ook ten aanzien van elementen van het systeem, waar zij geen operationele verantwoordelijkheid voor draagt, eindverantwoordelijkheid voor de algemene beschikbaarheid van gezondheidszorg en voor de financiering en de kwaliteit van die zorg.

Het voorstel van de Concept Wet AZV 2009 opteert kennelijk voor een gemengd systeem. Daarbij wordt een standpunt ingenomen omtrent de afbakening van wat als publieke goederen en wat als private goederen moet worden beschouwd. Hoewel bij deze afbakening van de domeinen van de overheid en de particuliere sector de politieke onderbouwing en veronderstellingen omtrent de doelmatigheid van overheidszorg en particulier initiatief van belang zijn, zijn deze veronderstellingen niet in het voorstel geëxpliciteerd. Bovendien is de grens in de praktijk mede afhankelijk van hetgeen de samenleving zich actueel en in tijd financieel kan veroorloven. Het voorstel gaat er kennelijk van uit dat de staat de bijdrage die zij thans financieel aan de gezondheidszorg levert continueert en dat de eventuele meerkosten van de introductie van het nieuwe regime door de samenleving worden opgebracht door inning van een bestemmingsheffing die aan alle burgers voor het bekostigen van het basispakket van de algemene ziektekostenverzekering zal worden opgelegd. In het voorstel is niet aangegeven of er rekening is gehouden met kostenstijgingen die de duurzaamheid van het voorgestelde regime in gevaar kunnen brengen.

Beperktheid van middelen voor financiering van de algemene ziektekostenverzekering is in de eerste plaats belangrijk voor de definiëring van het basispakket van gezondheidszorg voor de voorziening waarvan de staat de verantwoordelijkheid op zich neemt (de publieke goederen). Hetgeen burgers boven het basispakket aan ziektekosten willen verzekeren is geheel buiten de sfeer van de wet gehouden en aan marktwerking overgelaten. De ervaring leert dat de kansen van succes van een goede algemene voorziening vooral liggen in de juiste afstemming van dit pakket op de middelen die beschikbaar zijn voor de financiering ervan. Maar evenzo belangrijk is dat de staat door het stimuleren van de beschikbaarheid van de zorg, de vaststelling van tarieven en kwaliteitscontrole betrokken is bij de voorziening van het gedeelte van de zorg dat niet vanwege een overheidsmaatregel gefinancierd kan worden en waar de individuele burgers dus zelf voor verantwoordelijk zijn (de private goederen).

Het voorstel heeft als beginsel gelijke toegankelijkheid voor een ieder tot eenzelfde basispakket waarin voorzien wordt door een algemene ziektekostenverzekering, die gefinancierd wordt door een bijdrage van de overheid, aangevuld met de opbrengsten van een bestemmingsheffing die iedere burger verschuldigd is. Deze opzet van de financiering van de AZV houdt er geen rekening mee dat werkgevers in beginsel de kosten, die zij thans besteden aan de medische zorg die na de invoering van de AZV uit het basispakket wordt genoten, zullen besparen.

Bij de vaststelling van de omvang van het basispakket moeten tenminste vier factoren worden meegenomen: (i) wat moet worden beschouwd als een minimum om nog te voldoen aan de collectieve verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg, (ii) wat de samenleving collectief kan opbrengen om zich van deze collectieve verantwoordelijkheid te kwijten, (iii) in hoeverre verkregen rechten en aanspraken moeten worden gerespecteerd (iv) in hoeverre mogelijkheden voor het genieten van gezondheidszorg boven het basispakket in voldoende mate aanwezig zijn. Het is niet duidelijk of in het voorstel deze vier factoren zijn betrokken en op welke wijze zij de samenstelling van het basispakket hebben beïnvloed. Ook in het rapport 'Financiële Projecties Kosten AZV' komen deze vragen niet aan de orde. Kennelijk is het basispakket aan medische zorg, dat thans particulier verzekerd pleegt te worden zonder meer als norm gebruikt.

Kostenvermindering, kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering zijn belangrijke nevendoelen van de introductie van een algemene ziektekostenverzekering, maar specifieke voorzieningen met dat doel voor ogen, krijgen in het voorstel - en in het rapport 'Financiële Projecties Kosten AZV'-onvoldoende aandacht.

De financieringsmodaliteit

Met betrekking tot de voorgestelde financieringsmodaliteit gaat het vooral om de vraag of financiering door middel van continuering van de huidige bijdrage uit de overheidsbegroting, aangevuld met een bestemmingsheffing - mede met het oog op de fiscale, sociale en economische consequenties daarvan - een haalbare en duurzame oplossing is. Dit is een zwaarwegende vraag die overigens de noodzaak van toetsing van dit financieringsmodel aan de overige criteria (sociale rechtvaardigheid, effectiviteit en kwaliteit, en efficiëntie) onverlet laat.

De overheid heeft verschillende mogelijkheden voor de financiering van de basisgezondheidszorg ('de publieke goederen'). De twee basismodaliteiten zijn uit algemene belastingen en uit aan loon gerelateerde heffingen. De keuze tussen beide hangt onder meer af van de omvang van het nationaal verloonde bedrag. Zelfstandigen en degenen die in de informele sector opereren, vallen immers buiten de aan loon gerelateerde heffing. De relatief grote informele sector van Suriname is wellicht een overweging die aan de keuze voor de financiering uit algemene belastingen ten grondslag ligt.

Een heffing uit algemene belastingen kan geschieden uit directe of indirecte belastingen. Aan het voorstel ligt een combinatie van deze beide opties ten grondslag. Een deel van de kosten (het bedrag dat thans door de overheid aan gezondheidszorg wordt besteed) komt uit directe belastingen en een deel (het ontbrekende bedrag voor de bekostiging van het basispakket aan

gezondheidszorg voor een ieder) wordt middels een bestemmingsheffing gefinancierd. Twee belangrijke opmerkingen kunnen hierbij worden gemaakt. De eerste is dat de aanneming van een ongewijzigde continuering van de bijdrage van de overheid voorbijgaat aan de wenselijkheid of zelfs noodzakelijkheid tot vermindering en beheersing van de bijdrage van de overheid aan de gezondheidszorg. De tweede opmerking is dat aanvulling van de bestaande bijdrage van de overheid door middel van een bestemmingsheffing zowel een efficiënte oplossing is als een vorm van financiering die, door differentiaties in voorwerpen en tarieven, aan de eis van billijkheid tegemoet kan komen. In samenhang beschouwd roepen beide opmerkingen de vraag op of het voorstel geen aandacht had moeten besteden aan optimalisering van beide financieringsbronnen. Bij een dergelijke optimalisering zou er rekening mee moeten worden gehouden dat de haalbaarheid en de duurzaamheid van de financieringsmodaliteit behalve van efficiëntie - in de zin van inbaarheid - en billijkheid mede afhankelijk is van macro-economische effecten en politieke aanvaardbaarheid.

De uitvoeringsmodaliteit

Het voorgestelde stelsel voorziet, als uitvoeringsmodaliteit voor de voorziening in het basispakket aan gezondheidszorg, in een combinatie van staatszorg en marktwerking. De vraag kan gesteld worden of er in dit concept voldoende waarborgen besloten voor regulering van de dienstverlening met het oog op eisen van duurzaamheid en effectiviteit (kwaliteit). Eveneens rijst de vraag of met het oog op de efficiëntie en de toegankelijkheid van de dienstverlening, voldoende waarborgen voor consumentenbescherming en voor concurrentie tussen dienstverleners en tussen ziektekostenverzekeraars zijn. De volgende analyse wijst uit dat de uitvoeringsmodaliteit die in de conceptwet is verwoord, niet tot een bevestigende beantwoording van deze twee vragen leidt.

Relevante bepalingen in de Concept Wet AZV 2009 suggereren, dat het voorgestelde uitvoeringsmodel in beginsel alle activiteiten die betrekking hebben op de voorziening van het basisziektekostenpakket, onderwerp maakt van een systeem van dwingende regulering, vanwege de overheid met een te beperkte ruimte voor marktwerking en zelfregulering. Deze bepalingen zijn onder meer:

1. Iedere natuurlijke persoon is verplicht tot deelname als verzekerde (artikel 3 lid 2).
2. Aard, inhoud en verstrekkingen van het basisgezondheidspakket worden bij staatsbesluit vastgesteld (artikel 8).

Hoewel de Concept Wet AZV 2009 in artikel 27 als middelen van het Fonds AZV slechts bijdragen van het Ministerie van Volksgezondheid en overmakingen van het Ministerie van Financiën voortvloeiende uit de bestemmingsheffing vermeldt, worden in artikel 42 leden 2 en 3 wijzigingen in de Wet Aansprakelijkheidsverzekering en de Surinaamse Ongevallen Regeling gesuggereerd die erop neerkomen dat de inkomsten van het Fonds AZV ook een deel van de WAM premie en de gehele SOR premie omvatten. Deze premieafdrachten zijn kennelijk bestemd voor het dekken van risico's die deel uitmaken van het basispakket. Een motivering van de doelmatigheid van deze oplossing ontbreekt in de toelichting op het concept.

3. Ziektekostenverzekeraars zijn verplicht degenen die zich wensen te verzekeren als verzekerden in te schrijven (artikel 16 lid 2).
4. Ziektekostenverzekeraars zijn volgens artikel 16 lid 3 in beginsel verplicht om overeenkomsten met elke zich aandienende dienstverlener aan te gaan.
5. Verzekerden kunnen slechts gebruik maken van de diensten van de dienstverleners die met hun ziektekostenverzekeraar een overeenkomst zijn aangegaan (artikel 10).
6. De verzekeringspremies worden ingevolge artikel 12 jaarlijks door de Minister bij Staatsbesluit vastgesteld.
7. De wet voorziet niet in vaststelling van tarieven die dienstverleners aan de ziektekostenverzekeraars in rekening mogen brengen en ook niet in vaststelling van de vergoeding die ziektekostenverzekeraars voor hun diensten zullen ontvangen. Het is dus uit de voorgestelde wetsbepalingen niet duidelijk of deze twee zaken het onderwerp zullen zijn van regulering door de overheid of van de werking van het marktmechanisme. Aangezien regulering van premies nauwelijks mogelijk is zonder regulering van tarieven, mag er van worden uitgegaan dat deze regulering in een andere wettelijke regeling zal plaatsvinden.
8. De artikelen 13 en 14 gaan ervan uit dat rechtspersonen die aan de gestelde voorwaarden voldoen, als ziektekostenverzekeraars zullen worden toegelaten. Het is kennelijk de bedoeling van de Concept Wet AZV 2009 dat de markt van ziektekostenverzekering wordt geliberaliseerd door een 'level playing field' te creëren voor het bestaande SZF en de particuliere ziektekostenverzekeraars. Dit betekent dat het SZF haar monopolie ten aanzien van de ziektekostenverzekering van ambtenaren en landsdienaren kwijtraakt.
9. Ziektekostenverzekeraars zijn vrij in het aanbieden van verzekeringen aanvullend op het standaard gezondheidspakket (artikel 16). Hoewel een vergelijkbare bepaling ten aanzien van de door dienstverleners in rekening te brengen bedragen voor het verlenen van diensten buiten het basisgezondheidspakket niet in de conceptwet is opgenomen mag deze vrijheid voor dienstverleners worden verondersteld. Conceptueel vallen in het uitvoeringsmodel aanvullende verzekeringen op het basis gezondheidspakket en daarmee verband houdende activiteiten buiten de regulering door de overheid en deze zijn dus het voorwerp van het vrije marktmechanisme (concurrentie). Aanspraken op de aanvullende verzekeringen ontstaan uit overeenkomsten met ziektekostenverzekeraars (artikel 16 lid 1) of worden ontleend aan (collectieve) arbeidsovereenkomsten (artikel 6).
10. Het algemene toezicht op de ziektekostenverzekeraars berust volgens artikel 13 bij de Centrale Bank van Suriname en voor zover het de uitvoering van de AZV betreft bij de Zorg Autoriteit Suriname (ZAS).

11. Ten aanzien van het toezicht op de dienstverlening bepaalt artikel 15 in de leden 3 en 4 dat de ziektekostenverzekeraars maatregelen treffen voor de bevordering, bewaking en medische controle op de kwaliteit en de noodzaak van verstrekkingen en volgens artikel 21 sub g. ziet de ZAS erop toe dat de zorgverleners (dienstverleners) hun diensten op effectieve en efficiënte wijze aanbieden.

12. Hoewel in de gekozen uitvoeringsmodaliteit het accent ligt op regulering door de overheid en niet op marktwerking of zelfregulering als belangrijke ordeningsmechanismen, is er geen orgaan specifiek met deze reguleringstaak van de overheid belast. Niet alleen de politieke maar ook de operationele verantwoordelijkheid voor de regulering berust bij de Minister. Een alternatieve oplossing - waarvan niet uit het voorstel blijkt dat deze is overwogen - zou kunnen zijn om de adviserende en toezichthoudende taken van de ZAS met regulerende taken uit te breiden en zodoende de primaire operationele verantwoordelijkheid voor het stelsel van ziektekostenverzekering bij de ZAS te leggen.

Toetsing

Toetsing van dit bestel van wettelijke bepalingen aan de hierboven onder 2. voorgestelde criteria levert het volgende antwoord op:

Haalbaarheid en duurzaamheid

De uitvoeringsmodaliteit kan resulteren in een haalbare en duurzame algemene ziektekostenverzekering. Daarvoor is het nodig dat alle 'stakeholders' continu bij de invulling van de uitvoering van het voorstel betrokken blijven. Bovendien moeten de voor- en nadelen van een 'stapsgewijze verbetering', een 'marginale aanpassing' en 'een aanvulling van het bestaande regime' tegen de voor- en nadelen van de voorgestelde 'radicale verandering' worden afgewogen. Aan de hand van de uitkomst van deze vergelijking moeten de randvoorwaarden en de prioriteiten van overige te nemen maatregelen worden vastgesteld. Deze randvoorwaarden en maatregelen zullen onder andere betrekking hebben op de versterking en modernisering van de instituten die met de regulering, de uitvoering en het toezicht van de gezondheidszorg belast zijn.

Sociale rechtvaardigheid

Het algemene karakter van de toegankelijkheid tot het basisgezondheidspakket en de 'eerbiediging van verkregen rechten' impliceren een aanvaardbare invulling van het beginsel van sociale rechtvaardigheid.

Effectiviteit en kwaliteit

De bewaking van kwaliteit is gelegd bij de ziektekostenverzekeraars als 'poortwachters' en bij de ZAS als het orgaan dat met het toezicht op de uitvoering van de wet belast is. Deze waarborgen onderkennen onvoldoende het specifieke karakter van de beoordeling van effectiviteit en kwaliteit

van de dienstverlening in de gezondheidszorg. De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van medische zorg berust bij de overheid. Aan bestaande wettelijke regelingen op dit stuk wordt thans in de praktijk geen of onvoldoende uitvoering gegeven. Factoren die daartoe bijdragen zijn wellicht het verouderde karakter van de wetgeving en de behoefte aan institutionele versterking van de gezondheidszorg in de zin van organisatie, beschikbare deskundigheid en normen. De effectieve uitoefening van deze overheidstaak is echter een randvoorwaarde voor elke wezenlijke verbetering van de gezondheidszorg. Het wettelijk systeem dat het nieuwe regime introduceert dient daarom deze verantwoordelijkheid nadrukkelijk tot uitdrukking te brengen en in de maatregelen die haar uitoefening waarborgen te voorzien. Overigens ontslaat dit ziektekostenverzekeraars en dienstverleners niet van de verantwoordelijkheid om door zelfregulering de kwaliteit van de gezondheidszorg te bevorderen en het verdient aanbeveling om in het systeem ook daarvoor voorzieningen in te ruimen.

Efficiëntie

Hetgeen omtrent de waarborgen voor kwaliteit en effectiviteit is opgemerkt, geldt ook voor efficiëntie. Aan specifieke waarborgen, in de vorm van het voorschrijven van standaarden, rapportage en controle, wordt in het voorstel geen aandacht besteed. Ook mogelijkheden van optimalisering van dienstverleners zoals ziekenhuizen zijn niet aan de orde gesteld. Dit zijn wellicht niet allemaal maatregelen die van de Wet AZV deel moeten uitmaken, maar het zijn wel randvoorwaarden en maatregelen die voor het succes van elke wezenlijke verbetering van de gezondheidszorg getroffen moeten worden en daarom in het voorstel niet buiten beschouwing mogen blijven.

Conclusies

Een algemene ziektekostenverzekering ter vervanging van de bestaande voorzieningen, die voldoet aan de hierboven vermelde criteria moet aan de volgende randvoorwaarden voldoen:

- Het basispakket is met het oog op de kosten daarvan een minimum pakket dat aan de hand van een verantwoorde classificatie wordt samengesteld. Hierbij is van belang dat het pakket is afgestemd op het bestaande SZF pakket en de standaard pakketten van particuliere ziektekostenverzekeraars.
- Particuliere werknemers en landsdienaren behouden hun huidige aanspraken op hetgeen meer is dan het basispakket. De omvang van het basispakket is bepalend voor de omvang van hun eventuele extra voorzieningen.
- De kosten van openbare en tertiaire gezondheidszorg die thans buiten het verzekeringsstelsel vallen en door de overheid uit het budget worden gefinancierd, zullen geen deel uitmaken van het verzekerd pakket.
- Aangezien realistisch beschouwd de opbrengsten uit de bestemmingsheffing onvoldoende zullen zijn om het basispakket aan gezondheidszorg van werknemers, landsdienaren, houders van sociale kaarten en personen die tot nu toe geen gezondheidszorg genieten, te bekostigen,

zal een aanvulling uit de algemene middelen voor het dekken van eventuele tekorten door de overheid moeten worden gegarandeerd.

- Adequate voorzieningen moeten worden getroffen voor het terugdringen van de kosten van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en maatregelen moeten worden genomen voor effectieve controle op de verstrekking (de kwaliteit) van gezondheidszorg, Het uitgangspunt dat de overheidsbijdrage bij de invoering van het voorgestelde op hetzelfde niveau zal blijven als de huidige kosten die de overheid aan de gezondheidszorg besteedt, betekent een gemiste kans om in het kader van een ingrijpende wijziging in de gezondheidszorg hervormingen en rationalisaties door te voeren.
- Instellingen die thans met de regulering, het toezicht en de uitvoering van de gezondheidszorg zijn belast, moeten worden gemoderniseerd en versterkt en de uitvoering daarvan moet ter hand worden genomen nog voordat een nieuw regime van algemene ziektekostenverzekering wordt geïmplementeerd.

Het advies

Het als bijlage opgenomen “Overzicht van mogelijke regimes voor algemene gezondheidszorg”, geeft een beeld van vier regimes die zouden kunnen worden geïmplementeerd om de tekortkomingen van het bestaande regime in belangrijke mate op te heffen. De vier regimes sluiten elkaar niet uit, maar moeten ook worden gezien als delen van een traject. In het licht van het voorgaande wordt voorgesteld dat, in plaats van een onmiddellijke radicale verandering van het bestaande regime, een in fasen uitgevoerd traject voor de realisatie van de algemene ziektekostenverzekering wordt gevolgd. De eerste fase betreft maatregelen ter verbetering van het bestaande ziektekosten regime als randvoorwaarden voor de institutionalisering van een algemene ziektekostenverzekering. De tweede fase betreft de institutionalisering zelf van een algemene ziektekostenverzekering, waarvan de duurzaamheid is gewaarborgd.

De eerste fase omvat verbeteringen van het bestaande regime door aanvulling en aanpassing daarvan met het vierde en het derde regime van het ‘Overzicht’. Deze fase beoogt het creëren van randvoorwaarden voor de haalbaarheid en duurzaamheid van een algemene ziektekostenverzekering. Deze randvoorwaarden zijn het scheppen van institutionele waarborgen (capaciteit en middelen) voor verbetering van de effectiviteit (kwaliteit) en de efficiëntie (kosten) van de gezondheidszorg. Ook voorzieningen voor de realisatie van deze randvoorwaarden zoals operationalisering van een effectieve medische inspectie, optimalisering van de ziekenhuiszorg, versterking van de preventieve en eerstelijnszorg en de vaststelling van tarieven voor medische diensten zijn deel van deze eerste fase van het traject.

Alle vier regimes veronderstellen de noodzaak om in de basisgezondheidszorg voor degenen voor wie deze thans niet of onvoldoende toegankelijk is, te voorzien. In het kader van deze maatregel moet worden nagegaan of het in deze inderdaad over additionele dekkingen gaat of over bestaande verborgen dekkingen en, of de eventuele additionele kosten kunnen worden opgevangen door besparingen, bereikt door sanering van de huidige verstrekking van medische

zorg die door de overheid op grond van 'sociale indicaties' wordt vergoed. Het feit dat invoering van het voorgestelde regime van een algemene ziektekostenverzekering het belang van deze exercitie overbodig zou maken, is op zich onvoldoende rechtvaardiging om zonder dat aan de overige randvoorwaarden voor de haalbaarheid van een duurzaam regime is voldaan, tot de invoering over te gaan.

Tenslotte maken het bevorderen van mechanismen voor regulering en zelfregulering van verzekeraars en verleners van medische diensten ter beheersing van kosten en verbetering van de 'consumentenbescherming' deel uit van de eerste fase van het traject

In de tweede fase van het traject zal centraal moeten staan de institutionalisering van een duurzaam regime van ziektekostenverzekering. Deze institutionalisering geschiedt door het creëren van een nieuw regime dat voortbouwt op de realisatie van de eerste fase. Dit nieuwe regime beoogt een gelijke aanspraak op een zo groot mogelijk pakket aan medische zorg voor iedere burger. De kosten (met uitsluiting van de kosten van de openbare en de tertiaire gezondheidszorg) worden op basis van een bestemmingsheffing, in beginsel naar draagkracht, omgeslagen over alle burgers, en effectiviteit, kwaliteit en efficiëntie worden door regulering vanwege de overheid en door zelfregulering door ziektekostenverzekeraars en dienstverleners gewaarborgd. De institutionalisering heeft mede tot doel te functioneren als instrument voor continue verbetering van de kwaliteit en de efficiëntie van de gezondheidszorg, door het bevorderen van de implementatie van moderne systemen van kwaliteitscontrole en kostenbeheersing binnen alle bij de gezondheidszorg betrokken organisaties.

Dit advies is tot stand gekomen op de vergadering van de Sociaal Economische Raad van 31 januari 2011 en draagt de volledige instemming van alle leden c.q. plaatsvervangende leden.

Paramaribo,
4 februari 2011

De Voorzitter



Hans R. Lim A Po

De Fgd. Secretaris



Mw. M.J. Jeffrey