

STATEN VAN CURAÇAO

ZITTING 2012 - 2013

LANDSVERORDENING van de
houdende een nieuwe wettelijke voorziening ter
verzekering van kosten ingeval van ziekte
(Landsverordening basisverzekering ziektekosten)

MEMORIE VAN TOELICHTING

No. 3

§ 1. Algemeen

1.1 Introductie

1.1.1 Stelselherziening van de gezondheidszorg

De regering heeft in het kader van continuïteit van beleid een start gemaakt met het nader vorm en inhoud geven aan de stelselherziening van de gezondheidszorg. De beleidsvisie ten grondslag van deze stelselherziening heeft als oogmerk het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, het vergroten van de toegankelijkheid van de zorg, het beheersen van kosten in de zorg en een verschuiving van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid. Met deze regeling beoogt de regering voorts een harmonisatie van de huidige verbrokkelde regelgeving ter zake de toegang tot voorzieningen van de gezondheidszorg onder te brengen in een nieuwe wettelijke basisverzekering voor ziektekosten. De ervaring leert dat het effectueren van een stelselherziening minimaal een periode van vijf jaar neemt. Het is van eminent belang dat het effectueren van de stelselherziening een betrouwbaar en toetsbaar traject is waarbij sociale partners, andere maatschappelijke groeperingen en de overheid in een continue dialoog met elkaar toe werken naar een succesvolle afronding van de stelselherziening.

De hoekstenen van het nieuwe stelsel zijn onder meer een nieuw ziekenhuis, Nos Hospital Nobo; een centraal aangestuurde ziekenhuisorganisatie met daarbij een logische functieverdeling tussen het Algemeen Ziekenhuis en de satellieten; een Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf, GMSB; een keten samenhangende, kwalitatief en op de zorgbehoefte afgestemde eerstelijnszorg, cure en care; een nieuwe beloningsstructuur in de gezondheidszorg, Nieuwe Beloningstructuur Gezondheid (NBG) en normering van apotheken, waarbij het naast de honorering gaat om het continu verbeteren van de organisatie en de kwaliteit; de verlaging van die zorgkosten die naar internationale maatstaven bovenmatig zijn zoals die van geneesmiddelen; een governance structuur met voldoende checks & balances en met een

Curaçaose Zorgautoriteit die verantwoordelijk is voor toezicht en handhaving in de zorg in termen van rechtmatigheid en doelmatigheid; een proactieve inzet op gedrag en gezondheid, Kòrsou Salú; inzicht in de actuele zorgkosten, Zorgrekeningen Curaçao; inzicht in de gezondheidstoestand van de Curaçaose bevolking op basis van een 4 jaarlijkse Nationale Gezondheidsenquête; de overdracht van taken van BZV aan SVB en mede daaruit voortvloeiend een uniformering van de publieke ziektekostenregelingen waardoor zo veel mogelijk burgers toegang krijgen tot noodzakelijke zorg inclusief een organisatie van de uitvoering met de gebruikelijke goed governance functiescheiding op de terreinen van heffing en inning, fondsenbeheer, uitvoeringorganisatie en ‘clearing house’; en evaluatie en waar nodig vaststelling van herformuleerde wet- en regelgeving.

Deze stelselherziening dient zoveel mogelijk bij te dragen aan een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorgen gebaseerd te zijn op solidariteit en maatschappelijk draagvlak. Gegeven de huidige verbrokkelde situatie ten aanzien van de ziektekostenverzekeringen en de knelpunten in de zorg zoals beschreven in hoofdstuk 3 is het naar de mening van de regering onvermijdelijk en noodzakelijk een eerste stap te zetten om tot uniformering te komen, die zal resulteren in een basisverzekering ziektekosten voor alle verzekerden van de SVB en voorheen BZV¹.

In het navolgende wordt, conform het advies van de SER, uitgegaan van een uniformering van de bestaande publieke ziektekostenregelingen en betreft de voorliggende basisverzekering ziektekosten hoofdzakelijk de verzekerdenpopulatie van de SVB.

1.1.2 De rol van de overheid in internationaal perspectief

Artikel 25 van de Staatsregeling van Curaçao luidt als volgt: “De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid”. Deze bepaling sluit aan bij internationale verdragsverplichtingen zoals daar onder meer zijn: artikel 12, eerste lid, van het Internationaal Verdrag inzake de Economische, Sociale en Culturele Rechten en artikel 24, eerste lid, van het Verdrag inzake de rechten van het kind. Het recht op gezondheidszorg zoals dat in genoemde verdragen en ook bijvoorbeeld in het Europees Sociaal Handvest is omschreven, heeft het karakter van een sociaal grondrecht. Een sociaal grondrecht geeft de burgers aanspraak op een inspanning van de overheid op die gebieden, waar dat overheidshandelen bijdraagt tot een menswaardig bestaan. De bepalingen in genoemde verdragen geven slechts minimumnormen aan, die door de nationale wetgevers, dan wel de nationale rechters, aan de hand van onder meer toelichtende verdragscommentaren en relevante wetenschappelijke literatuur, nader ingevuld moet worden. In dit verband verdient vermelding een belangwekkend rapport dat eind 2005 in Nederland verscheen, waarin met betrekking tot artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten wordt gesteld, dat de overheid een inspanningsverplichting heeft ten aanzien van het aanbod, de organisatie en de financiering van de gezondheidszorgvoorzieningen, en wel zodanig dat er geen ongerechtvaardigd onderscheid wordt gemaakt bij de toegang tot de noodzakelijke zorg.

1.1.3 Directe aanleiding

De onderstaande knelpunten zijn voor de regering dan ook aanleiding om op zo kort mogelijke termijn, uiterlijk 1 januari 2013, de bestaande ziektekostenregelingen van de SVB

¹ De cure taken van BZV zijn per 1 mei 2012 overgedragen aan de SVB. Waar in deze memorie van toelichting wordt verwezen naar de SVB omvat deze dus ook de voormalige regelingen van BZV ten aanzien van cure.

en voorheen het BZV te uniformeren en te standaardiseren tot een basisverzekering ziektekosten en deze per genoemde datum in werking te laten treden:

- door de schaalgrootte wordt de dekking van de ziektekosten van een aantal regelingen verdeeld over kleine groepen en is deze, zonder maatregelen, in de toekomst niet meer te financieren (toename verzekerden met hoge schadelast);
- in het huidige stelsel zijn er ingezetenen die, al dan niet door eigen toedoen, onverzekerd of onderverzekerd zijn;
- personen die, vanwege een verhoogd risico, door de particuliere zorgverzekeraars gedeeltelijke of geheel worden uitgesloten voor ziektekostenverzekering;
- personen, die illegaal op Curaçao verblijven en toch als spoedgeval onbetaald gebruik maken van de voorzieningen;
- geen adequaat sturingsmechanisme ten aanzien van de vraag-, aanbod- en prijsregulering, maar een open eind financiering;
- de huidige wet- en regelgeving is onvoldoende toegesneden op het bereiken van een goede prikkel voor doelmatigheid en er bestaan onvoldoende mechanismen om gepast gebruik van de zorg door de verzekerde te vorderen;
- een hoog uitgavenniveau door een ondoelmatige organisatie en inrichting van het zorgaanbodstelsel.

In het jaar 2010 is door de toenmalige regering de Projectgroep Herstructurering Cure ingesteld met als doel het bewerkstelligen van een basisverzekering voor de ziektekosten, met uniforme zorgvoorzieningen voor de populaties van het BZV en de SVB op Curaçao.² Daarbij werden aanvullend als randvoorwaarde taakstellende besparingen geëist op de begroting van Curaçao voor wat betreft de volksgezondheid, zonder dat dit echter ten koste mocht gaan van de kwaliteit van zorg. Genoemde Projectgroep heeft op 28 maart 2011 advies uitgebracht. Op basis hiervan heeft de toenmalige regering op 12 oktober 2011 een besluit genomen en is in maart 2012 een nieuwe projectgroep verzocht een eindadvies te formuleren, dat zou moeten leiden tot het tot stand brengen van de landsverordening ziekteverzekering per 1 juli 2012. Dit advies onder de naam Basisverzekering ziektekosten land Curaçao werd op 18 mei 2012 uitgebracht. Op basis van dit advies en de genomen regeringsbeslissingen is de onderhavige ontwerp-landsverordening opgesteld. Deze zijn voor advies en consultatie op 22 mei 2012 voorgelegd aan de Sociaal-Economische Raad (SER) en het Centraal Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken (CGOA).

1.1.4 De basisverzekering ziektekosten op hoofdlijnen

De hoofdelementen van de basisverzekering ziektekosten zijn:

- Verzekerden: de huidige verzekerden bij SVB en voorheen BZV alsmede de hier werkzame niet-ingezetenen
- Pakket: een over de bestaande fondsen heen geüniformeerd en gestandaardiseerd aansprakenpakket waarbij bij de samenstelling van

² De cure taken van BZV zijn per 1 mei 2012 overgedragen aan SVB. Ten tijde van de projectgroep Hercure werden deze echter nog door BZV uitgevoerd.

het pakket de Trechter van Dunning als best practice is gebruikt. Hierdoor is sprake van noodzakelijke en doelmatige zorg.

- Financiering:
- nominale premie
 - inkomensafhankelijke premie
 - Landsbijdrage
- Uitvoering:
- een uitvoeringorganisatie, die tevens de zorgcontracten met de zorgaanbieders sluit en bewaakt en die misbruik voorkomt en tegengaat.
- Toezicht:
- op rechtmatigheid en doelmatigheid door de Curaçaose Zorgautoriteit (CZA)
 - op de toepassing van protocollen en onderzoek van ongevallen en bijna ongevallen door de Inspectie van de Volksgezondheid (IVG).

1.2 De basisverzekering ziektekosten

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- De zorgplicht
- Kring van verzekerden
- De verstrekkingen en de aanspraak daarop
- Beleid, Fondsbeheer, Uitvoering en Toezicht
- Bezwaar en Beroep
- De financiering

1.2.1 De zorgplicht

In de Basisverzekering ziektekosten worden wettelijk die zaken geregeld, welke direct betrekking hebben op de zorgplicht van de overheid, waarbij de verzekerde aanspraak kan maken op de afgesproken zorg en de zorgaanbieders daarvoor worden betaald. Hiertoe worden de volgende aspecten wettelijk geborgd:

- De toegang tot de zorg;
- De aard van de zorg;
- De bekostiging van de zorg;
- De waarborg voor de continuïteit van de zorg.

De voor de uitvoering daarvan noodzakelijke elementen die betrekking hebben op de kwaliteit, het volume en de kosten voor de individuele zorgverlening worden vastgelegd in contracten tussen de verschillende partijen in het zorgstelsel. Zorgafspraken worden vastgelegd in procedures en protocollen die in goed onderling overleg dienen te worden beheerd. Doelmatigheid en bewezen werking zijn hierbij de criteria welke met de zorgverleners worden afgestemd.

1.2.2 Kring van verzekerden

De doelgroep van verzekerden in de Basisverzekering ziektekosten omvat tenminste de populatie van SVB en voorheen BZV (PP-populatie)³. Er is rekening gehouden met verzekerden binnen de huidige publieke fondsen PP- en ZV, SGTZ (Stichting Garantie Toegankelijkheid Zorg) en FZOG, in aantal circa ruim 100.000 verzekerden.

1.2.3 De verstrekkingen en de aanspraak daarop

Noodzakelijke zorg

Op basis van het rapport van de projectgroep “Herstructurering Cure” van 28 maart 2011, zijn de verschillende ziektekosten regelingen van de populaties SVB en voorheen BZV geüniformeerd.

Voor deze uniformering is gebruik gemaakt van de “Trechter van Dunning”⁴ (best practice), waarbij onder meer getoetst is op de criteria ‘noodzakelijke zorg’, ‘werkzame zorg’ en ‘doelmatige zorg’.

Volgens het eerste criterium moet de zorg ‘noodzakelijk’ zijn ofwel worden voorbehouden aan mensen die het echt nodig hebben. Ten tweede moet collectief gefinancierde zorg ‘werkzaam’ zijn. Er moet redelijkerwijs kunnen worden aangenomen dat een medische verrichting werkt zoals bedoeld (evidence-based medicine). Ook moet zorg ‘doelmatig’ zijn ofwel de kosten van zorg moeten in een redelijke verhouding staan tot de opbrengsten.

Noodzakelijke zorg moet een bewezen werkzaamheid hebben en doelmatig zijn. Het toetsen van doelmatigheid en rechtmatigheid zal worden belegd bij de Curaçaose Zorgautoriteit.

Het resultaat is een verstrekkingenpakket dat min of meer vergelijkbaar is met de huidige Ziekteverzekering, het ZV-pakket (grootste groep verzekerden). Voor sommige verzekerden betekent dit een beperkte verbetering.

Alle andere zorg die niet voldoet aan deze criteria, valt onder gewenste zorg en kan aanvullend worden verzekerd. Het is aan de medisch deskundigen om te oordelen of de gewenste zorg niet aan bovenvermelde criteria voldoet.

Verstrekkingen in het basispakket

Elke verzekerde kan een gelijke aanspraak maken op de verstrekkingen in de basisverzekering ziektekosten.

In de basisverzekering ziektekosten zijn de volgende verstrekkingen opgenomen:

- geneeskundige zorg, die zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, laboratoriumonderzoek, psychologen die bieden;
- paramedische zorg, die fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieet advisering, omvat;
- verloskundige zorg, kraamzorg;

³ De cure taken van BZV zijn per 1 mei 2012 overgedragen aan de SVB. Waar in deze memorie van toelichting wordt verwezen naar de SVB omvat deze dus ook de voormalige regelingen van BZV ten aanzien van cure.

⁴ Hierbij wordt verwezen naar het rapport van de projectgroep “Herstructurering Cure” van 28 maart 2011.

- mondzorg, die zorg omvat zoals tandartsen, orthodontisten, mondhygiënisten die bieden;
- farmaceutische zorg (limitatieve lijst);
- kunst- en hulpmiddelenzorg (deels limitatieve lijst);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg (incl. psychiatrische zorg en revalidatie);
- thuiszorg zoals verpleegkundigen die bieden;
- vervoer, dat ziekenvervoer per ambulance (spoedeisend) en aangepast voertuig (besteld al dan niet met begeleiding) omvat.
- alle noodzakelijke zorg binnen het basispakket welke niet lokaal kan worden verkregen, komt in beginsel in aanmerking voor medische uitzending.

De aard, inhoud, omvang en voorwaarden van deze verstrekkingen is verder uitgewerkt bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen.

Door de toepassing van de “Trechter van Dunning” vallen de volgende vormen van zorg buiten het basispakket:

- tandheelkunde met uitzondering van preventie voor personen onder de 18 jaar en orthodontie slechts op basis van medische indicatie;
- laboratoriumonderzoek dat geen directe relatie heeft met de geneeskunde (“Cure”) waaronder DNA-onderzoek, alcohol- en drugstesten, bedrijfskeuringen etc.;
- de welzijnsaspecten binnen de thuiszorg (open bejaardenwerk, transport). Deze worden verschoven naar de Care;
- eerste en tweede klasse ziekenhuisligging⁵. Met behulp van de aanvullende verzekering kan hiervan gebruik worden gemaakt.

Uitbreiding van het basispakket met niet noodzakelijke zorg

Het basispakket is uitgebreid met enkele vormen van niet-noodzakelijke zorg. Hieronder valt tandheelkundige zorg voor personen tot 18 jaar: consultatie, diagnostiek, preventie, hygiëne, chirurgie, prothesen conform de voormalige BZV regelingen.

Enkele zorgvormen, welke momenteel beperkt deel uitmaken van de zorg uitgevoerd door de SVB en het BZV, worden opgenomen als een te verzekeren prestatie. Hieronder zijn begrepen vormen van algemene, geïndiceerde, selectieve en zorggerelateerde preventie zoals:

- voorlichting, fysieke metingen en persoonlijke vragenlijsten zoals geboden door Kòrsou Salú;
- vaccinatie voor risicogroepen;
- overgewicht en obesitas;
- hypertensie, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten conform de richtlijnen van cardiovasculair management;
- decubituspreventie;

⁵ De éénklasse ziekenhuisligging is gebaseerd op de plannen van het nieuwe ziekenhuis. Zolang het nieuwe ziekenhuis nog niet operationeel is, moet de kwaliteit van de huidige tweede en derde klasse ligging worden geëvalueerd.

- screening op borst-,baarmoederhals- en prostaatkanker op indicatie;
- astma/COPD;

De kosten hiervan zijn nog moeilijk in te schatten en moeten jaarlijks worden gebudgetteerd. De verwachting is dat de baten, op termijn, de kosten overtreffen.

Verschuivingen van de AVBZ (care) naar de basisverzekering ziektekosten (cure)

Voor een heldere en beheersbare afbakening van medische zorg (basisverzekering ziektekosten) en langdurige zorg voor chronisch zieken (AVBZ) binnen de zorgketen, zijn de volgende additionele grenzen vastgesteld:

- alle verpleeghuiszorg en revalidatie korter dan en gelijk aan 3 maanden, wordt opgenomen in de basisverzekering ziektekosten en langer dan 3 maanden wordt vergoed uit de AVBZ;
- kunst- en hulpmiddelen welke worden gedragen in, aan of op het lichaam vallen onder bepaalde voorwaarden in de basisverzekering ziektekosten. Hiertoe moet door de Uitvoeringsorganisatie een indicatielijst met tarieven worden opgesteld;
- kunst- en hulpmiddelen welke niet in, aan of op het lichaam worden gedragen vallen binnen de AVBZ. Hiertoe moet door de desbetreffende uitvoeringsorganisatie een indicatielijst met tarieven worden opgesteld.

Aanspraak op de verstrekkingen

De Basisverzekering ziektekosten is een verzekering in natura, waarbij verzekerden de zorg op basis van overeenkomsten tussen de Uitvoeringsorganisatie en de zorgverleners ontvangen. De verzekerde maakt aanspraak op de verstrekkingen door zich te wenden tot een zorgaanbieder met wie de Uitvoeringsorganisatie een zorgcontract heeft. De verzekerde dient zich te legitimeren met behulp van de door de Uitvoeringsorganisatie afgegeven bewijs van registratie tezamen met diens geldige identiteitsbewijs. Tegen een afwijzing van vermelde aanspraak door de Uitvoeringsorganisatie, kan de verzekerde bezwaar en beroep aantekenen.

Niet noodzakelijke zorg

Wenselijke, niet primair noodzakelijke, zorg kan worden ondergebracht in een aanvullend pakket waarvoor mensen zich vrijwillig kunnen bijverzekeren (zie artikel 3.2 van de ontwerplandsverordening).

1.2.4 Beleid, Fondsbeheer, Uitvoering en Toezicht

Conform de uitgangspunten van “Good Governance” worden de volgende kerntaken onderscheiden:

- een beleidsorgaan (Ministerie), verantwoordelijk voor richting (koers) en inrichting (organisatie), de prioriteiten en begroting van de zorg;
- een Uitvoeringsorganisatie dat, binnen de afspraken met het Ministerie, verantwoordelijk is voor de inkoop van zorg, het bewaken van de levering daarvan, de uitvoering en het voorkomen en tegengaan van misbruik.

- toezichtsorganen, die toezien op de doelmatige, rechtmatige en zorginhoudelijk juiste uitvoering van de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten.

Het beleidsorgaan: Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN)

De zorgbehoefte blijft veranderen met gevolgen voor de kwaliteit, kwantiteit en kosten van zorg. Als gevolg van de vergrijzing en de groei van het aantal (chronisch) zieken neemt het beroep dat de burger op het verzekerde pakket doet, toe. Deze autonome ontwikkelingen kunnen leiden tot een spanning tussen het zorgaanbod, de zorgvraag en het daarvoor beschikbare macrobudget. Het beleidsorgaan stelt zo nodig de beleidsprioriteiten (beleidskaders) vast met daarbij nieuwe wet en regelgeving.

Het Fondsbeheer

Bij de ontwerp-landsverordening is het Fonds Basisverzekering Ziektekosten geïnstitueerd. Alle kosten die verband houden met de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten ten behoeve van de verzekerden komen ten laste van dit fonds. Het fonds zal beheerd worden door de Uitvoeringsorganisatie.

Het toezicht op het financieel beheer van het Fonds Basisverzekering Ziektekosten zal op een vergelijkbare wijze gebeuren als dat gebeurt in het kader van de Landsverordening Toezicht Verzekeringsbedrijf.

De Uitvoeringsorganisatie

De uitvoering van de basisverzekering ziektekosten wordt gelegd bij de Uitvoeringsorganisatie (geattribueerde uitvoering). Ten aanzien van de uitvoering zijn de volgende voorwaarden gesteld:

1. Mede vanwege de kleinschaligheid en ter vermijding van complexe en kostbare verrekeningen, wordt de basisverzekering ziektekosten uitgevoerd door één uitvoeringsorganisatie;
2. Voorlopig zal de SVB worden belast met de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten.

Het is de verantwoordelijkheid van de Uitvoeringsorganisatie om binnen de kaders van de basisverzekering ziektekosten de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen bij zorgaanbieders, de levering daarvan te bewaken en misbruik te voorkomen en tegen te gaan. De afspraken waarbinnen de Uitvoeringsorganisatie haar taken verricht zijn:

- de wettelijke kaders (toegang tot en aard van de zorg);
- de beleidskaders (prioriteiten Ministerie);
- het beschikbare budget;
- normatieve kaders ten aanzien van de kwaliteit en kosten van zorg.

Ten aanzien van de omvang en kwaliteit van de zorg worden afspraken gemaakt tussen de Uitvoeringsorganisatie en de Zorgaanbieders. De kaders hiervoor en toezicht hierop zullen worden geleverd door de toezichtorganen.

De toezichtorganen

Het streven is om twee toezichtsorganen te laten functioneren in de basisverzekering ziektekosten, namelijk de Curaçaose Zorgautoriteit (CZA) en de Inspectie voor de Volksgezondheid (IVG).

Als waarborg van een zorgstelsel naar internationale maatstaven, dienen beide toezichtorganen onafhankelijk van beleid en uitvoering hun werk te doen.

- De Zorgautoriteit ziet toe op de doelmatige en rechtmatige uitvoering van de basisverzekering ziektekosten.
- De IVG ziet toe op de zorginhoudelijke uitvoering van de basisverzekering ziektekosten (de kwaliteit van zorg).

Daarnaast wordt de Centrale Bank van Curaçao en Sint Maarten belast met het toezicht op het financieel beheer van het Fonds.

1.2.5 Bezwaar en Beroep

In de rechtsbescherming kan onderscheid gemaakt worden tussen beslissingen van administratieve en van medisch inhoudelijke aard. De Landsverordening Administratieve Rechtspraak is van toepassing op alle beslissingen van de Uitvoeringsorganisatie. Voor zover het betreft beslissingen van medisch inhoudelijke aard moet in het geval van een bestuurlijke heroverweging als bedoeld in de Landsverordening administratieve rechtspraak kan de Uitvoeringsorganisatie alvorens te beslissen eerst advies vragen van het medisch adviescollege. Dat advies is bindend.

Terzake van de heffing en inning van de premies wordt aangesloten bij de rechtsbescherming in belastingzaken.

1.2.6 De financiering

In de ontwerp-landsverordening is voorzien in een Fonds Basisverzekering Ziektekosten. Alle kosten die verband houden met de zorg van verzekerden komen ten laste van dit fonds.

Uit het Fonds Basisverzekering Ziektekosten worden de volgende kosten betaald:

- de ziektekosten
- de uitvoeringskosten
- de kosten van toezicht

De uitvoeringskosten zijn gemaximeerd op 7% in 2013, 6% in 2014 en 6% in 2015 van de ziektekosten.

De kosten van toezicht worden tegen werkelijk gemaakte kosten in rekening gebracht.

Het Fonds begint met een reserve van NAf. 0. De inkomsten van het Fonds Basisverzekering Ziektekosten komen uit:

- nominale premie
- inkomensafhankelijke premie
- Landsbijdrage
- Overige inkomsten.

Nominale premie

In beginsel is iedere verzekerde jaarlijks een vast bedrag aan nominale premie verschuldigd. Het bedrag van de nominale premie wordt geregeld bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen. Daarin zal het bedrag van de nominale premie op NAf. 82,-- worden vastgesteld. Iedere verzekerde die aan inkomen in totaal minder dan NAf. 1000,- per maand geniet, is vrijgesteld van de nominale premie. Ook kinderen zijn vrijgesteld. De premie is verschuldigd met ingang van de eerste dag van het jaar dat volgt op de maand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Inkomensafhankelijke premie

Voor de inkomensafhankelijke premie gelden de volgende categorieën van verzekerden met hun bijbehorende premiepercentages:

- Iedereen die in een jaar aan inkomen in totaal NAf. 12.000,- of minder geniet, betaalt in dat jaar geen premie.
- Iedereen die in een jaar aan inkomen in totaal meer dan NAf. 12.000,- geniet en gepensioneerd is betaalt in dat jaar 10% premie over het deel van het gehele inkomen dat minder bedraagt dan NAf. 100.001,-.
- Iedereen die die in een jaar aan inkomen in totaal meer dan NAf. 12.000,- geniet en niet gepensioneerd is betaalt 12% premie over dat deel van het gehele inkomen dat minder bedraagt dan NAf. 100.001,-. Als er sprake is van een werkgever-werknemer relatie komt de premie van 12% voor 75% ten laste van de werkgever en voor 25% ten laste van de werknemer. Dit betekent de facto dat de werkgever 9% premie betaalt en de werknemer 3%.

Landsbijdrage

Er is een jaarlijks door het land te verstrekken bijdrage, welke MNAf. 235 bedraagt in 2013, MNAf. 244 in 2014 en MNAf. 251 in 2015.

§2. Financiële consequenties

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de financiële gevolgen van de introductie van de Basisverzekering ziektekosten en de maatregelen die zijn genomen om de tekorten die ontstaan te kunnen dekken.

Alvorens dit te doen wordt kort stilgestaan bij een aantal instrumenten waarmee de kosten kunnen worden beheerst c.q. verlaagden een aantal instrumenten waarmee de inkomsten kunnen worden verhoogd.

2.1 Instrumenten

Er is een viertal instrumenten om de uitgaven in de zorg te beheersen c.q. te verlagen:

1. eigen betalingen (risico en bijdragen)
2. pakketmaatregelen
3. tariefmaatregelen
4. doelmatigheidsprikkels

Daarnaast is er een viertal instrumenten om de inkomsten in de zorg te vergroten:

1. verhogen van de nominale premie
2. verhogen van het inkomensafhankelijke premiepercentage
3. verlagen van de premie-inkomsondergrens of verhogen van de premie-inkomensbovengrens
4. verhogen van de Landsbijdrage

Een aantal van de bovengenoemde instrumenten is gebruikt voor het vinden van oplossingen voor de financiële gevolgen bij de introductie van de basisverzekering ziektekosten.

2.2. Overzicht van inkomsten en uitgaven in vier scenario's

In onderstaand overzicht worden in termen van kosten en inkomsten de volgende vier situaties voor de periode tot en met 2015 met elkaar vergeleken.

1. Continueren huidige situatie (ongewijzigd beleid dus geen invoering basisverzekering ziektekosten)
2. Basisverzekering ziektekosten , versie d.d. 20 mei 2012 gebruikt in consultatiefase en bij nationale dialoog
3. Basisverzekering ziektekosten, versie d.d. 10 november 2012 opgesteld na consultatie en start nationale dialoog, zonder additionele maatregelen
4. Basisverzekering ziektekosten, versie d.d. 27 november 2012 opgesteld na consultatie en start nationale dialoog, met additionele maatregelen

Het scenario versie d.d. 20 mei 2012 ging uit van de volgende aannames: een groei van de zorgkosten van 3% per jaar, een economische groei van 3% per jaar en een inflatie van 2% per jaar. De administratiekosten bedragen in het model 5% per jaar.

Op basis van de opmerkingen van de SER, de actuele ontwikkelingen en de verwachtingen voor de komende jaren, zijn bovenstaande aannames bijgesteld. Voor de kostenstijging wordt nu 5% aangehouden, inclusief 2% inflatie, voor de economische groei wordt een 0% groei

scenario aangehouden. De landsbijdrage is aangepast naar aanleiding van nieuwe gegevens van het Ministerie van Financiën. Ook ten aanzien van de administratiekosten is een wijziging doorgevoerd. Deze bedraagt in de scenario's van 10 en 27 november 2012 7% in 2013, 6% in 2014 en 6% in 2015. Tenslotte wordt, in tegenstelling tot het model van 20 mei 2012, de kostenverlaging van de geneesmiddelen stapsgewijs ingevoerd.

Onder het overzicht is een uitgebreide toelichting opgenomen.

| Kostenstijging 5% (zorg 3% + inf1 2) per jaar Economische groei 0% | Ongewijzigd | | | | 20-05-12 oude aannames | | | 10-11-12 geactualiseerd, gecorrigeerd na de dialoog | | | 27-11-12 geactualiseerd, gecorrigeerd met additionele maatregelen | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|------------|------------|---|------------|------------|---|------------|------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Zorgkosten | 476 | 500 | 525 | 551 | 443 | 461 | 481 | 458 | 481 | 505 | 458 | 481 | 505 |
| Administratiekosten | 33 | 35 | 37 | 39 | 22 | 23 | 24 | 23 | 24 | 25 | 23 | 24 | 25 |
| KOSTEN | 510 | 535 | 562 | 590 | 465 | 484 | 505 | 481 | 505 | 531 | 481 | 505 | 531 |
| Kostenverhogende elementen | | | | | | | | | | | | | |
| Nog niet gerealiseerde kostenverlaging Geneesmiddelen | | | | | | | | 19 | 10 | 0 | 19 | 10 | 0 |
| Nog niet gerealiseerde verlaging Administratiekosten | | | | | | | | 9 | 5 | 5 | 9 | 5 | 5 |
| Kostenverlagende elementen | | | | | | | | | | | | | |
| Brillen en tandprothesen 18+ uit het pakket | | | | | | | | | | | -6 | -7 | -7 |
| Hartkatheterisatielab | | | | | | | | | | | -2 | -3 | -3 |
| Tarieven Laboratoria | | | | | | | | | | | -4 | -4 | -4 |
| Budgetten Medisch Specialisten | | | | | | | | | | | -4 | -4 | -4 |
| Compliance: terugdringen misbruik verstrekkingen | | | | | | | | | | | -5 | -9 | -15 |
| KOSTENEFFECT CORRECTIES | | | | | | | | 28 | 15 | 5 | 8 | -12 | -27 |
| KOSTEN NIEUW | | | | | | | | 510 | 520 | 536 | 489 | 494 | 504 |
| Premie | 152 | 152 | 152 | 152 | 244 | 251 | 259 | 242 | 242 | 242 | 242 | 242 | 242 |
| Landsbijdrage | 235 | 235 | 244 | 251 | 248 | 256 | 263 | 235 | 244 | 251 | 235 | 244 | 251 |
| INKOMSTEN | 387 | 387 | 396 | 403 | 492 | 507 | 522 | 477 | 486 | 494 | 477 | 486 | 494 |
| Inkomstenverhogende elementen | | | | | | | | | | | | | |
| Verhoging nominale premie | | | | | | | | | | | 2 | 2 | 2 |
| Compliance: aansluiting systemen | | | | | | | | | | | 4 | 6 | 12 |
| Inkomsten verlagende elementen | | | | | | | | | | | | | |
| Premie Pensionadans naar 10% | | | | | | | | -8 | -8 | -8 | -8 | -8 | -8 |
| Premie ondergrens van NAF 1000,- | | | | | | | | -12 | -12 | -12 | -12 | -12 | -12 |
| INKOMSTENEFFECT VAN CORRECTIES | | | | | | | | -20 | -20 | -20 | -14 | -12 | -6 |
| INKOMSTEN NIEUW | | | | | | | | 457 | 466 | 474 | 463 | 475 | 488 |
| EXPLOITATIE SALDO | -123 | -148 | -166 | -187 | 27 | 23 | 17 | -52 | -54 | -62 | -25 | -19 | -15 |
| Tekortfinanciering Overheid | 123 | 148 | 166 | 187 | 0 | 0 | 0 | 52 | 54 | 62 | 25 | 19 | 15 |
| Reserve Fonds | | | | | 27 | 50 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lastenverzekering Burger/Bedrijven tov ongewijzigd beleid | 0 | 0 | 0 | 0 | 92 | 99 | 107 | 71 | 71 | 71 | 73 | 73 | 73 |
| Totale bijdrage Burger/Bedrijven | 152 | 152 | 152 | 152 | 244 | 251 | 259 | 223 | 223 | 223 | 225 | 225 | 225 |
| Lastenverlichting Overheid tov ongewijzigd beleid | 0 | 0 | 0 | 0 | 135 | 154 | 175 | 109 | 124 | 136 | 123 | 147 | 171 |
| Totale Landsbijdrage | 358 | 383 | 410 | 438 | 248 | 256 | 263 | 287 | 298 | 313 | 260 | 263 | 267 |
| Begrote Landsbijdrage | 235 | 235 | 244 | 251 | 248 | 256 | 263 | 235 | 244 | 251 | 235 | 244 | 251 |
| Verlaging wettelijke Fondsreserve (maximaal 50) | | | | | | | | | | | 25 | 19 | 6 |
| Dekkingstekort | 123 | 148 | 166 | 187 | 0 | 0 | 0 | 52 | 54 | 62 | 0 | 0 | 10 |
| Lastenverzekering Overheid extra AV | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |

NB. Alle cijfers in bovenstaand overzicht en in de toelichting hieronder zijn in miljoenen NAF. (MNAf.). Door afronding op MNAf. kunnen kleine verschillen in de tellingen optreden.

2.3. Toelichting op de vier scenario's

2.3.1 Continueren huidige situatie (ongewijzigd beleid dus geen invoering basisverzekering ziektekosten)

Het eerste scenario geeft aan wat de financiële consequenties (in miljoenen gulden) zijn indien de huidige situatie wordt gecontinueerd:

- Bij het continueren van de bestaande regelingen stijgen de zorgkosten van 500 in 2013 naar 551 in 2015.
- De operationele kosten stijgen van 35 in 2013 naar 39 in 2015 en bedragen 7% van de zorgkosten.
- De Landsbijdrage stijgt in deze periode van 235 naar 251

- De premie-inkomsten blijven in genoemde periode onveranderd op 152 (0% groei per jaar)
- De totale inkomsten stijgen beperkt, van 400 in 2013 tot 415 in 2015
- Het negatieve exploitatie saldo dat ontstaat door hogere kosten dan inkomsten wordt gedekt door de overheid. In 2013 bedraagt de tekortfinanciering 148 oplopend tot 187 in 2015.
- Bij het continueren van het huidige beleid komt in 2015 bijna 75% van de zorgkosten ten laste van de overheid.

2.3.2 De basisverzekering ziektekosten, versie 20 mei 2012

Dit is het scenario dat sinds 20 mei 2012 in brede kring is gepresenteerd als financiële onderlegger bij de plannen van de basisverzekering ziektekosten. Belangrijk is nogmaals te vermelden dat de aannames van dit scenario anders zijn dan van de overige drie scenario's.

- Bij de introductie van de plannen werd nog uitgegaan van een stijging van de zorgkosten van 443 in 2013 en tot 481 in 2015.
- Ten opzichte van continueren huidige situatie dalen de zorgkosten in 2013 met 57 en met 70 in 2015. Een besparing van gemiddeld 12%.
- De belangrijkste besparingen ten opzichte van het continueren van de huidige situatie, worden ingeboekt door dalende kosten voor geneesmiddelen en minder verstrekkingen (trechter van Dunning voor noodzakelijke en doelmatige zorg).
- De operationele kosten stijgen op basis van de aanname van destijds van 22 in 2013 naar 24 in 2015 (5% van de zorgkosten per jaar).
- De Landsbijdrage bedraagt in dit scenario nog 248 in 2013, 256 in 2014 en 263 in 2015.
- Ten opzichte van continueren huidige situatie daalt de totale Landsbijdrage in 2013 met 135 en met 175 in 2015 omdat het exploitatiesaldo positief zou zijn en de overheid derhalve geen tekorten meer zou hoeven te financieren. Een uitgavenvermindering van gemiddeld 37,5% voor de overheid.
- De premie-inkomsten bedragen 244 in 2013, 251 in 2014 en 259 in 2015.
- Ten opzichte van continueren huidige situatie stijgen de premie inkomsten met 92 in 2013 en met 107 in 2015. Dit is een lastenverzwaring voor burgers en bedrijven van gemiddeld 65%.
- Het fonds heeft na 3 jaar een aanzienlijke reserve (67) opgebouwd.

2.3.3 De basisverzekering ziektekosten na consultatie en start nationale dialoog, versie 10 november 2012, zonder additionele maatregelen

De consultatie en de start van de nationale dialoog hebben tot een aantal, soms ingrijpende wijzigingsvoorstellen geleid ten opzichte van het vorige scenario (20 mei 2012). Het oude scenario is op basis van die voorstellen geactualiseerd, aangepast en gecorrigeerd, zonder dat daarbij additionele maatregelen werden genomen. In dit nieuwe scenario (10 november 2012, zonder additionele maatregelen) stijgen de jaarlijkse kosten met 5% (inclusief 2% inflatie), wordt een economische groei van 0% verondersteld, betaalt iedereen die inkomen geniet tot Naf. 1000,- per maand geen premie, gaat het premiepercentage voor gepensioneerden naar 10% en wordt de besparing op geneesmiddelen voor 2013 naar beneden bijgesteld. Ook de Landsbijdrage is in vergelijking met 20 mei naar beneden bijgesteld.

De kosten verhogende wijzigingen zijn:

- De bezuinigingen op geneesmiddelen wordt voor 2013 teruggebracht naar 20, dat haalbaar wordt geacht. Dit leidt ten opzichte van de basisverzekering ziektekosten versie 20 mei

2012 tot een nog niet gerealiseerde kostenverlaging geneesmiddelen van 19 in 2013. Voor 2014 wordt een bezuiniging van 30 reëel geacht en bedraagt de nog niet gerealiseerde kostenverlaging 10. Voor 2015 wordt een bezuiniging van 40 reëel geacht.

- Een beperking van de administratiekosten tot 5% van de zorgkosten zoals in het model van 20 mei 2012 opgenomen, wordt voor 2013 niet realistisch geacht. De kosten zijn bijgesteld naar 7% in 2013, 6% in 2014 en 6% in 2015. Dit leidt tot een stijging van de kosten van 9 in 2013 en 5 in 2014 en 2015.

De inkomsten verlagende effecten zijn:

- De introductie van een premieondergrens van NAf. 12.000,--, waardoor iedereen die aan inkomen in totaal minder dan NAf. 1.000,-- per maand geniet geen premie betaalt (in plaats van 12%). Het effect van deze maatregel is 12 MNAf. lagere premie-inkomsten per jaar.
- De premie voor gepensioneerden wordt verlaagd. Dit betekent dat alle gepensioneerden die aan inkomen in totaal meer dan NAf. 1.000,-- per maand genieten 10% premie betalen in plaats van 12% over dat deel van het gehele inkomen dat minder is dan NAf. 100.000,-- per jaar. Het effect van deze maatregel is 8 MNAf. lagere premie-inkomsten per jaar.
- Op basis van de bijstelling van de economische groei naar 0%, wordt aangenomen dat de premie inkomsten voor 2014 en 2015 gelijk zullen zijn aan de premie inkomsten in 2013.
- De Landsbijdrage is voor de jaren 2013, 2014 en 2015 vastgesteld op respectievelijk 235 (-13), 244 (-12) en 251 (-12).

Dit heeft de volgende consequenties:

- Duidelijk is dat de zorgkosten bij introductie hoger liggen dan het scenario van 20 mei 2012 aangeeft en dat de stijging tussen 2013 en 2015 groter is. De totale kosten zijn 510 in 2013, wat 45 hoger ligt dan in het voorgaande scenario. Dit loopt op tot een bedrag van 536 in 2015, wat 31 hoger ligt dan in het voorgaande scenario.
- In vergelijking met 20 mei 2012 blijven de inkomsten achter door enerzijds minder premie-inkomsten als gevolg van een aanzienlijk lagere geprognosticeerde economische groei en aanpassingen aan de premieheffing en anderzijds een lagere Landsbijdrage. In 2013 leidt dit tot 35 MNAf. minder inkomsten in vergelijking met het scenario van 20 mei 2012. Dit verschil loopt op tot 48 MNAf. in 2015.
- Door zowel hogere kosten als lagere inkomsten komt de exploitatie onder druk. In 2013 is er al een tekort van 52 dat oploopt tot een tekort van 62 in 2015.
- De vooruitzichten van dit geactualiseerde, gecorrigeerde en aangepaste scenario zijn aanzienlijk slechter dan het voorgaande scenario.

2.3.4 De basisverzekering ziektekosten na consultatie en start nationale dialoog, versie 27 november 2012, met additionele maatregelen

De basis van dit scenario is hetzelfde als de basis van het voorgaande scenario. Aan dit scenario zijn echter additionele maatregelen toegevoegd die zijn ingegeven vanuit de noodzaak om de exploitatie dekkend te maken.

Inkomstenverhogende maatregelen:

- Zowel de in het voorgaande scenario beschreven kostenverhogende als inkomsten verlagende maatregelen kunnen worden gecompenseerd door premiestijging. De regering is van mening dat dit ongewenste inkomenseffecten te weeg brengt voor burgers en bedrijven. Uitsluitend de nominale premie wordt verhoogd met 25 NAf. naar 82 NAf. per

verzekerde per jaar, waarbij minder draagkrachtigen (maandinkomen NAf 1.000,00 of minder) en kinderen tot de leeftijd van 18 jaar worden vrijgesteld van premie.

- Ook wordt door het naadloos op elkaar laten aansluiten van de diverse door de fiscus gebruikte systemen en het koppelen van deze systemen met die van de Uitvoeringsorganisatie, verdere inkomstenverhogingen gerealiseerd (compliance).

De kostenverlagende wijzigingen zijn:

- Om het tekort te dekken is door de regering besloten de uitbreidingen ten opzichte van de noodzakelijke zorg volgens de zogenoemde ‘trechter van Dunning’ te beperken. Dit heeft tot gevolg dat de uitbreidingen ‘brillen en contactlenzen’ en ‘prothesen 18+’, zoals opgenomen in de versie van de basisverzekering ziektekosten van 20 mei 2012, komen te vervallen.
- Voorts zullen maatregelen worden genomen ten aanzien van de tarieven van laboratoria en medisch specialisten. De kosten van medische uitzendingen zullen worden verlaagd door de ingebruikname van het zgn. ‘Cathlab’.
- Tenslotte wordt het terugdringen van misbruik van verstrekkingen als compliance maatregel genomen.

Door deze maatregelen wordt het tekort beperkt maar blijft er onverminderd sprake van een tekort. In het tekort van 25 MNaf. in 2013 en 19 MNaf. in 2014 zal worden voorzien door een verlaging van de wettelijke Fondsreserve. In het tekort van 15MNaf. in 2015 kan gedeeltelijk worden voorzien door een verlaging met de nog resterende wettelijke reserve, waarna deze middelen zijn uitgeput. Als geen aanvullende maatregelen worden getroffen zal het dekkingstekort in 2015 10 MNaf. bedragen.

De noodzaak om de kosten in de richting van 2016 verder te beperken, of de inkomsten verder te verhogen, blijft daarom onverminderd aan de orde. Verder terugdringen van de administratiekosten ligt daarbij voor de hand. De dekking van het tekort voor 2015 is onderwerp van overleg in de voortgaande nationale dialoog in 2013 en 2014.

Tenslotte geldt in bovenstaande berekeningen een pensioengerechtigde leeftijd van 65. Vertraging bij het invoeren van de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd zal resulteren in lagere inkomsten en dus grotere tekorten dan die zijn opgenomen in de bovenstaande scenario’s.

§ 3. Bespreking van de adviezen van de SER en de Raad van Advies

Het uitgangspunt, de noodzaak van een stelselherziening, en in dat verband de uniformering van de publieke ziektekostenregelingen zoals thans beheerd en uitgevoerd door de SVB, wordt alom onderkend. De ontwerp-landsverordening basisverzekering ziektekosten zelf heeft echter veel uiteenlopende reacties opgeleverd.

De regering is zich er van bewust dat de beoogde invoering van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten veel maatschappelijke discussie veroorzaakt en dat er binnen de gemeenschap grote behoefte bestaat aan dialoog met de regering omtrent dit onderwerp. De regering is zich er tevens van bewust dat de regering tot eind september 2012 onvoldoende rekening gehouden heeft met deze behoefte en dat de regering in dat opzicht te kort geschoten is in het invulling geven aan dialoog omtrent dit belangrijke onderwerp, ook al hebben sinds juni 2012 verschillende formele en informele gesprekken plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de regering, stakeholders en adviesorganen. Vanaf eind september 2012 is de regering derhalve gestart met de zogeheten Nationale Dialoog waarbinnen de ziektekostenverzekering één van de verschillende onderwerpen die aan bod komen is.

Hieronder gaat de regering respectievelijk in op het advies van de SER, uitgebracht op 5 oktober 2012, de standpuntennotitie van de Centrale Commissie van Vakbonden (CCvV) gedateerd 13 september 2012 en de reacties en standpunten van andere stakeholders, inclusief organisaties van gepensioneerden, die verzameld zijn in de informele en formele gesprekken.

Op de uitkomsten van de consultatie en de Nationale Dialoog wordt onderstaand uitgebreid ingegaan.

3.1 Advies van de SER

Op 5 oktober 2012 heeft de Sociaal Economische Raad (de SER) advies uitgebracht aan de regering inzake de ontwerp-Landsverordening houdende een nieuwe wettelijke voorziening ter verzekering van kosten ingeval van ziekte (Landsverordening basisverzekering ziektekosten). Hieronder worden de conclusies van de SER op hoofdlijnen weergegeven, waarna de regering per standpunt een gedetailleerde reactie geeft.

Het advies van de SER is als volgt opgebouwd: inleiding, inhoud van het ontwerp, standpunt van de SER, conclusie en bijlagen. De standpunten van de SER zijn onderverdeeld in standpunten ten aanzien van de basisverzekering ziektekosten, het beleid van de gezondheidszorg, de kosten van de gezondheidszorg, de implicaties op sociaal economisch, maatschappelijk en financieel gebied, en solidariteit en maatschappelijk draagvlak.

De SER concludeert dat de suggestie wordt gewekt dat er sprake is van een aantal risico's wat ertoe leidt dat beoogde doelen met name op financieel gebied niet gerealiseerd zullen worden. De SER heeft geen vertrouwen in een rechtvaardige, effectieve en efficiënte uitvoering van de in de aan hem aangeboden versie van het ontwerp voorgestelde basisverzekering ziektekosten. De SER stelt dat het originele doel, volgens de SER de exercitie voor wat betreft het uniformeren van de diverse ziektekostenregelingen van de SVB en het BZV en het regelen van een uniforme toegang van de verzekerden tot de gezondheidszorg, eerst op gestructureerde wijze uitgevoerd dient te worden. De SER vervolgt dat bij het uitvoeren van deze exercities de betrokken actoren en de gemeenschap deel uit moeten maken van de discussies over de herstructurering, waardoor volgens de SER een goed overzicht verkregen

kan worden van de problemen en mogelijke oplossingsrichtingen. Hierdoor zou volgens de SER in de nabije toekomst een eventuele basisverzekering ziektekosten c.q. een algemene ziektekostenverzekering ingevoerd kunnen worden, maar dan ook gedragen door het merendeel van de gemeenschap.

Reactie op het advies van de SER

In deze reactie zal door de regering puntsgewijs worden ingegaan op de standpunten van de SER.

- 1. De regering dient bij de hervorming van het ziektekostenstelsel eerst het originele doel, namelijk de exercitie voor wat betreft het uniformeren van de diverse ziektekostenregelingen van de SVB, het BZV en FZOG en het regelen van een uniforme toegang tot de gezondheidszorg, op een gestructureerde wijze te realiseren.*

De regering heeft de ontwerp-landsverordening basisverzekering ziektekosten in lijn met het advies van de SER gewijzigd. Terwijl in het ontwerp dat aan de SER was aangeboden nog uit werd gegaan van een opstap naar een algemene ziektekostenverzekering (AZV) in de toekomst, wordt nu uitsluitend uitgegaan van de uniformering van de publieke ziektekostenregelingen en betreft dit dan ook hoofdzakelijk de populaties van de diverse ziektekostenregelingen van de SVB en voorheen BZV⁶. De populaties die op het moment van invoering verzekerd zijn via een van de Particuliere Verzekeraars zijn – in tegenstelling tot hetgeen is voorgesteld in de eerdere versie van de ontwerp-landsverordening – niet verplicht zich te verzekeren onder het regime van de basisverzekering ziektekosten.

De uniforme toegang tot de gezondheidszorg is gegarandeerd omdat iedereen op Curaçao verzekerd wordt binnen de basisverzekering ziektekosten dan wel via een van de Particuliere Verzekeraars.

- 2. Bij het uitvoeren van bovenstaande exercitie moeten de betrokken actoren en de gemeenschap deel uitmaken van de discussie over herstructurering*

De regering is zich er terdege van bewust dat de betrokken actoren in het recente verleden onvoldoende deel hebben uitgemaakt van de discussie over de wenselijk geachte herstructurering. Daarom is de regering eind september 2012 gestart met een proces van Nationale Dialoog.

- 3. De SVB is niet bij machte geweest om de stelselmatige tekorten in de fondsen te beheersen*

De regering plaatst het standpunt van de SER in de context van de capaciteit van de SVB om de basisverzekering ziektekosten op een effectieve en efficiënte wijze uit te voeren. De regering heeft in augustus 2012 de opdracht verleend aan SOAB om een audit van de SVB uit te voeren met als doel de vraag “Is de SVB in staat om de basisverzekering efficiënt en effectief uit te voeren per 1-1-2013” te beantwoorden. Mede op basis van het advies van de SER is in oktober 2012 besloten naast de audit ook nog een uitvoeringstoets van de voorliggende basisverzekering ziektekosten uit te laten voeren bij de SVB.

Het rapport van de audit is op 19 november 2012 opgeleverd. Het onderzoek heeft zich op twee zaken gericht: de exploitatiebegroting van de ziektekostenverzekeringen SVB in het perspectief van de per 1 januari 2013 uit te voeren basisverzekering ziektekosten, en een

⁶ De SER spreekt van de “diverse ziektekostenregelingen van de SVB, het BZV en FZOG”. Sinds de overdracht van taken van BZV aan SVB per 1 mei 2012 is de SVB nog slechts de enige uitvoerder van de diverse publieke ziektekostenregelingen op Curaçao.

operational audit naar de beheersing van de interne processen door SVB, eveneens in het perspectief van de in te voeren basisverzekering ziektekosten.

Voor wat betreft de exploitatiebegroting concludeert SOAB het volgende: “Met inachtneming van [de in het rapport d.d. 19 november 2012 weergegeven] bevindingen concluderen wij dat de exploitatiebegroting van SVB kan voldoen aan de eisen van de basisverzekering ziektekosten stand 13 november 2012 die per 1 januari 2013 moet worden uitgevoerd door de SVB. Dat betreft zowel de redelijkheid van de uitgangspunten als de wijze waarop rekening is gehouden met wettelijke vereisten, randvoorwaarden en externe factoren.”

Voor wat betreft de operational audit concludeert SOAB het volgende: “Op basis van de door ons uitgevoerde werkzaamheden hebben wij ten aanzien van de onderzochte objecten geen bevindingen gedaan die indiceren dat de SVB niet in staat zou zijn invulling te geven aan de uitvoeringstaken van de in te voeren basisverzekering ziektekosten. Wij achten het wel noodzakelijk dat SVB voldoende tijd beschikbaar heeft om een dergelijke wijziging door te voeren.”

SOAB noemt als randvoorwaarden de tijdige informering van SVB inzake de voorgenomen aanpassingen in de basisverzekering ziektekosten ten opzichte van de versie van 20 mei 2012 en het tijdige maken van werkafspraken tussen SVB en de inspecteur der belastingen over de heffing, inning en invordering van de premies basisverzekering ziektekosten in 2013. Het overleg hierover is inmiddels gaande.

Op basis van de conclusies van SOAB ziet de regering vooralsnog geen aanleiding om de uitvoering van de ziektekostenregelingen zoals die reeds bij SVB waren ondergebracht niet te continueren.

Zoals vermeld vindt er tevens een uitvoeringstoets bij SVB plaats. De resultaten daarvan worden in december 2012 verwacht.

4. Er moet ook naar andere mogelijkheden worden uitgekeken in het kader van een effectieve en efficiënte wijze van beheer

De regering verwijst naar het antwoord op standpunt drie van de SER.

5. De keuze voor één uitvoeringsorganisatie is onvoldoende onderbouwd. De mogelijkheden moeten worden onderzocht om al dan niet naast de SVB andere organisaties te belasten met de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten

De regering is de opvatting toegedaan dat uitvoering van deze basisverzekering ziektekosten door meer dan één organisatie niet opportuun is. Immers in lijn met het streven van de regering naar uniforme toegang tot de gezondheidszorg zou uitvoering van de basisverzekering ziektekosten alleen mogelijk zijn indien een acceptatieplicht zou worden ingevoerd en de overheid een wettelijk maximum stelt aan de premie. Dit impliceert dat er een systeem voor risicoverevening zou moeten worden geïntroduceerd. De regering is van mening dat gelet op de daaraan verbonden extra kosten en de schaalgrootte van Curaçao een zodanig systeem niet opportuun maakt.

6. Er dient op korte termijn een onderzoek uitgevoerd te worden naar de gezondheidstoestand van de bevolking van Curaçao

De toenmalige regering heeft op 3 juli 2012 het Volksgezondheidsinstituut Curaçao (VIC) geopend, dat onder meer als taak heeft om periodiek gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking van Curaçao te verzamelen. Dit gebeurt door middel van de Nationale Gezondheidsenquête die laatstelijk afgerond is in 1994. De voorbereiding voor een nieuwe Nationale Gezondheidsenquête is gestart in juni 2012. De gegevensverzameling start in

december 2012. De verwachting is dat de resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête in mei 2013 zullen worden gepubliceerd.

7. Er moet inzicht verkregen worden in de cijfers inzake de ziektekosten. Indien deze cijfers niet beschikbaar zijn dient dit probleem structureel te worden aangepakt

De toenmalige regering heeft eind 2011 het project Zorgrekeningen Curaçao gestart, met als doel om jaarlijks de zorgrekeningen te publiceren. De gegevensverzameling en -verwerking is begin 2012 gestart, zowel bij de Publieke en Particuliere verzekeraars, eigen risico dragers, overheidsorganisaties als niet-overheidsorganisaties. De zorgrekeningen voor de jaren 2008, 2009, 2010 en 2011 worden gepubliceerd in december 2012.

Nu wordt er uniformering van de publieke ziektekostenregelingen beoogd. Als er in de toekomst naar een AZV toegewerkt zou worden kunnen de zorgrekeningen mede als basis dienen voor de vormgeving.

8. Er moet overwogen worden een Centraal Planbureau op te richten

De regering neemt de aanbeveling van de SER in overweging en agendeert dit onderwerp voor het periodieke overleg van Secretarissen Generaal.

9. De introductie van de basisverzekering ziektekosten, zoals aangeboden, zal niet slagen in het realiseren van een betaalbaar en duurzaam stelsel van gezondheidszorg

Zoals in de inleiding van deze memorie van toelichting beschreven, is de basisverzekering ziektekosten één van de verschillende projecten die bijdragen aan het realiseren van een betaalbaar en duurzaam stelsel van gezondheidszorg. De regering deelt de opvatting van de SER dat de introductie van de basisverzekering ziektekosten op zichzelf onvoldoende is om deze doelen te realiseren.

10. De vele financiële risico's van het voorstel alsook de mogelijke implicaties van het onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking van Curaçao worden onvoldoende onderkend dan wel onvoldoende tegemoet getreden

De regering heeft mede op basis van het advies van de SER een nieuwe inschatting gemaakt van de financiële risico's van het voorstel. Hiervoor wordt verwezen naar de uitwerking van de financiële gevolgen in hoofdstuk 2 van deze memorie van toelichting.

Het ontwerp van de nieuwe basisverzekering ziektekosten laat ruimte voor aanpassingen aangezien de onderhavige ontwerp-landsverordening een kader schept dat op onderdelen verder wordt ingevuld door uitvoeringsbesluiten. Hierdoor bestaat er ruimte om de mogelijke implicaties van onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking en inzichten verkregen uit de zorgrekeningen in volgende jaren te verwerken in de basisverzekering ziektekosten.

11. Er wordt niet ingegaan op de koopkrachteffecten van de voorgestelde wijzigingen met betrekking tot het verhogen van het premiepercentage, het verhogen van de premie-inkomensgrens en het wijzigen van de heffingsgrondslag.

De regering heeft de koopkrachteffecten van de voorgestelde wijzigingen met betrekking tot het verhogen van het premiepercentage, het verhogen van de premie-inkomensgrens en het wijzigen van de heffingsgrondslag nog niet doorgerekend maar is voornemens dit op korte termijn te doen.

Op dit moment voert de regering naast de hervorming van het gezondheidsstelsel ook andere hervormingen door, zoals van de ouderen voorzieningen. Alle verschillende hervormingen zullen hun weerslag hebben op de koopkracht van de inwoners van Curaçao. Ten tijde van de

aanbieding van de ontwerp-landsverordening aan de SER was het naar de mening van de regering onmogelijk om een voldoende correcte berekening van het koopkrachteffect van de basisverzekering ziektekosten te maken. De regering is voornemens deze te presenteren zodra de contouren van de hervormingen vaststaan. De uitkomsten zullen in beginsel – behoudens noodzakelijke bijstellingen – de volgende jaren als basis dienen voor eventuele aanpassingen die bij uitvoeringsbesluit geregeld worden.

Dit gezegd hebbende realiseert de regering zich dat de oorspronkelijke voorstellen voor de basisverzekering ziektekosten onevenredig veel druk op de koopkracht van gepensioneerden zou leggen door de verhoging van het premiepercentage in combinatie met het feit dat ook partners van gepensioneerden in de basisverzekering ziektekosten premie zouden moeten betalen. Mede naar aanleiding van het advies van de SER heeft de regering wijzigingen doorgevoerd om de premiedruk voor gepensioneerden te verlichten. In het ontwerp van de basisverzekering ziektekosten dat aan de SER is voorgelegd (gedateerd 20 mei 2012) was een inkomensafhankelijke premie van 12% voor iedereen opgenomen. De regering heeft twee wijzigingen doorgevoerd die van toepassing zijn op gepensioneerden:

1. Diegenen die in totaal minder dan NAF. 1000 per maand aan inkomsten genieten, waaronder gepensioneerden die uitsluitend AOV ontvangen, betalen geen premie.
2. Gepensioneerden die meer dan NAF. 1000 per maand aan inkomsten genieten betalen een inkomensafhankelijke premie van 10% in plaats van 12% over dat deel van hun inkomen dat minder is dan NAF. 100,000 per jaar. Dit premiepercentage is gelijk aan het premiepercentage dat nu voor het Fonds Ziektekosten Overheidsgepensioneerden (FZOG) wordt berekend.

12. Er wordt voorbij gegaan aan de macro-economische effecten van een verdere stijging van de belasting- en premiedruk

De regering beseft terdege dat de macro-economische effecten onvoldoende zijn geanalyseerd. De regering is voornemens de macro-economische effecten net als de koopkrachteffecten op korte termijn door te rekenen. Net als voor de koopkrachteffecten geldt ook hier dat de regering van mening is dat ten tijde van de aanbieding van de ontwerp-landsverordening aan de SER het onmogelijk was om een voldoende correcte berekening van de macro-economische effecten van de basisverzekering ziektekosten te maken. De regering is voornemens deze net als de koopkrachteffecten te presenteren zodra de contouren van de hervormingen vaststaan. Ook hier geldt dat de uitkomsten in beginsel – behoudens noodzakelijke bijstellingen – de volgende jaren als basis dienen voor eventuele aanpassingen die bij uitvoeringsbesluit geregeld worden.

13. De inkomsten van het fonds worden te positief ingeschat, doordat bij het bepalen van de inkomsten van het fonds wordt uitgegaan van een reële economische groei van 1% terwijl de afgelopen 10 jaar sprake was van een economische groei van gemiddeld 0,7 %

De regering heeft mede op basis van het advies van de SER een nieuwe berekening gemaakt van de inkomsten van het fonds, waarbij wordt uitgegaan van een economische groei van 0% in de jaren 2013 tot en met 2015. De regering gaat daarbij uit van een inflatie van 2% waardoor de reële economische groei voor de jaren 2013 tot en met 2015 in de nieuwe berekeningen zelfs op -2% uitkomt. De regering verwijst naar de uitwerking van de financiën in hoofdstuk 2 van deze toelichting.

14. Sprekende over solidariteit en maatschappelijk draagvlak stelt de SER dat bepaalde groepen, i. c. de gepensioneerden en de ambtenaren, zich niet kunnen inzetten voor groeperingen binnen de ZV en de PP zonder dat die groepen zelf ook blijf geven van

inzet. Het moet uitgesloten worden dat misbruik gemaakt kan worden van de in het zorgverzekeringsstelsel ingebouwde solidariteit

De regering wil eerst ingaan op de nieuwe voorstellen voor wat betreft de gepensioneerden en de ambtenaren, alvorens in te gaan op het voorkomen van misbruik.

De regering heeft zich gerealiseerd dat de oorspronkelijke voorstellen voor de basisverzekering ziektekosten onevenredig veel solidariteit van gepensioneerden zouden verlangen. In de reactie op standpunt 11 van de SER heeft de regering aangegeven welke maatregelen worden genomen om de premiedruk voor de gepensioneerden te verlichten.

Voor wat betreft het maken van misbruik van de in het zorgverzekeringsstelsel ingebouwde solidariteit wil de regering het volgende uiteen zetten. De regering geeft de Uitvoeringsorganisatie de opdracht al datgene te doen dat nodig is en binnen de wettelijke kaders valt om misbruik te voorkomen. Hiervoor worden twee maatregelen genomen. Ten eerste worden op dit moment de voorbereidingen getroffen om het datasysteem van de Belastingdienst aan te sluiten op de relevante andere systemen. Hierdoor kunnen analyses gemaakt worden over mogelijk misbruik en eventueel ter zake acties worden ondernomen.

Ten tweede richt de regering een zorgautoriteit op die toezicht moet houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de basisverzekering ziektekosten door de Uitvoeringsorganisatie. Aan deze oprichting is een lang traject voorafgegaan. Op 14 december 2011 heeft de toenmalige regering reeds besloten tot de oprichting van de zorgautoriteit. Op 15 maart 2012 heeft die regering ook besloten de taken van de zorgautoriteit bij het Bureau Telecom, Post en Utiliteiten (BTPU) te leggen. In het kader van de Aanwijzing van 13 juli 2012 en de daaruit vloeiende beperkingen omtrent het aangaan van nieuwe verplichtingen is het niet mogelijk om de zorgautoriteit volledig op te richten en onder te brengen bij BTPU. Daarom wordt er gewerkt aan een zorgautoriteit in oprichting die zal starten met een beperkt takenpakket dat echter wel het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de basisverzekering ziektekosten zal omvatten. Het doel is dat de zorgautoriteit per 1 januari 2016 het volledige takenpakket uitvoert en alsnog ondergebracht wordt bij BTPU.

Zo nodig zal de regering aanvullende regelgeving vaststellen en implementeren.

15. Aangezien er geen brede maatschappelijke discussie heeft plaatsgevonden bestaat er ook onvoldoende draagvlak voor de introductie van de basisverzekering ziektekosten

De regering is zich ervan bewust dat er geen door de regering gefaciliteerde brede maatschappelijke discussie heeft plaatsgevonden en dat de introductie van de basisverzekering ziektekosten mogelijk niet op breed draagvlak kan rekenen. Mede op basis van het advies van de SER heeft de regering er daarom voor gekozen om een basisverzekering ziektekosten in te voeren die uitsluitend uitgaat van een uniformering van de bestaande publieke ziektekostenregelingen en hoofdzakelijk de populatie van de SVB betreft.

3.2 Standpuntennotitie van de Centrale Commissie van Vakbonden(CCvV)

Sinds juni 2012 vindt er overleg over de basisverzekering ziektekosten plaats tussen de regering en de Centrale Commissie van Vakbonden (CCvV) in het kader van het Centraal Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken (CGOA). De CCvV heeft in een van de vergaderingen mondeling haar standpunten toegelicht. De regering heeft een belangrijke toezegging aan de CCvV gedaan met betrekking tot het verstrekkingspakket van overheidsdienaren en gelijkgestelden. Volgens de procedure van het CGOA zou de CCvV haar standpunten schriftelijk aan de regering moeten doen toekomen. Naar opvatting van de

regering bleef deze standpuntennotitie van de CCvV te lang uit nadat zij deze wel mondeling toe had gelicht, wat ertoe geleid dat de regering de CCvV kenbaar heeft gemaakt op procedurele gronden af te willen wijken van het overeenstemmingsvereiste, als bedoeld in de Landsverordening Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken, bij wijze van hoge uitzondering, voor dit zeer bijzonder geval. Daarover heeft de regering via de Minister van Bestuur, Planning en Dienstverlening (BPD) de CCvV per brief gedateerd 12 september 2012 geïnformeerd. Op 13 september 2012 heeft de CCvV echter wel haar standpuntennotitie doen toekomen aan de regering inzake de ontwerp-landsverordening basisverzekering ziektekosten. De regering gaat hieronder alsnog in op de punten van de CCvV maar blijft voornemens af te willen wijken van het overeenstemmingsvereiste op procedurele gronden.

De standpuntennotitie van de CCvV is als volgt opgebouwd: introductie, relevante onderwerpen in de ontwerp-landsverordening basisverzekering ziektekosten, het standpunt opgesplitst in algemeen en inhoudelijk.

De CCvV stelt dat het pakket een verslechtering is ten opzichte van de verstrekkingen waar de ambtenaren en gelijkgestelden thans recht op hebben, en er sprake zou zijn van aantasting van de rechtspositie van de ambtenaren. Ook gaat de CCvV in op de financiële situatie van de gepensioneerden en geeft aan dat wat de CCvV betreft het solidariteitsbeginsel voor wat betreft de groep van gepensioneerden verloren gaat. De CCvV concludeert dat ambtenaren en gelijkgestelden niet in de landsverordening basisverzekering ziektekosten zouden kunnen worden opgenomen en dat gepensioneerden wat de CCvV betreft tevens geëxonereerd moeten worden van de landsverordening basisverzekering ziektekosten.

Reactie op de standpuntennotitie van de CCvV

In deze reactie zal door de regering puntsgewijs worden ingegaan op de standpunten van de CCvV. Daar waar er sprake is van vergelijkbare standpunten als de SER zal de regering verwijzen naar haar reactie op de standpunten van de SER.

1. Het pakket is een verslechtering ten opzichte van de verstrekkingen waar de ambtenaren en gelijkgestelden thans recht op hebben

Overheidsdienaren en gelijkgestelden hebben thans een uitgebreid pakket van verstrekkingen dat betere dekking voor ziektekosten biedt dan de meeste andere publieke regelingen en ook ruimer is dan gebruikelijk naar internationale best practice standaarden. De regering heeft voor de basisverzekering ziektekosten een uniformering van de bestaande regelingen gemaakt waarbij zoveel mogelijk is aangesloten bij de regeling van overheidsdienaren. Bij deze uniformering is gebruik gemaakt van internationale best practice standaarden en gebruiken. Aangezien er geen overeenstemming is bereikt met de vertegenwoordigers van de ambtenaren, heeft de regering ervoor gekozen om de ambtenaren en gelijkgestelden vooralsnog niet verzekerd te laten zijn op grond van deze landsverordening. De partijen zullen over het verstrekkingenpakket voor de ambtenaren en gelijkgestelden verder besprekingen voeren.

2. Met de introductie van de basisverzekering ziektekosten is er sprake van een aantasting van de rechtspositie van de ambtenaren

Zoals onder punt 1 reeds is aangegeven, worden de ambtenaren vooralsnog niet meeverzekerd in de basisverzekering ziektekosten. Na het bereiken van overeenstemming met de vakbonden, zal de kring van verzekerden worden uitgebreid met de ambtenaren en

gelijkgestelden Hierdoor is er geen sprake van een aantasting van de rechtspositie van de ambtenaren.

3. Er moet een nulmeting gedaan worden om de kwaliteit van de zorg te meten

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 6 van de SER.

4. De financiële situatie van de gepensioneerden zal verergeren en zijn koopkracht zal achteruit gaan

De regering heeft zich gerealiseerd dat de oorspronkelijke voorstellen voor de basisverzekering ziektekosten onevenredig veel solidariteit van gepensioneerden zou verlangen. Mede naar aanleiding van de gesprekken met de CCvV heeft de regering maatregelen genomen om de premiedruk voor de gepensioneerden te verlichten. Deze worden toegelicht in de reactie op standpunt 11 van de SER.

5. Het solidariteitsbeginsel gaat geheel verloren voor wat betreft de groep van de gepensioneerden

De regering verwijst naar haar reactie op het vorige standpunt.

6. Iedereen die werkt moet in het bezit zijn van een werkvergunning, met als consequentie dat illegalen gelegaliseerd worden en meer mensen bijdragen aan het fonds

De regering deelt de opvatting van de CCvV dat iedereen die werkt in het bezit moet zijn van werkvergunning. Het gestelde ten aanzien van illegalen beziet de regering vanuit de ter zake vigerende wet- en regelgeving.

Tevens wil de regering verwijzen naar haar reactie op standpunt 14 van de SER, waarin de regering aangeeft op welke manier misbruik wordt tegengegaan.

7. Er wordt teveel geld besteed aan medicijnen

De regering deelt de opvatting van de CCvV. Zoals in de inleiding van deze memorie van toelichting reeds beschreven, wordt op dit moment gewerkt aan een ingrijpende stelselherziening van de gezondheidszorg. Deze bestaat uit verschillende projecten waarvan de invoering van de basisverzekering ziektekosten er één is. Een ander project richt zich specifiek op de verlaging van de kosten van de geneesmiddelen. Dit project is gestart in 2011 en de eerste resultaten zijn geboekt in 2012, waarbij het wettelijk invoeren van een maximumprijs voor geneesmiddelen, met als gevolg dat de marges voor de importeurs worden verlaagd, de meest concrete is. Het totaal aan maatregelen dat binnen dit project wordt genomen beoogt de kosten voor de geneesmiddelen op afzienbare termijn met 50% te verlagen.

De inhoudelijke suggestie van de CCvV om de kosten van de geneesmiddelen verder terug te dringen is door de regering neergelegd bij het projectteam dat zich bezig houdt met de verlaging van de kosten van de geneesmiddelen.

8. Ambtenaren en gelijkgestelden kunnen niet in de landsverordening basisverzekering ziektekosten worden opgenomen

Door het niet geraken tot de wettelijke overeenstemming met de CCvV wordend de ambtenaren en gelijkgestelden voorlopig niet verzekerd op grond van de basisverzekering ziektekosten.

9. *Gepensioneerden moeten tevens geëxonererd worden van de landsverordening basisverzekering ziektekosten*

De regering verwijst naar haar reacties op standpunt 4 van de CCvV.

Geen overeenstemming zoals voorgeschreven in de Landsverordening Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken (P.B. 2008, no. 70).

De Regering en de Centrale Commissie van Vakbonden zijn er vooralsnog niet in geslaagd om, zoals voorgeschreven in de Landsverordening Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken tot een overeenstemming te geraken met betrekking tot het verstrekkingspakket voor de ambtenaren zoals thans voorgesteld in de onderhavige ontwerp-landsverordening. Om deze reden heeft de regering besloten, ter voldoening op korte termijn aan de geldende begrotingsnormen, om de ambtenaren niet per inwerkingtreding van de onderhavige ontwerp-landsverordening verzekerd te laten zijn in het kader van de basisverzekering ziektekosten. Het overleg in het kader van het Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken zal worden voortgezet.

Voor de periode vanaf de inwerkingtreding van de onderhavige landsverordening tot aan het moment waarop alsnog overeenstemming met de Centrale Commissie van Vakbonden zal worden bereikt, zal de rechtspositie van de ambtenaren ongewijzigd blijven. De actief dienende ambtenaren zullen gedurende die periode hun aanspraken op geneeskundige behandeling en vergoeding van de kosten van geneesmiddelen kunnen doen gelden zoals thans is geregeld bij de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten overheidsdienaren (P.B. 1986, no. 165). De verschuldigde premies, bedoeld in de artikelen 12 en 13 van de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten overheidsdienaren zullen dan ook ingehouden worden en aangewend worden ter dekking van de ziektekosten van de overheidsgepensioneerden.

Het ongewijzigd laten van de rechtspositie van de overheidsdienaren houdt ook in dat voor dienende overheidsdienaren aan de verplichtingenkant eveneens geen wijzigingen zullen worden doorgevoerd. De op grond van artikel 5 van de Regeling tegemoetkoming ziektekosten overheidsgepensioneerden door dienende overheidsdienaren verschuldigde premie, zal dus gehandhaafd blijven en gestort worden in het Fonds Ziektekosten Overheidsgepensioneerden. Ook dat fonds zal worden gekoppeld aan het in artikel 11.3, onderdeel D, van het onderhavige ontwerp voorgestelde Schommelfonds Sociale Verzekeringen. Dienende overheidsdienaren blijven op die wijze, zoals thans ook gebeurt, bijdragen in de ziektekosten van gepensioneerde overheidsdienaren.

3.3 Dialoog met stakeholders waaronder organisaties van gepensioneerden

Simultaan aan de formele adviestrajecten met de SER en de CCvV is een dialoog gevoerd met diverse stakeholders, waaronder de organisaties van gepensioneerden, de SVB en de vakbonden STKo, ABVO-CADMU, STK, PWFC, SEBI, en CBV.

Op sommige onderwerpen lopen de opvattingen van de stakeholders uiteen of zijn deze zelfs tegenstrijdig. Zo zijn er stakeholders die pleiten voor het beleggen van de uitvoering bij één uitvoeringsorgaan terwijl andere stakeholders juist pleiten voor het beleggen van de uitvoering bij meerdere organen.

De hoofdpunten van de dialoog met bovengenoemde stakeholders zijn hieronder weergegeven per onderwerp.

De stakeholders geven een aantal zaken van algemeen karakter aan. Zij stellen dat de regering onvoldoende informatie heeft verstrekt en onvoldoende dialoog heeft gevoerd; de onderbouwing van de keuzes onvoldoende is; de wettelijke grondslag ter realisering van de basisverzekering ziektekosten onvoldoende is; de basisverzekering ziektekosten primair een bezuinigingsmaatregel is; en er onvoldoende wordt ingezet op kostenbeheersing c.q. besparing.

Ten aanzien van de kring der verzekerden merken sommige stakeholders op dat de basisverzekering ziektekosten moet starten met uniformering van de bestaande publieke fondsen, terwijl andere stakeholders juist voorstander zijn van per directe invoering van een algemene ziektekostenverzekering.

Voor wat betreft de verstrekkingen stellen stakeholders dat er onvoldoende actuele informatie is over de gezondheidstoestand van de bevolking om goede keuzes te maken ten aanzien van het verstrekkingenpakket; dat het pakket voor sommigen een verslechtering betekent van verstrekkingen; en dat verzekerden keuzevrijheid moeten hebben om in het buitenland behandeld te worden.

De opmerkingen van stakeholders voor wat betreft het dekkingsplan betreffen onder meer dat de verhoging van de premie en premiegrens de scheve verhoudingen in collectieve lastendruk vergroot; er onvoldoende rekening wordt gehouden met kostenstijgingen waardoor de cijfers jaarlijks moeten worden bijgesteld; er onvoldoende onderzoek is gedaan naar de effecten van de verhoogde premielasten op de koopkracht en macro-economische ontwikkelingen; en dat er een onevenredige verzwaring van de premiedruk voor gepensioneerden is.

Ten aanzien van de uitvoering stellen sommige stakeholders dat de SVB onvoldoende in staat is de basisverzekering ziektekosten uit te voeren terwijl andere juist sterk pleiten voor het beleggen van de uitvoering bij diezelfde SVB. In het verlengde hiervan verschillen de meningen over het beleggen van de uitvoering bij één dan wel meerdere organisaties. Zij stellen wel eensgezind dat de maatregelen om controle over de Uitvoeringsorganisatie uit te oefenen verruimd moeten worden. Ook stellen stakeholders dat er onvoldoende maatregelen tegen misbruik worden voorgesteld, terwijl er wel solidariteit wordt verlangd.

Reactie op de dialoog met stakeholders

In deze reactie zal door de regering puntsgewijs worden ingegaan op de standpunten van de stakeholders. Daar waar mogelijk wordt verwezen naar de reactie van de regering op de standpunten van de SER of de CCvV. De regering wijst erop dat de verschillende wijzigingen in het ontwerp van de basisverzekering ziektekosten waar reeds naar verwezen werd in de reactie op de standpunten van de SER en de CCvV in veel gevallen mede een gevolg zijn op gesprekken die met andere stakeholders zijn gevoerd.

1. De regering heeft onvoldoende informatie verstrekt en onvoldoende dialoog gevoerd

De regering is zich er terdege van bewust dat de betrokken actoren in het recente verleden onvoldoende deel hebben uitgemaakt van de discussie over herstructurering. Daarom is de regering eind september 2012 gestart met een proces van Nationale Dialoog. Nu wordt de uniformering van de publieke ziektekostenregelingen beoogd. Als er in de toekomst naar een AZV toegewerkt zou worden kunnen de uitkomsten van de Nationale Dialoog mede als basis dienen voor de vormgeving.

2. De onderbouwing van de keuzes is onvoldoende

De regering realiseert zich dat belangrijke gegevens, zoals de zorgkosten en de gezondheidszorgtoestand van de bevolking, op het moment van ontwikkelen van de basisverzekering ziektekosten onvoldoende beschikbaar waren. Mede hierdoor kiest de regering voor het invoeren van een regeling die ruimte laat voor aanpassingen aangezien de onderhavige ontwerp-landsverordening een kader schept dat op onderdelen verder wordt ingevuld door uitvoeringsbesluiten. Hierdoor bestaat er ruimte om de mogelijke implicaties van onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking en inzichten verkregen uit de zorgrekeningen in volgende jaren te verwerken in de basisverzekering ziektekosten. Zie verder ook de reactie van de regering op standpunten 6 en 7 van de SER.

3. De wettelijke grondslag ter realisering van de basisverzekering ziektekosten is onvoldoende, er moeten nog teveel afspraken bij Landsbesluit worden geregeld

De regering kiest bewust voor een getrapte opzet waarbij verschillende afspraken bij landsbesluit aanvullend worden geregeld. Dit sluit aan bij de structuur van wetgeving zoals we dat hier te lande kennen. Het delegeren van wetgevingsbevoegdheid berust op de Staatsregeling en strekt ertoe de regering de mogelijkheid te bieden voor het tot stand brengen van aanpassingen bijvoorbeeld op basis van het verder beschikbaar komen van gegevens en van de Nationale Dialoog. Zolang de basisrechten op het niveau van de landsverordening zijn vastgelegd en het bij delegatie van wetgeving gaat om uitvoeringstechnische aangelegenheden is daar niks op tegen.

4. De basisverzekering ziektekosten is primair een bezuinigingsmaatregel (en voldoet daarmee niet aan de uitgangspunten van het regeerakkoord 2010-2014)

Zoals in hoofdstuk 1 van deze memorie van toelichting is beschreven is de basisverzekering ziektekosten onderdeel van een integrale stelselherziening van de gezondheidszorg waarbij het gaat om het verbeteren van de kwaliteit, het vergroten van de toegankelijkheid en het beheersen van de kosten verbonden aan de gezondheidszorg. De regering deelt de opvatting dat de basisverzekering ziektekosten primair een bezuinigingsmaatregel zou zijn dan ook niet.

5. Er wordt onvoldoende ingezet op kostenbeheersing c.q. besparing (zoals medicijngebruik, tarieven specialisten en kosten ziekenhuis)

Zoals in hoofdstuk 1 van deze memorie van toelichting beschreven is, vormt de basisverzekering ziektekosten onderdeel van een integrale stelselherziening van de gezondheidszorg. Deze stelselherziening beoogt onder andere mogelijkheden voor kostenbeheersing te introduceren. Inbegrepen zijn maatregelen ten aanzien van onder meer het medicijngebruik, de tarieven van de medische specialisten en de kosten van het ziekenhuis maar deze vallen buiten de taakstelling van de basisverzekering ziektekosten.

6. De basisverzekering moet starten met uniformering van de bestaande publieke fondsen vs. de basisverzekering ziektekosten moet een algemene ziektekostenverzekering worden

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 1 van de SER.

7. Er is onvoldoende actuele informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking om goede keuzes te maken ten aanzien van het verstrekkingenpakket

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 2 van de stakeholders.

8. Het pakket betekent een verslechtering van verstrekkingen op het gebied van paramedische zorg, tandartsbehandeling en klassenligging

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 1 van de CCvV.

9. *Verzekerden moeten de keuzevrijheid hebben om in het buitenland behandeld te worden en daarvoor een (gemaximeerde) vergoeding op restitutiebasis te ontvangen*

De regering kiest in principe voor vergoeding in natura. Dit is ingegeven door de wenselijkheid om toezicht te kunnen houden op de zorgcontracten en in het verlengde daarvan het zorgaanbod binnen het land. De vergoeding in natura sluit behandelingen in het buitenland echter niet uit. Onder de basisverzekering ziektekosten dient de verzekerde zich te wenden naar zorgaanbieders waarmee de Uitvoeringsorganisatie een zorgcontract heeft gesloten. Als de Uitvoeringsorganisatie een zorgcontract met de desbetreffende buitenlandse zorgverlener heeft gesloten kan de verzekerde daar onder de condities van het zorgcontract behandeld worden.

10. *De verhoging van de premie en premiegrens, vergroot de scheve verhoudingen in collectieve lastendruk m.n. voor de midden- en hoge inkomensgroepen*

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 11 van de SER.

11. *Er wordt onvoldoende rekening gehouden met kostenstijgingen door ontwikkelingen in de demografie, medische technologie respectievelijk de werkelijke economische groei met als gevolg dat de cijfers jaarlijks moeten worden bijgesteld*

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 10 van de SER.

12. *Onvoldoende onderzoek naar de effecten van de verhoogde premielasten op de koopkracht en macro-economische ontwikkelingen*

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 11 van de SER.

13. *Een onevenredige verzwaaring van de lasten van gepensioneerden door stijging van de premielasten*

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 4 van de CCvV. De aanpassingen voor wat betreft de premiedruk voor gepensioneerden zijn mede gedaan op basis van de standpunten van de stakeholders (met name de organisaties van gepensioneerden).

14. *In de huidige situatie is de SVB onvoldoende in staat de basisverzekering ziektekosten uit te voeren vs. de uitvoering moet bij SVB belegd worden*

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 3 van de SER. De audit en de uitvoeringstoets die bij SVB worden uitgevoerd zijn mede gestart naar aanleiding van de standpunten van de stakeholders.

15. *Er dienen concurrerende organisaties belast te worden met de uitvoering vs. de uitvoering moet bij één organisatie belegd worden (vs. de uitvoering moet bij SVB belegd worden)*

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 3 en 4 van de SER.

16. *Er worden onvoldoende maatregelen tegen misbruik voorgesteld, terwijl er wel solidariteit wordt verlangd*

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 14 van de SER.

17. *De maatregelen om controle over de Uitvoeringsorganisatie uit te oefenen moeten verruimd worden*

De regering verwijst naar haar reactie op standpunt 14 van de SER.

18. *Overgangsregelingen houden onvoldoende rekening met rechtspositie ambtenaren*

De regering verwijst naar haar reactie op het standpunt 1 en 2 van de CCvV.

3.4 Conclusie: belangrijkste aanpassingen ten gevolge van de adviezen van SER, CCvV en de dialoog met stakeholders

Ten gevolge van de adviezen en naar voren gebrachte standpunten heeft de regering het ontwerp van de basisverzekering ziektekosten op een aantal punten aangepast. Dit betekent niet dat de dialoog met belanghebbenden hiermee afgesloten is. In tegendeel, de Nationale Dialoog tussen regering en bevolking loopt door. Nu wordt de uniformering van de publieke ziektekostenregelingen beoogd.

Er zal dan tevens gebruik gemaakt kunnen worden van actuele gegevens over de gezondheid van de bevolking, gezien het feit dat de uitkomsten van de Nationale Gezondheidsenquête worden verwacht in mei 2013. Bovendien zullen de Zorgrekeningen van de jaren 2008 tot en met 2011 naar verwachting medio december 2012 worden gepubliceerd. De uitkomsten hiervan zouden reeds de basis kunnen vormen voor uitvoeringsbesluiten die jaarlijks genomen zullen moeten worden inzake bijvoorbeeld het vaststellen van de premie.

De belangrijkste aanpassingen die in de voorliggende ontwerp-landsverordening basisverzekering ziektekosten zijn aangebracht betreffen:

Uniformeren van de publieke ziektekostenregelingen die hoofdzakelijk de verzekerdenpopulatie van de SVB betreffen en geen AZV

De SER acht het op dit moment niet opportuun om de stap naar een AZV te nemen. Mede daarom is gekozen voor het uniformeren van de publieke ziektekosten regelingen die hoofdzakelijk de verzekerdenpopulatie van de SVB betreffen.

Het invoeren van een premie-inkomenondergrens

Rekening houdende met de punten die in de dialoog naar voren zijn gekomen, heeft de regering besloten die personen die per maand minder dan NAf. 1001,- als inkomen genieten vrij te stellen van premiebetaling. Hieronder vallen bijvoorbeeld gepensioneerden die alleen AOV ontvangen: zij betalen geen inkomensafhankelijke premie en ook geen nominale premie.

Verlaging van het premiepercentage voor de gepensioneerden

Op basis van de uitkomsten van de dialoog wordt het percentage van de inkomensafhankelijke premie voor gepensioneerden aangepast. In het oorspronkelijke ontwerp van de basisverzekering ziektekosten was het percentage premie voor iedereen gelijk, dus ook voor gepensioneerden. De regering heeft zich gerealiseerd dat de oorspronkelijke voorstellen voor de basisverzekering ziektekosten onevenredig veel solidariteit van gepensioneerden zouden verlangen door de mogelijk onevenredig grote verhoging van de lasten door de verhoging van het premiepercentage in combinatie met het feit dat ook partners van gepensioneerden in de basisverzekering ziektekosten premie zouden moeten betalen.

Het percentage inkomensafhankelijke premie wordt voor gepensioneerden op 10 gesteld, terwijl dit voor overige personen 12 is. Hierdoor wordt de lastendruk voor gepensioneerden verlicht ten opzichte van het oorspronkelijke voorstel. Dit is gelijk aan het inkomensafhankelijke premiepercentage dat thans voor het FZOG moet worden betaald.

Deze maatregel komt overigens bovenop de vrijstelling van premiebetaling voor alle personen, dus ook gepensioneerden, die in totaal per maand NAf. 1000,- of minder aan inkomen genieten.

Het doen van een audit en een uitvoeringstoets bij de SVB

Op basis van de dialoog met stakeholders is besloten tot het laten uitvoeren van een audit bij de SVB. Op basis van de conclusies van SOAB ziet de regering vooralsnog geen aanleiding om de uitvoer van de ziektekostenregelingen zoals die reeds bij SVB waren ondergebracht niet te continueren.

Mede naar aanleiding van het advies van de SER vindt er tevens een uitvoeringstoets bij SVB plaats. De resultaten daarvan worden begin december 2012 verwacht.

De audit en de uitvoeringstoets zijn eerste stap op weg naar een good governance en best practice inrichting van de uitvoering op het gebied van heffing en inning, fondsenbeheer, uitvoeringsorganisatie en 'clearinghouse'.

De inkomsten- en de kostenkant

Het invoeren van een premie ondergrens en de verlaging van de premie voor gepensioneerden leidt tot een verlaging van de inkomsten.

Daarnaast was in het eerdere ontwerp van de basisverzekering ziektekosten rekening gehouden met een verlaging van de kosten van geneesmiddelen in het eerste jaar van MNAf. 42. Dit bedrag blijkt niet realistisch. Een bedrag van MNAf. 20 in 2013 is zondermeer haalbaar. Dit leidt tot een kostenverhoging van MNAf. 22 ten opzichte van het eerdere ontwerp van de basisverzekering ziektekosten.

Ook is er rekening gehouden met een lagere economische groei over de jaren 2013 tot en met 2015 van 0% per jaar en een kostenstijging (inclusief inflatie) van 5%.

Financiële gevolgen en dekking

De verlaging aan de inkomstenkant en de verhoging aan de kostenkant leiden tot tekorten. Deze tekorten moeten worden gedekt. Dit gebeurt enerzijds door de nominale premie te verhogen naar 82 NAf. per verzekerde per jaar waarbij minder draagkrachtigen (maandinkomen NAf. 1.000,- of minder) en kinderen tot de leeftijd van 18 jaar worden vrijgesteld van premie en anderzijds door besparingen in verband met het operationeel worden van het Cathlab, door budgettering van de medisch specialisten, door aanpassing van de tarieven van laboratoria, door het nemen van compliance maatregelen en toepassing van de trechter van Dunning, met als gevolg geen verstrekking op het gebied van brillen en tandprothesen 18+ (geen noodzakelijke zorg). De financiële gevolgen van het bovenstaande zijn in detail beschreven in hoofdstuk 2.

3.4 Advies Raad van Advies

De Raad van Advies heeft d.d. 7 januari 2013 advies, gekenmerkt RvA no. RA/41-12-LV uitgebracht. De Raad onderkent in het algemene gedeelte van hoofdstuk I dat hij op 6 december 2012 reeds een adviesverzoek van de Gouverneur heeft ontvangen om te adviseren over de ontwerp-landsverordening basisverzekering ziektekosten en dat de Raad ervan uitgaat dat met de aanbieding van het nieuwe adviesverzoek d.d. 28 december 2012, het adviesverzoek van 6 december 2012 impliciet is ingetrokken.

Voorts meldt de Raad dat hij op de hoogte is gesteld van het feit dat de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten overheidsdienaren in stand blijft en dat de ambtenaren en de aan hen gelijkgestelden voorlopig buiten de basisverzekering ziektekosten zullen worden

gehouden. Dit gezien het feit dat er nog geen overeenstemming is bereikt met de partijen in het Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken.

De Raad geeft tevens aan dat aangezien de onderhavige ontwerp-landsverordening de rechten en verplichtingen van ambtenaren niet wijzigt, het naar zijn oordeel artikel 10 van de Landsverordening Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken (P.B. 2008, no. 70) niet van toepassing is. Wel adviseert de Raad de regering om zo spoedig mogelijk in overleg te treden met de partijen in het Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken, teneinde overeenstemming met deze te bereiken zodat de ontwerp-landsverordening ook voor de ambtenaren zal gelden. De regering zal het overleg met de partijen in het Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken voortzetten ten einde een overeenstemming met de CCvV te bereiken waardoor de ambtenaren en de met hen gelijkgestelden verzekerd worden in de zin van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten.

In de paragraaf “Algemene opmerkingen” wijst de Raad erop dat bepaalde verzekerden onder de werking van de onderhavige landsverordening, in vergelijking met de huidige situatie waarin sommigen zelfs niet premieplichtig zijn, een hogere premie zullen moeten betalen. Verder meldt de Raad te hebben geconstateerd dat verschillende onderdelen van het ontwerp en de memorie van toelichting niet of onvoldoende zijn onderbouwd of uitgewerkt. De Raad bedoelt hiermee dat in de memorie van toelichting melding wordt gedaan van de zogeheten hoekstenen van het nieuwe stelsel waar onder: het nieuwe ziekenhuis, een centraal aangestuurde ziekenhuisorganisatie met daarbij een logische functieverdeling tussen het Algemene Ziekenhuis en de satellieten, een Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (“GMSB”), waar de Raad nog geen kennis van heeft kunnen nemen.

De regering beseft dat in het proces van de invoering van een basisverzekering meer zaken aan de orde zijn die niet allemaal gelijktijdig ingevoerd kunnen worden. Het invoeren van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten is een belangrijke stap in dat proces. Het niet gelijkelijk alle randvoorwaarden ‘in place’ hebben op het moment van inwerkingtreding van de ontwerp-landsverordening, hoeft de regering niet te weerhouden van het invoeren van genoemde landsverordening.

Onder punt 4 van het algemene gedeelte stelt de Raad dat een wettelijke regeling bestendig moet zijn, dat een regeling niet frequent gewijzigd moet worden en dat het beleid duidelijk moet zijn voordat tot het treffen van de regeling wordt overgegaan. Gelet hierop wijst de Raad op het feit dat het ontwerp voorziet in een relatief groot aantal uitvoeringsregelingen dat bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen, moet worden vastgesteld. Dit brengt met zich mee, dat het tot stand brengen van voornoemde uitvoeringsregelingen, belangrijk is voor een compleet beeld van de basisverzekering ziektekosten. Aangezien de Raad slechts drie ontwerp-landsbesluiten, houdende algemene maatregelen, ter toetsing heeft ontvangen, adviseert de Raad de regering om zo spoedig mogelijk de resterende landsbesluiten, houdende algemene maatregelen ter toetsing aan de Raad voor te leggen.

Mede gelet hierop en de aard van de landsbesluiten, houdende algemene maatregelen, te regelen onderwerpen, zal de regering naar prioriteit genoemde landsbesluiten vaststellen. De regering is zich van bewust dat er zo snel mogelijk het totaal beeld van de basisverzekering ziektekosten zo snel mogelijk duidelijk moet worden, en zal het dan ook daarheen leiden ten einde zekerheid te scheppen voor alle actoren/betrokkenen. Hetzelfde geldt voor de in te stellen organen en instanties. Gelet op de tijdspanne waarin de basisverzekering ziektekosten

tot stand moet worden gebracht, heeft de regering de keuze gemaakt om de drie essentiële uitvoeringsaspecten bij deze gelegenheid nader te regelen. Het betreft de landsbesluiten, houdende algemene maatregelen, regelende het verstrekkingen pakket, de registratie van verzekerden en de verschuldigde premies.

De regering onderkent dat als prioriteit na de inwerkingtreding van de onderhavige ontwerp-landsverordening het landsbesluit, houdende algemene maatregelen, ter vaststelling van een homogeen tarievenstelsel zal worden behandeld. Een landsbesluit, houdende algemene maatregelen, ter vaststelling van regels met betrekking tot uitzending is bijvoorbeeld in vergelijking tot bovengenoemd landsbesluit minder urgent als kostenbeheersende en – verlagende maatregel. Een homogeen tarievenstelsel daarentegen draagt in dit verband meer bij aan het beheersen en verlagen van de kosten in de gezondheidszorg dan nieuwe regels over het uitzenden, aangezien het uitzenden een gangbare praktijk is die in de tussenliggende periode beleidsmatig kan worden geregeld. Een spoedige vaststelling blijft het streven van de regering.

De Raad constateert dat de Regeling Medewerking aan de Sociale Verzekering 1960 respectievelijk het Landsbesluit Medisch Tarief Sociale Verzekeringen 2001 (MTSV) vooralsnog van kracht blijven gedurende een onbepaalde periode, namelijk zolang ter zake geen voorzieningen krachtens de onderhavige landsverordening zijn getroffen. De Raad merkt verder op dat het MTSV gebaseerd is op de Landsverordening Ziekteverzekering met een ander verstrekkingenpakket en adviseert de regering om de tarieven vast te stellen voor de verstrekkingen die in het basispakket op grond van het ontwerp zijn opgenomen en die niet voorkomen in het “pakket” op grond van de Landsverordening Ziekteverzekering.

De regering geeft hierbij aan dat de toepassing van het MTSV een tijdelijke voorziening is ter overbrugging van de periode tot dat de NBG is ingevoerd. In het kader van de NBG zal een nieuwe beloningstructuur van kracht zijn bestaande uit drie componenten nl. de kwaliteits-, de organisatie- en productiecomponent. Voor zover er geen tarieven zijn voor verstrekkingen die in het MTSV voorkomen, zal de Regeling Tarieven Huisartsen en Medische Specialisten, Curaçao 1986 van toepassing zijn.

De doorberekening van de effecten inzake de verhoging van het premiepercentage en de koopkracht- en macro-economische en de wijziging van de heffingsgrondslag is inmiddels verricht. Onderstaande tabel geeft aan wat het effect is op de koopkracht per inkomensgroep op grond van een lineaire berekening bij het invoeren van de basisverzekering ziektekosten.

Koopkrachteffect Basisverzekering per (inkomens)groep op grond van een lineair berekening:

| | Basisverzekering | Koopkrachteffect | Opmerking |
|--|---|--|---|
| - werknemers met inkomen ≤ Naf. 1000: | ZV-premie van 2,1% wordt 0%. | stijgt met ca. 2,1%. | |
| - ambtenaren met inkomen > Naf. 1000: | Ongewijzigd | Daalt licht (vanwege het wegvallen van fiscaal aftrekbaarheid FZOG-premie) | Wordt van uitgegaan dat ambt. apart gehouden worden |
| - werknemers met inkomen > Naf. 1000,--: | - ZV-premie van 2,1% wordt 3% - premiegrens stijgt | Koopkracht daalt met minimaal 0,9% | De bedoeling is om middels een “gliding scale” de koopkracht daling bij de inkomensgroep Naf. 1000,-- -1.500,-- te reduceren. |
| - gepens. met inkomen ≤ Naf. 1000,--: | betalen geen ziektekostenpremie van 10,4% (maximaal NAF. 495 p/mnd.) | Koopkracht neemt toe met 10,4% | |
| - gepens. met inkomen > Naf. 1000,--: | premieregrens stijgt | Koopkracht daalt licht | |
| FZOG-ers | - betalen geen 10% eigenbijdrage over gemaakte ziektekosten - premiegrens stijgt | hangt af van de hoogte van de gemaakte ziektekosten en hoogte van het inkomen, maar zeer waarschijnlijk zal het licht stijgen | |
| werkgevers | extra 1,6% premie en vanaf 2015 nog eens extra OV-premie van 1,9% | | Per 2013 stijgen lasten met 3,1% en per 2015 met 5%. |

De regering is voornemens om de groepen die als gevolg van de invoering van de voorliggende maatregelen in hun koopkracht worden aangetast (de on- en minvermogenden), met behulp van sociale maatregelen tegemoet te komen. Die maatregelen zullen met name gericht worden op het opvangen van specifieke. Hiertoe heeft de regering besloten om binnen het Ministerie van Sociale Ontwikkeling, Arbeid en Welzijn structurele dekking te zoeken ter bekostiging van met name bril en tandprothesen ten behoeve van de inkomstencategorieën

beneden NAf. 1.000,--. Middels een “gliding scale” zal per individuele omstandigheden worden geëvalueerd welke verzekerde in aanmerking komt voor sociale ondersteuning. De sociale omstandigheden zullen in de beschouwing worden meegenomen bij het vaststellen van de bijdrage aan de basisverzekering. Hiermee zij de opmerking van de Raad van Advies beantwoord voor wat betreft het onbillijke aspect bij de inkomens die tot NAf. 12.000,-- per jaar bedragen en de inkomens die net boven de NAf. 12.000,--.

Betreffende het instellen van één Schommelfonds Sociale Verzekeringen is de Raad van mening dat elk afzonderlijk fonds zich in financieel opzicht zelf moet kunnen handhaven en raadt de regering af één schommelfonds in te stellen voor de verschillende sociale verzekeringsfondsen. De Raad merkt verder op dat er strikte voorwaarden aan verbonden moeten worden, zoals wanneer een beroep erop gedaan kan worden, welke instantie gehoord moet worden en dat het beheer op een transparante manier moet gebeuren.

Gegeven de economische omstandigheden en de huidige financiële situatie van de fondsen is de conclusie en standpunt van de regering dat de solvabiliteit van de verschillende fondsen op de korte termijn slechts behouden kan worden door de verschillende fondsen aan elkaar te koppelen in één gezamenlijk schommelfonds. Omdat de Landsoverheid garant staat voor de tekorten van al deze fondsen, betekent dit een extra risico voor de landsbegroting en de gemeenschap. Dit risico zou in de vorm van extra lasten of extra bezuinigen in het overheidsapparaat dienen te worden gecompenseerd.

De Regering onderkent de mening van de Raad dat elk fonds zich financieel moet kunnen handhaven. Er zijn dan ook al diverse maatregelen (lastenverzwaringen en mogelijke beperkingen in de rechten), lopend in het formele adviestraject, die erop gericht zijn om de tekorten binnen de afzonderlijke fondsen terug te dringen. Met een gezamenlijk schommelfonds, kunnen overschotten in de andere fondsen, aangewend worden ter dekking van een periode van tijdelijke tekorten, totdat structurele maatregelen het volledige effect sorteren.

Ten aanzien van opmerking over welke instantie gehoord moet worden en het waarborgen van een transparant beheer, is op te merken dat het beheer over de verschillende fondsen is ondergebracht bij één uitvoeringsorganisatie, waardoor dan meer efficiëntie kan worden bereikt. Hierbij zullen zakelijke normen gehanteerd worden zoals thans het geval is bij de huidige Sociale Verzekeringsbank. De uitvoering van het financieel beheer door de Uitvoeringsorganisatie zal plaatsvinden onder het toezicht van de Centrale Bank van Curaçao en Sint Maarten. Hiermee wordt dan ook een onafhankelijk toezicht op de solvabiliteit van het geheel van fondsen gewaarborgd.

In hoofdstuk III, Maatschappelijk draagvlak laat de Raad zich uit over het beleid dat ten grondslag van de ontwerp-landsverordening ligt met de daarbij het nodige draagvlak. De Raad haalt aan dat voor het creëren van draagvlak, met name bij een regeling die verschillende belangen raakt en vergaande consequenties voor velen heeft, als het onderhavige, het van eminent belang is dat overleg tussen de beleidsmakers en degenen op wie de regeling

betrekking zal hebben of hun vertegenwoordigers en deskundigen wordt gepleegd. De Raad doet vervolgens melding van het Nationaal Dialoog en het voorstel dat voortvloeide uit het Nationaal Dialoog. De Raad stelt hierbij voor dat wordt ingegaan in deze toelichting op het resultaat van voornoemd dialoog.

De regering heeft na het eerst aangeboden ontwerp van 20 mei 2012 met de vertegenwoordigers van de ouderen gesproken. Het is naar aanleiding van deze besprekingen dat er wijzigingen zijn opgenomen in met name voor wat betreft de ondergrens van NAF. 1.000,-- en de premie van 10% voor de gepensioneerden.

De Nationaal Dialoog is gefaciliteerd door het platform “Kolaborativo”, een tripartiet overleg bestaande uit vertegenwoordigingen van werkgevers, werknemers, en de overheid. Kolaborativo heeft op 13 december 2012 een advies opgeleverd waarin drie hoofdpunten naar voren worden gebracht.

Kolaborativo geeft aan dat het gezien het korte tijdsbestek niet de mogelijkheid heeft gehad om een alternatief voor de basisverzekering ziektekosten te onderzoeken en te evalueren en dat er daarom de kans geboden dient te worden om dit nader uit te werken. De regering staat open voor continuering van de Nationale Dialoog en ondersteunt de gedachte om alternatieven te blijven onderzoeken en evalueren.

Gezien het voorgaande stelt Kolaborativo dat de basisverzekering ziektekosten slechts voor een periode van 1 jaar zou moeten gelden en zou moeten vervallen per 31 december 2013. De regering is de opvatting toegedaan dat indien er een alternatief gevonden wordt dat kan rekenen op de steun van de regering en kan rekenen op een meerderheid in de Staten, overwogen kan worden de basisverzekering ziektekosten te vervangen voor een andere verzekering.

Kolaborativo stelt verder dat burgers zouden worden beperkt tot het registreren bij één zorgaanbieder (bijv. apotheek, specialist), waardoor het individu niet zou kunnen genieten van een competitieve prijs bij een andere apotheek of bij een zorgklacht tijdig de nodige zorg kunnen ontvangen van een zorgverlener in de eerste en tweede lijn. Dit is echter slechts ten dele juist. Voor wat betreft de huisarts, tandarts en apotheek dienen verzekerden zich in te schrijven en kunnen zij zich behoudens uitzonderlijke gevallen slechts wenden tot die ene huisarts, tandarts of apotheek. Verzekerden kunnen echter één maal per 6 maanden wisselen van huisarts en één maal per jaar van apotheek. De regering is geen voorstander van het regelmatig wisselen van zorgaanbieders. De mogelijkheid behouden dat verzekerden van zorgaanbieders blijven veranderen, met name in de farmaceutische taak van de zorg, worden dan de kostenbeheersende en kwaliteitsbevorderende effecten van het beleid zeker niet gehaald.

In hoofdstuk IV van het meergenoemde advies van de Raad van Advies adviseert de Raad de regering om een aantal wettelijke regelingen vóór of gelijktijdig met de inwerkingtreding van de onderhavige ontwerp-landsverordening in werking te laten treden. Hierbij doelt de Raad op

de Landsverordening inkomstenbelasting 1943, de Landsverordening Beroepen in Gezondheidszorg en de Landsverordening regelende de Raad voor de Volksgezondheid.

Zo meldt de Raad dat de Regeling tegemoetkoming ziektekosten overheidsgepensioneerden wordt ingetrokken. Deze opmerking is niet correct. De regering heeft ervoor gekozen om deze regeling niet bij de inwerkingtreding van de ontwerp-landsverordening in te trekken maar bij een later bij landsbesluit te bepalen tijdstip. Bepaalde artikelen van de FZOG blijven in stand en dat is het geval met artikel 5. En zolang de overheidsdienaren uitgezonderd zijn van de basisverzekering ziektekosten, zullen ze de premie, bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de FZOG verschuldigd zijn. Genoemde premie zal voorsnog als persoonlijke last aftrekbaar in de zin van de Landsverordening inkomstenbelasting 2002. Om deze reden is de regering van mening dat de laatstgenoemde landsverordening nog niet gewijzigd dient te worden.

De regering is zich ervan bewust dat de Landsverordening Beroepen in Gezondheidszorg zo spoedig mogelijk in werking dient te treden.

In hoofdstuk V van zijn advies benadrukt de Raad dat voorkomen moet worden dat verzekerden in loondienst en gepensioneerden in feite de lasten zullen moeten dragen voor de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten. Laatstgenoemde groepen zijn namelijk “zichtbaar” en de verschuldigde premie kan gemakkelijk op hun inkomen worden ingehouden. De naar de redenering van de Raad “onzichtbare” verzekerden zijn de zelfstandigen, de on- en eventueel minvermogenden in de zin van de eilandsverordening bijstand kosten medische hulp (A.B. 1978, no. 39). Ten einde deze groep zichtbaar te maken, is de regering voornemens om alle bestanden te synchroniseren en door te lopen ter verzuivering van bestand der verzekerden. Het is de bedoeling een sluitend systeem wordt gecreëerd waarbij de verzekerde hetzij via de zorgaanbieder hetzij via de Belastingdienst wordt gesignaleerd waardoor hij opgenomen wordt in het bestand der verzekerden. Eenmaal in kaart gebracht kan de verzekerde aangeslagen worden voor de verschuldigde premie in de zin van deze ontwerp-landsverordening.

Voor de regering is het ook essentieel dat er voldoende gerichte voorlichting wordt gegeven aan alle betrokkenen. In het voortraject zijn er verschillende informatie sessies geweest met de zorgaanbieders. De zorgaanbieders hebben kennis kunnen nemen met de bedoelingen van de regering voor wat betreft de invoering van de basisverzekering ziektekosten.

§ 4. Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1.1

In de onder de letter h opgenomen definitie van zorgaanbieder is aangesloten bij de terminologie van de Landsverordening beroepen in de gezondheidszorg (BIG) door te spreken over medische beroepsbeoefenaar. In de BIG wordt onder medische beroepsbeoefenaar verstaan “degene die beroepsmatig, op basis van een daartoe strekkende met goed gevolg afgeronde opleiding, handelingen verricht op het gebied van de gezondheidszorg”. Die omschrijving omvat derhalve in beginsel alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Dat

wordt onderstreept door - en uitgewerkt in - de daarop volgende nader aanvullende omschrijvingen van “handelingen op het gebied van de gezondheidszorg” (van toepassing op de meest ruime kring beroepsbeoefenaren), “handelingen op het gebied van de geneeskunst” (van toepassing op een duidelijk beperktere kring van beroepsbeoefenaren) en “voorbehouden handelingen” (van toepassing op nog verder beperkte kringen van beroepsbeoefenaren). Het inwerking treden van de BIG is van eminent belang voor de werking van deze landsverordening en is voor de regering een volgende stap gezien de noodzaak hiervan voor de uitvoering van deze landsverordening. Met de definitie van zorgaanbieder is tevens aangesloten bij de terminologie van de Landsverordening zorginstellingen.

Artikel 1.2

Hoewel persoonsgegevens slechts gebruikt mogen worden voor het doel waarvoor zij verzameld zijn, is het in het belang van de volksgezondheid als deze gegevens in gedepersonaliseerde vorm beschikbaar zijn voor onderzoeksdoeleinden op het gebied van de gezondheidszorg.

Artikel 2.1

In het algemeen gedeelte van deze memorie van toelichting is reeds ingegaan op de kring der verzekerden. De gekozen formulering, die aansluit bij de kring van verzekerden ingevolge de Landsverordening algemene verzekering bijzonder ziektekosten (AVBZ) zodat een naadloze aansluiting van beide wettelijke regeling mogelijk is, maakt de totstandkoming van een algemene de gehele bevolking omvattende ziektekostenverzekering eenvoudig mogelijk.

Aanvullend wordt hier verwezen naar het tweede lid, waarin een tweetal essentiële uitzonderingen op de kring van verzekerden zijn vermeld. De eerste is naar verwachting tijdelijk van aard en zal duren totdat de overheid en de particuliere verzekeraars over de overstap naar een algemene ziektekosten verzekering voor de gehele bevolking overeenstemming hebben bereikt. De tweede uitzondering strekt ter continuering van de sinds jaar en dag bestaande uitzondering op de algemene regel van de Landsverordening Ziekteverzekering. Het gaat hier om de zogenaamde eigenrisicodragers.

Daarnaast zijn uitzonderingen opgenomen krachtens internationaal recht en voor zover men als ingezetene inkomen geniet krachtens een werkverband met een elders in het Koninkrijk gevestigde rechtspersoon.

In het derde lid tenslotte wordt de mogelijkheid geboden bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen, de kring van verzekerden uit te breiden of te beperken. In dat kader zou kunnen worden overwogen of het wenselijk is een voorziening te treffen voor degenen die het land metterwoon hebben verlaten, maar binnen een jaar metterwoon terugkeren, door deze personen ook gedurende die periode als verzekerde aan te merken. Hierbij moet wel duidelijk vastgesteld kunnen worden dat men zich heeft uitgeschreven en zich vervolgens binnen het jaar weer opnieuw heeft ingeschreven.

Ook zou in tegenover gestelde zin geregeld kunnen worden dat de kring van verzekerden wordt beperkt door in het verlengde van de eerder bedoelde en in het tweede lid, onder c, verdragsrechtelijk verplichtingen, personen die hier te lande werkzaam zijn voor een buitenlands bedrijf van de verplichting verzekerd te zijn uit te zonderen. Het voorleggen van het betreffende landsbesluit aan de Staten als formele wetgever is een verplichting gezien de aard van het te regelen onderwerp.

Artikelen 3.1 en 3.2

Voor een toelichting op het verstrekkingenpakket wordt verwezen naar paragraaf 1.2.3 van het algemeen gedeelte van deze memorie van toelichting. Belangrijk is te realiseren dat de aard, inhoud, omvang en voorwaarden van de verstrekkingen bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen, nader worden uitgewerkt. Voor de verdere achtergronden van de onderliggende studie voor de beoordeling van het verstrekkingenpakket wordt verwezen naar het rapport van de Projectgroep “Herstructurering Cure” zoals door de Raad van Ministers goedgekeurd op 28 maart 2011.

Voor wat betreft de eventueel aanvullende verzekering wordt het de verzekerde mogelijk gemaakt om zich additioneel bij te verzekeren bij de Uitvoeringsorganisatie voor de verstrekkingen die boven het verstrekkingenpakket gaan.

Artikel 4.1

De aanwezige infrastructuur en de jarenlang opgebouwde expertise op het gebied van sociale verzekeringen hebben ten grondslag gelegen voor de beslissing van de regering om de Sociale Verzekeringsbank te belasten met de uitvoering van deze ontwerp-landsverordening. Er is, omwille van efficiëntie en kostenverlaging, afgestapt van het idee van openbare aanbesteding evenals van het idee om meerdere verzekeraars te belasten met de uitvoering van deze landsverordening. Het verdient geen aanbeveling om meerdere verzekeraars te belasten met de uitvoering van een ziektekostenverzekering voor een populatie van meer dan 130.000 verzekerden. Efficiëntie wordt gediend als rekening wordt gehouden met de operationele kosten die zolang mogelijk dienen te zijn in verband met de kostenverlaging in de gezondheidszorg. Gelet op het feit dat de basisverzekering ziektekosten een nieuwe regeling is, kan de Minister het wenselijk achten om periodiek te worden ingelicht over de uitvoering van de onderhavige ontwerp-landsverordening. Op grond van zijn verantwoording naar de Staten, dient de Minister te allen tijde op de hoogte te zijn van de effecten van de invoering en de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten.

Artikel 4.2

De Minister kan algemene richtlijnen geven aan de Uitvoeringsorganisatie. Het geven van (bijzondere) richtlijnen, die betrekking hebben op individuele gevallen, is niet toegestaan. Het geven van richtlijnen zou de onafhankelijkheid van de Uitvoeringsorganisatie aan kunnen tasten. In het geval de Uitvoeringsorganisatie de aanwijzingen niet volgt, kan het resulteren in een verlies van bevoegdheid die dan naar de Minister overgaat.

Artikel 4.3

Jaarlijks zal uiteraard begroot moeten worden voor het navolgende jaar welke uitgaven worden verwacht om de onderhavige landsverordening naar behoren te kunnen uitvoeren. Het gaat hierbij om zowel raming van de kosten van de te leveren verstrekkingen als om de kosten van de Uitvoeringsorganisatie zelf. De begroting wordt als een toetsingsinstrument gezien in het traject van kostenbeheersing.

Op basis van de financiële toestand van het Fonds Basisverzekering Ziektekosten en op basis van die ramingen wordt duidelijk uiteindelijk hoeveel geld in totaal nodig zal zijn en in de

begroting van het Land wordt door de Minister van Financiën vervolgens bepaald hoe groot het aandeel van de overheid hierin is (landsbijdrage). Zie ook artikel 6.2.

Artikel 4.4

In navolging van de opmerking van de Raad van Advies is dit artikel aangepast. Volgens artikel 121, zesde lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek zijn bevoegd tot het afleggen van de verklaring van de getrouwheid van de jaarrekening, register-accountant in de zin van de Nederlandse regelgeving, een accountant-administratie-consulent als bedoeld het Nederlands BW, een certified public accountant in de zin van de regelgeving in de Verenigde Staten, alsmede iemand die door de Minister belast met Economische Zaken bij een herroepelijke vergunning als deskundige is toegelaten op grond van een bewijs dat betrokkene voldoet aan eisen van bekwaamheid.

Artikelen 5.1 en 5.2

Hoewel krachtens artikel 2.1 een groot deel van alle ingezetenen verplicht verzekerd zijn die krachtens artikel 3.1 in geval van ziekte aanspraak hebben op verstrekkingen, kan een verzekerde zijn aanspraken pas geldend maken als hij beschikt over een bewijs van registratie. Dit registratiebewijs kan, bij de Uitvoeringsorganisatie worden verkregen. Op de Uitvoeringsorganisatie rust de verplichting informatie in te winnen bij de Basisadministratie ten einde te verifiëren of de aanvrager inderdaad ingezetene is krachtens een geldige verblijfstitel (zie artikel 1.1, onder f). Het feitelijk hier te lande woonachtig zijn is een volgende vereiste. De Uitvoeringsorganisatie dient zich ook ervan te vergewissen dat een verzekerde daadwerkelijk hier te lande zijn verblijf heeft. Waarom is dit registratiebewijs nodig? Aangezien het de bedoeling is dit bewijs een geldigheidsduur te geven van maximaal drie jaar, kan tussentijds worden nagegaan hoe het bestand van verzekerden zich ontwikkelt. Dit is mede van belang voor de vaststelling van de jaarlijks voor de uitvoering van deze landsverordening benodigde financiële middelen. Daarenboven worden hiermee de mogelijkheden tot misbruik (bijvoorbeeld bij het gebruik door anderen dan de houd(st)er van het registratiebewijs) extra beperkt. Als bijvoorbeeld bij overlijden door de nabestaanden nagelaten is het registratiebewijs overeenkomstig de wettelijke voorschriften bij de Uitvoeringsorganisatie in te leveren, wordt voor het nieuwe jaar in ieder geval geen nieuw bewijs meer af gegeven. Zo vindt regelmatig mede opschoning van het bestand plaats. Daarnaast biedt een registratiebewijs in de vorm van een smart card de mogelijkheid om een aantal gegevens vast te leggen die voor volksgezondheidsonderzoek te gebruiken zijn.

Artikel 5.3

In dit artikel is allereerst bepaald dat de verzekerde bij het geldend maken van aanspraken op verstrekkingen het registratiebewijs zal dienen over te leggen. Dit wordt gelet op het in het verleden geconstateerde misbruik van dergelijke kaarten echter geenszins voldoende geacht. De zorgaanbieder zal daarom in diens zorgcontract worden verplicht de rechthebbendheid van de verzekerde te toetsen door dit het registratiebewijs te vergelijken met een door de verzekerde mede te overleggen identiteitsbewijs als bedoeld in artikel 2 van de Landsverordening identificatieplicht (P.B. 2002, no. 76).

Evenzo zal de verzekerde in het Landsbesluit registratie verzekerden worden verplicht bij het tot gelding brengen van aanspraken een zodanig identificatiebewijs ter verificatie mee over te leggen.

Daarnaast is in dit artikel bepaald dat er in beginsel keuzevrijheid is ten aanzien van de zorgaanbieder. Deze keuze vrijheid is in belang van de volksgezondheid echter beperkt voor wat betreft huisartsen, tandartsen en apotheken. Slechts op die manier kan de continuïteit en

de kwaliteit in de dienstverlening worden gegarandeerd en daardoor geoptimaliseerd. Met deze maatregel wordt het mogelijk het gedrag van een verzekerde inzichtelijk te maken.

Er is een ‘escape’ opgenomen voor het geval niet verwacht kan worden bij de oude huisarts/tandarts en/of apotheker ingeschreven te blijven en dat is ingeval van verhuizing of indien een ernstige vertrouwensbreuk is ontstaan, waardoor van een patiënt niet verwacht mag worden dat hij zich nog langer aan de behandeling van desbetreffende zorgaanbieder onderwerpt. In geval van weekend-, avond- en nachtdiensten kan de verzekerde zich wenden tot de dienstdoende (tand) arts en apotheek, met dien verstande dat de dienstdoende (tand)arts of apotheek tijdens weekend-, avond- en nachtdiensten geneesmiddelen mag voorschrijven voor maximaal 10 dagen.

Een andere beperkende voorwaarde is dat in het kader van de onderhavige regeling slechts een zorgaanbieder kan worden benaderd met wie de Uitvoeringsorganisatie een zorgcontract is aangegaan. In artikel 12.6, zesde lid, is aangegeven dat zolang het stelsel van zorgcontracten nog niet operationeel is de huidige systematiek van de SVB ingevolge de Regeling Medewerking aan de Sociale Verzekeringsbank 1960 blijft gelden. Anders gezegd, gedurende die periode kan slechts een zorgaanbieder benaderd worden die als medewerkende krachtens genoemde regeling bij de SVB is ingeschreven.

Artikel 5.4

Algemene regel is dat slechts een beroep op verstrekkingen kan worden gedaan voor zover de grond voor dat beroep hier te lande is ontstaan. Dit betekent dat in beginsel geen beroep op de krachtens deze landsverordening mogelijke voorzieningen kan worden gedaan indien die grond elders, bijvoorbeeld op vakantie, is ontstaan. Dat geldt overigens slechts voor de buiten Curaçao gemaakte kosten. Indien echter bij terugkeer nog medische hulp, waarop krachtens deze landsverordening een beroep kan worden gedaan, noodzakelijk is, kan wel een beroep op deze landsverordening worden gedaan. Uit het vorenstaande kan worden afgeleid dat het aan te bevelen is een reisverzekering af te sluiten voor eventualiteiten die zich buiten ons land kunnen voordoen en waarvoor de onderhavige landsverordening geen dekking biedt. Een andere beperking is voorts gelegen in het feit dat de betrokkene slechts aanspraken kan doen gelden voor zover hij gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Daarnaast moet de desbetreffende zorg naar redelijkheid hier te lande geboden kunnen worden. Het derde lid, maakt vervolgens mogelijk dat indien de zorg niet hier te lande geboden kan worden maar wel noodzakelijk is te achten, besloten kan worden tot uitzending naar het buitenland (de zogenaamde medische uitzendingen). Gelet op de vele mogelijkheden daarbij, is tevens bepaald dat ter zake bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen, nadere regels worden gesteld.

Bij medische uitzendingen zal de Uitvoeringsorganisatie ter beperking van eventuele voor de Uitvoeringsorganisatie opkomende risico's een reisverzekering verplicht stellen. Hierbij kan gedacht worden aan het onverhoopt overlijden van de patiënt of diens begeleider en de noodzaak het lijk naar Curaçao terug te brengen.

Artikelen 6.1 tot en met 6.10

In dit hoofdstuk wordt de financiering van de basisverzekering ziektekosten geregeld. Op de aspecten van de inkomensafhankelijke premie en van de nominale premie is in het algemeen deel van deze toelichting op meerdere plaatsen al uitgebreid ingegaan.

De heffing en inning van de inkomensafhankelijke premie zullen geschieden door de belastinginspecteur onderscheidenlijk de ontvanger. Dat zal op een vergelijkbare wijze gebeuren als bij de heffing en inning van de inkomstenbelasting, waarbij de premie ook bij wijze van voorheffing bij de verzekerde zal worden ingehouden. De SVB heeft geen rol in de heffing en inning behoudens het verstrekken van overzichten van de verzekerden.

De regering wenst, net zoals dat in het geval de Landsverordening Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten, de Centrale Bank van Curaçao en Sint Maarten als toezichthouder aan te wijzen voor wat betreft het financieel beheer van Fonds Basisverzekering Ziektekosten.

Artikelen 7.1 tot en met 7.4

Deze artikelen zullen vooralsnog niet in werking treden. Aan deze artikelen zal pas op verantwoorde wijze vormgegeven kunnen worden als duidelijkheid bestaat over de behandelingsprotocollen volgens welke de onderscheiden categorieën medische beroepsbeoefenaren dienen te functioneren. Hier is een belangrijke sturende en coördinerende rol weggelegd voor de Zorgautoriteit (in oprichting). Ook dienen de bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen, de criteria gesteld te zijn waaraan zorgcontracten dienen te voldoen. Zodra de Zorgautoriteit wettelijk is ingesteld, zal de Zorgautoriteit ook in kennis worden gesteld aangezien de zorgautoriteit toetst op doelmatigheid en rechtmatigheid van de uitvoering.

Artikel 7.5

Ook dit artikel zal vooralsnog niet inwerking treden nu in artikel 12.6, derde lid, is aangegeven dat vooralsnog het Medisch Tarief Sociale Verzekeringen blijft gelden. Overigens moet wel duidelijk zijn dat hier alleen gezien wordt op de tarifiering voor verzekerde zorg.

Artikel 8.2

De Uitvoeringsorganisatie is een bestuurorgaan in de zin van de LAR dat dagelijks beschikkingen treft die op enig rechtsgevolg zijn gericht. Aan de besluitvorming van de Uitvoeringsorganisatie ter zake van medische aangelegenheden ligt uiteraard een medisch oordeel ten grondslag. Het is daarom wenselijk dat de behandeling van verzoeken om heroverweging door deskundigen geschied. Het bij dit artikel ingestelde medisch adviescollege strekt ertoe in het kader van bestuurlijke heroverweging deskundige toetsing van medische aangelegenheden mogelijk te maken. Het advies van het medisch adviescollege is gezien het specialistische karakter ervan bindend (zie artikel 8.1, vijfde lid). Daarmee wordt beoogd optimale rechtsbescherming voor de verzekerde te scheppen ten aanzien van aangelegenheden waarop hij, gelet op het medisch-specialistische karakter ervan, nauwelijks of helemaal geen greep heeft.

Artikel 9.1

De bepalingen inzake het toezicht zijn sedert de Invoeringslandsverordening wetboek van strafvordering uniform. Voor nieuwe op te stellen wetgeving is in het algemeen gedeelte van de memorie van toelichting (§ 1.2.4, Toezicht) bij het ontwerp van die landsverordening een modelbepaling gegeven. Deze modelbepaling is in de voorliggende ontwerp-landsverordening gevolgd.

Voor alle duidelijkheid zij opgemerkt dat het hier gaat om bestuurlijk toezicht op de naleving van het bij of krachtens deze landsverordening bepaalde. Het eerste lid regelt de formele aanwijzing van de toezichthouders.

Het tweede en derde lid regelen de bevoegdheden van de toezichthouders. Het vierde lid maakt mogelijk om aanwijzingen op te stellen met betrekking tot de taakuitoefening van toezichthouders. Van deze mogelijkheid is sedert de totstandkoming van de Invoeringslandsverordening wetboek van strafvordering nog geen gebruik gemaakt. Het vijfde lid verplicht de burger om desgevraagd medewerking te verlenen aan het werk van de toezichthouders.

Artikelen 9.7 tot en met 9.17

In deze artikelen is het stelsel van de bestuurlijke boete uitgewerkt. Hierbij is voor de procedure aangesloten bij de Nederlandse Algemene wet bestuursrecht. Zulks in de wetenschap dat de Staatsregeling in artikel 89, tweede lid, juncto additioneel artikel II, verplicht tot het stand brengen van algemene regels van bestuursrecht. Tot de algemene regels van bestuursrecht behoren naar de maatstaven van het hedendaagse bestuursrecht ook de bepalingen inzake bestuurlijke boeten en de daarbij te volgen procedures. De procedureregels omvatten primair de administratieve regels waaraan de oplegging van een bestuurlijke boete moet voldoen. Aangezien het hier om een beschikking gaat kan deze aan de LAR-rechter ter toetsing worden voorgelegd.

Aansluitend is geregeld hoe gehandeld kan worden als de betrokkene weigerachtig is te betalen. De Minister hoeft overigens niet de hierbij aangegeven weg van een dwangbevel te volgen. Hij kan ook als schuldeiser de privaatrechtelijke weg volgen door de zaak aan de burgerlijke rechter voor te leggen.

Artikel 10.2

Dit artikel beoogt de daarin genoemde personen of bedrijven aan hun verplichtingen te houden. Zij kunnen zich daaraan niet onttrekken door afwijkende bepalingen in arbeidscontracten of soortgelijke documenten op te nemen.

Artikel 10.3

Dit is een zogenaamde anti-hardheidsbepaling. De Minister die verantwoordelijk is voor de onderhavige materie kan beslissen een geconstateerde hardheid geheel of gedeeltelijk op te heffen. Indien het om aangelegenheden van financiële aard gaat zal deze zulks uiteraard niet buiten de Minister van Financiën om mogen gaan.

Artikel 10.4

Dit artikel regelt de algemene medewerking plicht aan het verstrekken van informatie die het Uitvoeringorgaan nodig acht om deze nieuwe wettelijke regeling naar behoren te kunnen uitvoeren. Op de verzekerde rust de verplichting om uit eigen beweging aan de Uitvoeringsorganisatie zaken te melden die voor het de uitvoering van belang zijn.

Artikel 10.5

Dit artikel beoogt onnodige vestzakbroekzak problematiek te voorkomen door te bepalen dat in het kader van de uitvoering van deze wetgeving voor overheidsactiviteiten geen kosten in rekening mogen worden gebracht.

Artikel 10.7

Binnen 3 jaar na de inwerkingtreding van deze ontwerp-landsverordening dient de Minister een verslag aan de Staten te verzenden met zijn bevindingen over de doeltreffendheid en effecten van deze ontwerp-landsverordening. Ten einde hiertoe in staat te zijn, dient de Minister een evaluatie te laten verrichten bij de Uitvoeringsorganisatie. Er zal geëvalueerd moeten worden naar de efficiëntie van de Uitvoeringsorganisatie bij het uitvoeren van de onderhavige ontwerp-landsverordening. Ook zal gekeken moeten worden naar de effecten van de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten.

Artikel 11.1

In dit artikel worden overeenkomstig de doelstelling van de Regering de huidige overheidsregelingen inzake verzekering tegen ziektekosten ingetrokken. Hiermee komen automatisch ook de rechten van alle gelijkgestelden te vervallen en is op allen automatisch de onderhavige wettelijke regeling van toepassing. Dit artikel zal, voor wat betreft de onderdelen a, b, en d, in werking treden bij een later bij landsbesluit te bepalen tijdstip. Door het niet geraken tot de wettelijk voorgeschreven overeenstemming met de ambtenaren vakbonden, zullen de regelingen betreffende de rechtspositie van de ambtenaren in stand blijven.

Artikel 11.2 tot en met 11.8

In afwijking van hetgeen met artikel 11.1 wordt beoogd, wordt de Landsverordening Ziekteverzekering niet ingetrokken. Dit omdat die landsverordening meerdere zaken regelt. Dit artikel strekt er daarom toe de Landsverordening Ziekteverzekering zodanig aan te passen dat de bepalingen inzake de ziekteverzekering komen te vervallen. Daarvoor treedt immers het voorliggende ontwerp in de plaats. Overeind blijven voornamelijk de bepalingen inzake het ziektegeld.

Ook worden gewijzigd de Landsverordening Sociale Verzekeringsbank, de Landsverordening Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten en de Regeling tegemoetkoming ziektekosten Overheidsgepensioneerden. De eerst vermelde landsverordening wordt aangepast teneinde de uitvoering van die landsverordening, met inbegrip van het financiële beheer van het betreffende fonds, bij de SVB onder te brengen.

Tevens worden de nu bestaande twee schommelfondsen ter zake van de regelingen die door de SVB worden beheerd, vervangen door één schommelfonds waarbij ook het Fonds Ziektekosten Overheidsgepensioneerden, het Fonds Basisverzekering Ziektekosten en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten worden aangesloten.

Hoofdstuk 12

In dit hoofdstuk wordt het inhoudelijke overgangsrecht geregeld. Algemene doelstelling hierbij is zo min mogelijk verstoringen in de uitvoeringspraktijk door het nieuwe regime te doen veroorzaken. Het gaat in dit geval om de overgang van oud naar nieuw te regelen zodat met een soepele overgang in de uitvoeringspraktijk het oude nog voor een deel gehandhaafd blijft.

Artikel 12.1, 12.2 en 12.3

Dit artikel beoogt op voorzieningsniveau de overgang te regelen. Het algemene oogmerk is hierbij de bij de inwerkingtreding van deze nieuwe regeling bestaande rechten te respecteren. Deze bepaling strekt ertoe om de overgang, de continuering van de zorg te garanderen. Behandelingen die een verzekerde vóór het tijdstip van de inwerkingtreding van deze landsverordening onderging, blijven plaatsvinden en worden voltooid conform de regels van deze landsverordening.

De rechtszekerheid van de ingezetenen leidt ertoe dat het verantwoordelijkheidsregime geregeld wordt ten aanzien van de gerespecteerde rechten.

Artikel 12.4

In verband met het voorliggende ontwerp wordt het Fonds Ziektekosten Overheidsgepensioneerden opgeheven en gaan de desbetreffende rechten en verplichtingen naar burgerlijk recht over op het Fonds. Dat gebeurt ook met de in het Fonds Ziektekosten Overheidsgepensioneerden aanwezige liquide middelen beleggingen en reserveringen. De Uitvoeringsorganisatie is verplicht om voor wat betreft dat fonds een laatste jaarafrekening op te stellen.

Van het Ziektefonds wordt ten gunste van het Fonds een deel afgesplitst. Het betreft het deel dat betrekking heeft op de ziektekosten. Dat zal uiteindelijk gebeuren naar rato van de verdeling van de uitkeringslasten over de jaren 2011 en 2012 ten laste van het Ziektefonds in enerzijds ziektekosten en anderzijds kosten in verband met loondoorbetaling. Die uiteindelijke verdeling is pas mogelijk na vaststelling van de jaarrekening over het jaar 2012. Dat zal door de Uitvoeringsorganisatie worden gedaan. Bij wijze van voorlopige verdeling zal op het moment van inwerkingtreding van het voorliggende ontwerp 80% van de in het Ziektefonds aanwezige de liquide middelen, beleggingen en reserveringen ten behoeve van het Fonds worden beheerd.

Artikel 12.5

De Regering en de Centrale Commissie van Vakbonden zijn er niet in geslaagd om, zoals voorgeschreven in de Landsverordening Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken tot een overeenstemming te geraken met betrekking tot het verstrekkingenpakket voor de ambtenaren zoals thans voorgesteld in de onderhavige ontwerp-landsverordening. Om deze reden heeft de regering besloten, om de ambtenaren niet per inwerkingtreding van de onderhavige ontwerp-landsverordening verzekerd te laten zijn in het kader van de basisverzekering ziektekosten. Het overleg in het kader van het Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken zal worden voortgezet.

Artikel 12.6

Op het moment van inwerkingtreding van deze landsverordening bestaat tussen de Uitvoeringsorganisatie en de zorgaanbieders geen contractuele relatie op grond van deze landsverordening. Ten einde vooralsnog een basis te geven aan de financiële relatie wordt tevens bij deze landsverordening bepaald dat de zorgaanbieders aangemerkt zullen worden als medewerkers in de zin van de Regeling Medewerking aan de Sociale Verzekeringen 1960.

De tarieven die op grond van deze landsverordening moeten worden vastgesteld, zijn nog niet uitonderhandeld. Om deze reden worden de regelingen die thans de tarifiering van de zorg regelen in stand gehouden tot wanneer een nieuw tarievenstelsel wordt vastgesteld.

Artikel 12.8

De kring van verzekerden zal op een later tijdstip worden uitgebreid met de ambtenaren en gelijkgestelden. Gelet hierop zullen de bepalingen betreffende de intrekking van de relevante regelingen op een later bij landsbesluit te bepalen tijdstip in werking treden. Uiteraard geldt hierbij het in de Landsverordening Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken neergelegde overeenstemmingvereiste.

De Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur,

De Minister van Financiën ,