

Aan: Leden van de Staten van Aruba
Ministerraad van Aruba
Raad van Commissarissen van het Uitvoeringsorgaan AZV

Oranjestad, 8 februari 2022

Betreft: potentiële invoering eigen bijdrage AZV-verzekerden

Geachte leden van de Staten,
Geachte leden van de Ministerraad,
Geachte leden van de Raad van Commissarissen van het Uitvoeringsorgaan AZV,

We schrijven u vanwege onze grote zorgen en vele vraagtekens rond de door de Minister van Toerisme en Volksgezondheid en het Uitvoeringsorgaan AZV (UO AZV) aangekondigde invoering van eigen bijdragen per 1 april aanstaande. Omdat het niet duidelijk is of voor de betreffende besluitvorming het mandaat ligt bij de Staten van Aruba of de Raad van Commissarissen van het UO AZV, en omdat in beide gevallen hoe dan ook een formele rol vanuit de Staten noodzakelijk lijkt, richten we ons in deze brief tot alle drie de bovenvermelde partijen.

Vanuit de zorgsector denken we graag mee over de houdbaarheid en betaalbaarheid van het AZV-stelsel, maar tot nu toe is de zorgsector zowel vooraf als na de communicatie over de aanstaande veranderingen, niet geraadpleegd. Dit geeft niet alleen onduidelijkheid en onrust, maar versterkt de beleving dat het overheidsbeleid op het gebied van de zorg eenzijdig wordt vormgegeven door op geen enkele manier de aanbieders van zorg te betrekken in de voorbereiding van beleidsvorming. Goed bestuur in tijden van grote veranderingen kenmerkt zich onder andere door het tijdig betrekken van de relevante stakeholders. Nu dit niet is gebeurd, zou in ieder geval verwacht mogen worden dat er z.s.m. na de lancering van een idee contact gezocht wordt en de implementatie, gedachten, kansen, problemen en uitdagingen worden besproken.

Uit de berichten die het UO AZV en de Minister over dit onderwerp in de media hebben gepubliceerd, valt alleen af te leiden dat er eigen bijdragen worden ingevoerd, hoe hoog en voor welke zorgactiviteit. Er is onvoldoende informatie over de keuzes die zijn gemaakt, de voorafgaande analyses en de belangenafweging die daaraan zijn voorafgegaan. De analyse van de Nationale Zorgcommissie, die in juni 2021 met alle stakeholders is gedeeld, lijkt op geen enkele wijze in de beoordeling te zijn meegewogen, noch is er gereageerd op de input vanuit de zorgsector over de eigen bijdrage van zomer 2020. Dit is niet alleen teleurstellend, maar versterkt de beleving dat er binnen de overheid geen enkele behoefte is om daadwerkelijk in gezamenlijkheid de grote problemen aan te pakken waar het AZV-stelsel mee te maken heeft.

Gebaseerd op de beperkte informatie die bekend is, zullen de voorgelegde initiatieven van het UO AZV en de minister van Toerisme en Volksgezondheid veel verdeeldheid tussen patiënten creëren, klassezorg in de hand werken, het risico op fraude verhogen, en voor verbaal geweld en onveilige situaties voor werknemers zorgen. Daarnaast schiet de voorgestelde invoering van de eigen bijdrage haar besparingsdoel voorbij doordat de zorgsector extra menskracht en een extra administratie moet worden ingezet met bij behorende kosten en financiële risico's, zorgmijding in de hand werkt en daarmee vanwege uitgestelde zorg een vermijdbare toename in zorgproblematiek veroorzaakt voor de burgers van Aruba. De door de Minister van Toerisme en Volksgezondheid en het UO AZV enkel in de media gepresenteerde plannen gaan daarmee niet alleen in tegen de gronddoelstelling van de lv AZV, maar zijn vanuit bovenliggende principes rond het recht op gezondheid ethisch verwerpelijk, vanuit het principe van doelmatigheid en effectiviteit een ramp voor de bedrijfsvoering en vanuit het maatschappelijk gezondheidsperspectief medisch schadelijk.

Om inzicht in het proces van besluitvorming te verkrijgen, om alsnog input te kunnen geven voor het oplossen van de problemen die de overheid heeft geconstateerd, dan wel om mogelijk zelfs overtuigd te worden dat de aangedragen oplossingen daadwerkelijk de beste wijze zijn om geconstateerde problemen op te lossen, bestaat binnen de zorgsector behoefte aan (meer) informatie. We verzoeken de Ministerraad en het UO AZV dan ook vriendelijk maar dringend om op korte termijn, uiterlijk binnen twee (2) weken na ontvangst van deze brief, een reactie te geven, op de gestelde vragen en constatering in deze brief.

Samenvattend moeten we constateren dat er minder dan 2 maanden voor de beoogde start, er nog geen details bij de zorgsector bekend zijn over de beoogde uitvoering. Gebaseerd op de beperkte informatie die er is, stellen we in ieder geval allereerst dat we het unaniem niet eens met de bedachte veranderingen. Ten tweede brengen we in dat, als de veranderingen al zouden worden geïmplementeerd per aanstaande 1 april, het onhaalbaar is om op alle zorglocaties tijdig goed getrainde medewerkers, kassasystemen, swipe-machines, kluizen, beveiliging en achterliggende administratieve controles goed te hebben neergezet. Laat duidelijk zijn dat de inning, als die ondanks onze bezwaren toch wordt ingevoerd, in ieder geval niet via de zorgaanbieders kan gebeuren. Omdat we graag mee willen blijven werken aan een stabiel zorgstelsel, hebben we daarom -ondanks onze inhoudelijke bezwaren tegen de huidige voorstellen van de eigen bijdrage, en aantal opties voorbereid waarmee overheid en/of UO AZV de inning van de eigen bijdrage effectief en efficiënt kunnen organiseren. Deze suggesties, en onze vragen over de achtergrond, voorbereiding en uitvoeringsissues, zijn hieronder opgenomen.

Achtergrond en voorbereiding

1. Hoe verhouden uw plannen zich met de zorgplicht die sommige van de zorgverleners/zorginstellingen hebben en dan met name als het patiënten betreft die niet willen of kunnen betalen?
2. Hoe verhouden uw plannen zich met patiënten die ondanks de verwijzing van de huisarts geen tweedelijns zorg betrekken omdat zij de eigen-bijdrage kosten die daarmee gemoeid gaan worden vanaf 1 april 2022 niet kunnen dragen?
3. Hoe verhouden uw plannen zich met patiënten, die ondanks het voorschrijven door de huisarts, of tweedelijns artsen, geen laboratoriumtesten laten afnemen, omdat zij de eigen-bijdrage kosten die daarmee gemoeid gaan worden vanaf 1 april 2022 niet kunnen dragen?
4. Hoe verhouden uw plannen zich met patiënten, die ondanks het voorschrijven door de huisarts, of tweedelijns artsen, geen recepten afhalen omdat zij de eigen-bijdrage kosten die daarmee gemoeid gaan worden vanaf 1 april 2022 niet kunnen dragen?
5. Welke calculaties qua patiënten aantallen, uitgestelde zorg, extra kosten door te laat of niet goed gereguleerde zorg heeft u gemaakt inzake patiënten die zorg niet afnemen vanwege het niet kunnen betalen van de eigen bijdrage?
6. Van welke berekening en aantallen gaat u uit in het vaststellen van de zorgmijding die door de invoering van de eigen bijdrage gaat ontstaan?
7. Welke voorbeelden uit andere landen heeft u genomen ter voorbereiding van uw plannen?
8. Met welke data heeft de Minister van Toerisme en Volksgezondheid de Ministerraad en het UO AZV overtuigd van de juistheid van de invoering van de eigen bijdrage?
9. Welke onderbouwing geven de Minister van Toerisme en Volksgezondheid en het UO AZV aan de bevolking voor de waarschijnlijke effecten van klasse zorg en uitsluiting van Arubanen die zal ontstaan met de invoering van de eigen bijdrage? Er zal immers klasse zorg ontstaan omdat de financiële prikkels en gevolgen van de beoogde invoering met name gevoeld zullen worden door de duizenden tot tienduizenden burgers die nu al moeite hebben financieel rond te komen.

10. In april vorig jaar werd de pakketversobering in geneesmiddelen teruggedraaid door de overheid met het argument dat de economische situatie voor de burger al zo slecht was dat verdere financiële offers niet konden worden gevraagd. Wat is er sindsdien veranderd dat er een jaar later wel financiële offers van de burgers kunnen worden gevraagd en gedragen?
11. Welke bevindingen en conclusies zijn er naar aanleiding van de vorig jaar tijdelijke versobering van het geneesmiddelenpakket en in hoeverre wordt hier een effect van verwacht in de aantallen receptregels die onder de beoogde eigen bijdrage zullen vallen?
12. Er wordt regelmatig gesproken over dat de Landsbijdragen van het Land aan de AZV erg hoog zijn. Deze aanname blijft invloed hebben op de discussie hoe hoog een redelijke Landsbijdrage dient te zijn. Is het u bekend dat de Nederlandse overheid in zijn zorgverzekeringsstelsel (ZVW) jaarlijks een bijdrage levert van 55% van de totale ZVW-kosten, en dat de premie-inkomsten voor zorgverzekeraars dus 45% bedragen van de zorgkosten die via hen worden vergoed? Hoe is deze verhouding in Aruba? Wat heeft dit met uw besluitvorming gedaan?
13. Wat zijn de concrete financiële en zorginhoudelijke resultaten die met uw nieuwe maatregel worden nagestreefd? Welke vooraf vastgestelde doelen zijn er gemaakt?? Wat zijn de uitgangscijfers daarbij en hoe worden de uitkomsten straks transparant gemeten?
14. Bij welk orgaan ligt het mandaat om het besluit over de invoering van de diverse eigen bijdragen te nemen: (a) betreft het een wijziging van de Lv AZV en is het dus een Statenmandaat, of (b) wordt de beoogde wijziging onder toepassing van art 22 lv AZV ingevoerd, waardoor daarmee een mandaat van de Raad van Commissarissen van het UO AZV betreft? Ingeval dat laatste, is er een Landsbegroting 2022 vastgesteld waaruit het UO AZV mag concluderen dat het Land niet de volgens de AZV-begroting benodigde middelen beschikbaar gaat stellen c.q. geen of een verlaagde landsbijdrage zal leveren? Heeft het UO AZV de consequenties van deze maatregelen voor de verzekerden inzichtelijk gemaakt en het verwachte tekort op de AZV-begroting berekend, zodat de overheid zich opnieuw heeft kunnen beraden over het alsnog vinden van de benodigde middelen? Wat zijn (dan) de overwegingen van de overheid geweest om vast te houden aan de beslissing om een lager c.q. geen landsbijdrage aan het UO AZV te leveren?
15. Als er nog geen Landsbegroting is vastgesteld, hoe verhoudt het grondwettelijke budgetrecht van de Staten zich ten opzichte van de boodschap van het Land Aruba c.q. het UO AZV dat er een financiële noodzaak is om eigen bijdragen in te voeren omdat er onvoldoende landsbijdrage zou zijn voor het UO AZV?
16. Heeft het Land Aruba c.q. het UO AZV alternatieven overwogen? Zo ja, welke? Wat zijn de argumenten geweest die niet te kiezen? Heeft het Land Aruba c.q. het UO AZV overwogen om een sugartax in te voeren die niet alleen direct voor een andere inkomstenbron zorgt, maar ook een gezondheidsbevorderend effect heeft op de bevolking? Zie voor een eerste nadere uitwerking van dit idee het adviesrapport van de Nationale Zorgcommissie uit juni 2021.
17. Wat is het beoogde effect dat met de maatregel van eigen bijdrage wordt nagestreefd en op basis van welke nationale of internationale inzichten meent de gemandateerde uit vraag 4 dat deze richting het gewenste effect zal hebben? Heeft de gemandateerde uit vraag 4 kennis genomen van het RAND-onderzoek waarbinnen jarenlang wetenschappelijk is gekeken naar de gewenste en ongewenste effecten van eigen betalingen door verzekerden op zorggebruik en zorgmijding? Hoe zijn deze sociale, ethische, economische en medische effecten meegewogen in de besluitvorming? Zo ja, op welke wijze is met de te verwachten effecten rekening gehouden in de uitwerking van de plannen?
18. Waarom heeft het Land Aruba c.q. het UO AZV afgezien van afstemming met de zorgsector ten behoeve van de noodzakelijke voorbereiding van deze beoogde veranderingen?

Uitvoeringsissues

19. Uit de media blijkt dat het Land Aruba en het UO AZV de invoering van de maatregelen per 1 april 2022 nastreven. Dat zal dus in minder dan twee maanden dienen plaats te vinden. Op

basis van welke inschattingen meent het UO AZV dat een dergelijke termijn haalbaar is voor de zorgsector? Kunnen de onderliggende planning en de daarin opgenomen stappen met de zorgsector worden gedeeld indien er een rol wordt verwacht van de zorgsector?

20. Stel dat uit de nog bekend te maken uitwerking blijkt dat inning en administratie bij de zorgverlener moet plaatsvinden, is dan in voldoende detail uitgewerkt hoe de uitvoering eruitziet, wat de verwachte (extra) kosten van uitvoering zullen zijn, hoe de fysieke en administratieve veiligheid kan worden gegarandeerd? Uit een eerste, zeker niet tot volledigheid geleid hebbende brainstorm door partijen binnen de zorgsector, kwamen rond dit specifieke thema al de volgende punten naar voren:
- Als het beoogd beleid volgt uit Lv AZV art. 22, dan betreft het per definitie tijdelijke maatregelen voor het lopende begrotingsjaar. Investeren lijkt dan van beperkte zin, dan wel zinloos.
 - Met de invoering van deze maatregelen is extra personeel/camerabewaking nodig, onder andere om met nieuwe geldstromen toepassing te geven aan het vierogen-principe. Er zullen kassa's moeten komen, waaronder kassasysteem, kluis, swipe-machine. Medewerkers zullen moeten worden aangetrokken en/of getraind worden op kassa-afhandeling en omgaan met mogelijke agressie van verzekerden. Er zullen processen moeten worden ingericht voor Interne controle op elke geïnde eigen bijdrage.
21. Eventuele inning van de eigen bijdrage bij de zorgaanbieder zal tijd, geld en aandacht kosten en de verwachting bestaat dat dit ten laste van de al met 5,5% gekorte zorgcapaciteit zal komen. In hoeverre is dit punt in de beoordeling c.q. besluitvorming meegewogen en wordt dit geacht deel uit te maken van de beoogde uitkomsten? Hoe zullen zorgaanbieders worden gecompenseerd voor de te maken kosten en eventueel verlies aan inkomsten? Wanneer wordt de sector betrokken bij een te maken kostprijsberekening? Is er in de voorbereiding van het voorstel rond invoering van eigen bijdragen een voorlopige kostprijsberekening van de inningskosten opgesteld? Zo ja, hoe is deze tot nu toe gehanteerde voorlopige kostprijsberekening opgebouwd?
22. Als verzekerden ter plekke bij de zorgaanbieder een eigen bijdrage moeten afdragen maar dat niet willen of kunnen en daarom het betreffend consult of recept afzeggen, mag de betreffende zorgaanbieder dan een no-show in rekening brengen bij het UO AZV? Zo niet, hoe wordt de zorgaanbieder dan gecompenseerd voor de geplande consultatie en de voorbereidende handelingen als er geen reële mogelijkheid is om de plots vrijgevallen tijd en gedane voorbereidingen op een andere wijze ten bate van het UO AZV in te zetten?
23. In hoeverre is er een vangnet begroot voor zorgaanbieders voor medisch noodzakelijke zorg buiten AZV-dekking die extra geleverd zal worden wanneer door deze maatregelen AZV-verzekerden niet ter plekke in staat zijn hun eigen bijdrage af te rekenen en daarmee formeel voor deze zorg buiten de AZV-dekking zullen vallen?
24. Is rekening gehouden met een mogelijke maandelijks cyclische toename in verrichtingen als gevolg van salarisbetaling en dus het mogelijke verschijnsel dat aan het begin van de maand er meer geld is om eigen bijdragen te betalen en er dan dus meer drukte is in vergelijking met het einde van de maand?
25. Idem voor drukte in wachtkamer. In hoeverre verwacht men een toename van conflicten, ruzies, situaties van schaamte vanwege het ten overstaan van anderen niet kunnen betalen van de eigen bijdrage?

Reële uitvoeringsopties:

Zoals reeds meermaals in het verleden aangegeven, zowel per brief, in rapporten, mondeling en in bijeenkomsten, is de zorgsector van mening dat er betere alternatieven zijn om extra inkomsten te genereren en vermijdbare zorgconsumptie af te remmen, zoals onder andere de introductie van een sugartax of de introductie van een eigen bijdrage voor SEH-bezoek nádat triage heeft uitgewezen dat

een dergelijk bezoek niet nodig is. Desalniettemin heeft de zorgsector zich toch gebogen over de vraag op welke wijze de beoogde introductie per 1 april 2022 op een verantwoorde wijze gehaald kan worden, waarbij meegenomen wordt dat de uitvoeringskosten zo laag mogelijk zullen uitvallen. Hiernavolgend is een en ander op hoofdlijnen uitgewerkt.

Indien de eigen bijdrage onder toepassing van art 22 Lv AZV plaatsvindt, dan ligt de inning door het UO AZV het meest voor de hand. Binnen de bestaande kantoornfaciliteiten van het UO AZV is de infrastructuur reeds aanwezig om eigen bijdragen te innen. Er zijn kassasystemen, swipe-machines, administratief personeel, dat getraind is en ervaring heeft met het ontvangen van betalingen (bijvoorbeeld zoals dat gebeurde ten tijde van de fysieke AZV-pas) tevens zijn althans mag daarvan worden uitgegaan dat de daarbij behorende administratieve verantwoordingsprocessen reeds zijn uitgewerkt. Dit biedt ook meteen ook één datasysteem waarin alle eigen bijdragen per persoon zijn geadministreerd, wat bijvoorbeeld zeer handig is voor iemand die graag één overzicht heeft van zijn particulier gemaakte zorgkosten voor de inkomstenbelasting in verband met een mogelijke belastingaftrek van deze kosten.

Het UO AZV kan de inning op drie verschillende manieren organiseren:

- A. Een verzekerde gaat vóór elke zorgactiviteit die een eigen bijdrage kent, eerst betalen bij AZV-kantoor. Dan een betaalbewijs hiervan meenemen naar de zorgaanbieder (mogelijk ook via de bestaande AZV-app).
- B. Iedereen die zorg heeft ontvangen waar een eigen bijdrage voor geldt, moet elke maand/kwartaal bij het UO AZV komen afrekenen. Wie die zorg niet betaalt, krijgt een sanctie opgelegd door het UO AZV zoals bijvoorbeeld voorlopige schorsing van de AZV-dekking.
- C. Iedereen die onder de nog vast te stellen doelgroepen valt, en eigen bijdragen moeten betalen, moet een vast te stellen geldbedrag vooraf inbrengen bij het UO AZV. De eigen bijdrage wordt dan hiermee verrekend aan de hand van de verwerkte zorgdeclaraties die binnenkomen bij het UO AZV. Op deze wijze kan vooraf en beleidsmatig een maximum worden vastgesteld wat een verzekerde in totaal aan eigen bijdrage op jaarbasis zou moeten afrekenen.

In alle drie de bovengenoemde situaties kan het Land Aruba specifieke doelgroepen via de administratie van het UO AZV compenseren. Tegelijk dient iedereen altijd langs het UO AZV voor de uitvoering van de eigen bijdrage. Op deze manier wordt tegemoetgekomen aan de bekomen signalen en informatie dat met de eigen bijdrage ook rem-effect wordt beoogd. Doordat verzekerden nu ook een deel van hun tijd inleveren om zorg te kunnen gebruiken, is er een versterking en een nivellering van dit rem-effect onder alle inkomensgroepen.

NB: B en C vallen qua uitwerking onder het type 'Eigen Risico' zoals in Nederland binnen het zorgstelsel wordt gehanteerd.

Als er sprake is van een formele wijziging van de Lv AZV door de Staten, kan de uitvoering nog steeds verlopen via het UO AZV zoals hierboven omschreven in opties A, B en C, maar er ontstaat dan mogelijk een extra optie D, namelijk inning via de inkomstenbelasting. In de uitwerking lijkt dit erg op het 'eigen risico'-model uit Nederland.

- D Als doelgroep voor de eigen bijdrage geldt dan: de belastingbetaler (en eventueel bijbehorende gezinsleden die ook in de belastingaangifte kunnen worden betrokken.)
Uitvoering kan er dan bijvoorbeeld als volgt uitzien:
 - a. De Inkomstenbelasting wordt verhoogd met het maximum aan eigen risico. Bijvoorbeeld met Afl. 250.
 - b. De belastingbetaler ontvangt jaarlijks een AZV-verklaring die vermeldt hoeveel eigen bijdrage er daadwerkelijk is vastgesteld aan de hand van de uitbetaalde declaraties aan zorgaanbieders voor zorgactiviteiten waar een eigen bijdrage voor geldt. De totale hoogte van dit bedrag is bijvoorbeeld Afl. 150.

- c. Dit 'AZV-eigen-bijdrage'-overzicht wordt bij de belastingaangifte ingediend. In het geval van dit voorbeeld leidt dit tot een aftrekpost van Afl. 250-150= 100.

Zoals gesteld is gezien de aangekondigde invoeringsdatum een spoedige reactie van de Minister en/of het UO AZV noodzakelijk. In afwachting van deze reactie, zoals gesteld binnen twee (2) weken, verblijven wij,

Hoogachtend,

Alle bij de eventuele eigen bijdragen betrokken zorgaanbieders*:

Stichting Ziekenverpleging Aruba

Instituto Medico San Nicolas

FSMA Respaldo

Huisartsenvereniging Aruba

Boticavereniging Aruba

Vereniging medisch specialisten ziekenhuis Aruba

Vereniging Private Laboratoria Aruba

Vereniging Medisch Specialisten Aruba

Arubaanse Bond voor Verpleegkundigen

**vanwege digitale toezending is deze brief niet ondertekend*

CC: Gouverneur van Aruba, directie UO AZV