DE FINANCIELE HAALBAARHEID VAN DE ALGEMENE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING (AZV)

Een nota van de Bank d.d. 25 mei 1998 gericht aan de Minister-President.

1. Algemene inleiding

De gezondheidszorg is een sector die een onuitputtelijke bron van inspiratie lijkt te zijn voor het bedenken van steeds nieuwe organisatievormen en ordeningsprincipes. Ook in Aruba is dit geen uitzondering. De stelselherziening van de gezondheidszorg, zoals thans vervat in AZV, blijft niet alleen politiek-bestuurlijk de gemoederen bezighouden. Ook de andere sectoren, zoals werkgevers- en werknemersorganisaties, verzekeraars, en anderen mengen zich in het debat. Uit dat debat zijn ook talrijke voorstellen en aangepaste modellen voortgekomen. Het startsein voor het debat over de gezondheidszorg in Aruba werd gegeven in 1988, terwijl in 1992 de Staten van Aruba de Landsverordening algemene ziektekostenverzekering hebben aangenomen. Wat opvalt bij het debat rond de AZV is dat ten aanzien van de na te streven doelstellingen voldoende consensus bestaat, een consensus die naar onze mening mogelijk was omdat toen (nog) niet naar de financiële haalbaarheid werd gekeken. Zowel bij de verzekeraars als bij de werkgeversorganisatie hebben overigens vanaf het begin ernstige twijfels bestaan over de huidige (wettelijke) AZV structuur. De bezwaren hebben niet geleid tot een gewijzigde structuur van de AZV, maar het proces van implementatie is aanzienlijk vertraagd. Helaas moeten wij constateren dat een echte maatschappelijke discussie over de financieel-economische haalbaarheid van de AZV ontbreekt.

In het licht van de bovengenoemde gewenste discussie zullen in deze nota de financiële aspecten rond de invoering van een algemene ziektekostenverzekering in Aruba aan de orde worden gesteld. In dit verband worden in paragraaf 2 en 3 de volgende twee modellen geanalyseerd:

- **het wettelijk AZV-model; en**
- **het synergiemodel.**

Vervolgens worden in de paragraaf 4 de bevindingen besproken. Tenslotte geeft de Centrale Bank van Aruba (de Bank) in de laatste paragraaf haar visie omtrent de te realiseren herstructurering van de gezondheidszorg, waarbij vooral ook de financiële haalbaarheid een centrale rol vervult. Verder worden een aantal bouwstenen voor verdere discussie over de toekomst van de AZV aangedragen.

2. Het AZV-model

2.1 Algemeen

Het uitgangspunt van de AZV is één basisverzekering en één uitvoeringsorgaan.[1] Het betreft een algemene ziektekostenverzekering die voor alle ingezetenen van Aruba een (verplicht) basispakket biedt. Het pakket heeft het karakter van een verstrekking in natura, aangezien de hiermee verband houdende kosten rechtstreeks door AZV worden afgerekend met de aanbieders. Alle verzekerden kunnen desgewenst voor verstrekkingen die niet in het pakket zijn opgenomen een beroep doen op aanvullende verzekeringen bij de particuliere verzekeraars. In september 1996 is met de gefaseerde implementatie van de AZV begonnen. Inmiddels zijn de volgende ziektekostenregelingen overgeheveld naar het AZV-uitvoeringsorgaan:

- FZOG per 15 september 1996
- Ex-LAGO per 1 januari 1997
- CZA (ambtenaren en gelijkgestelde) per 1 februari 1997.

De nog over te hevelen ziektekostenregelingen betreffen die van de SVB, PPk alsmede tenslotte de particuliere verzekeringen.[2]

2.2 AZV vanuit financieel perspectief

De Commissie premiestelsel AZV[3] (de Commissie) en Coopers & Lybrand[4] (C&L) hebben een tweetal rapporten uitgebracht ten aanzien van een onderzoek dat zij in opdracht van de regering hebben ingesteld naar de vaststelling van de AZV-premie. Beide rapporten nemen de totale kosten van de gezondheidszorg op Aruba, het Bruto Binnenlands Product (BBP) en een vaste overheidsbijdrage als uitgangspunt. De Commissie gaat er van uit dat de kosten van de AZV hoofdzakelijk gedekt zullen worden door premieheffing bij werkgevers en werknemers en door een relatief dalende landsbijdrage. De premie en de landsbijdrage zullen door de overheid worden vastgesteld. De berekeningen die de bovengenoemde Commissie heeft uitgevoerd geven aan dat de ten laste van de verzekerden berekende premiedruk zal blijven toenemen, indien maatregelen ter beheersing van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg uitblijven. Echter, de Commissie gaat vrijwel geheel voorbij aan het nemen van maatregelen om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen.

Juist dit aspect is een van de beleidsdoelstellingen geweest om de AZV in te voeren. In dit verband wordt verwezen naar de notitie van 4 december 1996 van de Bank, waarin de bevindingen van de commissie worden becommentarieerd.

Volgens het rapport van C&L is de hoogte van de AZV-premie sterk afhankelijk van de toekomstige economische ontwikkelingen en de politieke besluitvorming. Op basis van

---

[1] Zie CBA memorandum inzake de Algemene Ziektekostenverzekering (AZV) van 4 december 1996.
[2] De implementatie van de AZV. Een bericht over de stand van zaken t.b.v. de Informateur, Uitvoeringsorgaan AZV, januari 1998.
[3] Advies premiestelsel voor de Algemene Ziektekostenverzekering Aruba, april 1994.
[4] Coopers & Lybrand, AZV-premiemodel. Een stijgende premie noopt tot kostenbeheersing, 10 december 1996.

een aantal scenario's concludeert C&L dat de kosten van de gezondheidszorg in Aruba in vergelijking met internationale gegevens relatief hoog zijn, zeker als daarbij wordt bedacht dat Aruba (nog) geen last heeft van een vergrijzende bevolking.

Tabel 1 geeft een overzicht van de kosten van de gezondheidszorg in de periode 1991 – 1997. Daaruit blijkt dat in die periode de kosten van de gezondheidszorg gemiddeld circa 10% per jaar zijn gestegen.

Tabel 1 : Ontwikkeling kosten van de gezondheidszorg 1991 – 1997
(x AFL miljoen)

Jaar	Kosten*
1991	86.8
1992	97.0
1993	105.2
1994	113.6
1995	125.1
1996	141.5
1997	153.5

* inclusief apparaatskosten (4.5%)

Bron: Coopers & Lybrand en AZV-uitvoeringsorgaan

De kostenstijging in de gezondheidszorg wordt in het algemeen veroorzaakt door een toename van zowel het volume als de prijs van de zorg. Het volume neemt toe onder invloed van demografische (verandering in de omvang en samenstelling van de bevolking) en epidemiologische veranderingen en door ontwikkelingen in het zorgaanbod, waaronder de technologische vernieuwing. De demografische ontwikkeling van de laatste jaren in Aruba laat zien dat het aantal inwoners met circa 25% is gestegen. Dit is vooral veroorzaakt door toenemende immigratie van buitenlandse arbeidskrachten in verband met de krapte op de arbeidsmarkt in Aruba. Ten aanzien van de samenstelling en de leeftijdsopbouw van de Arubaanse bevolking kan gesteld worden dat in de laatste jaren hierin weinig verandering is opgetreden. Er zijn indicaties dat op termijn deze samenstelling zou kunnen veranderen, waardoor de kosten van de gezondheidszorg onder opwaartse druk zouden komen te staan. Derhalve dienen de toekomstige lange termijn demografische ontwikkeling en de effecten daarvan op de kosten van de gezondheidszorg nader te worden onderzocht. Omdat tussen de verschillende ziekten grote verschillen bestaan kunnen ook epidemiologische veranderingen een grote invloed uitoefenen op de ontwikkeling van de zorgkosten (bijvoorbeeld stijging aantal aids en hiv infecties of suikerziekten).

Helaas is het niet gemakkelijk om dit te kwantificeren, aangezien er onvoldoende informatie beschikbaar is om een schatting van de epidemiologische kosten te kunnen maken.

De prijsontwikkeling in de zorgsector is nauw verbonden aan de algemene ontwikkeling van de prijzen (inflatie), maar kent daarnaast vooral ook een eigen dynamiek omdat door het arbeidsintensieve karakter van de zorgverlening loonstijgingen sterker doorwerken dan in andere delen van de economie. Helaas leent het inflatiecijfer van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zich niet goed voor bepaling van de

prijsdynamiek in de gezondheidszorg, aangezien de prijsverhogingen in de gezondheidszorg slechts gedeeltelijk in het inflatiecijfer doorwerken.

Uitsplitsing van de kosten van de gezondheidszorg over de periode 1991 tot en met 1995 naar type verstrekkingen laat in tabel 2 zien dat de aan ziekenhuis en verpleging en genees- en hulpmiddelen toe te rekenen kosten veruit het omvangrijkst zijn: respectievelijk 47% en 20% van de totale kosten.

Tabel 2: Verhouding kosten gezondheidszorg naar type verstrekkingen (gemiddeld 1991 –1995)

Verstrekking	%
Ziekenhuis & verpleging	47
Genees- & hulpmiddelen	20
Buitenlandse zorg	11
Specialisten	9
Huisartsen	8
Tandartsen e.d.	1
Overige kosten	4
Totaal	100

Bron: Coopers & Lybrand, AZV model

Op basis van de volgende vooronderstellingen hebben wij een prognose van de kosten van de AZV over de periode 1998 tot en met 2002 gemaakt. Vanwege het gebrek aan gegevens is het niet mogelijk om een gedetailleerde prognose van de toekomstige zorgkosten te maken. Wel is op basis van de kostenontwikkeling in de periode 1991 –1997 een projectie gemaakt. De kosten zijn volgens hetzelfde patroon als in het nabije verleden doorgerekend. Op basis hiervan zijn ramingen gemaakt over de ontwikkelingen van de kosten van de gezondheidszorg over de periode 1998–2002. [5] Voorts zijn de volgende vooronderstellingen gehanteerd:

a) De groei van het Bruto Binnenlands Product (BBP) is gebaseerd op schattingen uitgevoerd door het IMF.[6]

b) Uit historisch cijfermateriaal blijkt dat er een redelijk constante verhouding is tussen het BBP en het premieloon SVB. Deze verhouding wordt voor Aruba geschat op 0.31.

c) De premie wordt vastgesteld op 9% van de zogenoemde premiebasis. De premie van 9% is op basis van uitspraken van het AZV-orgaan vastgesteld.

d) De landsbijdrage is gebaseerd op de landsbijdrage van 1997 geraamd op AFL 72 miljoen.[7] Verder wordt er geen rekening gehouden met indexatie van de landsbijdrage.

---

[5] Hierbij is gebruik gemaakt van de gegevens van de AZV-uitvoeringsorgaan.
6 IMF,Aruba –Medium Term Macroeconomic Prospects, Appendix IV, April 28, 1997.
[7] De implementatie van de AZV, Een bericht over de stand van zaken t.b.v. de Informateur, januari 1998.

e) Er wordt geen rekening gehouden met een eigen bijdrage, reservevorming en een tweede ziekenhuis.

f) Bij de berekeningen is er van uitgegaan dat het volledige wettelijke basispakket wordt ingevoerd.

De uitkomsten van onze bevindingen zijn in tabel 3 opgenomen.

Hieruit blijkt dat door het uitblijven van maatregelen ter beheersing van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en door het dalen van het relatieve aandeel van de landsbijdrage de AZV stijgende tekorten zal vertonen. Derhalve zal deze ontwikkeling uiteindelijk tot hogere premies en een eventuele verhoging van de landsbijdrage leiden.

Tabel 3: ontwikkeling kosten en opbrengsten AZV (1998 – 2002)

	1998	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*
BBP	3.185	3.392	3.609	3.832	4.063
Premiebasis	987	1.052	1.119	1.188	1.260
Kosten gezon.	166	181	198	216	236
Totale opb.	161	167	173	179	185
Premieopb.	89	95	101	107	113
Landsbijdr.	72	72	72	72	72
Surplus/(def)	-5	-14	-25	-37	-51

Bron: IMF en AZV-uitvoeringsorgaan

Voorts dient naar voren te worden gebracht dat een eventuele reservevorming en een tweede ziekenhuis de kosten van de gezondheidszorg onder verdere opwaartse druk zullen zetten. Volgens berekeningen van het AZV-orgaan zal een tweede ziekenhuis leiden tot een verhoging van de jaarlijkse kosten van de gezondheidszorg met AFL 20 miljoen.

3. Het synergiemodel

3.1 Algemeen

In verband met de discussies rond de AZV hebben de "Insurance Association of Aruba" (IAA) en de "Aruba Trade and Industry Association" (ATIA) het synergiemodel ontworpen. In het synergiemodel wordt de uitvoering van de AZV in handen gegeven van verschillende uitvoerders: het AZV-uitvoeringsorgaan enerzijds en de particuliere verzekeraars anderzijds. Het model houdt in grote lijnen het volgende in:[8]

[8] Zie rapport Coopers & Lybrand, samen werken aan een beheersbare gezondheidszorg", 20 juni 1997.

1. De particuliere verzekeringsmaatschappijen kunnen ook het basispakket aanbieden.
2. De verzekerden worden in twee groepen gesplitst:
   a. Ambtenaren, FZOG, mensen die recht hebben op onderstand (verzekerd door het AZV-uitvoeringsorgaan);
   b. werknemers, zelfstandigen en gepensioneerden in de marktsector (verzekerd door de particuliere verzekeraars).
3. Verzekerden onder groep b hebben het recht om zelf een verzekeringsmaatschappij te kiezen;
4. Inkoop zal centraal geschieden;
5. De verzekeringsorganisatie ontvangt een gecalculeerde kostprijs.

Uitvoerders zullen niet selectief te werk gaan bij de acceptatie van personen uit bovenstaande groepen.

3.2 Het synergiemodel vanuit een financieel perspectief

In het synergiemodel is de financiering op de **vooraf gecalculeerde kostprijs** gebaseerd. Per verzekerde wordt op basis van twee objectieve risicofactoren namelijk leeftijd en geslacht ingeschat hoeveel de betreffende verzekerde aan zorgkosten zal genereren. Hiertoe wordt een kostprijscalculatie-model ontwikkeld. Van de verzekerde zelf ontvangt de uitvoerder de door de overheid vastgestelde deels procentuele en deels nominale AZV-bijdrage. Het ontbrekende deel ontvangt de uitvoerder uit de algemene middelen via een verrekenfonds. Dus de som van de AZV-bijdrage per verzekerde + bijdrage uit algemene middelen = som van de gecalculeerde kostprijzen per verzekerde. De overheid financiert het verschil tussen de objectief vastgestelde kostprijs en de door haar zelf vastgesteld AZV-bijdrage. De overheidsbijdrage zal niet rechtstreeks naar de verzekeraars gaan, maar via een verrekenfonds lopen.

Via een onderling verrekensysteem wordt er voor gezorgd dat alle uitvoerders op die manier een premie ontvangen, die volgens inschattingen vooraf kostendekkend zal zijn.

Indien een verzekerde in werkelijkheid meer zorgkosten genereert dan vooraf ingeschat, zal de uitvoerder dit zelf bij moeten passen. Vice versa, indien de verzekerde onder de kostprijs blijft, zal dit winst opleveren voor de betreffende uitvoerder. Hiermee wordt beoogd dat iedere uitvoerder een incentive heeft om de kosten te beheersen. Dit kan geschieden door bijvoorbeeld de uitvoering efficiënter te laten plaatsvinden dan de concurrentie en meer te doen aan preventie. Uiteraard ontstaat het gevaar dat uitvoerders zich in het bijzonder gaan richten op groepen met het laagste risico (bijvoorbeeld door selectief te adverteren). Dit wil zeggen dat getracht wordt zoveel mogelijk die mensen als verzekerden aan te trekken voor wie de door de uitvoerder voorspelde ziektekosten lager zijn dan het kostenniveau waarop de norm voor de betreffende risicogroep is gebaseerd (gunstige-risicoselectie). Het is de vraag of een verdeelsleutel gebaseerd op leeftijd en geslacht in combinatie met de acceptatieplicht, voldoende is om gunstige-risicoselectie tegen te gaan.

Uit de praktijk blijkt dat een normuitkeringsysteem dat alleen gebaseerd is op leeftijd en geslacht en derhalve geen rekening houdt met andere gezondheidsbeïnvloedende factoren (inkomen, opleidingsniveau, medische kennis, werksituatie, beroepsrisico en woonsituatie) binnen de onderscheiden risicogroepen ruimte laat voor gunstige risicoselectie (door middel van inschrijving en uitschrijving van verzekerden). Gesteld kan worden dat een acceptatieplicht voor de uitvoerders en een vooraf gecalculeerde kostprijs gebaseerd op leeftijd en geslacht onvoldoende instrumenten zijn om gunstige risicoselectie afdoende tegen te gaan.

4. Bevindingen

Naar aanleiding van het bovenstaande kan gesteld worden dat beide modellen belangrijke veranderingen teweeg brengen in de ordening van de gezondheidszorg in Aruba. In beide modellen is gekozen voor een ingrijpende herstructurering van de gezondheidszorgsector in Aruba. De door ons uitgevoerde berekeningen geven echter aan dat door het uitblijven van maatregelen ter beheersing van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en door het dalen van het relatieve aandeel van de landsbijdrage de AZV vanaf de invoering een groeiend tekort zal vertonen, terwijl het synergiemodel weinig inzicht verschaft over de toekomstige kostenontwikkeling in de gezondheidszorg van Aruba. Vermeld moet daarbij worden dat bij de premieberekeningen geen rekening is gehouden met reservevorming en een eventueel tweede ziekenhuis. Indien geen belangrijke trendbreuken gerealiseerd worden, dan zullen de kosten van de gezondheidszorg uiteindelijk de financiële haalbaarheid en continuïteit op termijn van de AZV bedreigen. Bovendien leiden de toenemende kosten tot verhoging van de premiedruk (en dus een hogere wig) bij ongewijzigd beleid. In dit verband acht de Sociaal Economische Raad (SER) in haar recente rapport een dergelijke hoge wig bedreigend voor de economische ontwikkeling in Aruba.

De SER pleit derhalve voor een fundamentele herbezinning op het sociale zekerheidsstelsel (inclusief de AZV), waarbij met name het economische draagvlak voldoende aandacht krijgt.[9] In dit opzicht adviseert ook het IMF *"…to set the coverage provided by the standard benefits package at a prudent level, which takes account of the aging of the population, the anticipated slowing of economic growth, and the historical tendency of cost of medical treatment to rise more quickly than the general price level. An overly extensive and costly benefits package could result in an increase in wage – based contributions to a level that could add to wage inflation in a strong economy and to higher unemployment in a downturn."*[10]

5. Naar een nieuw ziektekostenverzekeringstelsel

5.1 Standpunt van de Bank

De Bank pleit voor een gedeeltelijke invoering van de AZV (zogenoemd ministelsel). Het ministelsel voor de gezondheidszorg houdt in dat slechts het bestaande samenvoegingproces van de apparaten van de huidige *publiekrechtelijke uitvoerders*

---

[9] Sociaal Economische Raad, Aandachtsgebieden voor de regeerperiode 1998 – 2002; een knelpunten analyse, maart 1998, p. 20.

[10] International Monetary Fund, Preliminary Conclusions of the Mission, March 10, 1997, p 4.

(SVB met gezinsleden, FZOG, CZA en DSZ) in het uitvoeringsorgaan AZV wordt afgerond. Derhalve blijven de particuliere verzekeraars ook actief op de verzekeringsmarkt.

De uitgangspunten van het ministelsel zijn de volgende:

- Uitvoering dient praktisch en financieel haalbaar te zijn, waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de bestaande infrastructuur;
- De uitvoering van de ziektekostenverzekering geschiedt door het AZV-orgaan en de particuliere verzekeraars;
- Bevordering van een gelijke toegang tot de essentieel geachte gezondheidszorgvoorzieningen die in een (beperkt) basispakket zijn opgenomen;
- Beheersing van de kosten en verbetering van de doelmatigheid van de gezondheidszorg ;
- Beperking van de collectieve lastendruk (wig verkleinen).

5.2 Uitwerking ministelsel

Het stelsel houdt in grote lijnen het volgende in:

1. Alle huidige publiekrechtelijke uitvoerders (SVB, FZOG, CZA en DSZ) en de Lago regeling[11] worden onder één regeling ondergebracht die door het AZV-orgaan wordt verzekerd (groep 1) .
2. De particuliere verzekeraars zullen belast worden met de uitvoering van de ziektekostenverzekering voor de resterende groepen (groep 2).
3. Er wordt een loongrens ingesteld die als scheidslijn tussen de twee bovengenoemde verzekeringsblokken zal dienen. Wij stellen voor om een verlaagde SVB-loongrens in te stellen.
4. De verzekerden in groep 1 en 2 zal een verplicht basispakket worden aangeboden en de aanvullende verzekeringen (overige verstrekkingen) zullen door de particuliere verzekeraars worden uitgevoerd.
5. De hoge risico's die de uitvoerders lopen zullen gezamenlijk worden "gepoold" (herverzekerd) middels een "Public-Private Partnership", eventueel te herverzekeren op de internationale (her)verzekeringsmarkt.
6. De inkoop van de zorg zal door de uitvoerders zoveel mogelijk centraal geschieden.
7. De verzekerden zullen een eigen risico gaan betalen.

Voorgesteld wordt een aangepaste SVB loongrens voorlopig als scheidslijn tussen de twee verzekeringsblokken in te voeren. Dit betekent dat de mensen die onder de aangepaste SVB loongrens zitten verplicht bij de AZV worden verzekerd. De overige groep verzekerden blijft bij de particuliere verzekeraars verzekerd. De verzekerden in groep 2 kunnen zelf kiezen bij welke uitvoerder zij zich zullen aansluiten. Wij zijn van oordeel dat de participatie van de particuliere verzekeraars in de AZV van belang is om een aantal redenen:

[11] De Lago ziektekostenregeling is inmiddels onder het AZV-orgaan gebracht.

- De particuliere verzekeringsmarkt blijft in stand, zodat tevens het bieden van aanvullende verzekeringen haalbaar en betaalbaar blijft. Derhalve wordt het gevaar dat de ziektekostenverzekeraars verdwijnen uit Aruba afgewend.
- De particuliere verzekeraars hebben ruime ervaring en know-how op het gebied van de gezondheidszorg.
- De particuliere verzekeringsmarkt biedt de mogelijkheid om op de internationale (her)verzekeringsmarkt hoge risico's te (her)verzekeren.

Voor wat betreft de aanvullende verzekeringen, die alle overige verstrekkingen kunnen omvatten, kunnen de verzekerden van beide groepen zich wenden tot een particuliere verzekeraar naar keuze.

Een essentiële eis is wel dat de uitvoerders verplicht hetzelfde beperkte basispakket aanbieden en een wettelijke acceptatieplicht hebben.

Het AZV-uitvoeringsorgaan zal het pakket aanbieden aan (groep 1):
1. Ambtenaren en gezinsleden beneden de loongrens.
2. Gepensioneerden beneden de loongrens.
3. Onderstandtrekkers.
4. De huidige SVB verzekerden en gezinsleden.

De particuliere verzekeraars bieden hetzelfde pakket aan (groep 2):
1. Werknemers en gezinsleden boven de loongrens.
2. Ambtenaren en gezinsleden boven de loongrens.
3. Zelfstandigen en beroepsoefenaren.
4. Gepensioneerden boven de loongrens.

Om te voorkomen dat de uitvoerders onverantwoorde risico's lopen zullen deze risico's afgedekt worden. Binnen dit voorstel zullen de uitvoerders de mogelijkheid krijgen om de grote risico's te poolen (herverzekeringsfonds). Dit fonds kan beheerd worden door een zgn. *"Public-Private Partnership"*. Pooling betreft in feite risicodeling tussen de twee groepen uitvoerders: het risico van bepaalde (hoge) kosten van (bepaalde) verzekerden wordt gezamenlijk gedragen door het risicofonds. Dit is te zien als een mengvorm van gereguleerde herverzekering, waarbij het risicofonds optreedt als herverzekeraar en waarbij bepaalde spelregels moeten worden gerespecteerd. Teneinde anti-selectie door de uitvoerders tegen te gaan, wordt uitgegaan van een voor alle uitvoerders verplichte herverzekering (ofwel pooling). Voorts wordt voorgesteld een eigen risico te introduceren. Dit in het kader van het terugdringen van de groei van de kosten van de gezondheidszorg. De invoering van een eigen risico heeft waarschijnlijk effect op de consumptie van medische voorzieningen.

In bijlage 1 wordt een overzicht van de financiering van het ministelsel gepresenteerd.

Tenslotte stelt de Bank voor het instellen van een vergrijzingsreserve te overwegen. Onder een vergrijzingsreserve wordt verstaan een fonds dat in staat is de toekomstige stijging van de kosten als gevolg van (eventuele) vergrijzing van de bevolking op te vangen zodat, deze stijging niet te zijner tijd opgevangen behoeft te worden door een

verhoging van de premie. Het beheer van zo'n fonds zou desgewenst door de Centrale Bank van Aruba kunnen plaatsvinden. De AZV en de particuliere verzekeraars dienen hieraan pro rata bij te dragen.

5.3 Kostenbeheersing in de gezondheidszorg

Om de lange termijn financiële haalbaarheid van de gezondheidszorg in Aruba veilig te stellen worden hieronder een aantal kostenbeheersingsmaatregelen—zowel ter beïnvloeding van het zorgaanbod als ter beïnvloeding van de zorgvraag—voorgesteld.

5.3.1 Beperkt verstrekkingenpakket

In navolging van de IMF-rapportage adviseren wij om met een beperkt verstrekkingenpakket voor de AZV te beginnen. Dit pakket dient alleen de noodzakelijke verstrekkingen te bevatten. Daartoe kunnen de volgende criteria (in volgorde) worden gehanteerd:

- De hulp moet noodzakelijk zijn;
- De hulp moet werkzaam (effectief) zijn;
- De hulp moet doelmatig (efficiënt) zijn;
- De patiënt kan de hulp niet zelf betalen.

Het eerste criterium verwijst naar het eventuele levensbedreigende karakter van de aandoening en naar de kwaliteit van het bestaan. Het tweede en derde criterium impliceren meer economische maatstaven. Het vierde criterium raakt de gelijke toegang voor iedereen tot een basispakket van voorzieningen die essentieel worden beschouwd.

5.3.2 Eigen risico

Invoering van eigen risico's heeft waarschijnlijk een remmend effect op de consumptie van medische voorzieningen.[12] Een dergelijk effect kan het rechtstreekse gevolg zijn van de afweging van de consument. Ook kunnen indirecte effecten optreden voor zover een verminderd beroep op de ene medische voorziening (bijvoorbeeld de huisarts) tot minder verwijzingen naar andere medische voorzieningen leidt. Uit onderzoek blijkt dat de effecten op consumptie en kosten sterker zijn wanneer de huisarts en de geneesmiddelen onder het eigen risico vallen.[13]

5.3.3 Centrale inkoop van zorg

Door het centraal bundelen van de inkoopkracht door de uitvoerders zullen lagere tarieven of betere voorwaarden respectievelijk kwaliteit bedongen kunnen worden. Dit geschiedt middels afspraken met huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en andere zorgverleners over de tarieven, voorwaarden en de kwaliteit van de te bieden zorg.

---

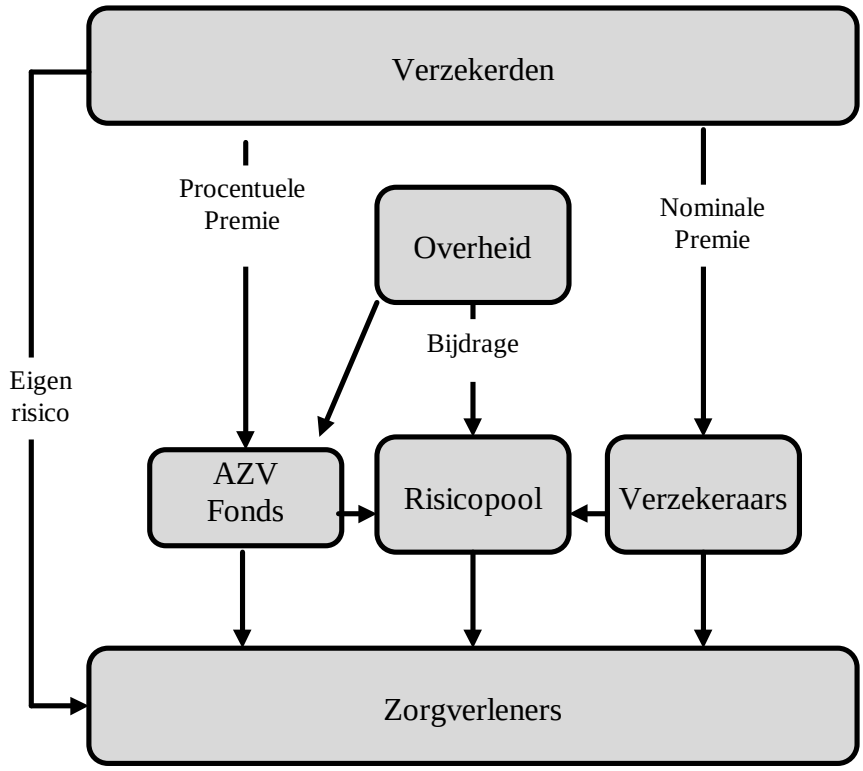
[12] World Bank staff working papers 3 721, Paying for Health Services in Developing Countries, An Overview, 1985

[13] E.P van Tulder e.a., Eigen risico in de gezondheidszorg, ESB 10-5-1995, p. 445 – 449.

Hierdoor blijft het potentiële voordeel van het huidige AZV-model (kostenbesparing door centrale afspraken met zorgverleners) bestaan.

5.4 Tot slot

Wij adviseren betrokken partijen dringend om het naar ons oordeel onvoldoende in de discussie betrokken aspect van de financiële haalbaarheid van de AZV een hoge prioriteit te geven en het adagium “de kost gaat voor de baat” hierbij in gedachten te houden. Een onaanvaardbare hoge premiedruk – en verdere vergroting van de wig – zal nadelige economische consequenties met zich meebrengen. Het door de Bank voorgestelde ministelsel lijkt ons in ieder geval een eerste aanzet om het aspect van de financiële haalbaarheid in de discussie te betrekken.

Bijlage 1

Financiering Ministelsel