

STATEN VAN CURAÇAO

ZITTINGSJAAR 2014 - 2015 - 056

LANDSVERORDENING tot wijziging van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten

No. 3 MEMORIE VAN TOELICHTING

§ 1. Algemeen

1.1 De invoering van de basisverzekering per 1 februari 2013 en aanleiding voor reparatie van de wet

Op 23 januari 2013 zijn de Staten van Curaçao akkoord gegaan met de Landsverordening basisverzekering ziektekosten¹. Deze landsverordening is vervolgens per 1 februari 2013 in werking getreden. De Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur heeft in voornoemde statenvergadering namens de regering aangegeven dat de Landsverordening basisverzekering ziektekosten één van de geprioriteerde hervormingstrajecten in de gezondheidszorg is dat vanwege de financiële situatie van het Land Curaçao zo spoedig mogelijk moet worden ingevoerd maar dat deze landsverordening echter onderhevig is aan de nodige aanpassingen.

Vorenvermelde aanpassingen zijn bedoeld om ongewenste effecten van de invoering van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten te minimaliseren dan wel te beheersen. De Landsverordening basisverzekering ziektekosten -zoals die per 1 februari 2013 is ingevoerd - moest naar de mening van de minister voornoemd een belichaming worden van zorg geplaatst in lokaal sociaal maatschappelijk context. Het moet daartoe zodanig worden aangepast dat meer nadruk wordt gelegd op de zorg, rekeninghoudend met de sociale omstandigheden in de maatschappij.

Het is om die reden dat de Staten in de vergadering van 23 januari 2013 een motie hebben aangenomen met duidelijke instructies aan de regering om binnen 3 maanden na de inwerkingtreding van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten een concept reparatiewet voor te leggen aan de Staten voor de aanpassing van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten.

¹ PB 2013, no.3

De onderdelen die conform de motie van de Staten d.d. 23 januari 2013, aan reparatie toe waren, zijn:

- de negatieve effecten van de invoering van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten zoals deze toentertijd naar voren zijn gebracht door de sociale partners, zolang hun reparatie in sociale en financiële zin verantwoordelijk is;
- het opnemen van ministers en statenleden in de kring der verzekerden van de basisverzekering;
- het opnemen van de ambtenaren en gelijkgestelden alsmede het personeel van regeringsstichtingen en –bedrijven in de kring der verzekerden van de basisverzekering door een dringend beroep te doen op de betreffende vakbonden;
- het verhogen van de premie-inkomensbovengrens tot een maximum van NAf 150.000,00.

Ten aanzien van het derde en vierde punt, opgenomen in bovenvermelde motie, meldt de regering dat het vervallen verklaren van de ziektekostenregelingen van de ambtenaren en PP'ers en het verhogen van de premie-inkomensbovengrens tot een maximum van NAf 150.000,00 uitwerking vinden in een landsbesluit, respectievelijk een landsbesluit, houdende algemene maatregelen.

1.2 De beleidsuitgangspunten voor de reparatie van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten

De basisverzekering ziektekosten wordt een beleidsinstrument van de regering dat primair de bevordering van de toegankelijkheid tot zorg bewerkstelligt.

Het basis verstrekkingenpakket moet in de noodzakelijke zorg voorzien op grond van de huidige en verwachte zorgbehoefte van de bevolking. Diverse onderzoeks- en beleidsrapporten, waaronder "The Curaçao Health Studies" (1996) en het Nota Integraal Zorgbeleid 1 & 2 van de Nederlandse stichting ter bevordering van Internationale Samenwerking en Onderzoek op het gebied van Gezondheidszorg (hierna te noemen: "Stichting ISOG") (2008), geven een verwachte toename aan van het aantal personen met één of meerdere chronische ziekten zoals diabetes en hypertensie die tevens gepaard kunnen gaan met psychiatrische ziektebeelden (Stichting ISOG: ± 69.000 mensen met een jaarlijkse toename van rond 2%). Daarnaast is geconstateerd dat lagere inkomensgroepen in het algemeen meer gezondheidsrisico's lopen en ook zieker zijn, maar juist minder gebruik van zorg maken. Door middel van de basisverzekering moet de regering dus erop toezien dat zowel preventieve als curatieve zorg toegankelijk wordt voor de minder bedeelde groepen in de samenleving maar ook dat in de behoefte wordt voorzien van de grote groep patiënten lijdend aan chronische aandoeningen.

De keuzes die ten grondslag liggen aan het basispakket stoelen op de beleidlijn die de regering hanteert ten aanzien van de gezondheidszorg en de wijze waarop de regering het noodzakelijk acht dat de gezondheidszorg georganiseerd dan wel hervormd wordt. De

hervorming van het gezondheidsstelsel dient ertoe te leiden dat de kern van de gezondheidsproblemen doelmatig en resultaatgericht worden aangepakt. De totaliteit van de hervorming dient gebaseerd te zijn op best practices en/of evidence based instrumentaria dan wel middelen.

De verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, de versterking van de 1^e lijn en de care-zorg en de accentverschuiving van 2^e naar de 1^e lijn zijn in het beleid van de regering instrumenteel en conditio sine qua non's.

De afdeling Zorginkoop van het Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur is belast met het opstellen van zorginkoop richtlijnen, waar de uitvoeringsorganisatie zich aan moet houden bij het uitvoeren van het hele proces van contracteren van zorgverleners. De afdeling is tevens belast met het monitoren en toezicht houden op de naleving van deze zorgcontracten tussen de uitvoeringsorganisatie en de zorgverleners, zowel kwalitatief als kwantitatief.

1.3 Kring van verzekerden

Reparatie houdt ook in het herstellen van onwenselijke gevolgen en oneigenlijke werking van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten. De praktijk wees uit dat de kring der verzekerden aan herziening onderhevig was. Het aanvaarden van de kring der verzekerden zoals opgenomen in de Landsverordening basisverzekering ziektekosten die in werking trad op 1 februari 2013, impliceerde het verlaten van de oorspronkelijke bedoeling, zijnde het harmoniseren van de publieke ziektekostenverzekeringen. Het was nimmer de bedoeling van de regering om in deze fase iedereen te laten vallen onder de kring van verzekerden. Uitgangspunt was dat iedereen verzekerd moest zijn tegen ziektekosten maar niet dat er thans een verschuiving zou plaatsvinden van de privé of anderszins verzekerden naar de publieke verzekeraars. Waar de werking van de Landsverordening basisverzekering dit als gevolg heeft gehad, wordt dat bij deze gelegenheid gecorrigeerd. De verzekerde in de zin van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten is degene die ingezetene is. Het ingezetenschap wordt beoordeeld aan de hand van de woonplaats. Waar iemand woont, wordt naar omstandigheden bepaald. Voor het vaststellen van die omstandigheden zijn juridische, sociaal-economische, en financiële aspecten belangrijk. In dit verband is het ingeschreven staan in het Bevolkingsregister alhier enkel een indicatie van woonplaats. Het daadwerkelijk hier verblijven is van groter belang.

Voor wat betreft de niet-ingezetene geldt, dat die persoon zich, alvorens hij hier kan verblijven en al dan niet kan werken, dient te verzekeren bij een particuliere ziektekostenverzekeraar tegen ziektekosten. Als zodanig valt hij dan onder artikel 2.1, tweede lid, onderdeel a. Daar het niet de bedoeling van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten was om particulier verzekerden te verzekeren tegen ziektekosten, acht de regering het wenselijk om die gedachtengang ook van toepassing te laten zijn op de niet-ingezetenen. Vandaar dat artikel 2.1 lid 1a vervallen wordt verklaard.

Ook de gepensioneerden, met een al dan niet via de werkgever geregelde ziektekostenverzekering, de gezinsleden en de nagelaten betrekkingen van werknemers van de eigen risicodragers en van de particulier verzekerden, blijven buiten het bereik van de onderhavige landsverordening. Voornoemde personen alsmede hun gezinsleden en nagelaten betrekkingen blijven buiten bereik van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten mits zij dekking genieten van hun ziektekosten door hun ziektekostenverzekering en hun verzekeringen minstens dezelfde dekking bieden als de dekking die krachtens deze ontwerp-landsverordening aan de kring der verzekerden wordt geboden.

De Uitvoeringsorganisatie is belast met de toetsing of de particuliere ziektekostenverzekeringen minstens dezelfde dekking hebben als bij of krachtens de Landsverordening basisverzekering ziektekosten bepaald. De vergelijking tussen de particuliere ziektekostenverzekering en de basisverzekering ziektekosten vindt plaats op grond van de verstrekkingen in het pakket.

Bij beëindiging van een (collectieve) ziektekostenverzekering door de werkgever of door de particuliere ziektekosten verzekeraar of door de verzekerde zelf, wordt de persoon als ingezetene verzekerd conform de bepalingen van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten.

Personen die vallen onder artikel 6 van de Landsverordening Toelating en Uitzetting worden van de basisverzekering ziektekosten uitgesloten. Het gaat hierbij om vreemdelingen die in Curaçao verblijven op grond van een verleende vergunning tot tijdelijk verblijf of tot verblijf. Ingevolge het bepaalde in de Landsverordening Toelating en Uitzetting dienen dezen namelijk een particuliere verzekering tegen ziektekosten te hebben om in aanmerking te komen voor een vergunning tot verblijf of tijdelijk verblijf.

Actieve ministers en statenleden, alsmede gewezen politieke gezagdragers worden bij deze gelegenheid ook opgenomen in de kring der verzekerden.

Kinderen die na 1 februari 2013 geboren zijn uit ouders die particulier verzekerd zijn, mogen zich van de basisverzekering afmelden in het geval zij meeverzekerd kunnen worden met hun ouders en dezelfde dekking genieten van de particuliere ziektekostenverzekering van hun ouders.

Op grond van de aanschrijvingen van de Minister van Financiën in respectievelijk in 2013 en 2014 ten aanzien van de personen met een particuliere verzekering voor ziektekosten bij een buitenlandse verzekeraar, is die groep vanaf de inwerkingtreding van de landsverordening ook uitgesloten van de kring der verzekerden.

1.4 Het basispakket

Het aangepaste basispakket bestaat uit de volgende verstrekkingen:

- Huisartsenzorg;
- Medisch specialistische zorg m.u.v. cosmetische plastische chirurgie;
- Paramedische zorg (aantal/soort behandelingen op basis van vastgestelde zorgprotocollen en behandelingsplannen):
 - fysiotherapie ;
 - oefentherapie Cesar en Mensendieck;
 - logopedie;
 - ergotherapie;
 - dietetiek;
 - podotherapie;
 - eerstelijns psychologie;
 - chiropractie
- Laboratoriumonderzoek;
- Tandheelkundige zorg:

met betrekking tot consultatie, diagnostiek, preventie, hygiëne, chirurgie, prothesen alleen voor:

 - verzekerden tot 18 jaar;
 - min- en onvermogenen, met een maandinkomen van maximaal NAF 1.000,-; en
 - personen die een AOV-pensioen of een pensioenuitkering genieten van een pensioenfonds of een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht verzekeringsbedrijf en die op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt;

conform door de uitvoeringsorganisatie vastgestelde richtlijnen.
- Farmaceutische zorg (conform farmaceutische lijst):
 - verblijf in verband met geneeskundige zorg (incl. psychiatrische zorg en revalidatie);
 - thuiszorg zoals verpleegkundigen en ziekenverzorgenden die bieden in het kader van de geneeskundige zorg (cure);

- Kunst- en hulpmiddelenzorg: deels limitatieve lijst in het kader van zorg die niet onder de AVBZ valt. Optische kunst- en hulpmiddelen (brillenglazen, monturen en contactlenzen) alleen voor:
 - min- en onvermogenen, met een maandinkomen van maximaal NAF 1000,-; en
 - personen die een AOV-pensioen of een pensioenuitkering genieten van een pensioenfonds of een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht verzekeringsbedrijf en die op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt;

conform door de uitvoeringsorganisatie vastgestelde richtlijnen.

- Verloskundige zorg en kraamzorg;
- Vervoer, dat ziekenvervoer per ambulance (spoedeisend) en aangepast voertuig (besteld al dan niet met begeleiding) omvat. Risicogroepen die door hun arts geïndiceerd worden voor vervoer onder begeleiding van hoog gekwalificeerd personeel komen in aanmerking voor besteld ziekenvervoer per ambulance.

Noodzakelijke levensbedreigende zorg met duidelijke gezondheidswinst dat binnen het basispakket valt welke niet tijdig, lokaal kan worden verkregen, komt in aanmerking voor medische uitzending;

- Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie ter voorkoming van complicaties van:
 - diabetes;
 - hypertensie;
 - hart- en vaatziekten;
 - obesitas;
 - astma/COPD;
- Selectieve preventie zoals individueel gerichte onderzoeken en interventies in het verlengde van de eerstelijnszorg:
 - griepvaccinatie;
 - borst- en prostaatkanker screening;
 - baarmoeder(hals) kanker screening op indicatie.

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

De volgende vormen van zorg vallen buiten het basispakket:

- tandheelkunde voor personen vanaf 18 jaar en ouder die niet tot de groepen min- en onvermogenen of gepensioneerden behoren;
- laboratoriumonderzoek dat geen directe relatie heeft met de geneeskunde ("cure") waaronder verstaan dient te worden DNA-onderzoek, alcohol- en drugstesten, bedrijfskeuringen etc.;
- de welzijnsaspecten binnen de thuiszorg (open bejaardenwerk, transport naar een andere bestemming dan een zorgverlener of zorginstelling).
- eerste en tweede klasse ziekenhuisligging². Met behulp van de aanvullende verzekering kan hiervan gebruik worden gemaakt.

1.5 De basisverzekering ziektekosten (cure) en de AVBZ (care)

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:

- Verpleeghuiszorg wordt opgenomen in de basisverzekering ziektekosten. Verpleeghuiszorg in het kader van de behandeling, verpleging en verzorging van een chronische zieke en die door de indicatiecommissie van de AVBZ is goedgekeurd wordt vanaf de eerste dag vergoed uit de AVBZ;
- Revalidatie zorg valt onder de basisverzekering ziektekosten. In het geval de behandelde in sociaal, maatschappelijk en economisch opzicht, niet meer als zelfstandig individu in de samenleving kan handhaven wordt een verzoek bij de indicatiecommissie van de AVBZ ingediend opdat het door de indicatiecommissie van de AVBZ kan worden beoordeeld en vervolgens uit de AVBZ kan worden vergoed na goedkeuring door de indicatiecommissie.
- kunst- en hulpmiddelen welke in, aan of op het lichaam worden gedragen vallen onder de basisverzekering ziektekosten conform de indicatielijst voor de basisverzekering. De kunst- en hulpmiddelen welke in, aan of op het lichaam worden gedragen voor zover noodzakelijk in het kader van de ingevolge de Landsverordening AVBZ te verstrekken zorg en die door de indicatiecommissie van de AVBZ zijn goedgekeurd vallen onder de AVBZ.

1.6 Aanpassingen terzake van de inkomensafhankelijke premie

Gebleken is dat een inkomensafhankelijke premie van 10% voor gepensioneerden onvoldoende tegemoet komt aan het principe van draagkracht en solidariteit. Om die reden heeft de regering besloten om voor gepensioneerden de inkomensafhankelijke premie per 1 oktober 2014 te verlagen van 10% naar 6,5%. Daartegenover staat dat de inkomensafhankelijke premie voor werknemers en zelfstandigen wordt verhoogd van

²De één klasse ziekenhuisligging is gebaseerd op de plannen van het nieuwe ziekenhuis.

12% naar 13%. Die premieverhoging van 1% zal worden opgebracht door de werknemers zelf. Werkgevers zullen van de verhoging geen gevolgen ondervinden. De premieverdeling tussen werknemer en werkgever wordt namelijk 4% versus 9%. De omvang van de landsbijdrage wijzigt niet als gevolg van de premieverlaging voor de gepensioneerden.

De regering heeft tevens besloten om ook tegemoet te komen aan de verzekerden met een jaarinkomen dat boven NAf 12.000,00 ligt maar niet meer bedraagt dan NAf 18.000,00. Die verzekerden zijn op dit moment de inkomensafhankelijke premie verschuldigd terwijl zij naar verhouding slechts weinig meer inkomen hebben dan degenen met een jaarinkomen van NAf 12.000,00 of minder die vanwege dat lage inkomen geen premie verschuldigd zijn. Teneinde op meer evenwichtige wijze invulling te geven aan het principe van draagkracht en solidariteit wordt voor de verzekerden met een jaarinkomen van NAf 18.000,00 of minder, de inkomensafhankelijke premie verlaagd. Die verlaging neemt via een zogenoemde 'gliding scale' aan de hand van inkomensklassen af naar mate het jaarinkomen dichterbij het bedrag van NAf 18.000,00 ligt. De verlaging is voor iedere verzekerde binnen dezelfde inkomensklasse gelijk.

De verzekerden die een jaarinkomen hebben van meer dan NAf 100.000,00 zijn op grond van de huidige regeling over dat meerdere geen inkomensafhankelijke premie verschuldigd. Op 23 januari 2013 hebben de Staten een motie aangenomen die onder meer uitnodigde tot het verhogen van die premie-inkomensbovengrens tot NAf 150.000. De regering zal die verhoging van de premie-inkomensbovengrens thans doorvoeren.

De in deze paragraaf gemelde aanpassingen terzake van de inkomensafhankelijke premie zullen worden doorgevoerd via een wijziging van het Landsbesluit, houdende algemene maatregelen, houdende wijziging van het Landsbesluit vaststelling premie, premie-inkomensgrenzen, eigen bijdrage en toeslag basis verzekering ziektekosten en premie ziekteverzekering (P.B. 2013, no. 4).

1.7. Vervallen nominale premie

De uitvoeringspraktijk laat zien dat de heffing en inning van de nominale premie problematisch is. Op grond van artikel 6.9 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten geschiedt die heffing bij wege van voldoening op aangifte. In de praktijk leidt die heffingswijze tot omvangrijke betalingsachterstanden.

Als onderdeel van de inzet van de regering om de (belasting) compliance te verhogen, zou er voor kunnen worden gekozen om voor de heffing en inning van de nominale premie aansluiting te zoeken bij die van de inkomensafhankelijke premie zoals die is geregeld in artikel 6.8 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten: de werkgever treedt op als inhoudingsplichtige. Naast het feit dat dit geen oplossing zou bieden voor de door de zelfstandigen te betalen nominale premie kleven hier ook uitvoeringstechnische problemen aan. De nominale premie is een vast bedrag dat in beginsel aan het begin van het jaar moet worden betaald. Het risico is niet gering dat er, hetzij te veel, hetzij te weinig premie wordt betaald, met naheffingen en terugbetalingen tot gevolg. Van werkgevers kan niet worden verwacht dat zijn controleren op het al dan niet betaald zijn van de nominale premie.

Een aansluiting bij de systematiek van de heffing van de inkomensafhankelijke premie wordt ook bereikt door de nominale premie te laten vervallen en de uit die premie te verwachten opbrengsten te verdisconteren in een verhoging van de inkomensafhankelijke premie. Op macroniveau leidt dat niet tot een verhoging van de premiedruk. Tegenover een (marginaal) hogere inkomensafhankelijke premie staat immers het wegvallen van de nominale premie.

Een vervanging van de nominale premie door een hogere inkomensafhankelijke premie is gunstig voor de lagere inkomensgroepen. Het bedrag dat als gevolg van die verhoging meer moet worden betaald als inkomensafhankelijke premie, zal voor die groepen lager zijn dan het bedrag van de nominale premie.

Met het laten vervallen van de nominale premie wordt een besparing op de administratieve lasten bewerkstelligd.

De regering wil de nominale premie laten vervallen met ingang van 1 januari 2015. De daarmee corresponderende verhoging van de inkomensafhankelijke premie zal ook voor dat jaar worden doorgevoerd.

§ 2. Financiële gevolgen

Het verlagen van de inkomensafhankelijke premie voor gepensioneerden van 10% naar 6,5% leidt op jaarbasis tot een verlaging van de premie-opbrengsten met NAF 14.5 miljoen. Daartegenover wordt voor de werknemers en zelfstandigen de premie met 1 procentpunt verhoogd. De totale opbrengst van de inkomensafhankelijke premie ten laste van werkgevers en werknemers bedraagt bij een premie van 12% op jaarbasis NAF 138 miljoen. Dat komt neer op een opbrengst van NAF 11.5 mln per procentpunt.

Het aantal verzekerden met een jaarinkomen van NAF 18.000,- of minder maar meer dan NAF 12.000,- betreft een groep van circa 10.750 verzekerden (waarvan ca. 6000 werknemers, ca. 2.750 gepensioneerden en ca. 2000 zelfstandigen). In totaal betreft het ruim 8 procent van alle BVZ verzekerden. De kosten van de verlaging van de verschuldigde inkomensafhankelijke premie voor die verzekerden zijn geraamd op ANG 2.8 miljoen.

De verhoging van de premie inkomensbovengrens van NAF 100.000 naar NAF 150.000 leidt logischerwijs tot extra opbrengsten van de inkomensafhankelijke premie. De extra opbrengsten van die verhoging zullen op jaarbasis voor zover het betreft gepensioneerden bij een premiepercentage van 6,5 uitkomen op een bedrag van ongeveer NAF 0,9 miljoen. Voor wat betreft de werknemers zullen de extra opbrengsten op jaarbasis bij een premiepercentage van 13 uitkomen op een bedrag van ongeveer NAF 3.1 miljoen. De totale extra opbrengsten van de verhoging van de premie-inkomensbovengrens zullen dus naar verwachting uitkomen op een bedrag van ongeveer NAF 4 mln jaarlijks.

De premieverlaging voor gepensioneerden naar 6,5% met daaraan gekoppeld een premieverhoging met 1 procentpunt voor werknemers en zelfstandigen leidt tot minder opbrengsten van de inkomensafhankelijke premie van, op jaarbasis, ongeveer NAF 3 mln.

(14,5 mln minus 11,5 mln). De mindere opbrengsten van de inkomensafhankelijke premie als gevolg van de verlaging, aan de hand van een 'gliding scale', van de verschuldigde inkomensafhankelijke premie voor verzekerden met een laag inkomen, worden geraamd op NAF 2,8 miljoen

In totaal bedragen de mindere opbrengsten van de inkomensafhankelijke premie als gevolg van die twee maatregelen dus op jaarbasis NAF 5,8 miljoen

Daar staat tegenover dat de extra opbrengsten als gevolg van de verhoging van de premie-inkomensbovengrens naar verwachting uitkomen op een bedrag van ongeveer NAF 4 miljoen. Voor het dan resterende tekort van NAF 1,8 (5,8 minus 4) miljoen heeft de regering besloten om dekking te halen uit het schommelfonds, meer in het bijzonder uit het exploitatie-overschot in het OV fonds.

Naar aanleiding van het advies van de Raad van Advies worden de financiële gevolgen van de volgende punten in de financiële paragraaf uitgewerkt:

- (1) aanpassing van de kring der verzekerden, artikel 2.1 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten
- (2) aanpassing van de medische verstrekkingen, artikel 3.1 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten
- (3) de introductie van de mogelijkheid van voortzetting van een medische behandeling in het buitenland, artikel 5.5 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten
- (4) afschaffing van de nominale premie, artikel 6.2, eerste lid, onderdeel b.

Ad. 1

De intentie van de reparatiewetgeving is niet om de huidige BVZ-verzekerden de gelegenheid te bieden om uit de BVZ te stappen, zoals door de RvA wel wordt opgevat. Een aanpassing van dit punt in deze strekking zal geen financiële consequenties met zich meebrengen.

Ad.2

De uitbreiding van het medische verstrekkingenpakket is tweeledig.

Ten eerste betreft het een uitbreiding met optische kunst- en hulpmiddelen (brillen, monturen en lenzen) en tandheelkundige zorg voor de 60-plussers en on- en minvermogenenden. Vermeldenswaard is dat deze uitbreiding reeds een feit geworden is en zitten de kosten van deze uitbreiding – geraamd op NAF 6,6 miljoen - in de exploitatiekosten van de SVB.

Naast bovenstaande gerealiseerde uitbreidingen is verder het voornemen het pakket te verruimen met ziekenvervoer anders dan spoedeisend medisch vervoer, gehoorapparaten,

orthopedische schoenen voor diabetici en medische uitzendingen. De kosten van deze uitbreiding worden geraamd op Naf. 0,9 miljoen.

Met de gerealiseerde uitbreiding en de voorgenomen uitbreidingen van de verstrekkingen basisverzekering ziektekosten zal dus in totaal een bedrag van Naf 7,5 miljoen gemoeid zijn, waarbij echter voor Naf 0,9 miljoen additionele dekking noodzakelijk is.

Dekking van de kosten ad. Naf 0,9 miljoen: de SVB is in staat voor Naf. 0,9 miljoen compensatie te zoeken binnen de bestaande kosten.

Met betrekking tot de kostenbesparing (spotentie) bij de beheerskosten kan worden opgemerkt dat de integratie van het BZV in de SVB in de eerste jaren geleid heeft tot Naf 8 miljoen lagere dan - in de memorie van toelichting bij de basisverzekering ziektekosten - begrote beheerskosten.

Ad.3

Bij voortzetting van een medische behandeling in het buitenland zullen door de SVB de lokale tarieven worden gehanteerd voor vergoeding van deze verrichtingen. Hierdoor zal de voortzetting van de medische behandeling in het buitenland, budgetneutraal geschieden.

Ad.4

Zoals eerder aangegeven heeft de uitvoeringspraktijk laten zien dat de heffing van de nominale premie problematisch en niet effectief is. Bij de nominale premie wordt op jaarbasis een opbrengst verwacht van ca. Naf 6 miljoen (ca. 70.000 betalende verzekerden), echter bleek uit de cijfers van de Ontvanger dat tot en met de aangifteperiode december 2013, Naf 0,8 miljoen aan nominale premie ontvangen was over het jaar 2013. Aangezien hierdoor de financiële positie van het fonds extra onder druk is komen te staan, heeft de overheid besloten om de compliance te verhogen. In dit kader is besloten om de nominale premie van Naf 82,00 per jaar per verzekerde met een jaarinkomen hoger dan Naf 12.000,00, om te zetten in een inkomensafhankelijke premie, welke nog nader zal worden uitgewerkt.

Aanvankelijk was de bedoeling om de in inkomensafhankelijke premie omgezette nominale premie van Naf 82,00 per jaar, door te belasten aan gepensioneerden, werkgevers, werknemers en zelfstandigen. Echter gelet op een van de intenties van de reparatiewet – zoveel mogelijk ontlasten/tegemoetkomen van de gepensioneerden – worden de gepensioneerden ontzien van de premieverhoging vanwege de omzetting van de nominale premie in een inkomensafhankelijke premie.

Financieel overzicht

Ter aanvulling op de financiële paragraaf wordt hieronder een overzicht weergegeven van alle voorgestelde maatregelen, de financiële implicatie daarbij en de voorgestelde financiële dekking.

maatregel:	financiële consequentie:	compensatie/dekking:
1. Aanpassing van de kring der verzekerden	geen	n.v.t.
2. uitbreiding medisch verstrekkingen pakket	NAf 0,9 mln.	de SVB is in staat compensatie te zoeken binnen de bestaande kosten.
3. voortzetten van medische behandeling in het buitenland	Geen: aangezien de SVB de lokaal geldende tarieven zal betalen	n.v.t.
4. afschaffen van nominale premie	NAf 6 mln.	Evenredige verhoging inkomensafhankelijke premie c.q. werkgevers-, werknemers- en zelfstandigenpremie
5. a. Verlaging premie gepensioneerden met 3,5-% punten b. introductie gliding-scale	NAf 14,5 mln. NAf 2,8 mln. Totaal: NAf 17.3 mln.	-verhoging premie voor werknemers en zelfstandigen met 1%-punt levert NAf 11,5 mln. op -verhoging van de premiegrens van NAf 100.000,00 naar NAf 150.000,00 levert NAf 4 mln. op -het restant, nl. NAf 1,8 mln. wordt gedekt uit het exploitatie-overschot van het OV-fonds

§ 3. Adviezen Sociaal Economische Raad en Raad van Advies

Het Advies van de Sociaal Economische Raad

De Sociaal Economische Raad heeft d.d. 4 april 2014 advies, genummerd 050/2014-SER, uitgebracht. De regering heeft met belangstelling kennis genomen van het genoemde advies.

Onderstaand gaat de regering in op de punten en aspecten die opgenomen zijn in het meergenoemde advies. De regering heeft tevens waar nodig zowel het ontwerp als de memorie van toelichting conform het advies aangepast.

Uitgangspunten basisverzekering ziektekosten:

De SER constateert dat er verschillende categorieën verzekeringsgerechtigden binnen de basisverzekering ziektekosten worden gecreëerd. Naar de mening van de SER is het moeilijk uit te leggen waarom er verschillen zijn in premiehoogte en aanspraken tussen de verzekerden en waarom de regering heeft gekozen voor een verbrokkeling van het systeem.

De vraag rijst bij de SER of het onderscheid tussen de verschillende groepen niet indruist tegen wetgeving en internationale verdragen op het gebied van non-discriminatie.

Het uitgangspunt van de regering is dat een ieder recht heeft op gezondheidszorg en toegang tot de zorg moet krijgen. Het financiële aspect heeft echter ervoor gezorgd dat dit op dit moment niet betaalbaar is voor de gehele verzekerdenpopulatie. Reden waarom de regering heeft gekozen om het verstrekkingenpakket aan te vullen voor tenminste de groep van de meest zwakkeren in de gemeenschap.

Zowel uit literatuur als jurisprudentie blijkt dat geen sprake is van een ongerechtvaardigd onderscheid of discriminatie wanneer een legitiem doel wordt nagestreefd en het onderscheid een passend c.q. proportioneel middel is om dat doel te bereiken.

De regering is van mening dat het door de SER bedoelde onderscheid een objectieve en redelijke rechtvaardigingsgrond heeft namelijk het beperkt financieel kader waarbinnen de basisverzekering moet worden uitgevoerd en het doel van de regering om de solvabiliteit van het fonds te waarborgen ten behoeve van het algemeen belang. Bovendien is dit onderscheid van tijdelijke aard wordt gesteld.

De Trechter van Dunning geeft aan wat onder noodzakelijke zorg wordt begrepen. Daar is het verstrekkingenpakket in de basisverzekering op gebaseerd. De door de SER bedoelde wetten en verdragen geven slechts aan dat de overheden aan minimeisen moeten voldoen om bij te dragen aan een menswaardig bestaan van de bevolking. De regering heeft in deze mogelijk gemaakt dat men toegang krijgt tot de meest noodzakelijke medische zorg (basiszorg).

Optische kunstmiddelen en tandheelkundige zorg behoren in principe niet tot noodzakelijke zorg maar tot gewenste zorg. Voor wat betreft tandheelkundige zorg geeft artikel 3.2, derde lid, van het ontwerp-landsbesluit verstrekkingen aan dat het noodzakelijke wel vergoed wordt voor de gehele verzekerdenpopulatie.

De regering heeft gekozen om tot 18 jaar de verzekerden te voorzien van gehele tandheelkundige zorg in het kader van preventie. Men begint met het bewustwordingsproces op jonge leeftijd zodat dit in de toekomst voor een beter tandheelkundig gezondheid zal zorgen en tot minder gezondheidsproblemen zal leiden als gevolg van een slechte mondzorg.

Gedurende het proces van de reparatiewetgeving heeft de regering besloten om optische hulpmiddelen en tandheelkundige zorg toch te vergoeden voor een bepaalde groep in de gemeenschap. Er is hierbij niet op basis van willekeur gehandeld maar met het oog op bescherming van de economisch zwakkeren in onze maatschappij en hun belangen.

Voor wat betreft de verschillen in premiehoogte is inderdaad gekozen om onderscheid te maken naar inkomen uitgaande van het solidariteitsprincipe. Naar de mening van de regering is dit geenszins een ongerechtvaardigd onderscheid.

Al het voorgaande toont aan dat er weldegelijk is nagedacht over de te volgen weg. Daarbij is het algemeen belang in ogenschouw genomen, alsook het belang van de economisch zwakkeren. De regering heeft hier niet gekozen voor een adhoc beslissing.

De SER stelt voor om uitsluitend aan die personen die aantoonbaar over voldoende draagkracht beschikken om aan de verplichtingen voortvloeiende uit de Landsverordening basisverzekering ziektekosten te voldoen, toelagen te kennen op grond van de uitgangspunten van draagkracht en solidariteit.

De door de SER voorgestelde zorgtoeslag is in opdracht van de Raad van Ministers uitgewerkt. Maar bij de uiwerking is duidelijk gebleken dat de Belastingdienst over onvoldoende capaciteit beschikt om de werkzaamheden die de zorgtoeslag voor de Belastingdienst met zich meebrengen, uit te voeren. Het gaat hier om de verwerking van zo'n 10.750 extra IB aangiften. Daarnaast zal ook de uitvoeringsorganisatie deze 10.750 personen per geval moeten "screenen". De regering heeft daarom uit pragmatisch oogpunt gekozen voor een systeem van verlaging van de verschuldigde inkomensafhankelijke premie via een 'gliding scale'.

De 'gliding scale' is beperkt gehouden tot vijf inkomensklassen zodat de uitvoeringslast voor werkgevers en de Belastingdienst zoveel mogelijk beperkt blijft.

De 'gliding scale' is een tijdelijk instrument. Het best practice ontwerp principe van een Algemene Ziektekosten Verzekering (AZV), die zoals aangekondigd in het Regeerprogramma uiterlijk 1 januari 2016 wordt ingevoerd, gaat uit van één verstrekkingenpakket met één premiepercentage en waarbij draagkrachtproblemen met behulp van een zorgtoeslag worden opgevangen.

Daarnaast noemt de SER het verschil tussen huishoudens met een inkomen en huishoudens met twee inkomens die over dezelfde huishoudinkomens beschikken waarop de premieheffing verschillende werking heeft op het netto-inkomen.

Hierbij heeft de regering gekozen voor een individueel systeem van ziektekosten waarbij het individu premie betaalt voor zover hij niet vrijgesteld is van premie zoals in het landsbesluit waarin de premiepercentages wordt geregeld. Mitsdien is de regering van mening dat persoonlijk inkomen prevaleert boven huishoudinkomen.

Kring der verzekerden:

De SER verwijst naar het feit dat noch uit de Landsverordening noch uit de Memorie van Toelichting gehaald kan worden dat de wijziging van de kring der verzekerden uitsluitend van toepassing is op nieuwe gevallen.

Het is de bedoeling van de regering om genoemde wijziging bij inwerkingtreding van de reparatiewetgeving in werking te laten treden. Deze landsverordening heeft geen terugwerkende kracht. De huidige verzekerden kunnen zich niet afmelden voor de basisverzekering en terug keren naar hun voormalige particuliere zorgverzekeraars.

De regering heeft wel gekozen om de mogelijkheid voor afmelding voor de basisverzekering te bieden aan twee categorieën verzekerden namelijk personen die in dienst treden bij een werkgever die een collectieve ziektekostenverzekering heeft voor zijn werknemers of een eigen risicodrager en kinderen die geboren worden uit ouders die particulier verzekerd zijn.

De SER heeft begrepen dat personen met een individuele arbeidsovereenkomst die na 1 februari 2013 van werkgever zijn veranderd verplicht onder de werkingsfeer van de BVZ vallen.

Aangezien deze landsverordening geen terugwerkende kracht heeft, blijven de door de SER bedoelde personen verzekerd bij de basisverzekering. Zij kunnen zich wel afmelden voor de basisverzekering in het geval zij in dienst treden bij een werkgever die een collectieve ziektekostenverzekering heeft voor haar werknemers of een zogeheten eigenrisico drager. Personen die een particuliere ziektekostenverzekering hebben en uitgesloten zijn van de basisverzekering kunnen buiten de werkingsfeer van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten blijven zolang zij ook bij een wisseling van werkgever hun particuliere ziektekostenverzekering zonder onderbreking voortzetten.

De SER voert aan dat de Minister van Financiën in de aanschrijving tegemoetkoming in premies voor de basisverzekering ziektekosten d.d. 28 oktober 2013 al voor het jaar 2013 heeft goedgekeurd dat personen met een ziektekostenverzekering met wereldwijde dekking van een buitenlandse verzekeringsmaatschappij restitutie van de premie ontvangen, mits zij geen beroep hebben gedaan op de verstrekkingen van de basisverzekering ziektekosten en geen premie voor de basisverzekering ziektekosten verschuldigd zijn.

De SER is van oordeel dat de regering ook voor de periode van voor de inwerkingtreding van de reparatiewetgeving een regeling moet treffen.

De regering onderschrijft dit oordeel van de SER

Naar de opvatting van de SER wordt er de indruk gewekt dat er een terugkeeroptie bestaat c.q. verplicht wordt gesteld voor personen die onder artikel 6 van de Landsverordening Toelating en Uitzetting (LTU) vallen.

Dat wil zeggen vreemdelingen die in Curaçao verblijven op grond van een verleende vergunning tot tijdelijk verblijf of tot verblijf, zich wederom particulier moeten gaan

verzekeren om te voldoen aan de voorwaarden verbonden aan de aan hen verstrekte verblijfsvergunning.

Zoals eerder gesteld heeft deze landsverordening geen terugwerkende kracht. Personen die onder artikel 6 van de LTU vallen en die per 1 februari 2013 verzekerd zijn bij de basisverzekering, blijven dan ook verzekerd. Ook zij hebben geen terugkeeroptie.

De SER vraagt aandacht voor de onderlinge verhouding tussen artikel 2.1 eerste lid, sub b en artikel 2.1 tweede lid, sub g. Artikel 2.1 eerste lid, sub b, laat personen zonder een geldige verblijfstitel toe tot de basisverzekering ziektekosten en tegelijkertijd worden personen met een geldige verblijfstitel op basis van artikel 2.1, tweede lid, sub g, en tevens belastingplichtig uitgesloten van de basisverzekering.

De regering heeft hierbij in overweging genomen om artikel 2.1 tweede lid, sub b, weg te laten teneinde een ongewenste situatie te creëren.

De SER vraagt aandacht van de regering voor kinderen geboren na 1 februari 2013 van wie een of beide ouders particulier verzekerd zijn, die nu verplicht via de basisverzekering ziektekosten voor ziektekosten zijn verzekerd.

De regering heeft besloten om de kinderen die behoren tot de hierboven genoemde groep een terugkeeroptie te geven zodat het gezin bij de particuliere verzekeraar valt voor zover de particuliere verzekering de kinderen opneemt in de verzekeringspolis. Algemeen uitgangspunt is dat het kind verzekerd wordt bij de ouders.

Naar het oordeel van de SER zorgt de nieuwe afbakening opnieuw voor onduidelijkheid en moeilijk te verklaren onderscheid binnen groepen, zoals personen die vallen onder artikel 6 van de Landsverordening Toelating en Uitzetting.

De regering verwijst naar hetgeen hierboven vermeld is ten aanzien van artikel 2.1, tweede lid.

Minimaal verstrekkingenpakket van particuliere verzekering

De SER benadrukt dat ondanks het externe toezicht door de Centrale Bank van Curaçao en Sint Maarten en de Algemene Rekenkamer Curaçao op de SVB ieder risico op belangenverstrengeling of zelfs maar de schijn van belangenverstrengeling dient te worden vermeden. De SER dringt er dan ook bij de regering op aan, de pakketvergelijking op te dragen aan een onafhankelijk, niet direct bij de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten betrokken orgaan. De SER verwijst in deze naar bijvoorbeeld de zorgautoriteit waar bij de totstandkoming van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten sprake van was.

De regering heeft besloten een Zorgautoriteit op te richten. Vooralsnog dient het pakket voorlopig door de SVB getoetst te worden in afwachting van de Zorgautoriteit. Verder biedt de landsverordening de mogelijkheid om bezwaar en beroep in te dienen op beslissingen van de uitvoeringsorganisatie.

De SER is van mening dat het aanbieden van een pakket met minstens dezelfde dekking als de basisverzekering ziektekosten door particuliere verzekeraars daarnaast alleen mogelijk is indien er volledige transparantie bestaat over de voorzieningen die door de basisverzekering ziektekosten worden aangeboden en gedekt. In artikel 1.3. van het ontwerp-landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten wordt gesteld dat de omvang van de zorg of verstrekkingen, genoemd in artikel 3.1 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten wordt vastgelegd in zorgprotocollen en bijvoorbeeld in artikel 6.2. wordt voor het aantal paramedische behandelingen dat per indicatie wordt vergoed door de uitvoeringsorganisatie verwezen naar het zorgprotocol. SER merkt verder op dat deze zorgprotocollen noch bij hun bekend zijn, noch bij de particuliere verzekeringsmaatschappijen.

SER is van mening dat een particuliere verzekeringsmaatschappij immers uitsluitend een vergelijkbaar pakket kan aanbieden indien deze zorgprotocollen hem bekend zijn.

Daarnaast is naar het oordeel van de SER ook voor de verzekerden essentieel dat deze zorgprotocollen openbaar zijn en actief met de verzekerden worden gecommuniceerd zodat de verzekerde volledig geïnformeerd is over zijn rechten en plichten wanneer hij zijn aanspraak op bepaalde verstrekkingen geldend maakt.

De pakketvergelijking vindt plaats op het niveau van de verstrekkingen en niet op basis van de omvang van de zorg. Met andere woorden het aantal en soorten van behandelingen of interventies per indicatie of aandoening worden hierbij niet meegenomen en zijn voor de pakketvergelijking derhalve niet relevant.

Het uitgangspunt hierbij is dat de verzekerde toegang krijgt tot de zorg afgestemd op de behoefte. De zorgprotocollen die in het kader van de basisverzekering door de uitvoeringsorganisatie en de zorgverleners worden vastgesteld gelden uitsluitend voor de verzekerden van de basisverzekering die dan door de uitvoeringsorganisatie geïnformeerd worden over de inhoud en omvang van de verzekerde zorg.

Het is aan de particuliere verzekeraar om de omvang van de zorg voor de eigen verzekerdenpopulatie in te vullen.

Naar aanleiding van de uitbreiding van de kring der verzekerden met Ministers en Statenleden, dienen naar het oordeel van de SER de bijzondere bepalingen inzake de vergoeding van de ziektekosten voor Ministers en Statenleden expliciet te worden ingetrokken zodat Ministers en Statenleden geen beroep meer kunnen doen op voorzieningen in het kader van de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten regeringsdienaren.

Bij de inwerkingtreding van de Eilandsverordening tot vaststelling van de ontwerp-landsverordening tot wijziging van de Algemene overgangsregeling wetgeving en bestuur Land Curaçao (P.B. 2010, no. 102) is, de landsverordening van de 31ste juli 1956 regelende de bezoldiging, de vergoeding voor reis- en verblijfkosten, de aanspraak op vakantie, vakantie uitkering, tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige behandeling en/of verpleging, de uitkering bij overlijden en het pensioen van de Ministers, alsmede het pensioen van hun weduwen en wezen (P.B. 1969, no. 104) komen

te vervallen. Met ingang van 10 oktober 2010 konden betrokkenen al geen aanspraak doen op genoemde Regeling.

De Regeling schadeloosstelling leden der Staten (P.B. 1990, no. 55), is eveneens per 10 oktober komen te vervallen. Deze regeling bepaalde dat de statenleden gelijk de regeringsdienaren in gevolge de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten regeringsdienaren, verzekerd waren tegen ziektekosten. Doordat eerdergenoemde regeling is vervallen, zijn de statenleden ook niet meer verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten regeringsdienaren.

De SER vraagt tevens aandacht voor een discrepantie tussen de tekst van het ontwerp en de memorie van toelichting: in het ontwerp wordt namelijk gerefereerd aan ingezetenen die de hoedanigheid hadden of hebben van lid van Staten of Minister terwijl in de memorie van toelichting de actieve Ministers en Statenleden worden genoemd die in de kring der verzekerden worden opgenomen.

Het woord "hadden" in het ontwerp is een fout in de wetstekst en is bij deze geschrapt. Het gaat om de actieve Ministers en Statenleden zoals aangegeven in de memorie van toelichting.

De SER is van mening dat, op grond van Aanwijzing 34 van de Aanwijzingen voor de regelgeving, de kring der verzekerden uitsluitend bij landsverordening dient te worden aangepast en dat artikel I, onderdeel A, sub 4, van de ontwerp-landsverordening tot wijziging van de Landsverordening Basisverzekering dient te worden geschrapt.

De regering acht deze procedure van uitbreiding bij een landsbesluit slagvaardiger dan een procedure bij landsverordening. Aanwijzing 34 van de Aanwijzingen voor de regelgeving handelt tevens dit onderwerp niet.

De SER is van oordeel dat de Uitvoeringsorganisatie, uit de aard van de haar opgedragen werkzaamheden, niet belast moet worden met een wettelijke adviestaak in zaken aangaande de kring der verzekerden.

De scheiding tussen beleid en uitvoering in het kader van de basisverzekering is nog altijd van kracht met dien verstande dat de regering verantwoordelijk is voor alle beleidsuitgangspunten aangaande de uitvoering van de basisverzekering, waaronder ook de vaststelling van de kring der verzekerden. De uitvoeringsorganisatie is belast met de uitvoerende taken binnen het door de regering uitgestippelde beleidskader en heeft slechts een adviserende functie richting de regering met betrekking tot de consequenties van voorgenomen beleidslijnen.

Geldend maken van aanspraken

Met betrekking tot het voortzetten van een behandeling in het buitenland voor een verzekerde met een reeds gediagnosticeerde chronische aandoening, is het oordeel van de SER dat de bedoelde behandeling onder de werkingssfeer van de AVBZ valt. De SER dringt aan om de betreffende bepaling op te nemen in de Landsverordening

basisverzekering ziektekostenen niet in de Landsverordening algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

Met het introduceren van het nieuwe artikel 5.5 in de Landsverordening basisverzekering ziektekosten is de bepaling reeds opgenomen zoals voorgesteld door de SER.

Hierbij dient wel duidelijk te worden gesteld dat er een verschil bestaat tussen de definitie van chronisch zieke gehanteerd in de Landsverordening algemene verzekering bijzondere ziektekosten en de verzekerde die reeds gediagnosticeerd is met een chronische ziekte zoals bedoeld in artikel 5.5.

| In de Landsverordening algemene verzekering bijzondere ziektekosten wordt een chronisch zieke omschreven als zijnde een persoon die als gevolg van een ziekte of een complicatie ervan of ouderdom zodanig verpleeg- of zorgbehoefstig is geworden, dat zij/hij zich niet meer zelfstandig kan handhaven in sociaal, maatschappelijk als economisch opzicht.

Personen bedoeld in het nieuwe artikel 5.5 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten hebben een hogere mate van zelfstandigheid dan die bedoeld in de Landsverordening algemene verzekering bijzondere ziektekosten en kunnen zelfs ook nog werkzaam zijn en zich in sociaal, maatschappelijk en economisch opzicht zelfstandig handhaven.

Zij hoeven alleen op gezette tijden en zonder onderbreking een poliklinische behandeling of interventie ondergaan in verband met een chronische aandoening.

De basisverzekering is bovendien beperkt tot medische zorg terwijl langdurige verpleegkundige zorg en verzorging voor chronisch zieken, in een zorginstelling of in de thuissituatie, onder de Landsverordening algemene verzekering bijzondere ziektekosten valt.

De voortzetting van een behandeling of interventie in het buitenland zoals bedoeld in het artikel 5.5 is kortdurend en vindt alleen plaats gedurende een tijdelijk verblijf van de verzekerde in het buitenland.

Verhoging premie-inkomensbovengrens

SER vraagt de aandacht van de regering voor de steeds verder oplopende belasting- en premiedruk als gevolg van het steeds grotere beroep dat door de regering gedaan wordt op de solidariteit. SER is van dat de hoge en steeds verder stijgende loonkosten de internationale concurrentiepositie van Curaçao steeds verder verslechtert. Voorts is de SER van oordeel dat een algehele evaluatie van het sociale zekerheidsstelsel gecombineerd met een beleid gericht op het verbeteren van de internationale concurrentiepositie noodzakelijk is om als Curaçao aantrekkelijk te blijven voor zowel de buitenlandse als de binnenlandse investeerders en voor hoger opgeleide werknemers. De SER is met het oog op de mogelijke economische effecten en de verwachte effecten op de werkgelegenheid als gevolg van een verdere toenemende belasting- en premiedruk niet zonder meer voorstander van om de extra kosten van de voorgestelde reparaties voor een groot deel te financieren door middel van een premieverhoging voor de werknemer.

De internationale concurrentiepositie staat hoog op de agenda van de regering. De regering werkt met man en macht en met flankerende maatregelen aan het stimuleren en verbeteren van de economie en het aanzwengelen van de publieke en private investeringen. De op stapel staande en deels reeds in uitvoering genomen projecten wijzen er nadrukkelijk op dat dit regeringsbeleid zijn vruchten begint af te werpen. De regering is zich ten volle bewust van de oplopende belasting- en premiedruk en heeft maatregelen in voorbereiding om deze oplopende druk een halt toe te roepen en zo mogelijk om te buigen. Daarnaast heeft de regering vol ingezet op het verhogen van de (belasting) compliance. Voor de sociale zekerheid heeft de regering in december vorig jaar besloten tot een nullijn in 2014 en zo nodig in 2015. De regering heeft de uitvoeringsorganisatie van de sociale zekerheid de Sociale Verzekeringsbank opgedragen niet van de nullijn af te wijken en maandelijks hierover te rapporteren. Voor het geval de nullijn dreigt te worden overschreden zijn thans maatregelen in voorbereiding om de nullijn daadwerkelijk te effectueren in 2014.

Als onderdeel van de inzet van van de regering de (belasting) compliance te verhogen wenst de regering ook over te gaan tot het met ingang van 1 januari 2015 laten vervallen van de nominale premie. Zie paragraaf 1.7.

Financiële en economische implicaties

Naar het oordeel van SER is het essentieel om “met de reparatiewetgeving tevens inzicht te geven in de financiële en maatschappelijke consequenties van de inwerkingtreding van de basisverzekering ziektekosten en de voortgang bij de uitvoering van flankerende maatregelen gericht op het beheersen van de uitgaven in het kader van de basisverzekering ziektekosten en lange termijn maatregelen gericht op verdere reductie van de kosten van zorg”. De SER refereert specifiek aan de volgende projecten:

- *Implementatie van de uitvoeringsstructuur met kerntaken conform de uitgangspunten van goodgovernance:*
- *Project NosHospitalNobo*
- *Onderzoek Normkosten Apothekers & Verlaging kosten geneesmiddelen*
- *Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf*

- *Nieuwe beloningsstructuur zorgverleners; en*
- *Het Nationaal Laboratorium*

De implementatie van de uitvoeringsstructuur is deels reeds geëffectueerd. Dit betreft met name het uitvoeringsorgaan SVB en de Beheerder van de regeringsfondsen (SVB). Thans wordt gewerkt aan een Informatiestatuut SVB waarin de taken, verantwoordelijkheden en informatievoorziening tussen de actoren worden vastgelegd. Bij de Inspectie wordt nu met voorrang gewerkt aan de invulling van de vacature van Inspecteur. De voorbereidende werkzaamheden voor het doen herleven van De Raad voor de Volksgezondheid zijn nagenoeg afgerond zodat op korte termijn de Raad zijn werkzaamheden kan hervatten. De Zorgautoriteit zal naar verwachting nog dit jaar worden opgericht. Tot die tijd vervult het Ministerie van Financiën deze rol. Aan de Clearing House zal op een later moment nog invulling worden gegeven. Hierbij is vooral de gegevensuitwisseling van belang. Op verschillende plaatsen, zoals de Belastingdienst en Hospital Nobo Otrobanda (NHO) zijn intussen vernieuwingstrajecten op gebied van geautomatiseerde gegevensuitwisseling in voorbereiding. Andere organisaties zoals de uitvoeringsorganisatie (SVB) en de zorgverleners zullen op de architectuur van deze trajecten dienen aan te sluiten.

Het project HNO is in uitvoering genomen ultimo 2013. Thans vinden de grondwerkzaamheden plaats. Direct daarna zal worden gestart met de bouw. Het transitieplan is in concept gereed. Het overleg over de financiering met CFT is afgerond. De aanvraag voor de financiering ligt bij het Agentschap.

Aan de implementatie van het Onderzoek Normkosten Apothekers & Verlaging kosten geneesmiddelen is en wordt middels wetgeving en concreet in de praktijk van alledag invulling gegeven. De uitgaven aan geneesmiddelen zijn in 2013 ten opzichte van 2102 met ca. NAF 20 miljoen afgenomen. In 2014 en 2015 zal invulling worden gegeven aan de nog openstaande aanbevelingen uit het ONA rapport.

Het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB) is een prominent onderdeel van het project HNO. Aan het GMSB wordt invulling gegeven vanuit het perspectief van HNO.

Aan de Nieuwe beloningsstructuur zorgverleners wordt en zal in belangrijke mate invulling worden gegeven middels budgetfinanciering waarbij het gaat om een combinatie van kosten (tarief) afspraken en prestatie/productie afspraken. Voor 2014 is door de regering besloten tot de nullijn in de gezondheidszorg.

Het project om tot een nationaal laboratorium te komen in het perspectief van HNO start in mei 2014.

De SER verzoekt de regering om inzicht in de behaalde resultaten van de vermindering van de uitgaven aan geneesmiddelen en daarbij te vermelden of deze resultaten het gevolg zijn van de (eenmalige) prijsdaling of van volumedaling, door verandering van het voorschrijfgedrag en/of door de verbetering van de gezondheid van de bevolking.

De uitgaven aan geneesmiddelen zijn in 2013 ten opzichte van 2102 met ca. NAf 20,0 miljoen afgenomen. In overwegende mate is dit het resultaat van prijsdaling en het werken met generieke geneesmiddelen. In beperkte mate door verandering van het voorschrijfgedrag. De uitvoeringsorganisatie SVB is opdragen om in 2014 expliciet in te zetten op het -verder- veranderen van het voorschrijfgedrag.

De Nationale Gezondheidsenquête 2013 laat zien dat ten opzichte van de Curaçao Health Study 1996 de gezondheidstoestand van de bevolking in essentie niet is verbeterd.

Controle en monitoring van de uitvoering van de basisverzekering ziektekosten

De SER dringt er bij de regering op aan ervoor zorg te dragen dat de structuur met kerntaken zo spoedig mogelijk volledig wordt geïmplementeerd”.

De regering verwijst naar het antwoord op de vorige pagina's onder de kop “Financiële- en economische implicaties”.

Financiële Implicatie

Toename medische kosten

De toename in de medische kosten zijn met name te wijten aan de:

-Uitbreiding verstrekkingen 60+ en min- en onvermogenen: NAf 6,6 miljoen extra kosten:

Deze berekening is afkomstig van de uitvoeringsorganisatie SVB. De feitelijke uitgaven onder de regelingen die van kracht waren voordat de BVZ van kracht werd hebben als brongegevens gediend.

-Uitbreiding verstrekkingen (gehoorapparaat, medische uitzending etc.): NAf 0,9 miljoen extra kosten:

Voor een groot deel was deze uitbreiding van de verstrekkingen via de hardheidsclausule al van toepassing. Op basis van deze feitelijke uitgaven is een beredeneerde inschatting gemaakt.

Dekking

De regering tracht de toegenomen kosten te dekken middels onderstaande exercities:

-Premieverhoging werknemers van 3% naar 4%: NAf 11,5 miljoen aan extra opbrengsten:

Basis voor de berekening zijn de totale premie opbrengsten werknemers/werkgevers BVZ. Bij een premie van 12% bedragen deze ca. NAf 138 miljoen Een procentpunt premie komt neer op opbrengsten van NAf 11.5 miljoen

-Verhoging premie inkomensbovengrens (gepensioneerden): NAf 0,9 miljoen:

In het eerdergenoemde SOAB rapport is door SOAB berekend op basis van gegevens van de Inspectie wat het bedrag aan additionele premiebatens zou zijn bij een verhoging van de premie inkomensgrens naar Naf 150.000.

-Verhoging premie inkomensbovengrens (werknemers): Naf3,1 miljoen:

Het totale inkomen in de inkomensgrens Naf 100.000 – Naf 150.000 bedraagt Naf 24,5 miljoen. Bij een premie van 13% leidt de verhoging van de inkomensgrens tot een additionele premie bate van Naf 3.1 miljoen (= 0.13 x Naf 24,5 miljoen). Bron is het meergenoemde SOAB rapport . Brongegevens zijn afkomstig van de Inspectie.

-Reductie andere medische kosten en reductie beheerskosten: Naf7,5 miljoen

De SER dringt er op aan inzicht in de concrete maatregelen te verschaffen die moeten leiden tot een verdere besparing van Naf 7,5 miljoen bij de budgetten voor andere medische kosten en verdere reductie van de beheerskosten.

De integratie van BZV in SVB heeft tot Naf 8,0 miljoen lagere dan in de memorie van toelichting bij de basisverzekering ziektekosten begrote beheerskosten geleid. Op bijvoorbeeld de uitgaven aan medische uitzendingen zal in 2014 met het in gebruik nemen van het Cath. Lab. eind vorig jaar een besparing worden gerealiseerd van ca. Naf 5,0 miljoen.

De SER constateert dat er een structureel beroep wordt gedaan op het schommelfonds om de premieverlaging ten behoeve van de gepensioneerden te financieren. Naar het oordeel van de SER is er dan ook geen sprake van een budget neutrale reparatie van de basisverzekering ziektekosten.

Het beroep op het schommelfonds is totdat de zorgverlening aan de ambtenaren en gelijkstelden onder het Medisch Tarief Sociale Verzekering valt. Het traject tot voorbereiding van de wijziging van de relevante wetgeving is intussen in uitvoering genomen. Het van kracht worden van de gewijzigde wetgeving zal een besparing opleveren van ca. Naf 4,5 miljoen op uitgaven aan zorgverleners. Een deel van dit bedrag zal worden aangewend ter gedeeltelijke financiering van de premieverlaging van de gepensioneerden.

Economische consequenties

De SER acht het bewerkstelligen van een verdere en sterkere economische groei een eerste vereiste voor een daadwerkelijke structurele oplossing van de vraagstukken op het gebied van de sociale zekerheid en regeringsfinanciën.

De regering onderschrijft het door de SER gestelde.

De SER dringt er met de grootst mogelijke klem bij de regering op aan de macro economische effecten van de reparatiewetgeving basisverzekering ziektekosten inzichtelijk te laten maken en te doen analyseren alvorens deze reparatiewetgeving ter behandeling aan de Staten aan te bieden”.

De macro economische effecten op de koopkracht laten zich als volgt schetsen.

Er vindt op basis van solidariteit een koopkrachtverschuiving plaats van werknemers/verzekerden met een bruto jaarinkomen van NAf 18.000+ en van verzekerden met een jaarinkomen van meer dan NAf 100.000,00 naar verzekerde gepensioneerden en naar verzekerden met een inkomen tussen NAf 12.001,00 en NAf 18.000,00 per jaar.

Het negatieve effect op de koopkrachtontwikkeling is NAf 15,5 miljoen, zijnde het gevolg van verhoging van de premie voor werknemers van 3 naar 4%, NAf 11,5 miljoen op jaarbasis, en de verhoging van de premie inkomensgrens naar NAf 150.000,00, NAf 4,0 miljoen op jaarbasis. Het positieve effect op de koopkrachtontwikkeling is NAf 17,3 miljoen, zijnde het gevolg van de introductie van de "glidingscale", NAf 2,8 miljoen en de premieverlaging voor gepensioneerden naar 6,5%, NAf 14,5 miljoen. Per saldo macro economische een verbetering van de koopkrachtontwikkeling van NAf 1,8 miljoen.

Raad van Advies

Op 25 september heeft de Raad van Advies het advies, gekenmerkt RvA no. RA/18-14-LV, inzake de ontwerp-landsverordening tot wijziging van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten, uitgebracht.

De regering heeft het advies van de Raad van Advies bestudeerd en zowel het ontwerp als de memorie van toelichting, waar noodzakelijk aangepast.

In het Algemeen (I) gedeelte van het advies stelt de Raad van Advies in onderdeel 1., Wetstechnisch aspect, dat de wijzigingen minder duidelijk en wellicht ook de consequenties van die wijzigingen minder duidelijk zouden zijn. De regering heeft ontwerp en de memorie van toelichting gereviseerd en waar van toepassing aangepast of de achtergrond van de wijzigingen toegelicht. De Regering heeft het noodzakelijk geacht om, ter voorkoming van onduidelijkheden bij het begrip "verzekerde", de wettelijke grondslag voor de registratie aan te scherpen..

In het onderdeel 2. Dekking van medische kosten gemaakt in het buitenland, vraagt de Raad van Advies de bijzondere aandacht van de regering voor dit onderwerp. Het is in de Landsverordening basisverzekering ziektekosten als beleidsuitgangspunt dat spoedzorg in het buitenland niet wordt vergoed.

Uitbreiding van het pakket met spoedzorg in het buitenland is niet mogelijk vanwege de grote financiële consequenties die deze met zich brengt voor het Fonds.

In het derde onderdeel van het algemeen gedeelte merkt de Raad van Advies op dat het premiebesluit dat aan de Raad van Advies ter advisering is voorgelegd, niet hetzelfde is dat door de SER is getoetst.

De uitvoeringspraktijk heeft getoond dat de heffing van de nominale premie problematisch en niet effectief is, waardoor behoorlijke betalingsachterstanden zijn ontstaan.

Gelet op het bovenstaande is het evident dat ter inning van de met de nominale premie te genereren premie-inkomsten, de compliance verhoogd dient te worden. In dit kader is besloten om met ingang van 1 januari 2015, de nominale premie af te schaffen en daarvoor in de plaats de inkomensafhankelijke premie te verhogen. Die verhoging zal marginaal zijn. Macro gezien zal die verhoging dezelfde premie-inkomsten moeten opleveren. Doordat de nominale premie wordt vervangen door middel van een aangepaste inkomensafhankelijke premie, zullen de lagere inkomensgroepen er enigszins op vooruit gaan. De hogere inkomensgroepen zullen wat duurder uit zijn.

De overheid beaamt, niet in de gelegenheid geweest te zijn deze wijziging aan de SER te kunnen voorleggen. Benadrukt kan worden dat de omzetting van de nominale premie in een inkomensafhankelijke premie, geen majeure wijziging betreft. Dit leidt echter wel tot verhoogde compliance waarbij tevens het principe van het draagkrachtbeginsel wordt aangescherpt. De hoogte van de in 2015 verschuldigde inkomensafhankelijke premie zal in overeenstemming met artikel 6.3, eerste lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten uiterlijk per 1 december van dit jaar worden vastgesteld.

Op de vraag van de Raad van Advies of de door de regering verwachte bijdrage aan het Fonds Basisverzekering Ziektekosten na de inwerkingtreding van de onderhavige landsverordening gelijk zal zijn aan de bijdrage welke de regering oorspronkelijk voor ogen had bij de introductie van de basisverzekering ziektekosten, geeft de regering de volgende uiteenzetting.

Oorspronkelijk is een verhoging van de landsbijdrage van maximal 3% per jaar afgesproken, dit behoudens beleidsmatige wijzigingen en of effecten vanwege negatieve economische ontwikkelingen die van invloed zijn op de financiële positie van het fonds. De reparatiewet op zich vormt geen aanleiding om van de 3%-norm af te wijken danwel deze norm aan te passen.

In het onderdeel a van het gedeelte betreffende de Inhoudelijke opmerkingen (II) adviseert de Raad van Advies om in de toelichting aan te geven wat de beweegredenen van de regering zijn om de voorwaarde voor het verzekerd zijn in de zin van de Landsverordening basisverzekering te wijzigen. De regering heeft de memorie van toelichting in dit verband aangepast.

De regering poogt de verschuiving van de verzekerden van de particuliere verzekering naar de basisverzekering te voorkomen. De Raad van Advies merkt ten aanzien hiervan op dat afstemming dient plaats te vinden.

In reactie op de opmerking van de Raad van Advies, meldt de regering dat de voorwaarde dat de particuliere verzekering dezelfde dekking moet bieden is om te waarborgen dat particulier verzekerden volledige dekking van de basiszorg hebben aangezien de

basisverzekering niet de mogelijkheid biedt om zich gedeeltelijk te verzekeren voor het basispakket.

De voorgestelde wijziging van de Raad van Advies met betrekking tot artikel 2.1, tweede lid, onderdeel b, van de ontwerp-wijzigingslandsverordening is overgenomen.

De regering past het ontwerp op dit punt conform aan maar merkt op dat voor de Landsverordening ziekteverzekering de Minister van Volksgezondheid en Sociale Ontwikkeling de bevoegde minister is. Daar genoemde regeling nog niet in overeenstemming is gebracht met de huidige rechtsorde, dient de minister als zodanig te worden aangemerkt.

Voor wat betreft de opmerkingen gedaan ten aanzien van artikel 2.1, tweede lid, onderdeel c, zal de regering het ontwerp conform aanpassen, door deze zinsnede: “mits die verzekeringen minstens dezelfde dekking bieden als bij of krachtens deze landsverordening bepaald” op te nemen.

De Raad van Advies vraagt voorts in dit gedeelte waarom het onderdeel h, van artikel 2.1, tweede lid, van de ontwerp-wijzigingslandsverordening, niet is opgenomen in het onderdeel c, van het tweede lid.

Onderdeel h is, ter voorkoming van oneigenlijk gebruik van de voorzieningen, geregeld in de Landsverordening basisverzekering ziektekosten geschrapt.

In het onderdeel “Verzoek verklaring wel of niet verzekerd” vraagt de Raad of de verklaring van al dan niet verzekerd zijn, alleen in de eerste drie kalender maanden kan worden verkregen.

De regering past het ontwerp aan met de volgende toevoeging:. In uitzonderingsgevallen, te beoordelen door de Uitvoeringsorganisatie, kan hiervan worden afgeweken. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat een persoon in dienst treedt bij een bedrijf of instantie gedurende het kalenderjaar.

In onderdeel d. “Nadere regels bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen” vraagt de Raad aan de om aan te geven welke nadere regels de regering in dit verband voor ogen heeft.

De regering acht deze formulering standaard en gebruikt deze bepaling als een kapstokbepaling, daar de landsverordening basisverzekering ziektekosten een geheel nieuwe regeling is en de regering zich de kans wil geven om op nieuwe ontwikkelingen ter zake adequaat te kunnen reageren.

Als reactie op de vraag van de Raad van Advies in onderdeel e “Verstrekkings (artikel I, onderdeel B)” zegt de regering dat het antwoord ja is. Het recht op vervoer is uitgebreid in het landsbesluit verstrekkings artikel 12.2.

Ten aanzien van de vraag van de Raad van Advies in het onderdeel “Vergoeding van de behandeling” waarom voor behandeling in het buitenland de helft van het buitenlandse tarief vergoed wordt, reageert de regering als volgt.

Artikel 5.5 betreft geen medische uitzending maar voortzetting van medische behandeling in het buitenland in geval van een tijdelijk verblijf in het buitenland. De vergoeding in dit geval werd naar analogie met het gangbare in de Landsverordening Ziekteverzekering bepaald.

§ 4. Artikelsgewijze toelichting

Artikel I, onderdeel B

In het artikel regelende de kring der verzekerden is als uitgangspunt genomen om enkel de personen die verzekerd waren bij een publieke zorgverzekeraar mee te nemen in de basisverzekering ziektekosten alsmede personen die niet elders verzekerd zijn tegen ziektekosten. Privé verzekerden en ingezetenen die verzekerd zijn bij hun werkgevers blijven als zodanig verzekerd.

Wat bij deze gelegenheid tevens wordt geregeld is dat de meeverzekerde familieleden en nabestaanden van bovenstaande groep verzekerden, nu ook op basis van de ziektekostenverzekering van de hoofdverzekerde of polishouder uitgesloten worden van de dekking van de basisverzekering ziektekosten. De dekking die deze verzekerden genieten, dient echter wel minstens dezelfde te zijn als de dekking die het pakket van de basisverzekering biedt. Onder gezinsleden of nabestaanden wordt uitdrukkelijk verstaan een vader, moeder, en kind of kinderen. Ouders, broers, zusters, en anderen, vallen daar niet onder.

Indien de verzekering beëindigd wordt of niet minstens dezelfde dekking biedt als de dekking bedoeld in de Landsverordening basisverzekering ziektekosten, dan worden de personen met een anderssoortige verzekering, alsmede hun familieleden en nabestaanden (volledig) verzekerd voor de basisverzekering. Immers, de basisverzekering biedt één basispakket, waardoor gedeeltelijk verzekeren niet mogelijk is.

Voor wat betreft de mogelijkheid tot het indienen van een verzoek om niet te vallen onder de werking van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten, de zogeheten ontheffingsverzoeken, is er een grens gesteld van drie maanden na ingang van het kalenderjaar. Dit om te voorkomen dat de verslaggeving naar de toezichthoudende en controlerende instanties wordt belemmerd, terwijl het ongelimiteerd laten indienen van verzoeken gedurende het kalenderjaar de bedrijfsvoering van de Uitvoeringsorganisatie niet ten goede zal komen. Wel zal de Uitvoeringsorganisatie in uitzonderingsgevallen de termijn van drie maanden dienen te beoordelen vanaf een andere datum dan de ingang van het kalenderjaar. Hierbij valt onder meer te denken aan gevallen waarin een persoon immigreert, of in dienst treedt bij een werkgever.

In artikel 2.1, derde lid, wordt bepaald dat de betrokkene de mogelijkheid dient te worden gegeven om aan te tonen dat hij al dan niet verzekerd is. Dat aantonen kan, doch hoeft niet middels het horen van de betrokkene te geschieden. Er is ten deze dus geen hoorplicht.

Voor de gepensioneerden wier ziektekostenverzekeringsspolis bepaalt dat zij na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd particulier verzekerd blijven, geldt dus dat zij in hun geheel uitgesloten zijn van de dekking van de basisverzekering ziektekosten. Vereiste bij deze uitsluiting van de basisverzekering ziektekosten is hier ook dat de verzekerde dekking geniet van de ziektekosten die minstens hetzelfde is als het pakket dat door de basisverzekering wordt aangeboden.

Onder personen die buiten Curaçao een dienstverband hebben met een elders in het Koninkrijk gevestigde rechtspersoon en daaruit een inkomen genieten en die kunnen aantonen dat zij verzekerd zijn tegen ziektekosten, worden ondermeer bedoeld de door de Nederlandse regering uitgezonden krachten naar Curaçao. Hierbij kan ook gedacht worden aan personen die in het kader van samenwerkingsverbanden hier te lande werkzaam zijn.

Een aparte groep ingezetenen die de nodige aandacht vergt, is de groep vreemdelingen. Vreemdelingen die zich hier te lande komen vestigen en hiervoor een vergunning tot verblijf of tot tijdelijk verblijf aanvragen, zijn bij inwerkingtreding van deze landsverordening ook uitgesloten van de basisverzekering ziektekosten. Deze personen zijn volgens de immigratie wetgeving verplicht een particuliere ziektekostenverzekering af te sluiten alvorens de vergunning in ontvangst te nemen.

Het laatste punt dat in de motie van de Staten werd gepresenteerd, was dat de statenleden en ministers ook conform de Landsverordening basisverzekering ziektekosten verzekerd dienen te worden ten einde solidair te zijn met de verzekerden van de voormalige publieke ziektekosten regelingen die over zijn gegaan in de basisverzekering ziektekosten. De Staten waren van mening dat vanuit de regering een positief signaal moet worden gezonden naar de vakbonden bij de poging ook hun leden conform de Landsverordening basisverzekering ziektekosten te verzekeren. De regering heeft deze motie overgenomen waardoor leden van de Staten en ministers bij het aanvaarden van hun ambt als zodanig verzekerd worden conform de Landsverordening basisverzekering ziektekosten. Naar analogie van deze gedachtengang zijn ook de gewezen politieke gezagsdragers meeverzekerd krachtens de Landsverordening basisverzekering ziektekosten.

Op basis van artikel 5D, eerste lid, van de landsverordening van de 31ste juli 1956 regelende de bezoldiging, de vergoeding voor reis- en verblijfkosten, de aanspraak op vakantie, vakantie uitkering, tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige behandeling en/of verpleging, de uitkering bij overlijden en het pensioen van de Ministers, alsmede het pensioen van hun weduwen en wezen³, werd de Regeling

³P.B. 1969, no. 104, zoals laatstelijk gewijzigd bij A.B. 2010, no. 102

vergoeding behandelings- en verplegingskosten overheidsdienaren⁴ van toepassing verklaard op de ministers. Hierdoor werden ministers op dezelfde wijze als de ambtenaren behandeld.

Op basis van artikel 5 van de Regeling schadeloosstelling leden der Staten⁵, werden de leden der Staten conform schaal 17 van het Bezoldigingslandsbesluit 1971⁶ op dezelfde wijze verzekerd als de ambtenaren tegen ziektekosten. Vanaf 10 oktober 2010 is Regeling schadeloosstelling leden der Staten op de negatieve lijst geplaatst en is deze derhalve komen te vervallen. Hierdoor is het Bezoldigingslandsbesluit 1971 niet meer van toepassing op de leden der Staten en de leden der Staten worden dan ook niet meer op dezelfde wijze als de ambtenaren verzekerd tegen ziektekosten. Echter, vanaf 10 oktober 2010, hebben de leden der Staten hun rechten inzake ziektekostenverzekering kunnen behouden overeenkomstig artikel 9 van de Algemene overgangsregeling wetgeving en bestuur Land Curaçao⁷. Niettemin worden de leden der Staten conform de motie d.d. 23 januari 2013 in de kring der verzekerden van de basisverzekering opgenomen, waardoor zij geen beroep meer kunnen doen op artikel 9 van de Algemene overgangsregeling wetgeving en bestuur Land Curaçao.

De ministers en leden der Staten die alvorens het ambt te hebben aanvaard ambtenaren waren, zullen bij het aanvaarden van hun ambt verzekerd worden conform de Landsverordening basisverzekering ziektekosten. De ministers en leden der Staten die voor het aanvaarden van het ambt privé verzekerd waren, zullen bij het aanvaarden van hun ambt verzekerd worden conform de Landsverordening basisverzekering ziektekosten.

De wijziging van de kring der verzekerden op grond van artikel 2.1, tweede lid, onderdeel a, betreft een correctie waarmee wordt beoogd een specifieke verschuiving van de privé of anderszins verzekerden naar de publieke verzekeraars tegen te gaan. Die correctie heeft geen betrekking op de personen die op of na 1 februari 2013 tot de datum van inwerkingtreding van deze wijzigingslandsverordening, verzekerd zijn krachtens de Landsverordening basisverzekering ziektekosten. In onderdeel g wordt daarop een uitzondering gemaakt voor kinderen, geboren na 1 februari 2013, uit ouders die onder dat onderdeel a vallen. Die kinderen mogen zich voor de basisverzekering afmelden in het geval zij meeverzekerd worden met hun ouders en dezelfde dekking genieten van de ziektekostenregeling door de particuliere verzekering van hun ouders.

Artikel I, onderdeel C

De inhoud van het verstrekkingenpakket wordt een combinatie van curatieve noodzakelijke zorg en preventieve gezondheidszorg in lijn met de beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg en rekeninghoudend met de zorgbehoefte op Curaçao. Dit verklaart waarom bepaalde zorgvormen opgenomen in het verstrekkingenpakket niet direct als noodzakelijke zorg zijn aangemerkt volgens de Trechter van Dunning maar

⁴P.B. 1986, no. 165, zoals laatstelijk gewijzigd bij P.B. 2009, no. 52

⁵P.B. 1990, no. 55, zoals laatstelijk gewijzigd bij A.B. 2010, no. 102

⁶P.B. 1968, no. 175, zoals laatstelijk gewijzigd bij P.B. 1972, no. 208

⁷A.B. 2010, no. 87, zoals laatstelijk gewijzigd bij A.B. 2010, no. 102

uitgaande van het preventiebeleid⁸ en de zorgbehoefte wel zijn opgenomen in het basis verstrekkingenpakket.

Het onderdeel kunst en hulpmiddelenzorg in het pakket wordt uitgebreid met optische kunst- en hulpmiddelen (brillenglazen, monturen en contactlenzen) voor alleen min- en onvermogenen met een maandinkomen van maximum NAF 1.000,00 en personen die een AOV-pensioen of een pensioenuitkering genieten van een pensioenfonds of een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht verzekeringsbedrijf en die op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt, conform de door de Uitvoeringsorganisatie vast te stellen richtlijnen.

Tandheelkundige zorg wordt als volgt aangepast. Consultatie, diagnostiek, preventie, hygiëne, chirurgie, prothesen voor verzekerden tot 18 jaar en voor min- en onvermogenen met een maandinkomen van maximum NAF 1.000,00 en personen die een AOV-pensioen of een pensioenuitkering genieten van een pensioenfonds of een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht verzekeringsbedrijf en die op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt, conform de door de uitvoeringsorganisatie vast te stellen richtlijnen. Onder selectieve preventie wordt onder meer verstaan: individueel gerichte onderzoeken, en interventies in het verlengde van de eerste lijnzorg.

Artikel I, onderdeel E

Verzekerden met een reeds gediagnosticeerde chronische ziekte die voor een korte periode in het buitenland verblijven, kunnen hun medische behandeling(en) in het buitenland voortzetten, op voorwaarde dat het achterwege blijven van behandeling(en) levensbedreigend is, de behandeling door een medische zorgverlener moet worden verleend of de hulp van de medische zorgverlener noodzakelijk is en het een tijdelijk verblijf betreft. Een indicatie hiervoor wordt geacht aanwezig te zijn indien en zolang in verband met een orgaaninsufficiëntie van de verzekerde een langdurig en regelmatig terugkerende medische interventie redelijkerwijze is aangewezen, zoals in het geval van nierdialyse bij patiënten met een nierinsufficiëntie. Het betreft hierbij onder anderen verzekerden die voor hun werk of wegens familieomstandigheden tijdelijk in het buitenland moeten verblijven of verzekerden die op vakantie gaan naar het buitenland. Verzekerden hebben slechts aanspraak op het maximale tarief dat voor lokale verstrekkingen geldt. In het geval er geen lokaal tarief voorhanden is, wordt maximaal de helft van de buitenlandse nota vergoed.

Artikel I, onderdeel F, onder 2,

In artikel 6.2, tweede lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten wordt bepaald dat het percentage van de inkomensafhankelijke premie wordt vastgesteld bij landsbesluit, houdende maatregelen. In die bepaling is ook aangegeven wat daarnaast in ieder geval ook in het landsbesluit moet worden geregeld. Daarmee wordt ook impliciet aangegeven dat in het landsbesluit nog andere zaken kunnen worden geregeld. Teneinde

⁸Goedgekeurd door de Raad van Ministers d.d. 16 maart 2011 zaaknummer 2011/26395

ieder misverstand te voorkomen wordt met het nu voorliggende wijzigingsvoorstel nader aangegeven welke die andere zaken kunnen zijn.

Artikel I, onderdeel D, onder 5,

Conform de regeling in de landsverordening heeft de Uitvoeringsorganisatie een zelfstandig verhaalrecht dat los staat van de verzekerde. De wijziging van het derde lid biedt de Uitvoeringsorganisatie meer slagkracht.

Artikel I, onderdeel G

Conform het bepaalde in de Landsverordening administratieve rechtspraak⁹ wordt de verzekerde, die bezwaar heeft tegen de beslissing van de minister of de beslissing van de Uitvoeringsorganisatie, in gelegenheid gesteld om binnen zes weken na dagtekening van beslissing een bezwaarschrift in te dienen.

Artikel II

Artikel 6.3 van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten regelt echter dat de hoogte van (onder andere) de jaarlijks verschuldigde inkomensafhankelijke premie uiterlijk op 1 december van het voorafgaande jaar moet zijn vastgesteld. Met artikel II wordt bewerkstelligd dat de nu voorgenomen premieverlaging voor gepensioneerden (met 3,5 procentpunt) en premieverhoging voor werknemers en zelfstandigen (met 1 procentpunt) doorgang kunnen vinden in afwijking van artikel 6.3.

Artikel III

Deze landsverordening zal voor wat betreft het voorstel tot het schrappen van de nominale premie niet meteen in werking treden, maar per 1 januari 2015. Het tweede lid voorziet daarin. Voorgesteld wordt dat het ontwerp voor het overige op 1 november 2014 in werking zal treden.


De Minister van Gezondheid,
Milieu en Natuur,

9-06-2014.

De Minister van Financiën, *d.i.*



⁹ P.B. 2001, no. 79, zoals laatstelijk gewijzigd bij P.B. 2011, no. 49