

ALGEMENE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING SURINAME

FINANCIËLE PROJECTIES KOSTEN AZV

PARAMARIBO, SEPTEMBER 2010



buckconsultants.



INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|----|
| MANAGEMENTSAMENVATTING | 3 |
| VOORWOORD..... | 14 |
| 1 ACHTERGRONDEN | 16 |
| 2 ZIEKTEKOSTEN GERELATEERDE ONDERWERPEN..... | 18 |
| 2.1 VERGRIJZING | 18 |
| 2.2 STIJGING ZIEKTEKOSTEN VAN JAAR OP JAAR..... | 20 |
| 2.2.1 LEEFTIJDsafhankelijkheid van ziektekosten..... | 20 |
| 2.2.2 INFLATIE ZIEKTEKOSTEN | 21 |
| 2.2.3 TOTALE STIJGING VAN ZIEKTEKOSTEN | 22 |
| 2.3 VERDELING VAN ZIEKTEKOSTEN OVER DE BEVOLKING | 22 |
| 2.4 DRUK OP DE FINANCIERING VAN ZIEKTEKOSTEN..... | 23 |
| 3 VERGELIJKING VAN DE CIJFERS VAN SURINAME MET DIE VAN OMRINGENDE LANDEN..... | 27 |
| 3.1 VERGELIJKING MET DE CIJFERS VAN DE OMRINGENDE LANDEN | 27 |
| 3.2 VERGELIJKING MET DE CIJFERS VAN DE WHO | 32 |
| 4 GEHANTEERDE UITGANGSPUNTEN BIJ DE AZV PROJECTIES | 34 |
| 5 DE RESULTATEN VAN DE FINANCIËLE PROJECTIES..... | 38 |
| 6 GEVOELIGHEIDSANALYSE..... | 49 |
| 6.1 DE ANALYSE..... | 49 |
| 6.2 CONCLUSIE GEVOELIGHEIDSANALYSE | 54 |
| 7 HET VEREVENINGSFONDS | 55 |
| 7.1 INLEIDING | 55 |
| 7.2 DE “DURE” BEHANDELINGEN IN PROCENTEN VAN DE TOTALE KOSTEN AZV | 56 |
| 8 FINANCIERING VAN DE AZV | 60 |
| 8.1 DE HUIDIGE WIJZE VAN FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG..... | 60 |
| 8.2 DE VOOR DE AZV BECIJFERDE FINANCIERINGSOPTIES..... | 62 |
| 8.3 AANDACHTSPUNTEN BIJ VERVOLGONDERZOEK FINANCIERING AZV UIT INDIRECTE BELASTINGEN | 64 |
| 8.4 OVERIG..... | 64 |
| 9 CONCLUSIES..... | 66 |
| BIJLAGE 1 THEORETISCH KADER VEKTIS | |
| BIJLAGE 2 INHOUD ZORGPAKKETTEN | |
| BIJLAGE 3 DE HOOGTE VAN DE ZIEKTEKOSTEN BIJ VERSCHILLENDE WINSTOPSLAGEN VAN DE VERZEKERAARS | |
| BIJLAGE 4 PREMIE AZV PER LEEFTIJDSCATEGORIE 2010, 2015 EN 2020 | |
| BIJLAGE 5 JAARLIJKS OVERZICHT VAN VERSCHILLENDE VARIABELEN | |
| BIJLAGE 6 VERRICHTINGEN MET CLAIMS BOVEN DE USD. 1.000 VERZEKERAAR A | |
| BIJLAGE 7 VERONDERSTELLINGEN EN UITGANGSPUNTEN GEHANTEERD BIJ VERDELING ZIEKTEKOSTEN SURINAAMSE BEVOLKING | |
| BEDRIJFSINFORMATIE | |
| GEHANTEERDE BRONNEN | |

MANAGEMENTSAMENVATTING

ActIVe Consultancy NV en Buck Consultants hebben in opdracht van de Commissie AZV (de commissie) gezamenlijk onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van ziektekosten in Suriname in het kader van een in te stellen Algemene Ziektekostenverzekering (AZV). In deze rapportage zijn de resultaten van dit onderzoek opgenomen.

Het onderzoek heeft zich gespitst op de volgende pijlers.

1. Het vaststellen van de kosten AZV. Aan de hand van deze kosten kunnen premies vastgesteld worden die in rekening gebracht kunnen worden door de instanties die deze verzekering zullen uitvoeren. Hiertoe is een projectiemodel ontwikkeld dat op basis van een set uitgangspunten en veronderstellingen, een prognose maakt van de ziektekosten over de periode 2008 tot en met 2040. In dit rapport worden op verzoek van de commissie de projectieresultaten tot en met 2020 gepresenteerd. De reden die door de commissie hiertoe is opgegeven is dat de cijfers die uit lange termijn projecties resulteren, steeds zwaarder leunen op gehanteerde uitgangspunten die teruggrijpen naar de periode waar de data op gebaseerd zijn namelijk 2006-2008 en dus minder op de realiteit van die jaren.
2. Financieringsmodaliteiten, met name het relateren van de premie aan het inkomen van de bevolking, maar ook financiering uit opbrengsten uit de indirecte belastingen met name omzetbelasting (OB), zoals is aangegeven in de ontwerp wet AZV en de “terms of reference” horend bij dit onderzoek.
3. De kosten van een Vereveningsfonds AZV. Via dit fonds zouden de behandelingen die door de commissie als “duur” worden aangemerkt worden vergoed.

Verder zijn de ziektekosten in Suriname vergeleken met de ziektekosten die de WHO publiceert voor een aantal omliggende landen. In het rapport wordt ingegaan op geconstateerde inconsistenties bij de cijfers van de WHO. Vanwege deze inconsistenties wordt in de managementsamenvatting hier niet nader op teruggekomen. In hoofdstuk 3 wordt deze vergelijking uitgebreid beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 in detail ingegaan op de uitgangspunten waarop de uitgevoerde financiële projecties gebaseerd zijn. In hoofdstuk 5 wordt uitvoerig ingegaan op de resultaten waarvan in deze managementsamenvatting een “summary” wordt gepresenteerd. In de daarna volgende hoofdstukken 6 tot en met 9 wordt achtereenvolgens ingegaan op een gevoeligheidsanalyse van de projecties, het vereveningsfonds, financiering van de AZV en enkele conclusies die kunnen worden getrokken uit de uitgevoerde berekeningen.

Ad 1. Kosten van de AZV

De kosten van de AZV zijn vastgesteld zoals opgenomen in tabel ms.1. De resultaten gepresenteerd in tabel ms.1 onder kosten AZV per capita, corresponderen met de minimumgrens voor gemiddelde premies te rekenen door de verzekeraars die de AZV zullen uitvoeren. In tabel ms.1 is namelijk geen rekening gehouden met een winstopslag die verzekeraars uiteraard zullen toepassen.

| | | Winstopslag 0% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|--------|--------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | <i>Bedragen op jaarbasis</i> | | |
| Kosten AZV | in MLN SRD | 885 | 1.947 | 4.281 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 9,0% | 11,5% | 14,8% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 1.649 | 3.390 | 6.991 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 4.728 | 9.685 | 20.088 |

Tabel ms.1: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 0% hanteren

Indien door de verzekeraars bijvoorbeeld een winstopslag van 30% zou worden gehanteerd zien de resultaten eruit als in tabel ms.2. Het zij vermeld dat de winstopslagen steeds zijn berekend over dat deel van de ziektekosten dat geen betrekking heeft op de openbare gezondheidszorg (deze kosten worden gefinancierd en aangeboden vanuit het ministerie van Volksgezondheid).

| | | Winstopslag 30% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|--------|--------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | <i>Bedragen op jaarbasis</i> | | |
| Totale kosten AZV | in MLN SRD | 1.103 | 2.426 | 5.335 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 11,3% | 14,3% | 18,5% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 2.054 | 4.224 | 8.712 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 5.892 | 12.069 | 25.032 |

Tabel ms.2: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 30% hanteren

De hoogte van de maximale winstopslag die door de uitvoerende verzekeraars zal worden gehanteerd is vooralsnog niet bekend. In de ontwerp wet AZV is opgenomen dat jaarlijks bij Staatsbesluit na verkregen advies van een in te stellen Raad AZV, de hoogte van de maximale premies zal worden vastgesteld. Ter illustratie van het effect van toe te passen winstopslagen zijn de in het vervolg van het rapport opgenomen uitkomsten, steeds gepresenteerd bij een winstmarge van 0% en een winstmarge van 30%. Daarnaast zijn de uitkomsten van de kosten van de AZV becijferd onder toepassing van winstmarges van respectievelijk 0%, 10%, 20%, 30%, 40% en 50%. In bijlage 3 staan vergelijkbare tabellen als ms.1 en ms.2, waarbij met de hiervoor genoemde winstopslagen is gerekend.

De bovengenoemde resultaten zijn mede verkregen uit data die wij hebben ontvangen van drie ziektekostenverzekeraars actief in Suriname. Op basis van deze dataset zijn de hierboven vermelde ziektekosten/premies in tabel ms.3 opgesplitst naar type zorg. De bijbehorende premiebedragen zijn voor het jaar 2010 ingevuld bij winstopslagen van 0% en 30%. Er is onderscheid gemaakt tussen de totale premie AZV inclusief de zorg die door de overheid wordt aangeboden en dat deel van de premie AZV dat zal worden verzorgd via de verzekeraars.

| WINSTOPSLAG 0% | Totale premie AZV | | Premie af te dragen aan verzekeraars | |
|--|-------------------|--------------------|--------------------------------------|---|
| | Aandeel | | Aandeel | |
| | in SRD | in % totale premie | in SRD | in % premie af te dragen aan verzekeraars |
| ALGEMENE EN PREVENTIEVE DIENSTEN: | | | | |
| Preventieve en openbare gezondheidszorg *) | 296,09 | 18,0% | - | 0,0% |
| PRIMAIRE GEZONDHEIDSZORG: | | | | |
| Huisartsen | 286,63 | 17,4% | 286,63 | 21,2% |
| SECUNDAIRE GEZONDHEIDSZORG: | | | | |
| Ziekenhuizen | 386,21 | 23,4% | 386,21 | 28,6% |
| Oogartsen | 53,77 | 3,3% | 53,77 | 4,0% |
| Interne geneeskunde | 31,58 | 1,9% | 31,58 | 2,3% |
| Nefrologie | 31,47 | 1,9% | 31,47 | 2,3% |
| Gynaecologie | 29,90 | 1,8% | 29,90 | 2,2% |
| Cardiologie | 25,22 | 1,5% | 25,22 | 1,9% |
| Orthopaedische chirurgie | 20,79 | 1,3% | 20,79 | 1,5% |
| Dermatologie | 15,66 | 0,9% | 15,66 | 1,2% |
| Chirurgie | 15,58 | 0,9% | 15,58 | 1,2% |
| Psychiatrie | 12,36 | 0,7% | 12,36 | 0,9% |
| Kindergeneeskunde | 9,13 | 0,6% | 9,13 | 0,7% |
| Neurologie | 8,77 | 0,5% | 8,77 | 0,6% |
| KNO | 8,70 | 0,5% | 8,70 | 0,6% |
| Overige specialismen **) | 25,30 | 1,5% | 25,30 | 1,9% |
| TERTIAIRE GEZONDHEIDSZORG: | | | | |
| Hartoperaties | 20,82 | 1,3% | 20,82 | 1,5% |
| PARAMEDISCHE ZORG: | | | | |
| Geneesmiddelen | 173,69 | 10,5% | 173,69 | 12,8% |
| Laboratoriumonderzoek | 112,98 | 6,9% | 112,98 | 8,4% |
| Röntgenonderzoek | 57,66 | 3,5% | 57,66 | 4,3% |
| Optische hulpmiddelen (brillen etc.) | 21,07 | 1,3% | 21,07 | 1,6% |
| Overige paramedische zorg ***) | 5,12 | 0,3% | 5,12 | 0,4% |
| WINSTMARGE: | | | | |
| Winstopslag op niet openbare zorgkosten 0% | - | 0,0% | - | 0,0% |
| Totaal | 1.648,52 | 100,0% | 1.352,43 | 100,0% |

Tabel ms.3a: Breakdown premie AZV per persoon bij winstopslag 0%

*) Afgeleid uit NHA 2006

NOOT:

De kosten voor algemene en preventieve diensten in bovenstaande tabel behelzen slechts een deel van de overheidsbijdrage aan de zorg. Verder in dit rapport is op basis van informatie uit de NHA 2006 uitgegaan van een totale bijdrage van de publieke sector van 42,6% aan de zorg.

| WINSTOPSLAG 30% | Totale premie AZV | | Premie af te dragen aan verzekeraars | |
|--|-------------------|--------------------|--------------------------------------|---|
| | Aandeel | | Aandeel | |
| | in SRD | in % totale premie | in SRD | in % premie af te dragen aan verzekeraars |
| ALGEMENE EN PREVENTIEVE DIENSTEN: Preventieve en openbare gezondheidszorg *) | 296,09 | 18,0% | - | 0,0% |
| PRIMAIRE GEZONDHEIDSZORG: Huisartsen | 286,63 | 17,4% | 286,63 | 21,2% |
| SECUNDAIRE GEZONDHEIDSZORG: | | | | |
| Ziekenhuizen | 386,21 | 23,4% | 386,21 | 28,6% |
| Oogartsen | 53,77 | 3,3% | 53,77 | 4,0% |
| Interne geneeskunde | 31,58 | 1,9% | 31,58 | 2,3% |
| Nefrologie | 31,47 | 1,9% | 31,47 | 2,3% |
| Gynaecologie | 29,90 | 1,8% | 29,90 | 2,2% |
| Cardiologie | 25,22 | 1,5% | 25,22 | 1,9% |
| Orthopaedische chirurgie | 20,79 | 1,3% | 20,79 | 1,5% |
| Dermatologie | 15,66 | 0,9% | 15,66 | 1,2% |
| Chirurgie | 15,58 | 0,9% | 15,58 | 1,2% |
| Psychiatrie | 12,36 | 0,7% | 12,36 | 0,9% |
| Kindergeneeskunde | 9,13 | 0,6% | 9,13 | 0,7% |
| Neurologie | 8,77 | 0,5% | 8,77 | 0,6% |
| KNO | 8,70 | 0,5% | 8,70 | 0,6% |
| Overige specialismen **) | 25,30 | 1,5% | 25,30 | 1,9% |
| TERTIAIRE GEZONDHEIDSZORG: Hartoperaties | 20,82 | 1,3% | 20,82 | 1,5% |
| PARAMEDISCHE ZORG: | | | | |
| Geneesmiddelen | 173,69 | 10,5% | 173,69 | 12,8% |
| Laboratoriumonderzoek | 112,98 | 6,9% | 112,98 | 8,4% |
| Röntgenonderzoek | 57,66 | 3,5% | 57,66 | 4,3% |
| Optische hulpmiddelen (brillen etc.) | 21,07 | 1,3% | 21,07 | 1,6% |
| Overige paramedische zorg ***) | 5,12 | 0,3% | 5,12 | 0,4% |
| WINSTMARGE: Winstopslag op niet openbare zorgkosten 30% | 406 | 30,0% | 406 | 30,0% |
| Totaal | 2.054,25 | 130,0% | 1.758,16 | 130,0% |

Tabel ms.3b: Breakdown premie AZV per persoon bij winstopslag 30%

*) Afgeleid uit NHA 2006

NOOT:

De kosten voor algemene en preventieve diensten in bovenstaande tabel behelzen slechts een deel van de overheidsbijdrage aan de zorg. Verder in dit rapport is op basis van informatie uit de NHA 2006 uitgegaan van een totale bijdrage van de publieke sector van 42,6% aan de zorg.

Uit de tabellen ms.3a en ms.3b valt dus af te lezen dat in 2010 gemiddeld per persoon SRD. 296 besteed zal worden aan dekking van de kosten van algemene preventieve diensten, SRD. 287 aan primaire gezondheidszorg (betalingen aan bijvoorbeeld huisartsen), SRD. 674 aan secundaire gezondheidszorg (betalingen aan bijvoorbeeld medische specialisten en ziekenhuizen) en SRD. 371 aan paramedische zorg (betalingen aan bijvoorbeeld apotheken en laboratoria). Het valt op dat de kosten van tertiaire zorg een heel klein deel uitmaken van de berekende premie. De reden hiervan is dat deze dekkingen doorgaans niet vallen binnen de zorgpakketten van de

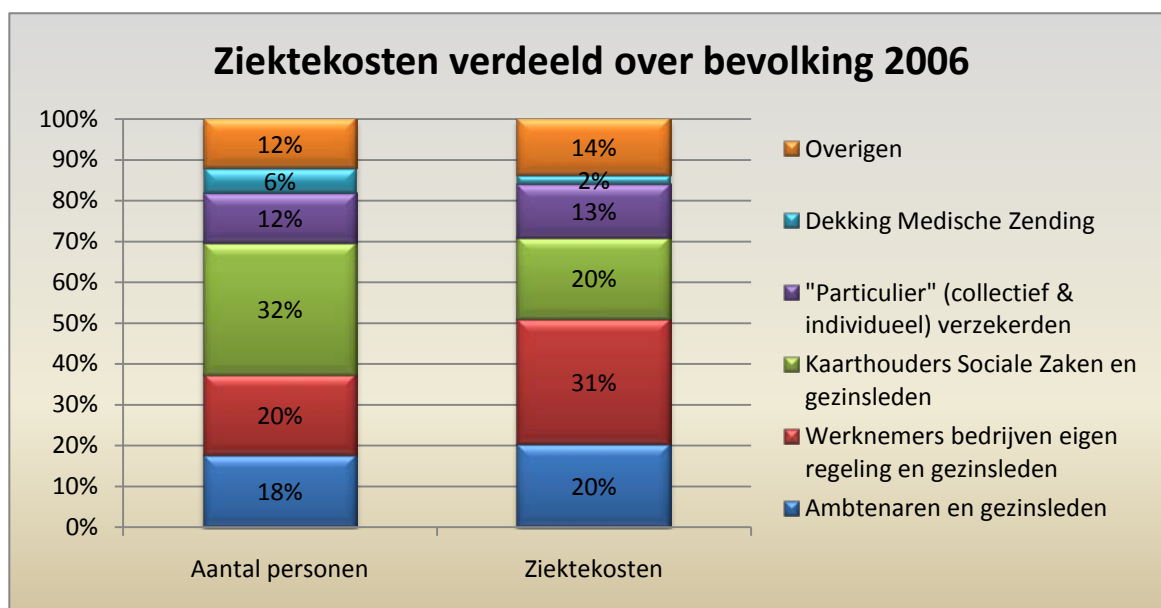
verzekeraars die hun data beschikbaar hebben gesteld. Een deel van de kosten van tertiaire gezondheidszorg zou binnen de scope van een in te stellen vereveningsfonds kunnen vallen.

Aan het einde van hoofdstuk 5 van dit rapport is het overzicht uit tabel ms.3a en ms.3b met meer detail opgenomen.

Ad 2. Financieringsmodaliteiten en premie.

De wijze waarop de kosten van gezondheidszorg van de bevolking van Suriname momenteel worden gefinancierd is voor een groot deel afhankelijk van de arbeidssituatie van de personen in kwestie. In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen met daarin de resultaten van een schatting van de verdeling van de ziektekosten in Suriname over de bevolking zoals deze gealloceerd kunnen worden aan de verschillende categorieën.

In figuur ms.1 is een grafische weergave opgenomen van de proportionele verdeling van de verschillende groepen over de bevolking van Suriname en de verdeling van de ziektekosten van deze verschillende groepen over de totale ziektekosten.



Figuur ms.1: Verdeling ziektekosten over de bevolking van Suriname
Bronnen: NHA2006, Assuria, Self Reliance, ABS Census 2004, SoZaVo, SZF.

Uit figuur ms.1 is af te lezen dat de overheid inkomt met meer dan 40% van de financiering van de totale ziektekosten. Ook is duidelijk af te lezen dat er een scheve verhouding bestaat tussen de verdeling van de ziektekosten bij met name de werknemers van bedrijven met eigen regelingen, degenen die een on- of minvermogens kaart hebben van het Ministerie van Sociale Zaken en degenen die vallen onder de dekking van de Medische Zending. De werknemers van de bedrijven met een eigen regeling en hun gezinsleden maken ca. 20% uit van de bevolking, echter is hun

aandeel in de totale ziektekosten meer dan 30%. Het omgekeerde is het geval bij de kaarthouders van het Ministerie van Sociale Zaken, waar deze groep ca. 32% vormt van de totale bevolking, echter een aandeel van 20% in de totale ziektekosten heeft. Bij degenen die vallen onder het dekkinggebied van de Medische Zending is het verschil proportioneel nog groter, de populatie beslaat 6% van de totale bevolking, echter is het aandeel in de totale ziektekosten 2%.

In tabel 8.1 van hoofdstuk 8 van dit rapport zijn de bedragen die horen bij de percentages in grafiek ms.1 opgenomen.

Het instellen van een AZV heeft mede als doel, ten aanzien van de basisdekking aan gezondheidszorg de ongelijkheid die valt af te lezen uit figuur ms.1 significant te verminderen. Ongelijkheid zal allicht niet volledig worden weggewerkt omdat het werkgevers uiteraard vrij staat om binnen het pakket aan arbeidsvoorwaarden voor hun werknemers de medische zorg naar eigen inzichten ruimer in te vullen dan een basis AZV pakket.

De kosten van de AZV kunnen op verschillende wijze gefinancierd worden. De beschouwde opties zijn premiebetaling door de verzekerden waarbij de premie luidt in:

- een percentage van het inkomen van de verzekerde
 - een vast bedrag per inwoner
 - een vast bedrag per werkende
 - een vast bedrag afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde
- of
- financiering van de AZV uit opbrengsten van de indirecte belastingen bijvoorbeeld OB.

Financiering middels premies die luiden in procenten van het inkomen (GDP):

De ziektekosten in relatie tot het GDP geven aan in welke verhouding de AZV premie staat tot het inkomen van de verzekerden. In 2010 zou dus gemiddeld een premie van 9,0% van het inkomen als premie gelden indien door de verzekeraars een winsttopslag van 0% zou worden gehanteerd. Bij een winsttopslag van 30% zou een premiepercentage van 11,3% van het inkomen als premie dienen gelden om de AZV te financieren. Deze percentages van respectievelijk 9,0% en 11,3% dienen dan over het gehele inkomen te worden gerekend. Dit houdt in dat hiervoor geen vrijstellingen of andere beperkende maatregelen (zoals een maximum salaris waarover deze premie kan worden geheven) kunnen worden ingesteld. Indien wel maximum salarissen voor premieheffing AZV zouden worden gehanteerd zouden de percentages op een hoger niveau dienen te worden bepaald. In hoofdstuk 5 van dit rapport zijn in de tabellen 5.6 en 5.7 de premies weergegeven in procenten van het nationaal inkomen per leeftijdscategorie.

Financiering middels premies die luiden in een vast bedrag per inwoner:

In plaats van een premie als percentage van het inkomen kan ook een premie per persoon, ongeacht leeftijd, worden berekend. In 2010 zou deze neerkomen op jaarlijks gemiddeld per persoon SRD. 1.649 bij een winstoptslag van 0% en SRD. 2.054 bij een winstoptslag van 30%.

Financiering middels premies die luiden in een vast bedrag per werkende:

In plaats van een vaste premie per inwoner kan ook een vaste premie per werkende (ongeacht leeftijd) worden vastgesteld. Deze zou in 2010 neerkomen op jaarlijks gemiddeld per werkende SRD. 4.728 bij een winstoptslag van 0% en SRD. 5.892 per werkende bij een winstoptslag van 30%.

Financiering middels premies die luiden in een vast bedrag afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde:

De premies kunnen ook worden vastgesteld afhankelijk van de leeftijdscategorie van de verzekerden op basis van de verwachte ziektekosten die per leeftijdscategorie gemaakt worden. In tabel ms.4 staat de verdeling voor 2010 voor een vaste premie per leeftijdscategorie bij winstoptslagen van respectievelijk 0% en 30%. Eveneens is het gemiddelde berekend over de periode 2008-2012.

| Leeftijdscategorie | 2010 | | | Gemiddelde 2008-2012 | |
|--------------------|----------------|--|--------------|----------------------|--------------|
| | Populatie | Premie per persoon op jaarbasis in SRD | | Winstoptslag | |
| | | 0% | 30% | 0% | 30% |
| 0-4 | 52.669 | 1.501 | 1.870 | 1.568 | 1.954 |
| 5-9 | 51.717 | 951 | 1.185 | 960 | 1.196 |
| 10-14 | 51.570 | 1.064 | 1.326 | 1.151 | 1.435 |
| 15-19 | 45.075 | 888 | 1.107 | 891 | 1.110 |
| 20-24 | 45.711 | 840 | 1.047 | 838 | 1.044 |
| 25-29 | 46.503 | 1.094 | 1.363 | 1.203 | 1.499 |
| 30-34 | 38.598 | 1.512 | 1.884 | 1.603 | 1.997 |
| 35-39 | 38.774 | 1.436 | 1.789 | 1.450 | 1.807 |
| 40-44 | 36.984 | 1.413 | 1.761 | 1.451 | 1.809 |
| 45-49 | 35.299 | 1.704 | 2.124 | 1.889 | 2.354 |
| 50-54 | 26.460 | 2.114 | 2.634 | 2.435 | 3.035 |
| 55-59 | 20.826 | 2.581 | 3.216 | 2.970 | 3.702 |
| 60-64 | 14.332 | 3.176 | 3.958 | 3.459 | 4.311 |
| 65-69 | 12.054 | 4.481 | 5.584 | 4.649 | 5.793 |
| 70-74 | 8.956 | 5.750 | 7.165 | 6.060 | 7.552 |
| 75-79 | 6.487 | 7.137 | 8.894 | 7.623 | 9.499 |
| 80+ | 4.774 | 8.183 | 10.197 | 8.910 | 11.104 |
| Totaal | 536.789 | 1.649 | 2.054 | 2.002 | 2.495 |

Tabel ms.4: Premie per persoon per leeftijdscategorie

Toepassing van dit systeem houdt in dat bijvoorbeeld voor iedereen die ouder is dan 80 jaar, in 2010 jaarlijks een AZV premie van meer dan respectievelijk SRD. 8.000 of SRD. 10.000 zal gelden, afhankelijk van de winstoptslag. Het cijfer op de regel "totaal" komt weer overeen met de SRD. 1.649, respectievelijk SRD. 2.054 aan kosten AZV per capita in tabellen ms.1 en ms.2. In

hoofdstuk 5 van dit rapport zijn in de tabellen 5.6 en 5.7 de premies weergegeven in procenten van het nationaal inkomen per leeftijdscategorie.

Financiering uit indirecte belastingen met name omzetbelasting

Bij de optie van (gedeeltelijke) financiering van de kosten van de AZV uit opbrengsten van de omzetbelasting is nagegaan in welke verhouding deze twee grootheden ten opzichte van elkaar staan. Van de Dienst der Belastingen hebben wij informatie ontvangen met betrekking tot de inkomsten uit OB over 2008, ter grootte van een bedrag van SRD. 300 MLN. Wij hebben daarom in dit kader beschouwd, de kosten AZV uit het model over 2008. De gemodelleerde kosten AZV over 2008 bedragen in totaal SRD. 645 MLN. De tarieven voor omzetbelasting bedragen thans 8% en 10% voor lokaal belaste diensten en goederen. Bij de invoer van goederen is 10% en 25% (bepaalde luxe goederen) omzetbelasting verschuldigd.

Indien een redenering naar evenredigheid zou worden gehanteerd, betekent het bovenstaande dat wanneer er geen aanpassing van het huidige stelsel (de heffing en de bestemming) van omzetbelasting plaatsvindt, de OB tarieven minimaal dienen te worden verdrievoudigd. Bij toepassing van factor 3,15 ($=645/300 + 1$) zouden de eerdergenoemde tarieven voor OB uitkomen op respectievelijk 31,5% en 25,2% voor lokaal belaste goederen en diensten. Hierbij wordt er dan van uitgegaan dat thans geen middelen uit OB worden besteed aan gezondheidszorg.

Indien ervan uitgegaan wordt dat de bijdrage die de overheid thans levert aan de kosten van gezondheidszorg in Suriname (geschat op SRD. 258 MLN in 2008; 15% jaarlijkse stijging van de opgave over 2006 uit de rapportage over de National Health Accounts) onveranderd blijft na invoering van de AZV en ook nu ervan wordt uitgegaan dat thans geen middelen uit OB worden besteed aan de zorg, kan worden gesteld dat de opbrengsten uit OB in 2008 SRD. 387 MLN hoger hadden dienen te zijn om de AZV te kunnen financieren. Bij onveranderde toepassing van de wet OB zouden de tarieven van de lokaal belaste goederen en diensten dus dienen te stijgen met een factor 2,29 naar respectievelijk 22,90% en 18,32%.

Indien de overheidsbijdrage geprojecteerd wordt voor 2008, door in plaats van het bedrag uit de National Health Accounts 2006 (NHA 2006) te corrigeren voor inflatie het percentage van 42,6% dat in deze NHA 2006 is opgenomen als overheidsbijdrage ongewijzigd aan te houden, zou de overheidsbijdrage voor 2008 uitkomen op ca. SRD. 275 miljoen. Indien het restant van de totale ziektekosten van SRD. 370 miljoen uit OB op basis van dezelfde veronderstellingen als bovenstaand zou worden gefinancierd dienen de tarieven van de lokaal belaste goederen en diensten te stijgen met een factor 2,23 hetgeen resulteert in tarieven van respectievelijk 22,3% en 17,87%.

Bij het bovenstaande zijn effecten die verhoging van de OB tarieven met zich zouden kunnen meebrengen volledig buiten beschouwing gelaten. Hierbij wordt onder meer bedoeld op de stijging

van de prijzen van belaste goederen en diensten door de verhoogde OB en een eventuele afname van de vraag naar deze goederen en diensten.

Het spreekt voor zich dat nader onderzoek vereist is om na te gaan of en op welke wijze de inkomsten uit OB daadwerkelijk verhoogd kunnen worden, hetzij door verhoging van bestaande tarieven, hetzij door de heffingsgrondslag uit te breiden, hetzij door andere inkomsten genererende maatregelen met name in de sfeer van de bestemmingsheffing. Een belangrijk voordeel van het realiseren van uitbreidingen in de sfeer van indirecte belastingheffing is dat de reikwijdte van de heffing wordt verbreed, hetgeen betekent dat een groter deel van de bevolking zou kunnen bijdragen aan de financiering van in dit specifieke geval de AZV.

Rekening zal dienen te worden gehouden met de maximum haalbare belastingdruk gezien de verschillende inkomensniveaus en de juiste belastingmix tussen de verschillende heffingen. Het is derhalve essentieel dat bij inkomstenverhogende (voor de overheid) maatregelen in onder meer de sfeer van indirecte belastingheffing, in ogenschouw wordt genomen dat deze gekoppeld dienen te worden aan verlaging van de directe belastingen.

In dit kader is het van belang dat net zoals er projecties zijn gemaakt voor de kosten van de AZV er projecties zullen dienen te worden gemaakt van de te verwachten middelen ter dekking van voornoemde kosten.

In paragraaf 8.3 zijn enkele belangrijke aandachtspunten opgenomen die bij een dergelijk onderzoek breed dienen te worden uitgewerkt.

Gevoeligheden uitgangspunten

Naast de berekende ziektekosten zoals gepresenteerd in de tabellen ms.1. en ms.2 is ook nog een gevoeligheidsanalyse op de uitgangspunten gedaan. Uit deze gevoeligheidsanalyse is gebleken dat de inflatie van de ziektekosten verre weg het meest gevoelige uitgangspunt is in de schatting van de totale ziektekosten op middellange en lange termijn. Voor wat betreft de premie die op het inkomen geheven dient te worden is de verhouding tussen de loon/prijsinflatie en de medische inflatie erg van belang. Hoe groter het verschil tussen de medische inflatie en de looninflatie, hoe hoger de premie als percentage van het inkomen zal worden in de toekomst. De winsttopslag van de verzekeraars, de berekende administratiekosten en de schatting van de initiële kosten leveren allen een evenredige factor op de totale ziektekosten op, zowel nu als in de toekomst.

Sterfte en het aantal geborenen hebben relatief minder invloed op de premie die dient te worden geheven als percentage van het inkomen, in ieder geval over de periode waarover in deze rapportage de berekeningen zijn gemaakt.

Het verhogen van de pensioenleeftijd heeft vrijwel geen invloed op de hoogte van de ziektekosten of de premies uitgedrukt in procenten van het GDP.

Ad 3. Vereveningsfonds AZV

Door de commissie is in augustus 2009 een lijst met “dure” behandelingen opgesteld. Het ligt namelijk in de bedoeling om ziektekosten die als “duur” worden aangemerkt te financieren via een vereveningsfonds zodat deze kosten niet op een ongezonde wijze drukken op de exploitatie van de uitvoerende verzekeraars. Om een projectie te maken van de ontwikkeling van een dergelijk fonds zijn de drie voornoemde ziektekostenverzekeraars en daarnaast ook nog drie ziekenhuizen benaderd met het verzoek data beschikbaar te stellen betreffende de door de commissie opgestelde lijst aan “dure” behandelingen en overige behandelingen die door de betreffende instellingen zelf eveneens onder de noemer “duur” worden geclassificeerd. De respons op dit verzoek is slecht geweest en van enkel twee verzekeraars zijn gegevens ontvangen. Alle cijfers die met betrekking tot het vereveningsfonds zijn opgenomen in dit rapport zijn gestoeld op een zeer smalle basis en dienen dus onder voorbehoud te worden geïnterpreteerd. Belangrijk is dat het onderzoek ook na de introductie van de AZV wordt voortgezet om van de dienstverleners alsnog de benodigde input te krijgen op basis waarvan een representatieve inputset voor realisatiekosten van de “dure” behandelingen kan worden verkregen.

Op basis van de beperkte dataset die beschikbaar is gekomen is de lineaire trend afgeleid en zijn de kosten van de zogenaamde “dure” behandelingen uitgedrukt in procenten van de totale kosten AZV van jaar op jaar tot en met 2020. In tabel ms.5 is de ontwikkeling van het vereveningsfonds opgenomen van waaruit de zogenaamde “dure” behandelingen zullen worden gefinancierd.

| Jaar | Winstopslag 0% ¹ | | |
|------|------------------------------|-------------------------|---------|
| | Totale kosten AZV MLN SRD | Dure behandelingen | |
| | | % van totale kosten AZV | MLN SRD |
| 2008 | 645 | 3,70% | 24 |
| 2009 | 755 | 4,30% | 32 |
| 2010 | 885 | 4,90% | 43 |
| 2011 | 1.037 | 5,50% | 57 |
| 2012 | 1.213 | 6,10% | 74 |
| 2013 | 1.420 | 6,70% | 95 |
| 2014 | 1.662 | 7,30% | 121 |
| 2015 | 1.947 | 7,90% | 154 |
| 2016 | 2.281 | 8,50% | 194 |
| 2017 | 2.670 | 9,10% | 243 |
| 2018 | 3.125 | 9,70% | 303 |
| 2019 | 3.657 | 10,30% | 377 |
| 2020 | 4.281 | 10,90% | 467 |

Tabel ms.5: Ontwikkeling vereveningsfonds

Indien ervoor zou worden gekozen om de jaarlijkse reservering voor het vereveningsfonds tot en met 2020 gelijk te houden in procenten van de totale kosten AZV, dient jaarlijks een percentage

¹ Er is verondersteld dat het vereveningsfonds zal worden beheerd en geëxploiteerd vanuit een “not for profit” instelling. Daarom is verondersteld dat de winstopslag gelijk is aan 0%.

8,19% van de totale kosten AZV te worden gestort in het vereveningsfonds. Dit betekent dat er in de beginjaren een overschot zal zijn in het fonds welke belegd dient te worden en aan het einde van de periode tot en met 2020 zal het percentage dat van de totale kosten AZV wordt gereserveerd verhoogd dienen te worden om te bewerkstelligen dat er geen tekorten ontstaan in het vereveningsfonds.

In hoofdstuk 7 van dit rapport wordt nader ingegaan op de wijze waarop de becijfering van deze kosten heeft plaatsgevonden en de uitgangspunten die zijn gehanteerd hierbij.

Een belangrijke algemene conclusie die kan worden getrokken uit alle uitgevoerde becijferingen is dat de ziektekosten van jaar tot jaar fors stijgen. In dit verband kan de realisatie worden beschouwd met betrekking tot de ziektekosten van de sociale minima. Deze zijn gedurende de periode 2006-2009 jaarlijks gemiddeld met 22% gestegen. In 2009 stegen de kosten gemaakt ten behoeve van deze groep naar SRD. 123 miljoen en ook voor 2010 is een stijging geprojecteerd (SRD. 128 miljoen). Bij het voorbereiden van de operationalisatie van de instituten die voor de uitvoering van de AZV zullen zorgen, is het daarom van belang dat aandacht wordt besteed aan het vormgeven en instellen van beheersmaatregelen met als doel de stijging van de kosten van de AZV door de jaren heen financierbaar te houden.

Bij de instelling van dergelijke maatregelen zal onder meer het volgende nadrukkelijke aandacht dienen te verkrijgen:

- Daadwerkelijke afkondiging van de reeds goedgekeurde “Wet Tarieven Gezondheidszorg” om beheersbaarheid, uniformiteit en transparantie in de wijze van tarifiering tussen de verschillende dienstverleners te bevorderen.
- Maatregelen die een duidelijke relatie leggen tussen de tarieven die door medische dienstverleners worden gehanteerd en de kwaliteit van de zorg en de locaties waarop de zorg wordt verstrekt.
- Bestudering van toepasbare opties ter introductie van een hervorming van de huidige honoreringssystemen van de dienstverlening in de medische sector.

De input van experts op medisch/financieel gebied voor het opzetten van praktisch toepasbare protocollen die tegemoet komen aan het in het voorgaande genoemde doel en tegelijkertijd waken over de kwaliteit van de zorg die in AZV kader wordt aangeboden zal cruciaal zijn.

VOORWOORD

In Suriname wordt momenteel overwogen om een Algemene Ziektekostenverzekering (AZV) in te voeren. Voordat een beslissing hierover wordt genomen wordt eerst uitgebreid onderzoek gedaan. ActIVe Consultancy NV en Buck Consultants hebben in opdracht van de Commissie AZV (de commissie), samen onderzoek gedaan naar de kostenkant van een dergelijke verzekering. In deze rapportage staan de bevindingen van dit onderzoek

In hoofdstuk 1 worden de achtergronden die spelen bij het opzetten van een AZV in Suriname belicht. In hoofdstuk 2 worden enige aan ziektekosten gerelateerde onderwerpen besproken. In hoofdstuk 3 worden de cijfers die de WHO publiceert voor Suriname vergeleken met de cijfers van enkele omliggende landen alsmede met Nederland en de Verenigde Staten en worden de cijfers die zijn berekend uit de gegevens van de 3 verzekeraars die hun gegevens beschikbaar hebben gesteld, vergeleken met de cijfers die de WHO heeft gepubliceerd. Aan het management van deze 3 verzekeringsinstellingen wordt hierbij dank gezegd, voor hun bereidheid tot het verstrekken van de voor dit onderzoek noodzakelijke data. In hoofdstuk 4 vervolgens worden de uitgangspunten besproken die ten de grondslag liggen aan de prognose berekeningen. In hoofdstuk 5 worden de uitkomsten van het model op zowel de korte termijn (5 jaar) als de middellange termijn (10 jaar) besproken. In hoofdstuk 6 wordt een gevoeligheidsanalyse gedaan op verschillende uitgangspunten die ten grondslag liggen aan het model dat is gehanteerd bij het maken van de financiële projecties. In hoofdstuk 7 wordt kort ingegaan op financiering van de kosten van door de commissie als “duur” aangemerkte behandelingen die vanuit een zogenaamd vereveningsfonds zullen worden betaald. Deze ziektekosten zullen niet vallen onder de dekking die gefinancierd wordt door verzekeraars die zich bezighouden met de uitvoering van de AZV en zijn niet meegenomen in de uitkomsten opgenomen in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 8 ten slotte passeren verschillende alternatieven voor de financiering van dit systeem de revue. Het rapport wordt afgesloten met een aantal conclusies.

In bijlage 1 wordt een theoretisch kader geschetst over welke verdeling van de ziektekosten per leeftijd dient te worden gebruikt. Daarnaast is in bijlage 2 een samenvattend overzicht opgenomen van het zorgpakket dat in beschouwing is genomen op basis van de informatie die wij hebben ontvangen van de drie verzekeraars en het voorstel van de commissie met betrekking tot de inhoud van het AZV pakket. In bijlage 3 staan verschillende uitkomsten die horen bij verschillende winstopslagen van de verzekeraars. In bijlage 4 zijn de premies per persoon in SRD per leeftijdscategorie opgenomen en in bijlage 5 is voor elk van de projectiejaren een aantal relevante grootheden opgenomen. In bijlage 6 zijn de verrichtingen die door één der verzekeraars worden gekwalificeerd als “duur” opgenomen en ten slotte zijn in bijlage 7 de veronderstellingen opgenomen die zijn gehanteerd bij de verdeling van de ziektekosten over de bevolking van Suriname.

Dit rapport dient mede ter voldoening van hetgeen is overeen gekomen in het contract d.d. 4 december 2008, tussen de commissie en ActIVe Consultancy NV. met betrekking tot het becijferen van de AZV (het contract).

1 ACHTERGRONDEN

Er zijn verschillende factoren die de hoogte van de totale ziektekosten van de bevolking bepalen. Behalve de hoogte van de ziektekosten is ook de verdeling van de ziektekosten over de bevolking van belang. Niet zozeer alleen aan de kant van de financiering, maar juist ook aan de kant van welk deel van de bevolking verantwoordelijk is voor welk deel van de ziektekosten. De commissie is belast met de voorbereidingen die zouden dienen te leiden tot invoering van een Algemene Ziektekostenverzekering (AZV). Deze zou verplicht worden voor alle inwoners van Suriname. Op het gebied van ziektekostenverzekering is binnen de scope van dit onderzoek de bevolking verdeeld als volgt.

- Ambtenaren (actief en gepensioneerd) en hun gezinsleden. Voor hen zijn de ziektekosten grotendeels verzekerd bij het Staatsziekenfonds. Voor specifieke groepen wordt ook dekking gefinancierd vanuit de ministeries van Justitie en Politie, Defensie en Buitenlandse Zaken.
- Werknemers uit de particuliere sector die dekking genieten die gefinancierd wordt door hun werkgevers, op basis van eigen regelingen.
- Houders van de on- en minvermogenskaarten die worden verstrekt door het Ministerie van Sociale Zaken en waarbij de dekking wordt gefinancierd door de overheid.
- Particulier verzekerden zowel collectief als individueel. Voor de collectief verzekerden geldt dat de dekking doorgaans wordt gefinancierd door de werkgevers van deze groep. De individueel verzekerden financieren de dekking uit eigen middelen.
- Personen die vallen binnen het gebied dat wordt bediend door de Medische Zending. De dekking wordt gefinancierd door de overheid.
- Overigen, de wijze waarop de dekking van deze groep wordt gefinancierd kan een combinatie zijn van eigen middelen en overheidsfinanciering.

In de door de commissie opgestelde concept wet AZV, is aangegeven wie er allemaal verzekerd dienen te worden in het kader van de AZV en wordt tevens aangegeven op welke wijze het zorgpakket zal worden samengesteld. Met betrekking tot de hoogte van te rekenen premies is in het wetsontwerp opgenomen dat deze jaarlijks bij Staatsbesluit zullen worden vastgesteld. Via vrije marktwerking zal vervolgens aan verzekeraars de mogelijkheid geboden worden dit zorgpakket aan te bieden tegen maximaal de prijs die wordt opgegeven in het Staatsbesluit. De in dit rapport berekende ziektekosten zijn gebaseerd op de dekking die de drie verzekeraars geven en de bestedingspatronen die zijn afgeleid uit de gemaakte kosten en de verzekerdenbestanden van deze verzekeraars, waar tezamen ruim 40% van de Surinaamse bevolking is verzekerd. De dekking die door de drie verzekeraars wordt aangeboden komt niet exact overeen met de dekking die de AZV beoogt. In hoofdstuk 4 van dit rapport wordt aangegeven hoe met dit verschil is omgegaan.

Als onderdeel van het AZV voorbereidingstraject wenst de commissie inzicht te verkrijgen in de kosten die gepaard zouden gaan met een ziektekostenverzekering die zou gelden voor de gehele Surinaamse bevolking, waaronder inbegrepen, de ontwikkeling van de kosten in de toekomst.

Tevens wenst de commissie geadviseerd te worden over de organisatorische opzet van de AZV. Daaronder valt met name de organisatiestructuur van de op te richten instellingen in het kader van de AZV, de samenstelling van de personele bezetting van deze instellingen en de IT-structuur die hiermee samenvalt. Het rapport “Blauwdruk, inrichting, organisatie van de ZAS en het Fonds AZV” dat ook is uitgebracht uit hoofde van het contract tussen ActIVe Consultancy NV en de commissie gaat in detail in op voornoemde organisatorische aangelegenheden. De organisatorische opzet van de AZV valt daarom niet binnen de scope van dit rapport.

2 ZIEKTEKOSTEN GERELATEERDE ONDERWERPEN

In dit hoofdstuk wordt een aantal onderwerpen besproken die invloed hebben op de ziektekosten zowel internationaal als in Suriname. Aan bod komen vergrijzing, de verdeling van de ziektekosten over de bevolking en overige factoren die van invloed zijn op de financiering van de ziektekosten.

2.1 VERGRIJZING

In de hele westerse wereld speelt de vergrijzing van de bevolking een belangrijke rol bij de financiering van ouderdomsvoorzieningen. Dit geldt ook voor Suriname. Doordat de bevolking gemiddeld genomen een steeds hogere levensverwachting heeft en het aantal kinderen per vrouw afneemt ontstaat een gemiddeld oudere bevolking. Door de vergrijzing neemt het aantal werkenden per uitkeringsgerechtigde af. Zeker wanneer gekozen wordt voor financiering door middel van het principe dat de werkende bevolking de financiering van de ziektekosten van de gehele bevolking draagt, zal dit leiden tot een sterke stijging van de premies.

De vergrijzing neemt over de hele wereld snel toe. Reeds nu woont 60% van alle 60-plussers in een zogenaamd ontwikkelingsland (waaronder China). De vergrijzingsindex, dit is de verhouding tussen het aantal 60-plussers en het aantal jongeren tot 15 jaar, neemt over de hele wereld sterk toe waardoor de wereld tot 2050 steeds grijzer wordt, zoals uit deze tabel 2.1 blijkt:

| Vergrijzingsindex | 2007 | 2050 |
|----------------------------------|-------|-------|
| Afrika | 12,9 | 34,7 |
| Europa | 35,8 | 129,1 |
| Azië | 136,2 | 229,7 |
| Zuid-Amerika en Caribisch gebied | 31,3 | 133,4 |
| Noord-Amerika | 86,1 | 157,6 |
| Oceanië | 59,7 | 139,0 |
| Suriname | 27,4 | 54,9* |

Tabel 2.1: Vergrijzing in de wereld Bron: Verenigde Naties (2007)

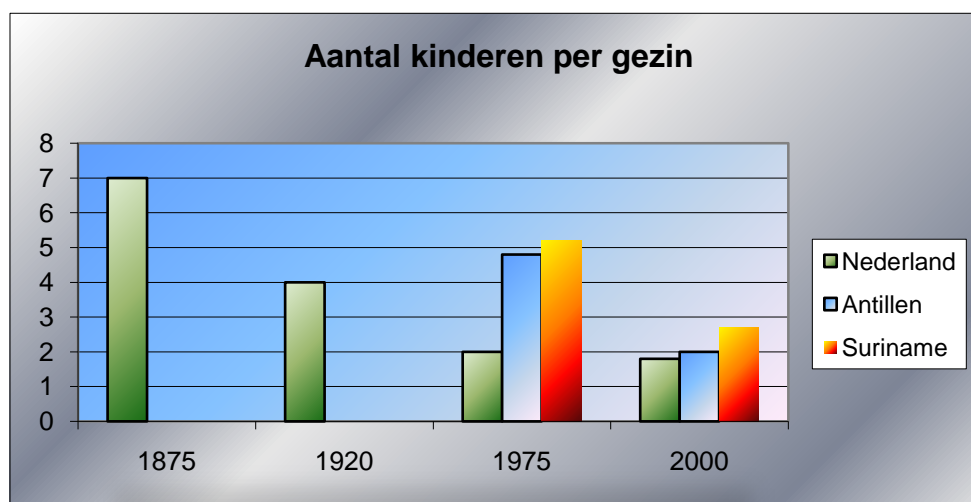
*Schatting voor 2040 op basis van het projectiemodel

In Afrika zijn in 2007 12,9 60-plussers per elke 100 jongeren. Dit aantal neemt toe tot 34,7 in 2050. Dit betekent dat in Afrika het aantal 60-plussers heel snel zal toenemen. De vergrijzing bereikt in Afrika in 2050 het huidige niveau van Europa. In Azië is de vergrijzing extreem: in 2050

zijn daar ruim 2 keer zoveel 60-plussers dan jongeren. Ook voor Suriname voorspelt de Verenigde Naties een verdubbeling van de vergrijzing. Het niveau van de vergrijzing is in Suriname echter nog steeds relatief laag in vergelijking met bijvoorbeeld Noord-Amerika en Europa.

Voor Suriname is momenteel ongeveer 8% van de bevolking ouder dan 60 jaar. Op basis van bevolkingsprognoses die zijn uitgevoerd in het kader van de AZV projecties, hebben wij berekend dat bij de huidige ontwikkeling in 2040 een situatie is ontstaan dat dit aantal bijna verdubbeld is naar bijna 15%. Dit betekent dat de bevolking de komende 30 jaar in Suriname behoorlijk zal vergrijzen, zeker indien (in tegenstelling tot de jaren zeventig) het emigratiepatroon verandert.

De vergrijzing heeft twee belangrijke oorzaken: het aantal kinderen per gezin neemt af en de levensverwachting neemt toe. Het eerste effect staat aangegeven in figuur 2.1, het tweede effect staat aangegeven in tabel 2.2.



Figuur 2.1: Aantal kinderen per gezin Bron: Bevolking en gezin (2005), aangepast aan lokale cijfers

Binnen de scope van dit onderzoek is er vanuit gegaan dat gedurende de gehele periode 2008-2040 het aantal kinderen per vrouw constant blijft op 2,5 kind per vrouw. Als we er vanuit gaan dat dit aantal slechts 2 is, dan wordt het aantal 60-plussers in 2040 17,3%.

| Jaar | Man | Vrouw | Gecombineerd |
|------|------|-------|--------------|
| 1900 | 47 | 50 | 48,5 |
| 1950 | 60,4 | 62,7 | 61,5 |
| 2010 | 68,0 | 74,5 | 71,1 |
| 2020 | 70,8 | 76,3 | 73,5 |
| 2030 | 72,8 | 78,0 | 75,4 |
| 2040 | 73,9 | 79,4 | 76,6 |
| 2050 | 74,8 | 80,1 | 77,4 |

Tabel 2.2: Stijgende levensverwachting Bron: Nidi (2004) en www.axco.co.uk

In 1875 bestond een traditioneel Surinaams gezin van drie generaties uit een echtpaar (gemiddeld 26 jaar), 3 grootouders (één overleden) en 7 kinderen, van wie er één was overleden en één nog

voor de vijfde levensjaar zou overlijden. In totaal hadden die grootouders nog 17 andere kleinkinderen. Waardoor er in totaal 24 kleinkinderen uiteindelijk moesten zorgen voor 3 grootouders, een gemiddelde van 8 kleinkinderen per grootouder.

Anno 2000 bestond een Surinaams gezin uit een echtpaar (30 jaar), leven alle vier de grootouders nog en zijn er slechts 2 tot 3 kinderen. De grootouders hebben in totaal gemiddeld iets minder dan 5 kleinkinderen. In ruim 100 jaar tijd is het beeld dus dramatisch gewijzigd: van 8 kleinkinderen per grootouder naar 1 kleinkind per grootouder.

En dit is precies de kern van het probleem, omdat er in tegenstelling tot begin jaren zeventig, geen 5 kinderen doch nog slechts ruim 2 kinderen per gezin geboren worden, zijn er steeds minder werkenden en premiebetalenden die de kosten van de groeiende en ouder wordende groep ouderen zouden dienen te dragen.

Dit heeft directe gevolgen voor de financiering van sociale voorzieningen in het bijzonder die voor ouderen. In Suriname daalt de "dependency" ratio, dit is de verhouding van de beroepsbevolking ten opzichte van ouderen, van een niveau van ongeveer 7,5 in 2006 naar 4,3 in 2040! Dit betekent dat alleen als gevolg van deze ontwikkeling, de kosten van sociale voorzieningen, indien die door de beroepsbevolking zouden worden gedragen, bijna 2 keer zo groot worden. Immers, in 2006 werden de lasten voor de 60-plussers verdeeld over 7,5 werkenden terwijl deze in 2050 nog slechts verdeeld kan worden over 4 werkenden.

2.2 STIJGING ZIEKTEKOSTEN VAN JAAR OP JAAR.

De ziektekosten stijgen ieder jaar. Hiervoor zijn er 2 belangrijke factoren aan te wijzen. De eerste is de mate waarin de ziektekosten afhankelijk zijn van de leeftijd. De tweede factor die de oorzaak is van het stijgen van de ziektekosten, is de inflatie van medische zorg. Deze ligt hoger dan de gewone prijsinflatie. Waarom dit zo is wordt uitgelegd in 2.2.2.

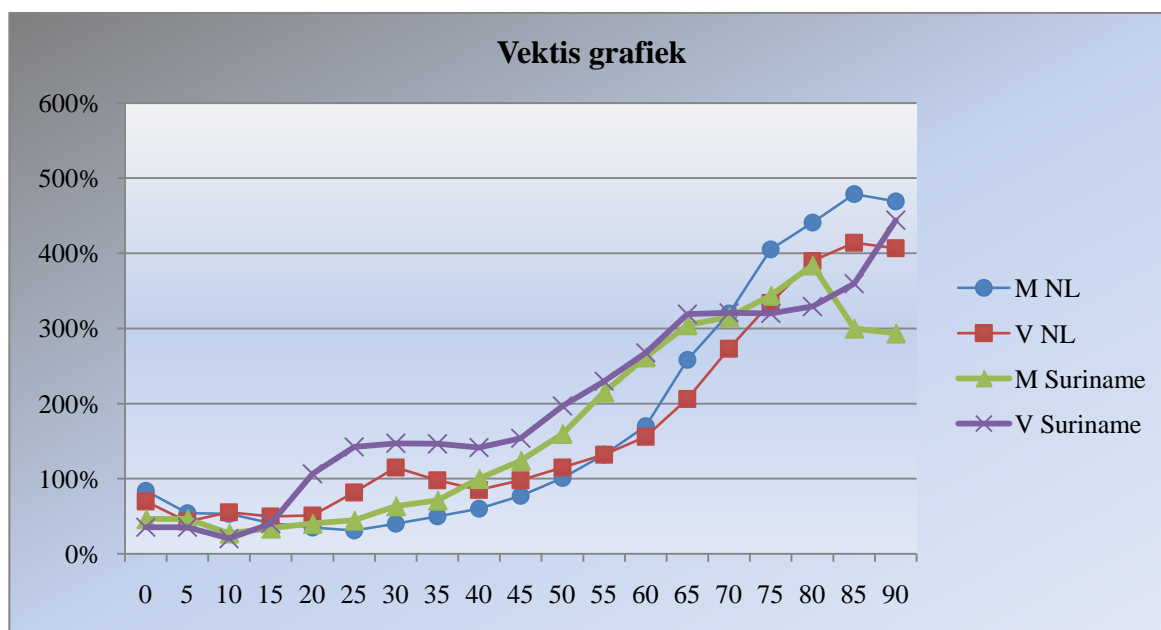
2.2.1 LEEFTIJDFAHANKELIJKHEID VAN ZIEKTEKOSTEN

De vergrijzing van Suriname zou niet van invloed zijn op de hoogte van de totale ziektekosten als oudere mensen helemaal geen, of zeer geringe ziektekosten zouden hebben. Dit is echter niet het geval. De hoogte van de ziektekosten die iemand heeft zijn in hoge mate afhankelijk van diens leeftijd. Oudere mensen hebben veel meer ziektekosten dan jongere mensen. Dit effect wordt weergegeven in een Vektis tabel (voor een theoretische verhandeling over de gebruikte Vektis tabel in dit onderzoek zie Bijlage 1).

In een Vektis tabel staat per leeftijd een gewicht aan gegeven die de relatieve hoeveelheid ziektekosten weergeeft. Aan een 50-jarige man is een gewicht van 1 gegeven. Voor alle andere

leeftijden en voor vrouwen worden de ziektekosten gerelateerd aan de ziektekosten van een 50-jarige man. Een Vektis tabel wordt vastgesteld aan de hand van onderzoek. Voor Suriname zijn wij uitgegaan van de Nederlandse Vektis tabel.

De in Nederland opgestelde Vektis tabel die in de berekeningen wordt gehanteerd geeft de verdeling aan van de huidige ziektekosten per leeftijdscategorie. Hierbij wordt gewerkt in leeftijdscategorieën van 5 jaar. In onderstaande grafiek wordt het één en ander verduidelijkt.



Figuur 2.2: Vektis grafiek

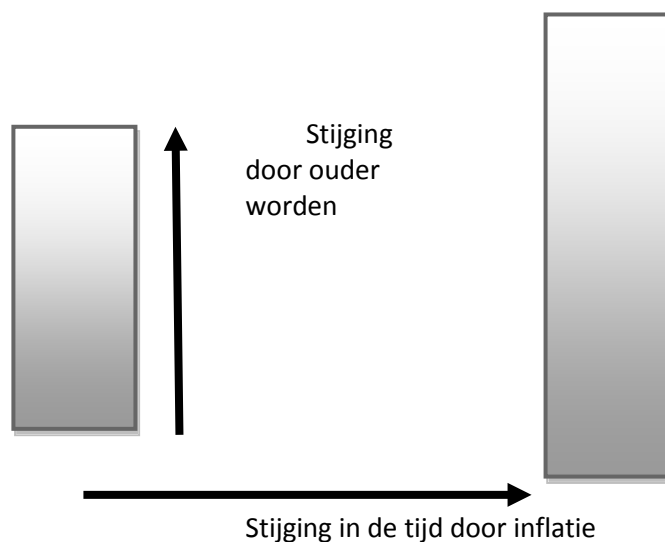
De Surinaamse Vektis tabel is gebaseerd op de cijfers die de drie verzekeraars beschikbaar hebben gesteld. Uit de grafiek blijkt dat mannen vanaf hun 60^e gemiddeld genomen hogere ziektekosten hebben dan vrouwen. Vrouwen hebben met name tussen hun 20^e en 40^e hogere ziektekosten dan mannen. Dit komt door het feit dat vrouwen in die periode kinderen krijgen. Een man van 75 heeft gemiddeld 4x zo hoge ziektekosten als een man van 50.

2.2.2 INFLATIE ZIEKTEKOSTEN

Ziektekosten nemen niet alleen toe met het toenemen van de leeftijd maar daarnaast ook nog als gevolg van inflatie. Deze natuurlijke prijsstijgingen van de ziektekosten liggen hoger dan de prijs- en looninflatie. Dit komt door de technologische ontwikkeling op het gebied van de medische wetenschap. Hierdoor worden de mogelijkheden van medici uitgebreid, maar nemen ook de kosten sterk toe. Wanneer deze methoden niet in Suriname voorhanden zijn, kan het zijn dat de kosten nog sterker toenemen vanwege bijvoorbeeld reis- en verblijfskosten in het buitenland.

2.2.3 TOTALE STIJGING VAN ZIEKTEKOSTEN

De ziektekosten stijgen dus jaarlijks op 2 manieren. 1x Door het vergrijzen van de bevolking, en 1x door de inflatie voor medische kosten, die hoger ligt dan de prijs- en looninflatie.

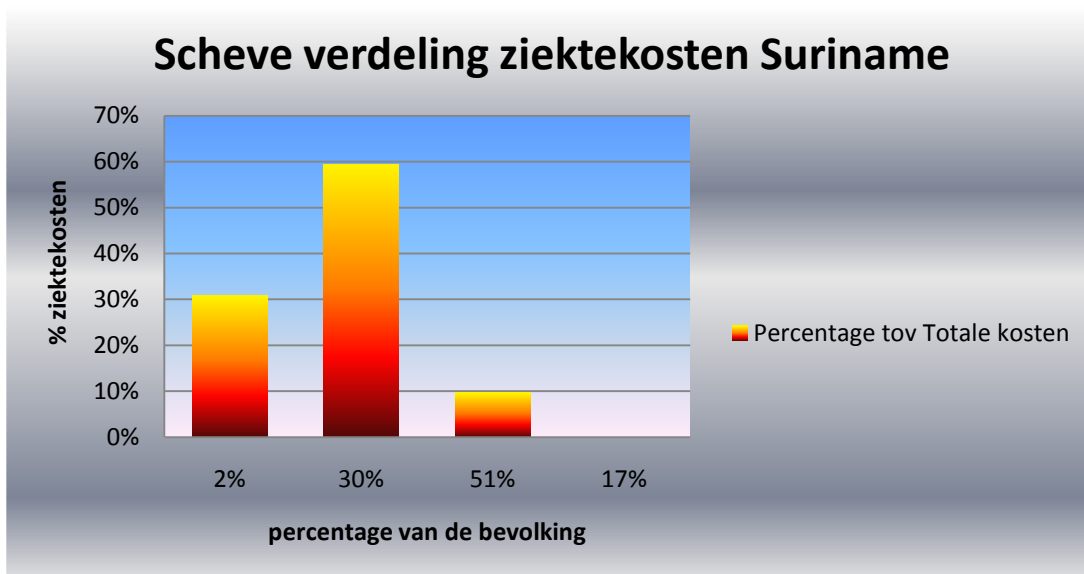


Figuur 2.3: 2 Dimensies waarin de ziektekosten jaarlijks stijgen.

Door alleen te rekenen met de Vektis tabel, zou dus alleen rekening gehouden worden met het feit dat een deelnemer steeds duurder wordt naarmate de deelnemer ouder wordt. Er zou dan geen rekening gehouden worden met het feit dat de kosten aan inflatie onderhevig zijn. Andersom zou alleen rekenen met medische inflatie geen recht doen aan de stijging van de ziektekosten omdat dan het effect van het ouder worden van de bevolking wordt genegeerd. Deze effecten versterken elkaar.

2.3 VERDELING VAN ZIEKTEKOSTEN OVER DE BEVOLKING

Buiten het feit dat de leeftijd van zeer grote invloed is op de hoogte van de ziektekosten die men maakt, is er nog een aspect dat van groot belang is in relatie tot de ziektekosten. De totale ziektekosten worden namelijk niet min of meer evenredig verdeeld binnen een bepaalde leeftijdscategorie zoals hierboven beschreven. Het blijkt dat in praktijk een zeer kleine groep van de bevolking verreweg het grootste gedeelte van de totale ziektekosten voor zijn rekening neemt, terwijl er ook een significante groep SRD.0 aan ziektekosten heeft. In figuur 2.4 wordt weergegeven hoe scheef de verdeling van de ziektekosten in Suriname is. Hierbij is gebruik gemaakt van de informatie die de 3 verzekeraars beschikbaar hebben gesteld.



Figuur 2.4: Scheve verdeling ziektekosten Suriname

Uit figuur 2.4 blijkt dat 2% van de populatie verantwoordelijk is voor ruim 30% van de totale ziektekosten, terwijl bijna 70% van de bevolking verantwoordelijk is voor minder dan 10% van de totale ziektekosten.

De combinatie van vergrijzing en het leeftijdspecifieke verloop van de zorgkosten geeft aanleiding tot “exploderende zorgkosten”. Achter de gemiddelde ziektekosten gaat een grote spreiding schuil. Voor Nederland is al eens uitgerekend dat dertig procent van de zorgkosten voor rekening komt van één procent van de bevolking. En zeventig procent van de totale ziektekosten komt voor rekening van slechts tien procent van de bevolking.

2.4 DRUK OP DE FINANCIERING VAN ZIEKTEKOSTEN

Naast de bovengenoemde effecten zijn er verschillende andere factoren die van invloed zijn op de hoogte van de ziektekosten. Veelal hebben deze een (sterk) verhogend effect nu of in de toekomst. In deze paragraaf komt een aantal van deze effecten kort ter sprake.

Gewonnen levensjaren

In wetenschappelijke kringen is er de laatste jaren een debat ontstaan over de rol van zorgkosten in gewonnen levensjaren. Doordat de medische kosten op hogere leeftijd veel groter zijn dan op lagere leeftijd, zal een verlengde levensverwachting naar verwachting gepaard gaan met een aanzienlijke stijging van de totale zorgkosten. Tegelijkertijd dient echter opgemerkt te worden dat gemiddeld de meeste zorgkosten in het laatste levensjaar worden gemaakt waardoor ook een soort uitstel van de zorgkosten per persoon waarneembaar is.

Ziektekosten in het buitenland

Wanneer sommige behandelmethoden niet in Suriname voorhanden zijn, kan het zijn dat de kosten extra sterk toenemen vanwege bijvoorbeeld reis- en verblijfskosten in het buitenland. Door de relatieve schaalgrootte kan een relatief klein land als Suriname het zich niet veroorloven dergelijke methoden in eigen huis te houden. In landen waar deze schaalgrootte wel gehaald wordt, kunnen sommige min of meer standaard verrichtingen tegen relatief lage kosten worden aangeboden. Een orgaantransplantatie omringende landen als Columbia laten uitvoeren is daardoor goedkoper, ondanks alle bijkomende kosten, dan investeren in het scheppen van de voorwaarden om eenzelfde operatie, in Suriname te laten uitvoeren.

Preventiemaatregelen

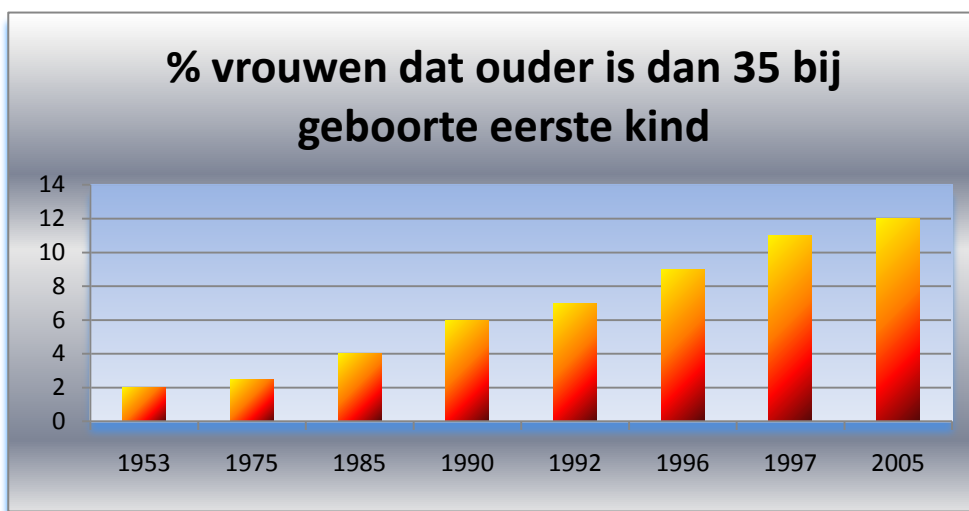
Er zijn gevallen denkbaar waarin preventiemaatregelen kunnen leiden tot stijging van ziektekosten. Door een stoppen-met-roken cursus neemt de kans op bijvoorbeeld longkanker af waardoor de verwachte toekomstige levensverwachting toeneemt. Deze toename gaat vervolgens echter weer gepaard met hogere toekomstige ziektekosten vanwege het feit dat naarmate mensen ouder worden zij steeds hogere ziektekosten hebben, waardoor per saldo het effect op de totale ziektekosten wellicht gering of zelfs negatief uitpakt. Hiermee wordt niet gesuggereerd dat preventiemaatregelen onwenselijk zouden zijn. In tegendeel is het uitgangspunt dat het belang van verbetering van de kwaliteit van de volksgezondheid dient te gaan boven de drang tot beperking van kosten.

Gedrag van de dienstverlener

Naast bovengenoemde redenen voor het stijgen van de ziektekosten is ook het gedrag van de dienstverlener van invloed op de hoogte van de ziektekosten. In dit kader wordt als voorbeeld genoemd het voorschrijven of verstrekken van duurdere medicijnen in plaats van kiezen voor de generieke alternatieven. Overigens is niet altijd een generiek alternatief voorhanden.

Leeftijd vrouw bij geboorte eerste kind

Naast al deze oorzaken zijn er nog meer oorzaken te noemen die ervoor zorgen dat zorgkosten alsmear verder stijgen. Als voorbeeld hier wordt de samenstelling van een gemiddeld gezin in Nederland gehanteerd. De gemiddelde leeftijd waarop een vrouw haar eerste kind krijgt, is gestegen van 24 jaar in 1953 tot 30 jaar in 2005. Het percentage vrouwen dat ouder is dan 35 jaar bij de geboorte van het eerste kind is ook behoorlijk gestegen, zoals uit figuur 2.5 blijkt:



Figuur 2.5 Leeftijd vrouwen bij geboorte eerste kind in Nederland Bron: Bevolking en gezin (2005)

In Nederland was in 1953 slechts 2% van de vrouwen ouder dan 35 jaar toen het eerste kind (van de 5) werd geboren: in 2005 is niet minder dan 1 op de 8 vrouwen ouder dan 35 jaar als het eerste kind (van 2) wordt geboren. De kans op miskramen, afwijkingen, vroeggeboorten en borstkanker neemt sterk toe met de leeftijd waarop de kinderen worden geboren. Het gevolg hiervan is dat voor deze specifieke leeftijdsgroep de ziektekosten alleen al vanwege dit effect met tot wel 30% toenemen.

Vergelijkbare detailcijfers over de Surinaamse situatie zijn niet aangetroffen. Wel is door het ABS gepubliceerd dat het aantal geboorten uit vrouwen ouder dan 30 jaar is gestegen met meer dan 63% in de periode tussen 1980 en 2004.

Toenemende welvaart

De volgende oorzaak die van invloed is op de relatieve hoge en stijgende ziektekosten is het effect van de toenemende welvaart. Internationaal en in de regio bijvoorbeeld op de Nederlandse Antillen geldt dat tussen 1955 en 1995 is het gemiddelde gewicht van de inwoners behoorlijk is toegenomen. Voor Suriname zijn precieze cijfers hieromtrent ons niet bekend. Op de Nederlandse Antillen en Aruba nam het gewicht van mannen met maar liefst 15% toe en bij vrouwen was dit gemiddeld 10%. De inwoners van de Nederlandse Antillen en Aruba horen nu tot de zwaarste mensen ter wereld: de Arubaanse man is de op één na zwaarste man ter wereld. De toename van aan overgewicht gerelateerde ziekten is evident. De ziektekosten staan ook door deze tendens zwaar onder druk.

In hoofdstuk 3 zal ook blijken dat de ziektekosten binnen de Verenigde Staten en Nederland vele male hoger liggen dan de ziektekosten in Suriname. Een deel hiervan kan eveneens verklaard worden door “welvaartsziekten”.

Conclusie

Een aantal belangrijke oorzaken van de stijging van de kosten van zorg zijn:

1. Vergrijzing; een langer gebruik van ziektekosten;
2. Overige demografische ontwikkelingen zoals wijzigende gezinssamenstelling, verlaagde geboortecijfers;
3. Stijging ziektekosten door stijging van de leeftijd;
4. Hoge inflatie door technologische ontwikkeling;
5. Stijgende welvaart;
6. Preventiemaatregelen in bepaalde situaties;
7. Gedrag van de dienstverlener in bepaalde situaties.

De ziektekosten bedroegen in 2006 voor Suriname circa 7,6 % (gebaseerd op de cijfers in het bij dit onderzoek gehanteerde model) van het Bruto Nationaal Product (BNP of, de meer gebruikelijke internationale afkorting GDP). Dit betekent dat van elke SRD die er verdiend wordt, 7,6 cent opgaat aan ziektekosten. Al deze oorzaken combinerend zullen bij ongewijzigd beleid en ongewijzigd gedrag de ziektekosten stijgen van circa 7,6% van het GDP in 2006 tot meer dan 40% in 2040.

Voor de individuele gebruikers zijn de medische kosten relatief gezien hoger na de pensioeningang omdat het inkomen dan daalt: het pensioeninkomen bedraagt na pensionering doorgaans maximaal 70% van het laatstgenoten salaris. Dit inkomensgegeven heeft uiteraard niet op totaalniveau doch wel specifiek voor deze groep een verhogend effect op de ziektekosten.

3 VERGELIJKING VAN DE CIJFERS VAN SURINAME MET DIE VAN OMRINGENDE LANDEN

Enige tijd geleden hebben 3 ziektekostenverzekeraars van Suriname hun cijfers beschikbaar gesteld voor onderzoek. Indien de verzekerdenportefeuille van deze 3 verzekeraars, die samen een significant deel van de Surinaamse bevolking in hun bestand hebben zitten, representatief is voor het relatief efficiënt managen van de zorg voor geheel Suriname (dit is een uitgangspunt in de berekeningen), is het mogelijk aan de hand hiervan de totale ziektekosten voor Suriname te berekenen.

De cijfers in dit hoofdstuk zijn zonder de winstopslag van verzekeraars. Deze vallen immers niet onder de landelijke ziektekosten, maar zijn inkomen voor verzekeraars. De cijfers in dit hoofdstuk zijn dan ook louter gebaseerd op de uitkeringen die de verzekeraars hebben gedaan voor medische doeleinden. Hiervoor is gekozen om de cijfers te kunnen vergelijken met de cijfers van de WHO. In de cijfers van de WHO worden winstopslagen van verzekeraars ook niet meegenomen.

Deze berekening is uitgekomen op USD. 156 MLN, dit is inclusief USD. 28 MLN voor preventie en openbare gezondheidszorg. Indien in verband met kosten van administratie en beheer een opslag van 8,1% op de netto ziektekosten wordt gehanteerd voor administratie, komt dat bij een GDP van USD. 2,1 MLD op 7,6% van dit GDP in 2006.

Ter vergelijking, voor Nederland in 2006 geeft de WHO een percentage van 9,3%, terwijl recentere cijfers rond de 12% liggen. Voor de VS geeft de WHO in 2006 zelfs 15,3% op.

Om de Surinaamse cijfers m.b.t. de ziektekosten cijfers in enig perspectief te plaatsen is een aantal vergelijkingen uitgevoerd. In de volgende paragraaf worden de cijfers van Suriname vergeleken met een aantal omliggende landen, alsmede met de cijfers van Nederland en de Verenigde Staten. In paragraaf 3.2 worden de berekende cijfers vergeleken met de cijfers die de WHO publiceert.

3.1 VERGELIJKING MET DE CIJFERS VAN DE OMRINGENDE LANDEN

Naast de cijfers voor Suriname publiceert de WHO voor vrijwel alle landen ter wereld cijfers over de gezondheid en ziektekosten. In dit gedeelte worden de cijfers voor Suriname vergeleken met de cijfers van een aantal omliggende landen, Nederland en de Verenigde Staten. Voor de Nederlandse Antillen heeft de WHO geen cijfers. Volgens cijfers op de Antillen liggen de ziektekosten daar op ongeveer 14% van het GDP. In deze paragraaf wordt ingegaan op de cijfers gepubliceerd door de WHO voor zowel Suriname als enkele omliggende landen en de Verenigde Staten en Nederland.

In tabel 3.1 wordt eerst een overzicht gegeven van de populatie en het inkomen in de verschillende landen.

De getallen in tabel 3.1 luiden in USD².

| | 2006 | | |
|---------------------------|----------------------|------------------|-------------------------|
| | Populatie (x1000) | GDP (MLN USD) | GDP per capita (USD) |
| Guyana | 739 | 2.142 | 2.899 |
| Cuba | 11.267 | 48.967 | 4.346 |
| Dominicaanse Republiek | 9.615 | 45.359 | 4.718 |
| Colombia | 45.558 | 237.380 | 5.211 |
| Saint Vincent & Grenadine | 120 | 634 | 5.287 |
| Suriname | 455 | 2.986 | 6.562 |
| Panama | 3.288 | 24.287 | 7.387 |
| Brazilië | 189.323 | 1.400.044 | 7.395 |
| Venezuela | 27.191 | 253.542 | 9.325 |
| St. Kitts & Nevis | 50 | 529 | 10.574 |
| Antigua & Barbuda | 84 | 1.080 | 12.861 |
| Barbados | 293 | 3.773 | 12.878 |
| Trinidad/Tobago | 1.328 | 18.964 | 14.280 |
| Verenigde Staten | 302.841 | 11.344.272 | 37.460 |
| Nederland | 16.379 | 528.206 | 32.249 |

Tabel 3.1: Kerncijfers over de geselecteerde landen in USD Bron: WHO

Qua inkomen per capita valt Suriname volgens de cijfers van de WHO ongeveer in het midden van de groep landen in de vergelijking. De populatie en het totaal GDP behoren tot de kleinste 5 in deze groep van 14 landen. De VS en Nederland steken er qua GDP per capita (p/c) duidelijk bovenuit. Hierbij dient echter vermeld te worden dat het GDP dat door de WHO gepubliceerd wordt voor Suriname niet overeenkomt met het GDP dat door het Algemeen Bureau voor Statistiek (ABS) in Suriname is berekend. Voor 2006 heeft het ABS namelijk een GDP van 2,1 MLD gepubliceerd, hetgeen significant lager is dan de ca. 3 MLD die kan worden afgeleid uit de WHO publicatie.

Als nu gekeken wordt naar de kosten voor medische zorg publiceert de WHO 2 verschillende cijfers. Het eerste cijfer is het bedrag dat per capita wordt uitgegeven aan medische zorg. Het tweede cijfer is het percentage van het GDP dat wordt uitgegeven aan medische zorg. Voor de gegevens zie tabel 3.2.

1 De WHO publiceert in INT\$. De in 2006 verhouding tussen een INT\$ en een USD is 1 INT\$ = 0,85 USD. Verschillende bronnen geven hierover verschillende cijfers. De verhouding die hier is gebruikt is gebaseerd op de verhouding tussen het GDP 2006 in USD in Suriname en het GDP 2006 in INT\$ in Suriname.

| | 2006 | |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | Ziektekosten per capita | Ziektekosten als % van het GDP |
| Trinidad/Tobago | 689 | 4,20% |
| Antigua & Barbuda | 554 | 4,90% |
| Venezuela | 337 | 5,10% |
| Guyana | 224 | 5,50% |
| St. Kitts & Nevis | 556 | 5,80% |
| Dominicaanse Republiek | 382 | 6,00% |
| Saint Vincent & Grenadines | 392 | 6,00% |
| Barbados | 982 | 6,70% |
| Cuba | 309 | 7,10% |
| Colombia | 532 | 7,30% |
| Panama | 613 | 7,30% |
| Suriname | 307 | 7,40% |
| Brazilië | 650 | 7,50% |
| Verenigde Staten | 5.707 | 15,30% |
| Nederland | 2.876 | 9,30% |

Tabel 3.2: Medische kosten van de geselecteerde landen Bron: WHO

Hieruit blijkt dat Suriname in de regio in 2006 het op één na hoogste percentage van het GDP uitgeeft aan ziektekosten. Alleen in Brazilië ligt dit percentage hoger. Als we kijken naar de absolute uitgaven per capita zit Suriname juist aan de onderkant van deze groep landen, alleen Guyana geeft minder geld per capita uit aan ziektekosten.

De Verenigde Staten en Nederland hebben beide zowel per capita als procentueel gezien aanmerkelijk hogere ziektekosten.

Het lijkt er op dat de cijfers met elkaar in conflict zijn. Daarom is de volgende test gedaan.

Met het aantal inwoners en de medische kosten per inwoner kunnen de totale medische kosten worden berekend (methode 1). Dit kan ook door het percentage medische kosten van het GDP, zoals gepubliceerd door de WHO, te vermenigvuldigen met het GDP (methode 2). Beide cijfers leveren de totale medische kosten op in een land. Deze cijfers zouden dan ook gelijk moeten zijn.

| | Totale ziektekosten 2006 berekend volgens: | | |
|----------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| | Methode 1 (MLN USD) | Methode 2 (MLN US \$) | % Methode 1/ Methode 2 |
| Suriname | 140 | 221 | 63% |
| Venezuela | 9.152 | 12.931 | 71% |
| Antigua & Barbuda | 47 | 53 | 88% |
| St. Kitts & Nevis | 28 | 31 | 91% |
| Cuba* | 3.476 | 3.476 | 100% |
| Panama | 2.015 | 1.773 | 114% |
| Barbados | 288 | 253 | 114% |
| Trinidad/Tobago | 915 | 796 | 115% |
| Brazilië | 123.107 | 105.003 | 117% |
| Saint Vincent & Grenadines | 47 | 38 | 124% |
| Dominicaanse Republiek | 3.670 | 2.722 | 135% |
| Colombia | 24.241 | 17.329 | 140% |
| Guyana | 166 | 118 | 141% |
| Verenigde Staten | 1.735.674 | 1.728.283 | 100% |
| Nederland | 49.123 | 47.099 | 96% |

Tabel 3.3: De totale ziektekosten op 2 manieren berekend

*Voor Cuba waren de inkomensgegevens per capita niet beschikbaar. Deze zijn daarom geschat aan de hand van de gegeven cijfers (uitgaven kosten AZV per capita en percentage kosten AZV per capita). De twee methodes geven daarom per definitie dezelfde totale ziektekosten.

Uit bovenstaande tabel valt op te maken dat de berekening van de totale ziektekosten aan de hand van de verschillende methodes sterk varieert. Waar in Suriname het berekenen van de totale ziektekosten door middel van de ziektekosten per capita te vermenigvuldigen met het aantal inwoners slechts 64% is van de totale ziektekosten die worden berekend door het percentage ziektekosten van het GDP te vermenigvuldigen met het GDP, is dit voor buurland Guyana 141%.

Voor de VS en Nederland liggen deze cijfers aanmerkelijk dicht bij elkaar dan bij de overige landen.

In tabel 3.4 staan de ziektekosten als percentage van het GDP zoals berekend volgens methode I en ter vergelijking nog de ziektekosten als percentage van het GDP zoals opgegeven door de WHO. Voor Suriname zijn de uitkomsten (2006) uit het model opgenomen in tabel 3.4. In de laatste kolom staat dit percentage voor 2005, dit ter vergelijking met de cijfers uit 2006.

| | Totale ziektekosten in % GDP | | |
|----------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| | 2006 | | 2005 |
| | van site WHO | Berekend | van site WHO |
| Venezuela | 5,10% | 3,61% | 4,70% |
| Antigua & Barbuda | 4,90% | 4,31% | 4,80% |
| Trinidad/Tobago | 4,20% | 4,83% | 4,50% |
| St. Kitts & Nevis | 5,80% | 5,26% | 5,50% |
| Cuba* | 7,10% | 7,10% | 7,60% |
| Saint Vincent & Grenadines | 6,00% | 7,41% | 6,00% |
| Suriname | 7,40% | 7,60% | 5,30% |
| Barbados | 6,70% | 7,62% | 6,80% |
| Guyana | 5,50% | 7,74% | 5,40% |
| Dominicaanse Republiek | 6,00% | 8,09% | 5,40% |
| Panama | 7,30% | 8,30% | 7,30% |
| Brazilië | 7,50% | 8,79% | 7,90% |
| Colombia | 7,30% | 10,21% | 7,30% |
| Verenigde Staten | 15,3% | 15,2% | |
| Nederland | 9,3% | 8,9% | |

Tabel 3.4: Ziektekosten als percentage van het GDP

De 7,6% uit 2006 die voor Suriname is berekend in het model komt vrij goed overeen met de 7,4% die de WHO opgeeft voor Suriname in 2006.

Conclusie vergelijking ziektekosten Suriname met omliggende landen

De cijfers van de WHO laten zich onderling lastig vergelijken omdat er naar onze mening enige mate van inconsistentie in zit. Het is daarom niet mogelijk om harde conclusies te trekken over de relatie tussen de cijfers van Suriname en de geselecteerde landen in de omgeving.

Wat betreft de ziektekosten per capita behoort Suriname volgens de opgave van de WHO tot de laagste in de groep. Alleen buurland Guyana heeft lagere ziektekosten per hoofd van de bevolking. De ziektekosten per capita van Cuba zijn gelijkwaardig aan die van Suriname. De ziektekosten per capita in de overige landen liggen (ruim) boven die in Suriname.

Wat betreft de totale ziektekosten is het wat lastiger een beeld te schetsen. Dit komt omdat hierbij de bevolkingsgrootte van essentieel belang is. Daarom is het beter deze te vergelijken aan de hand van het percentage van het GDP. Volgens de door de WHO opgegeven percentages zit Suriname aan de bovenkant van de groep. Alleen de 7,5% van Brazilië ligt boven de 7,4% van Suriname. Het is opmerkelijk dat Suriname zo hoog scoort in deze groep, omdat de kosten per inwoner juist zo laag liggen.

Als we kijken naar het berekende percentage dat de ziektekosten vormen, valt op dat Suriname op een middenpositie inneemt voor wat betreft de hoogte van het percentage ziektekosten van het GDP en wel een zevende plaats. De percentages van Venezuela, Antigua & Barbuda, Trinidad en Tobago, St. Kitts & Nevis liggen tussen 3,5% en 5,3% en voor alle andere landen ook Suriname ligt dit percentage veel hoger, namelijk vanaf 7,1% tot zelfs 10,21% voor Colombia.

Het is ons onduidelijk op welke wijze de WHO de verschillende cijfers heeft vastgesteld. Met name de discrepantie in de resultaten bij een verschillende manier van rekenen geeft reden om het hanteren van alternatieve uitkomsten zoals die blijken uit door ons verzamelde data, beschikbaar gesteld door de drie verzekeraars, serieus in overweging te nemen.

3.2 VERGELIJKING MET DE CIJFERS VAN DE WHO

De cijfers zoals berekend aan de hand van de data die verstrekt zijn door de 3 verzekeraars worden vergeleken met de cijfers die de WHO heeft gepresenteerd.

De belangrijkste getallen om te vergelijken zijn:

1. De kosten voor medische zorg per inwoner
2. De totale kosten voor medische zorg

Ad 1. De kosten voor medische zorg per inwoner

De WHO heeft de kosten voor medische zorg per inwoner in Suriname in 2006 vastgesteld op USD 307 (zie tabel 2). De door ons met het model berekende kosten voor medische zorg per inwoner van Suriname in 2006 zijn USD 332.

Ad 2. De totale kosten voor medische zorg als percentage van het GDP

De totale kosten voor medische zorg op basis van de cijfers van de WHO kunnen op 2 manieren worden vastgesteld. Zoals in het voorgaande aangegeven leveren beide methodes van berekening verschillende totale kosten op. Aan de hand van de kosten per inwoner en het opgegeven inwoner aantal (methode 1) komen de totale kosten voor Suriname bij de WHO op USD 140 mln. Dit is dan op basis van een populatie van 455.000 en komt neer op 4,7% van het GDP. De WHO publiceert een percentage van 7,4% en uit het projectiemodel is een percentage van 7,6% verkregen.

Conclusie vergelijking WHO

De kosten zoals berekend aan de hand van de cijfers zoals deze door de 3 verzekeraars zijn verschillen significant van de cijfers die de WHO heeft gepubliceerd over Suriname. Daarbij is nog eens een vergelijking gemaakt met de laagste van de 2 berekende cijfers voor totale ziektekosten op basis van de cijfers van de WHO. Uiteindelijk hebben wij mede vanwege in het voorgaande beschreven discrepanties in de cijfers van de WHO, ervoor gekozen om bij de uitgevoerde projecties uit te gaan van de data die wij hebben ontvangen van de 3 verzekeraars en

voor de macro-economische gegevens met betrekking tot het GDP uit te gaan van de publicaties van het ABS.

4 GEHANTEERDE UITGANGSPUNTEN BIJ DE AZV PROJECTIES

Zoals uit het voorgaande kan worden geconcludeerd hangt de ontwikkeling van de ziektekosten van de AZV af van een groot aantal uitgangspunten. Wij presenteren hieronder de bij de door ons uitgevoerde projecties gehanteerde uitgangspunten. Uiteraard is een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd met betrekking tot de belangrijkste uitgangspunten.

Het basisjaar

Als basisjaar voor de projecties is gekozen 2006, daar dit jaar overeenkomt met de rapportage met betrekking tot de National Health Accounts van Suriname. Verder in deze paragraaf wordt aangegeven op welke wijze er gebruik is gemaakt van de informatie uit de National Health Accounts. Eveneens hebben wij van alle verzekeraars die data beschikbaar hebben gesteld voor deze projecties gegevens over het jaar 2006 ontvangen. Vanuit 2006 hebben wij projecties gemaakt voor de periode tot en met 2040. Zoals eerder als is aangegeven worden in dit rapport op verzoek van de commissie de projecties tot en met 2020 gepresenteerd.

De hoogte van de kosten AZV in het basisjaar

Middels extrapolatie hebben wij uit de data die wij beschikbaar hebben gekregen van drie ziektekostenverzekeraars in Suriname op gemiddeld niveau kunnen afleiden dat indien het pakket van deze verzekeraars zou worden geconsumeerd door de gehele Surinaamse bevolking een bedrag van USD. 128 MLN benodigd zou zijn. Om eveneens rekening te houden met de kosten van preventie en openbare gezondheidszorg is het bedrag van USD. 28 MLN meegenomen. Dit bedrag is ontleend aan de rapportage betreffende de National Health Accounts van Suriname. In het basisjaar is dus uitgegaan van een totaal bedrag van USD. 156 MLN aan ziektekosten. Deze 156 MLN wordt nog verhoogd met 8,1% aan administratiekosten (zie hiervoor volgende punt) waardoor het totale bedrag waarmee gerekend wordt, uitkomt op 169 MLN USD. Hierbij opgeteld wordt nog de winstopslag van de verzekeraars die de AZV zullen gaan uitvoeren. Daarmee zijn de ziektekosten in 2006 geraamd op 219 MLN USD. In bijlage 2 van dit rapport is aangegeven welke zorgonderdelen voorkwamen in het pakket van de 3 verzekeraars en de zorgonderdelen die voorkomen in het door de commissie voorgestelde AZV zorgpakket.

Administratiekosten

Om rekening te houden met de kosten die verzekeraars zullen maken in verband met het uitvoeren van de AZV is uitgegaan van een bedrag van USD. 20 per verzekerde in het basisjaar. Eveneens is rekening gehouden met een opslag in verband met de operationele kosten van het toezichthoudend orgaan op de AZV en het Fonds AZV. De opslag in dit verband is gesteld op USD. 5 per verzekerde in het basisjaar. Deze opslagen corresponderen met een opslag van 8,1% op de netto ziektekosten.

Prijs- en looninflatie

In Suriname zijn de lonen de afgelopen jaren op zeer onregelmatige basis gewijzigd. Sinds de invoering van de SRD is de prijsinflatie enigszins gestabiliseerd. Tussen 2004 en 2006 lag deze op ongeveer 10%, in 2007 was deze ongeveer 7%. Daarom wordt op basis van deze gegevens voor de lange termijn in de projecties uitgegaan van 9% voor de prijsinflatie. Een looninflatie van 10% is gekozen in het verlengde van voornoemde prijsinflatie.

Inflatie ziektekosten

De inflatie voor ziektekosten ligt in het algemeen hoger dan de prijsinflatie en de looninflatie. In de projecties is 15% als inflatie voor de ziektekosten gehanteerd op jaarbasis. Ter vergelijking, de stijging van 2006 t.o.v. 2005 was 18,4%.

Sterfte

De levensverwachting in Suriname zal de komende decennia zeer waarschijnlijk alleen maar stijgen. De volgende cijfers worden gepubliceerd door www.axco.co.uk.

Levensverwachting in Suriname bij geboorte.

| Jaar | Man | Vrouw | Gecombineerd |
|--------------|------------|--------------|---------------------|
| 2010 to 2015 | 68,0 | 74,5 | 71,1 |
| 2020 to 2025 | 70,8 | 76,3 | 73,5 |
| 2030 to 2035 | 72,8 | 78,0 | 75,4 |
| 2040 to 2045 | 73,9 | 79,4 | 76,6 |
| 2045 to 2050 | 74,8 | 80,1 | 77,4 |

Tabel 4.1: Levensverwachting

Daar wij van Surinaamse officiële bronnen geen lange termijnprojecties hebben omtrent de levensverwachting bij geboorte is voornoemde publicatie als uitgangspunt gehanteerd in het model.

Aantal geborenen en bevolkingsomvang

Naast de levensverwachting is ook van belang het aantal geborenen. De bevolkingsontwikkeling is daar immers volledig van afhankelijk. Als uitgangspunt is het cijfer uit een publicatie uit 2004 van het Algemeen Bureau voor Statistiek gehanteerd. Dit cijfer is gelijk aan 2,5 kind per vrouw. De bevolkingsomvang in het basisjaar is afgeleid van de Census 2004 publicatie van het Algemeen Bureau voor Statistiek.

Arbeidsparticipatie

Voor de berekening van de financiering van de ziektekosten is het noodzakelijk de arbeidsparticipatie vast te stellen per leeftijd. Als uitgangspunt voor het berekenen van de arbeidsparticipatie is gehanteerd informatie uit publicatie uit 2004 van het Algemeen Bureau voor Statistiek. In tabel 4.2 staat de arbeidsparticipatie weergegeven.

| Leeftijd | Arbeidsparticipatie |
|----------|---------------------|
| 15-24 | 25% |
| 25-34 | 59% |
| 35-44 | 67% |
| 45-54 | 64% |
| 55-59 | 52% |

Tabel 4.2: Arbeidsparticipatie

In de leeftijdsklasse tot 15 jaar en vanaf 60 jaar is de arbeidsparticipatie op 0% verondersteld. Tussen de in de tabel hierboven genoemde leeftijden wordt geïnterpoleerd. De arbeidsparticipatie wordt voor mannen en vrouwen gelijk verondersteld.

GDP en inkomensverdeling

In het basisjaar is het GDP gesteld op 2,1 miljard Amerikaanse dollar. Dit cijfer is ontleend aan informatie uit een publicatie uit 2007 van het Algemeen Bureau voor Statistiek, waarbij het inkomen uit de informele sector wel is meegenomen. Op basis van een inkomenscurve die loopt van 0,86 op leeftijd 15 tot ca. 1,5 op leeftijd 59 is het GDP naar evenredigheid verdeeld over de werkende bevolking.

Groei GDP

De uiteindelijke output relateert de ziekte kosten aan het GDP. Hiervoor is het noodzakelijk een verwachting over de ontwikkeling van het GDP vast te stellen. De groei van het GDP is afhankelijk van 3 factoren.

1. De prijsinflatie
2. De reële groei
3. De ontwikkeling van de beroepsbevolking

In het model wordt het product van deze 3 gehanteerd als de ontwikkeling van het GDP. Onder de reële groei wordt verstaan het verschil tussen looninflatie en de prijsinflatie.

Wisselkoers

In het voorgaande zijn de bedragen die genoemd zijn steeds uitgedrukt in Amerikaanse dollars. De belangrijkste reden hiervan is dat de opgaven van twee van de drie verzekeraars luiden in Amerikaanse dollars en de rapportage over de National Health Accounts van Suriname en de WHO publicaties eveneens zijn opgesteld met de Amerikaanse dollar als valuta. De resultaten verkregen uit het projectiemodel zullen wij in het navolgende rapporteren in Surinaamse dollars. De bedragen in USD, hiervoor genoemd die gelden voor het basisjaar zijn omgezet in SRD met inachtneming van een wisselkoers van SRD. 2,80 voor elke USD.

Leeftijdscategorieën

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 moet er een verdeling worden geschat van de ziektekosten over de verschillende leeftijdscategorieën, de zogeheten Vektis tabel. In het model is gekozen voor de Nederlandse Vektis tabel. In bijlage 1 staat beschreven waarom hiervoor gekozen is.

Financieringsstelsel

De projecties zijn uitgevoerd op basis van het omslagstelsel. Dit heeft tot gevolg dat de kosten jaarlijks een stijgend verloop hebben voornamelijk vanwege de grondslagen die zijn gehanteerd met betrekking tot de toekomstige levensverwachting.

Winstopslag verzekeraars

Er zijn geen officiële cijfers bekend over de winstopslag die verzekeraars heffen op de benodigde premie. In dit rapport zijn steeds de uitkomsten gepresenteerd bij een winstopslag van 0% en een winstopslag van 30%. Deze winstopslagen gelden steeds in procenten van de kosten exclusief die betrekking hebben op openbare gezondheidszorg welke wordt gefinancierd vanuit het ministerie van Volksgezondheid. In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van de uitkomsten indien nog drie alternatieve winstopslagpercentages voor de verzekeraars zouden worden gehanteerd. De uiteindelijke winstopslag die maximaal wordt toegestaan aan de verzekeraars zal dienen te resulteren uit overleg tussen de partijen die hierin belang hebben. De keuze om in dit rapport naast de minimumgrens van 0% als winstopslag ook de uitkomsten op te nemen bij een winstopslag van 30% is arbitrair. Om die reden hebben wij ook winstopslag percentages variërend van 0% tot 50% opgenomen in bijlage 3 zoals hierboven al aangegeven. Op deze wijze heeft de commissie een duidelijk beeld van de effecten op de resultaten van de hoogte van de winstopslag voor de verzekeraars.

Pensioenleeftijd

Als pensioenleeftijd is 60 gehanteerd. Dit houdt in dat het percentage werkenden na leeftijd 60 op 0% is gesteld.

Kring der verzekerden

Er is van uitgegaan dat alle inwoners van Suriname behoren tot de kring der verzekerden van de AZV.

5 DE RESULTATEN VAN DE FINANCIËLE PROJECTIES

Met de uitgangspunten uit het vorige hoofdstuk hebben presenteren wij de projectie van de ontwikkeling van de kosten AZV tot 2020. De belangrijkste cijfers op totaalniveau staan in tabel 5.1 en tabel 5.2, waarbij respectievelijk is uitgegaan van een winstopslag van 0% en 30%.

| | | Winstopslag 0% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|--------|--------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | <i>Bedragen op jaarbasis</i> | | |
| Kosten AZV | in MLN SRD | 885 | 1.947 | 4.281 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 9,0% | 11,5% | 14,8% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 1.649 | 3.390 | 6.991 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 4.728 | 9.685 | 20.088 |

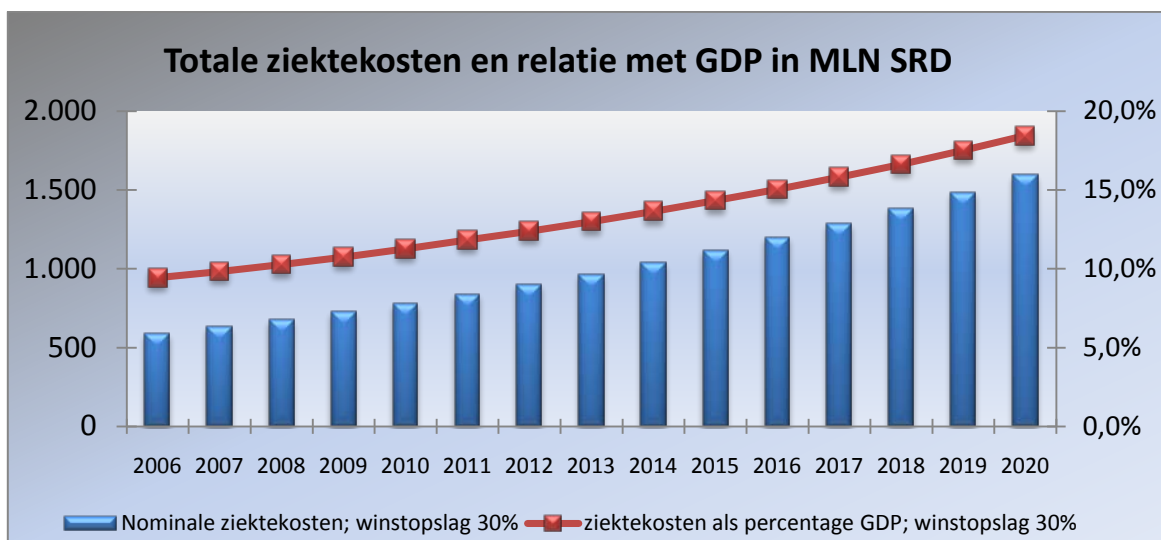
Tabel 5.1: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 0% hanteren

| | | Winstopslag 30% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|--------|--------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | <i>Bedragen op jaarbasis</i> | | |
| Totale kosten AZV | in MLN SRD | 1.103 | 2.426 | 5.335 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 11,3% | 14,3% | 18,5% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 2.054 | 4.224 | 8.712 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 5.892 | 12.069 | 25.032 |

Tabel 5.2: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 30% hanteren

Deze tabellen zijn ook opgenomen in de managementsamenvatting. Op de eerste regel staan de totale kosten van de AZV in 2010 en dan steeds de hoogte van de kosten 5 jaar later. Ter vergelijking zijn dezelfde tabellen in bijlage 3 opgenomen met andere winstopslag percentages van de verzekeraars.

Figuur 5.1a en figuur 5.1b geven een grafische weergave van de totale kosten AZV en de ziektekosten als percentage van het GDP over de gehele prognoseperiode.



Figuur 5.1a: De ontwikkeling van de kosten AZV en de relatie tussen de ziektekosten en het GDP; winstoverslag 0%



Figuur 5.1b: De ontwikkeling van de kosten AZV en de relatie tussen de ziektekosten en het GDP; winstoverslag 30%

Ter toelichting op de tabellen 5.1 en 5.2 dient het volgende:

De ziektekosten in relatie tot het GDP geven de hoogte van de premie AZV aan in relatie tot het inkomen van de verzekerden. In 2010 is de premie AZV gemiddeld dus gelijk aan 9,0% van het inkomen indien door de verzekeraars een winstopslag van 0% zou worden gehanteerd. Bij een winstopslag van 30% zou de premie AZV in procenten van het inkomen 11,3% bedragen. Deze percentages van respectievelijk 9,0% en 11,3% dienen dan over het gehele inkomen te worden gerekend. Dit houdt in dat hiervoor geen vrijstellingen of andere beperkende maatregelen (zoals een maximum salaris waarover deze premie kan worden geheven) kunnen worden ingesteld. Indien wel maximum salarissen voor premieheffing AZV zouden worden gehanteerd zouden de percentages op een hoger niveau dienen te worden bepaald.

In plaats van een premie als percentage van het inkomen kan ook een premie per persoon, ongeacht leeftijd, worden geheven. In 2010 zou deze neerkomen op jaarlijks gemiddeld per persoon SRD. 1.649 bij een winstopslag van 0% en SRD. 2.054 bij een winstopslag van 30%.

In plaats van een vaste premie per inwoner kan ook een vaste premie per werkende (ongeacht leeftijd) worden vastgesteld. Deze zou in 2010 neerkomen op jaarlijks gemiddeld per werkende SRD. 4.728 bij een winstopslag van 0% en SRD 5.892 per werkende bij een winstopslag van 30%.

Een ander zeer belangrijk gegeven in de tabellen is de hoogte van de kosten AZV per capita en de kosten AZV per werkende. In 2020 zullen de kosten AZV per capita ongeveer 4 keer hoger liggen dan dat deze in 2010 zullen zijn. Per werkende zijn de ziektekosten tegen die tijd ook 4 keer hoger dan in 2010. Het inkomen per capita in dezelfde periode wordt 3 keer hoger.

De kosten AZV en de premies kunnen ook worden vastgesteld afhankelijk van de leeftijdscategorie van de verzekerden op basis van de verwachte ziektekosten die per leeftijdscategorie gemaakt worden. In tabel 5.3 staat de verdeling van de totale medische kosten per leeftijdscategorie voor de periode 2008-2012. In tabel 5.4 is een overzicht van de vaste premies per persoon voor 2010 per leeftijdscategorie bij winstopslagen van respectievelijk 0% en 30%. Eveneens is het gemiddelde berekend over de periode 2008-2012.

| Lft-groep | Bevolkingsopbouw | | | | | Totale kosten AZV in MLN SRD in jaar | | | | | | | | | |
|---------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| | Aantallen | | | | | Winstopslag 0% | | | | | Winstopslag 30% | | | | |
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 0-4 | 51.496 | 52.159 | 52.669 | 53.136 | 53.583 | 58 | 68 | 79 | 92 | 106 | 73 | 85 | 99 | 114 | 133 |
| 5-9 | 52.231 | 52.226 | 51.717 | 51.458 | 51.369 | 38 | 43 | 49 | 56 | 65 | 47 | 54 | 61 | 70 | 80 |
| 10-14 | 48.246 | 49.772 | 51.570 | 52.426 | 52.447 | 39 | 46 | 55 | 64 | 74 | 48 | 57 | 68 | 80 | 92 |
| 15-19 | 46.550 | 45.461 | 45.075 | 45.566 | 46.281 | 31 | 35 | 40 | 47 | 54 | 39 | 44 | 50 | 58 | 68 |
| 20-24 | 47.109 | 46.812 | 45.711 | 45.431 | 46.016 | 30 | 34 | 38 | 44 | 51 | 37 | 43 | 48 | 55 | 64 |
| 25-29 | 42.665 | 44.096 | 46.503 | 47.162 | 47.585 | 35 | 42 | 51 | 59 | 69 | 44 | 52 | 63 | 74 | 86 |
| 30-34 | 37.706 | 38.068 | 38.598 | 39.663 | 41.074 | 43 | 50 | 58 | 69 | 82 | 54 | 62 | 73 | 86 | 102 |
| 35-39 | 38.967 | 39.079 | 38.774 | 38.489 | 37.635 | 42 | 49 | 56 | 64 | 72 | 53 | 61 | 69 | 79 | 90 |
| 40-44 | 37.208 | 37.223 | 36.984 | 37.620 | 38.191 | 40 | 46 | 52 | 61 | 71 | 49 | 57 | 65 | 76 | 89 |
| 45-49 | 32.149 | 33.731 | 35.299 | 35.830 | 36.248 | 41 | 50 | 60 | 70 | 82 | 52 | 62 | 75 | 88 | 102 |
| 50-54 | 23.975 | 25.202 | 26.460 | 28.144 | 29.694 | 38 | 46 | 56 | 68 | 83 | 48 | 58 | 70 | 85 | 103 |
| 55-59 | 18.442 | 19.752 | 20.826 | 21.296 | 22.448 | 36 | 44 | 54 | 63 | 77 | 45 | 55 | 67 | 79 | 95 |
| 60-64 | 13.869 | 14.106 | 14.332 | 15.134 | 15.871 | 33 | 39 | 46 | 55 | 67 | 42 | 49 | 57 | 69 | 83 |
| 65-69 | 11.779 | 11.922 | 12.054 | 11.899 | 12.124 | 40 | 46 | 54 | 61 | 72 | 50 | 58 | 67 | 76 | 90 |
| 70-74 | 8.912 | 8.819 | 8.956 | 9.586 | 9.539 | 39 | 44 | 51 | 63 | 72 | 48 | 55 | 64 | 79 | 90 |
| 75-79 | 6.139 | 6.363 | 6.487 | 6.474 | 6.591 | 33 | 39 | 46 | 53 | 62 | 41 | 49 | 58 | 66 | 77 |
| 80+ | 4.501 | 4.568 | 4.774 | 4.943 | 5.052 | 28 | 33 | 39 | 46 | 55 | 35 | 41 | 49 | 58 | 68 |
| Totaal | 521.942 | 529.358 | 536.789 | 544.256 | 551.747 | 645 | 755 | 885 | 1.037 | 1.213 | 804 | 941 | 1.103 | 1.292 | 1.512 |

Tabel 5.3: Kosten AZV per leeftijdscategorie

| Leeftijdscategorie | 2010 | | | Gemiddelde 2008-2012 | |
|--------------------|----------------|--|-----------------|----------------------|-----------------|
| | Bevolking | Premie per persoon op jaarbasis in SRD | | | |
| | | Winstopslag 0% | Winstopslag 30% | Winstopslag 0% | Winstopslag 30% |
| 0-4 | 52.669 | 1.501 | 1.870 | 1.568 | 1.954 |
| 5-9 | 51.717 | 951 | 1.185 | 960 | 1.196 |
| 10-14 | 51.570 | 1.064 | 1.326 | 1.151 | 1.435 |
| 15-19 | 45.075 | 888 | 1.107 | 891 | 1.110 |
| 20-24 | 45.711 | 840 | 1.047 | 838 | 1.044 |
| 25-29 | 46.503 | 1.094 | 1.363 | 1.203 | 1.499 |
| 30-34 | 38.598 | 1.512 | 1.884 | 1.603 | 1.997 |
| 35-39 | 38.774 | 1.436 | 1.789 | 1.450 | 1.807 |
| 40-44 | 36.984 | 1.413 | 1.761 | 1.451 | 1.809 |
| 45-49 | 35.299 | 1.704 | 2.124 | 1.889 | 2.354 |
| 50-54 | 26.460 | 2.114 | 2.634 | 2.435 | 3.035 |
| 55-59 | 20.826 | 2.581 | 3.216 | 2.970 | 3.702 |
| 60-64 | 14.332 | 3.176 | 3.958 | 3.459 | 4.311 |
| 65-69 | 12.054 | 4.481 | 5.584 | 4.649 | 5.793 |
| 70-74 | 8.956 | 5.750 | 7.165 | 6.060 | 7.552 |
| 75-79 | 6.487 | 7.137 | 8.894 | 7.623 | 9.499 |
| 80+ | 4.774 | 8.183 | 10.197 | 8.910 | 11.104 |
| Totaal | 536.789 | 1.649 | 2.054 | 2.002 | 2.495 |

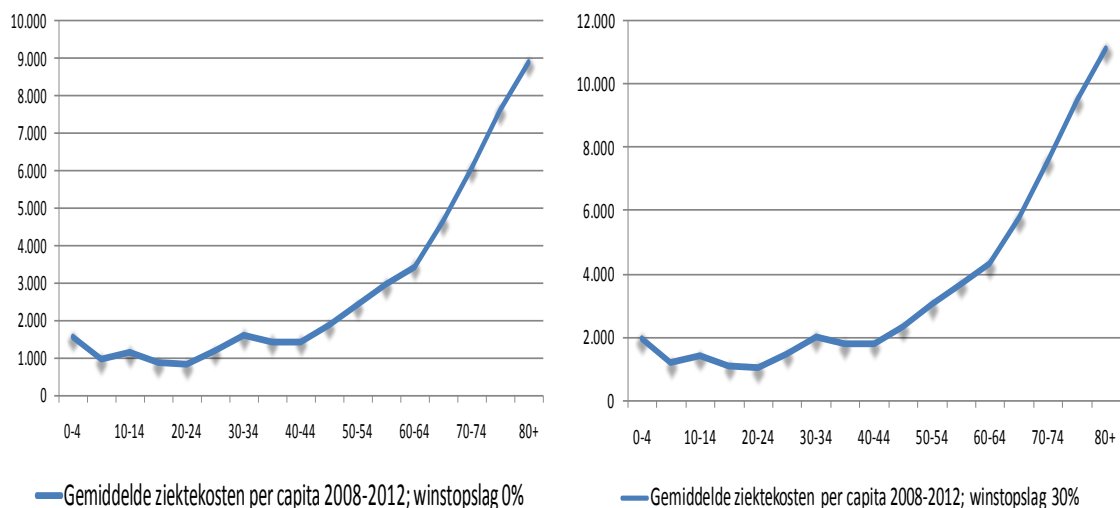
Tabel 5.4: Premie per persoon per leeftijdscategorie (2010 en gemiddelde 2008-2012)

Toepassing van dit systeem houdt in dat bijvoorbeeld voor iedereen die ouder is dan 80 jaar, in 2010 jaarlijks de premie AZV meer dan respectievelijk SRD. 8.000 of SRD. 10.000 bedraagt,

afhankelijk van de winststopslag. Het totaal komt weer overeen met de SRD. 1.649, respectievelijk SRD. 2.054 aan kosten AZV per capita in tabellen ms.1 en ms.2.

Uit tabel 5.3 blijkt dat de kosten AZV de komende 5 jaar bijna zullen verdubbelen van 645 MLN in 2008 naar 1,2 miljard in 2012 bij een winststopslag van 0% en van SRD. 804 MLN in 2008 naar bijna SRD. 1,5 miljard in 2012 bij een winststopslag van 30%.

De kosten/premies AZV per capita gemiddeld over de periode 2008-2012 per leeftijdscategorie zijn weergegeven in figuur 5.2 bij een winststopslag van respectievelijk 0% en 30%.



Figuur 5.2a: Gemiddelde 2008-2012 per leeftijdscategorie Figuur 5.2b: Gemiddelde 2008-2012 per leeftijdscategorie

Vervolgens is het interessant om te kijken naar de verdeling van het inkomen (GDP) over de werkzame bevolking. Zoals aangegeven in de uitgangspunten gaan we er vanuit dat de werkzame bevolking bestaat uit de mannen en vrouwen tussen de 15 en 60 jaar die participeren aan het arbeidsproces.

In tabel 5.5 is het nationaal inkomen verdeeld over de werkzame bevolking.

Het inkomen is verdeeld aan de hand van de grootte van de beroepsbevolking in de betreffende leeftijdscategorie, arbeidsparticipatie in deze categorie en een salarisindex.

| Leeftijdscategorie | | | | | | Totaal inkomen (GDP) | | | | |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| | in MLN SRD | | | | | | | | | |
| 0-14 | 151.972 | 154.157 | 155.956 | 157.019 | 157.399 | | | | | |
| 15-19 | 46.550 | 45.461 | 45.075 | 45.566 | 46.281 | 498 | 535 | 583 | 645 | 710 |
| 20-24 | 47.109 | 46.812 | 45.711 | 45.431 | 46.016 | 840 | 914 | 976 | 1.063 | 1.180 |
| 25-29 | 42.665 | 44.096 | 46.503 | 47.162 | 47.585 | 1.006 | 1.140 | 1.320 | 1.472 | 1.634 |
| 30-34 | 37.706 | 38.068 | 38.598 | 39.663 | 41.074 | 1.016 | 1.124 | 1.252 | 1.412 | 1.607 |
| 35-39 | 38.967 | 39.079 | 38.774 | 38.489 | 37.635 | 1.148 | 1.264 | 1.377 | 1.501 | 1.613 |
| 40-44 | 37.208 | 37.223 | 36.984 | 37.620 | 38.191 | 1.133 | 1.244 | 1.357 | 1.516 | 1.690 |
| 45-49 | 32.149 | 33.731 | 35.299 | 35.830 | 36.248 | 979 | 1.128 | 1.295 | 1.444 | 1.604 |
| 50-54 | 23.975 | 25.202 | 26.460 | 28.144 | 29.694 | 691 | 798 | 920 | 1.075 | 1.245 |
| 55-59 | 18.442 | 19.752 | 20.826 | 21.296 | 22.448 | 520 | 611 | 708 | 795 | 921 |
| 60+ | 45.200 | 45.778 | 46.603 | 48.036 | 49.176 | | | | | |
| Totaal | 521.942 | 529.358 | 536.789 | 544.256 | 551.747 | 7.831 | 8.759 | 9.787 | 10.922 | 12.205 |

Tabel 5.5: Inkomen per leeftijdscategorie (in MLN SRD)

In tabel 5.6 zijn de kosten AZV per leeftijdscategorie gerelateerd aan het inkomen in die leeftijdscategorie. De leeftijdscategorie van onder de 15 jaar en de categorie van boven de 60 jaar hebben geen inkomen. Voor deze categorieën is dan ook geen percentage ingevuld.

| Leeftijdscategorie | Kosten AZV beroepsbevolking gerelateerd aan het inkomen (GDP) | | | | | | | | | |
|--------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Winstopslag 0% | | | | | Winstopslag 30% | | | | |
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 0-14 | | | | | | - | - | - | - | - |
| 15-19 | 6,3% | 6,6% | 6,9% | 7,2% | 7,7% | 7,8% | 8,2% | 8,6% | 9,0% | 9,5% |
| 20-24 | 3,6% | 3,7% | 3,9% | 4,1% | 4,3% | 4,4% | 4,7% | 4,9% | 5,1% | 5,4% |
| 25-29 | 3,5% | 3,7% | 3,9% | 4,0% | 4,2% | 4,4% | 4,6% | 4,8% | 5,0% | 5,3% |
| 30-34 | 4,3% | 4,5% | 4,7% | 4,9% | 5,1% | 5,3% | 5,6% | 5,8% | 6,1% | 6,3% |
| 35-39 | 3,7% | 3,9% | 4,0% | 4,2% | 4,5% | 4,6% | 4,8% | 5,0% | 5,3% | 5,6% |
| 40-44 | 3,5% | 3,7% | 3,9% | 4,0% | 4,2% | 4,4% | 4,6% | 4,8% | 5,0% | 5,3% |
| 45-49 | 4,2% | 4,4% | 4,6% | 4,9% | 5,1% | 5,3% | 5,5% | 5,8% | 6,1% | 6,3% |
| 50-54 | 5,5% | 5,8% | 6,1% | 6,4% | 6,7% | 6,9% | 7,2% | 7,6% | 7,9% | 8,3% |
| 55-59 | 6,9% | 7,3% | 7,6% | 8,0% | 8,3% | 8,6% | 9,0% | 9,5% | 9,9% | 10,4% |
| 60+ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Totaal | 4,3% | 4,5% | 4,8% | 5,0% | 5,2% | 5,4% | 5,6% | 5,9% | 6,2% | 6,5% |

Tabel 5.6: Kosten AZV van de beroepsbevolking per leeftijdscategorie gerelateerd aan hun inkomen.

In tabel 5.6 zijn de ziektekosten van de niet werkende bevolking niet meegenomen. Uiteraard dienen deze ziektekosten wel gefinancierd te worden, uiteindelijk door de werkende bevolking. Daarom zijn in tabel 5.7 de kosten van de niet beroepsbevolking ook nog verdeeld over de beroepsbevolking.

| Leeftijdscategorie | Kosten AZV gehele bevolking gerelateerd aan het inkomen (GDP) | | | | | | | | | |
|--------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Winstopslag 0% | | | | | Winstopslag 30% | | | | |
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 0-14 | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 6,9% | 7,5% | 8,1% | 8,6% | 9,1% | 8,6% | 9,4% | 10,1% | 10,7% | 11,3% |
| 20-24 | 4,6% | 4,9% | 5,4% | 5,8% | 6,1% | 5,7% | 6,1% | 6,7% | 7,2% | 7,6% |
| 25-29 | 8,4% | 8,7% | 8,8% | 9,2% | 9,7% | 10,5% | 10,8% | 10,9% | 11,5% | 12,1% |
| 30-34 | 8,2% | 8,6% | 9,1% | 9,4% | 9,7% | 10,2% | 10,8% | 11,3% | 11,8% | 12,1% |
| 35-39 | 8,9% | 9,5% | 10,2% | 11,0% | 11,9% | 11,1% | 11,8% | 12,7% | 13,7% | 14,9% |
| 40-44 | 9,2% | 9,8% | 10,5% | 11,0% | 11,5% | 11,4% | 12,2% | 13,1% | 13,7% | 14,4% |
| 45-49 | 8,8% | 8,9% | 9,1% | 9,6% | 10,1% | 11,0% | 11,1% | 11,4% | 11,9% | 12,6% |
| 50-54 | 10,1% | 10,2% | 10,4% | 10,4% | 10,5% | 12,6% | 12,8% | 13,0% | 13,0% | 13,1% |
| 55-59 | 8,2% | 8,2% | 8,3% | 8,6% | 8,7% | 10,3% | 10,2% | 10,3% | 10,8% | 10,9% |
| 60+ | | | | | | | | | | |
| Totaal | 8,2% | 8,6% | 9,0% | 9,5% | 9,9% | 10,3% | 10,7% | 11,3% | 11,8% | 12,4% |

Tabel 5.7: Kosten AZV van de gehele bevolking per leeftijdscategorie gerelateerd aan het inkomen van de beroepsbevolking.

De percentages in bovenstaande tabel geven een mogelijke verdeling weer van de kosten AZV en corresponderen met premies uitgedrukt in procenten van het inkomen van de verzekerden.

Eveneens is nagegaan op welke wijze de ziektekosten verdeeld zijn over de gehele bevolking. In tabel 5.8 is per leeftijdscategorie het aandeel in de totale ziektekosten opgenomen over de periode 2008-2012. Uit de tabel valt af te lezen dat de verdeling per leeftijdscategorie gedurende de eerste 5 jaren relatief stabiel blijft.

| Leeftijdscategorie | Aandeel leeftijdscategorieën in totale ziektekosten | | | | |
|--------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 0-14 | 20,9% | 20,8% | 20,7% | 20,5% | 20,2% |
| 15-19 | 4,8% | 4,6% | 4,5% | 4,5% | 4,5% |
| 20-24 | 4,6% | 4,5% | 4,3% | 4,2% | 4,2% |
| 25-29 | 5,5% | 5,5% | 5,7% | 5,7% | 5,7% |
| 30-34 | 6,7% | 6,6% | 6,6% | 6,6% | 6,7% |
| 35-39 | 6,6% | 6,5% | 6,3% | 6,1% | 5,9% |
| 40-44 | 6,1% | 6,0% | 5,9% | 5,9% | 5,9% |
| 45-49 | 6,4% | 6,6% | 6,8% | 6,8% | 6,7% |
| 50-54 | 5,9% | 6,1% | 6,3% | 6,6% | 6,8% |
| 55-59 | 5,6% | 5,9% | 6,1% | 6,1% | 6,3% |
| 60+ | 26,8% | 26,7% | 26,7% | 27,0% | 27,0% |
| Totaal | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Tabel 5.8: Ziektekosten per leeftijdscategorie in relatie tot de kosten AZV

Het blijkt dat de beroepsbevolking (de gehele bevolking tussen 15 en 60) meer dan 50% van de kosten AZV voor zijn rekening neemt. Door het lagere geboortecijfer neemt het aandeel van de groep 0-14 jarigen in de kosten AZV iets af. In figuur 5.3 wordt de verdeling van de ziektekosten

weergegeven, tussen de mensen die jonger zijn dan de beroepsbevolking, de beroepsbevolking en de mensen die ouder zijn dan de beroepsbevolking in 2008.



Figuur 5.3: Verdeling van de kosten AZV over de bevolking

In bijlage 4 zijn voor de jaren 2010, 2015, en 2020 per inwoner, per leeftijdscategorie, de premies AZV in SRD op jaarbasis opgenomen.

In bijlage 5 is de ontwikkeling van de volgende grootheden over de prognoseperiode van 2008 tot en met 2020 opgenomen:

- De bevolkingsomvang
- Het nationaal inkomen (GDP)
- De premies AZV in procenten van het GDP
- De premies AZV per inwoner in SRD op jaarbasis

Bovenbedoelde overzichten zijn gepresenteerd bij winstopslagen van respectievelijk 0% en 30%.

De voornoemde resultaten uit de uitgevoerde projecties zijn mede verkregen uit data die wij hebben ontvangen van drie ziektekostenverzekeraars actief in Suriname. Op basis van deze dataset zijn de hierboven vermelde ziektekosten/premies als in tabel 5.9a en 5.9b opgenomen, opgesplitst naar type zorg. De bijbehorende bedragen zijn ter illustratie voor het jaar 2010 ingevuld bij winstopslagen van 0% en 30%. Er is onderscheid gemaakt tussen de totale premie AZV inclusief de zorg die door de overheid wordt aangeboden en dat deel van de premie AZV dat zal worden verzorgd via de verzekeraars. Alvorens deze overzichten worden gepresenteerd wordt de aandacht gevestigd op de volgende noot.

NOOT:

De kosten voor algemene en preventieve diensten in bovenstaande tabel behelzen slechts een deel van de overheidsbijdrage aan de zorg. Verder in dit rapport is op basis van informatie uit de NHA 2006 uitgegaan van een totale bijdrage van de publieke sector van 42,6% aan de zorg.

| WINSTOPSLAG 0% | Totale premie AZV | | Premie af te dragen aan verzekeraars | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--|
| | Aandeel | | Aandeel | |
| | in SRD | in % totale premie | in SRD | in % van de premie af te dragen aan verzekeraars |
| ALGEMENE EN PREVENTIEVE DIENSTEN: Preventieve en openbare gezondheidszorg *) | 296,09 | 18,0% | - | 0,0% |
| PRIMAIRE GEZONDHEIDSZORG: Huisartsen | 286,63 | 17,4% | 286,63 | 21,2% |
| SECUNDAIRE GEZONDHEIDSZORG: | | | | |
| Ziekenhuizen | 386,21 | 23,4% | 386,21 | 28,6% |
| Oogartsen | 53,77 | 3,3% | 53,77 | 4,0% |
| Interne geneeskunde | 31,58 | 1,9% | 31,58 | 2,3% |
| Nefrologie | 31,47 | 1,9% | 31,47 | 2,3% |
| Gynaecologie | 29,90 | 1,8% | 29,90 | 2,2% |
| Cardiologie | 25,22 | 1,5% | 25,22 | 1,9% |
| Orthopaedische chirurgie | 20,79 | 1,3% | 20,79 | 1,5% |
| Dermatologie | 15,66 | 0,9% | 15,66 | 1,2% |
| Chirurgie | 15,58 | 0,9% | 15,58 | 1,2% |
| Psychiatrie | 12,36 | 0,7% | 12,36 | 0,9% |
| Kindergeneeskunde | 9,13 | 0,6% | 9,13 | 0,7% |
| Neurologie | 8,77 | 0,5% | 8,77 | 0,6% |
| KNO | 8,70 | 0,5% | 8,70 | 0,6% |
| Overige specialismen **) | 25,30 | 1,5% | 25,30 | 1,9% |
| TERTIAIRE GEZONDHEIDSZORG: Hartoperaties | 20,82 | 1,3% | 20,82 | 1,5% |
| PARAMEDISCHE ZORG: | | | | |
| Geneesmiddelen | 173,69 | 10,5% | 173,69 | 12,8% |
| Laboratoriumonderzoek | 112,98 | 6,9% | 112,98 | 8,4% |
| Röntgenonderzoek | 57,66 | 3,5% | 57,66 | 4,3% |
| Optische hulpmiddelen (brillen etc.) | 21,07 | 1,3% | 21,07 | 1,6% |
| Overige paramedische zorg ***) | 5,12 | 0,3% | 5,12 | 0,4% |
| WINSTMARGE: Winstopslag op niet openbare zorgkosten 0% | - | 0,0% | - | 0,0% |
| Totaal | 1.648,52 | 100,0% | 1.352,43 | 100,0% |
| | Aandeel in premie | in % totale premie | Aandeel in premie | in % totale premie |
| | <i>in SRD</i> | | <i>in SRD</i> | |
| **): <i>Overige specialismen:</i> | | | | |
| Neurochirurg | 5,6508 | 0,34278% | 5,6508 | 0,34278% |
| Radiodiagnostiek | 4,8551 | 0,29451% | 4,8551 | 0,29451% |
| Urologie | 4,3478 | 0,26374% | 4,3478 | 0,26374% |
| Longarts | 3,8180 | 0,23160% | 3,8180 | 0,23160% |
| Plastische chirurgie | 2,1648 | 0,13132% | 2,1648 | 0,13132% |
| Anesthesist | 1,9396 | 0,11766% | 1,9396 | 0,11766% |
| Kaakchirurgie | 1,4495 | 0,08793% | 1,4495 | 0,08793% |
| Revalidatie Geneeskunde | 0,6109 | 0,03706% | 0,6109 | 0,03706% |
| Orthopaedie | 0,3103 | 0,01882% | 0,3103 | 0,01882% |
| Parasitoloog | 0,1435 | 0,00871% | 0,1435 | 0,00871% |
| Verloskunde | 0,0085 | 0,00052% | 0,0085 | 0,00052% |
| Cardiochirurgie | 0,0036 | 0,00022% | 0,0036 | 0,00022% |
| Patholoog-anatoom | 0,0007 | 0,00004% | 0,0007 | 0,00004% |
| ***): <i>Overige paramedische zorg</i> | | | | |
| Fysiotherapie | 4,4201 | 0,26813% | 4,4201 | 0,26813% |
| Thuiszorg | 0,4678 | 0,02837% | 0,4678 | 0,02837% |
| Psychologie | 0,1402 | 0,00850% | 0,1402 | 0,00850% |
| Diëtiste | 0,0415 | 0,00252% | 0,0415 | 0,00252% |
| Ambulancevervoer | 0,0371 | 0,00225% | 0,0371 | 0,00225% |
| Logopedist | 0,0042 | 0,00026% | 0,0042 | 0,00026% |
| Hulpmiddelen | 0,0040 | 0,00024% | 0,0040 | 0,00024% |
| Ergotherapie | 0,0024 | 0,00015% | 0,0024 | 0,00015% |
| Ocularist | 0,0022 | 0,00013% | 0,0022 | 0,00013% |
| Psychomot.therapeute | 0,0021 | 0,00013% | 0,0021 | 0,00013% |

Tabel 5.9a: Breakdown premie AZV per persoon bij winstopslag 0%

*) Afgeleid uit NHA 2006

| WINSTOPSLAG 30% | Totale premie AZV | | Premie af te dragen aan verzekeraars | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---|
| | Aandeel | | Aandeel | |
| | in SRD | in % totale premie | in SRD | in % premie af te dragen aan verzekeraars |
| ALGEMENE EN PREVENTIEVE DIENSTEN: Preventieve en openbare gezondheidszorg *) | 296,09 | 18,0% | - | 0,0% |
| PRIMAIRE GEZONDHEIDSZORG: Huisartsen | 286,63 | 17,4% | 286,63 | 21,2% |
| SECUNDAIRE GEZONDHEIDSZORG: | | | | |
| Ziekenhuizen | 386,21 | 23,4% | 386,21 | 28,6% |
| Oogartsen | 53,77 | 3,3% | 53,77 | 4,0% |
| Interne geneeskunde | 31,58 | 1,9% | 31,58 | 2,3% |
| Nefrologie | 31,47 | 1,9% | 31,47 | 2,3% |
| Gynaecologie | 29,90 | 1,8% | 29,90 | 2,2% |
| Cardiologie | 25,22 | 1,5% | 25,22 | 1,9% |
| Orthopaedische chirurgie | 20,79 | 1,3% | 20,79 | 1,5% |
| Dermatologie | 15,66 | 0,9% | 15,66 | 1,2% |
| Chirurgie | 15,58 | 0,9% | 15,58 | 1,2% |
| Psychiatrie | 12,36 | 0,7% | 12,36 | 0,9% |
| Kindergeneeskunde | 9,13 | 0,6% | 9,13 | 0,7% |
| Neurologie | 8,77 | 0,5% | 8,77 | 0,6% |
| KNO | 8,70 | 0,5% | 8,70 | 0,6% |
| Overige specialismen **) | 25,30 | 1,5% | 25,30 | 1,9% |
| TERTIAIRE GEZONDHEIDSZORG: Hartoperaties | 20,82 | 1,3% | 20,82 | 1,5% |
| PARAMEDISCHE ZORG: | | | | |
| Geneesmiddelen | 173,69 | 10,5% | 173,69 | 12,8% |
| Laboratoriumonderzoek | 112,98 | 6,9% | 112,98 | 8,4% |
| Röntgenonderzoek | 57,66 | 3,5% | 57,66 | 4,3% |
| Optische hulpmiddelen (brillen etc.) | 21,07 | 1,3% | 21,07 | 1,6% |
| Overige paramedische zorg ***) | 5,12 | 0,3% | 5,12 | 0,4% |
| WINSTMARGE: Winstopslag op niet openbare zorgkosten 30% | 406 | 30,0% | 406 | 30,0% |
| Totaal | 2.054,25 | 130,0% | 1.758,16 | 130,0% |
| | Aandeel in premie | | Aandeel in premie | |
| | <i>in SRD</i> | <i>in % totale premie</i> | <i>in SRD</i> | <i>in % totale premie</i> |
| **): Overige specialismen: | | | | |
| Neurochirurg | 5,6508 | 0,34278% | 5,6508 | 0,34278% |
| Radiodiagnostiek | 4,8551 | 0,29451% | 4,8551 | 0,29451% |
| Urologie | 4,3478 | 0,26374% | 4,3478 | 0,26374% |
| Longarts | 3,8180 | 0,23160% | 3,8180 | 0,23160% |
| Plastische chirurgie | 2,1648 | 0,13132% | 2,1648 | 0,13132% |
| Anesthesist | 1,9396 | 0,11766% | 1,9396 | 0,11766% |
| Kaakchirurgie | 1,4495 | 0,08793% | 1,4495 | 0,08793% |
| Revalidatie Geneeskunde | 0,6109 | 0,03706% | 0,6109 | 0,03706% |
| Orthopaedie | 0,3103 | 0,01882% | 0,3103 | 0,01882% |
| Parasitoloog | 0,1435 | 0,00871% | 0,1435 | 0,00871% |
| Verloskunde | 0,0085 | 0,00052% | 0,0085 | 0,00052% |
| Cardiochirurgie | 0,0036 | 0,00022% | 0,0036 | 0,00022% |
| Patholoog-anatoom | 0,0007 | 0,00004% | 0,0007 | 0,00004% |
| ***): Overige paramedische zorg | | | | |
| Fysiotherapie | 4,4201 | 0,26813% | 4,4201 | 0,26813% |
| Thuiszorg | 0,4678 | 0,02837% | 0,4678 | 0,02837% |
| Psychologie | 0,1402 | 0,00850% | 0,1402 | 0,00850% |
| Diëtiste | 0,0415 | 0,00252% | 0,0415 | 0,00252% |
| Ambulancevervoer | 0,0371 | 0,00225% | 0,0371 | 0,00225% |
| Logopedist | 0,0042 | 0,00026% | 0,0042 | 0,00026% |
| Hulpmiddelen | 0,0040 | 0,00024% | 0,0040 | 0,00024% |
| Ergotherapie | 0,0024 | 0,00015% | 0,0024 | 0,00015% |
| Ocularist | 0,0022 | 0,00013% | 0,0022 | 0,00013% |
| Psychomot.therapeute | 0,0021 | 0,00013% | 0,0021 | 0,00013% |

Tabel 5.9b: Breakdown premie AZV per persoon bij winstopslag 30%

*) Afgeleid uit NHA 2006

Uit de tabellen 5.9a en 5.9b valt dus af te lezen dat in 2010 gemiddeld per persoon SRD. 296 besteed zal worden aan dekking van de kosten van algemene preventieve diensten, SRD. 287 aan primaire gezondheidszorg (betalingen aan bijvoorbeeld huisartsen), SRD. 674 aan secundaire gezondheidszorg (betalingen aan bijvoorbeeld medische specialisten en ziekenhuizen) en SRD. 371 aan paramedische zorg (betalingen aan bijvoorbeeld apotheken en laboratoria). Het valt op dat de kosten van tertiaire zorg een heel klein deel uitmaken van de berekende premie. De reden hiervan is dat deze dekkingen niet vallen binnen de zorgpakketten van de verzekeraars die hun data beschikbaar hebben gesteld. Een deel van de kosten van tertiaire gezondheidszorg zou binnen de scope van een in te stellen vereveningsfonds kunnen vallen.

6 GEVOELIGHEIDSANALYSE

6.1 DE ANALYSE

Om een idee te krijgen over de gevolgen van het wijzigen van de uitgangspunten is een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd. De resultaten zijn in zeer grote mate afhankelijk van de uitgangspunten. Het is belangrijk dat men zich hier van bewust is. Hieronder staan de belangrijkste uitgangspunten nogmaals beschreven, met daarbij een indicatie van de gevolgen als deze anders wordt vastgesteld.

We hebben ieder uitgangspunt apart vergeleken met de uitgangssituatie. Op deze wijze treedt er geen cumulatief effect op. Alleen voor de prijsinflatie, loon inflatie en de medische inflatie is wel een cumulatieve berekening gemaakt, dit omdat deze 3 een sterke onderlinge samenhang hebben. Voor deze drie parameters hebben we ook meer dan 1 variant gedraaid om tot een goed beeld te komen van de gevolgen van deze drie parameters op de kosten AZV. Hierna volgen de resultaten van de uitgevoerde gevoeligheidsanalyse.

1. NETTO ZIEKTEKOSTEN 2006

Was:

156 MLN USD

Variant:

221 MLN USD. Dit komt overeen met de maximale variant zoals berekend met de cijfers die de WHO op haar website heeft gepubliceerd over Suriname.

Gevolg:

De kosten/premies AZV als percentage van het GDP lopen op van ca. 13% in 2010 tot ruim 21% in 2020 bij een winstopslag van 0%. Indien de winstopslag op 30% wordt gesteld lopen de kosten/premies AZV op van 16,2% in 2010 tot ruim 26,5% in 2020. De totale kosten AZV nemen toe tot SRD. 6.065 MLN bij een winstopslag van 0% en SRD. 7.653 MLN bij een winstopslag van 30%.

2. GDP IN 2006

Was:

2,1 MLD USD

Variant:

3,5 MLD USD. Dit komt overeen met het GDP dat de WHO als GDP had voor Suriname heeft gepubliceerd.

Gevolg:

De kosten/premies voor de AZV als percentage van het GDP lopen op van 5,4% in 2010 tot 8,9% in 2020 bij een winstopslag van 0%. Bij een winstopslag van 30% is het verloop van de kosten/premies AZV van 6,8% in 2010 tot 11,1% in 2020. Voor de absolute hoogte van de kosten voor de AZV is de hoogte van het GDP in het basisjaar niet van belang. Door een hoger inkomen te veronderstellen is de last van de ziektekosten uiteraard verlaagd.

3. INFLATIE

Was:

Wat betreft de inflatie heeft het niet zo veel zin om alleen de prijsinflatie te verhogen en de looninflatie niet. Deze zijn immers onlosmakelijk met elkaar verbonden. We hebben gesteld dat de looninflatie 1% boven de prijsinflatie ligt en dat de prijsinflatie op 9% ligt.

Variant:

De prijsinflatie komt op 14% en de looninflatie op 15%. Op deze wijze is de looninflatie gelijk aan de inflatie van de medische kosten.

Gevolg:

De kosten/premies voor de AZV als percentage van het GDP lopen op van 7,6% in 2010 naar 7,9% in 2020 bij een winststopslag van 0%. Bij een winststopslag van 30% lopen de kosten/premies AZV van 9,4% in 2010 naar 9,9% in 2020.

4. MEDISCHE INFLATIE EN OVERIGE INFLATIE (1)

Was:

15% per jaar.

Variant:

Hierbij laten we de prijs inflatie en de looninflatie stijgen conform het vorige punt, maar in plaats van de medische inflatie gelijk te houden aan de 15% zoals het initiële uitgangspunt was, verhogen we deze ook met 5%.

Gevolg:

De verhouding tussen de kosten/premies van de AZV en het GDP loopt van 9,0% in 2010 tot 14,4% in 2020 bij een winststopslag van 0% en bij een winststopslag van 30% lopen de kosten/premies AZV van 11,2% in 2010 tot 18% in 2020. Relatief gezien zijn de kosten als percentage van het GDP dus lager als het absolute verschil tussen medische inflatie en algemene inflatie gelijk blijft, maar de verhouding tussen beide daalt.

5. MEDISCHE INFLATIE

Was:

15% per jaar.

Variante:

11% per jaar.

Gevolg:

De kosten/premies AZV als percentage van het GDP lopen op van 7,8% in 2010 naar 9% in 2020 bij een winstoverslag van 0%. Indien de winstoverslag 30% bedraagt, lopen de kosten/premies AZV van 9,8% in 2010 naar 11,2% in 2020. Ook dit toont dat de relatie tussen de medische inflatie en de algehele prijsstijgingen van significant belang is.

6. MEDISCHE INFLATIE EN OVERIGE INFLATIE (2)

Was:

15% per jaar.

Variante:

0% voor zowel de medische inflatie als de prijs- en looninflatie. Op deze wijze komt de ontwikkeling van de ziektekosten geheel voor rekening van de ontwikkeling van de bevolking.

Gevolg: De ziektekosten stijgen van SRD. 506 MLN in 2010 naar SRD. 605 MLN in 2020 bij een winstoverslag van 0%. Indien de winstoverslag 30% bedraagt, stijgen de totale kosten van 630 MLN SRD in 2010 naar 754 MLN in 2020. Een stijging van bijna 20% van de ziektekosten. Als percentage van het GDP is deze stijging kleiner. Dit komt omdat met de bevolkingsontwikkeling ook het GDP groeit. De stijging van de kosten/premies AZV in procenten van het GDP 7,6% in 2010 naar 7,9% in 2020 bij een winstoverslag van 0%. Bij een winstoverslag van 30% is het verloop van 9,4% van het GDP in 2010 naar 9,9% in 2020. Dit is een relatieve stijging van ca. 1%.

7. STERFTE

Het model biedt de mogelijkheid om de sterftetekansen met maximaal 10% te verhogen of te verlagen. Dit heeft als gevolg dat de levensverwachting 1 jaar daalt of stijgt conform de uitgangspunten zoals in de memo van 24 juni beschreven.

Het effect van deze wijzigingen is vrij klein. Een stijging van de sterftetekansen met 10% leidt tot een stijging van de verhouding tussen de ziektekosten en het GDP van ca. 1% in 2020. Omgekeerd leidt een daling van de sterftetekansen met 10% tot een daling van ca. 1% in 2020.

8. AANTAL GEBORENEN

Was:

2,5

Variante:

2 Een dalende trend is waarneembaar in het aantal geborenen per vrouw. Met 2 zal een absoluut minimum worden weergegeven, immers met 2 kinderen per vrouw neemt op de lange termijn de bevolking van Suriname af.

Gevolg:

De ziektekosten als percentage van het GDP dalen tot na 2020 ten opzichte van de initiële situatie. Dit komt omdat er minder kinderen ziektekosten hebben. Indien de projectie tot 2040 zou gaan, ontstaat er een kentering na 2030. Tot ongeveer 2030 dalen de ziektekosten als percentage van het GDP ten opzichte van de initiële situatie en na 2030 stijgen de ziektekosten als percentage van het GDP ten opzichte van de initiële situatie. Dit komt omdat de beroepsbevolking vanaf dat moment significant kleiner is door het lage geboortecijfer. De gemiddelde kosten per capita stijgen gedurende de hele periode. De reden hiervoor is het feit dat bij een lager aantal geborenen de gemiddelde leeftijd stijgt en de meeste ziektekosten nu eenmaal door oudere mensen worden gemaakt.

9. ARBEIDSPARTICIPATIE

Was:

Zie tabel 4.2.

Variante:

Het aantal werkende mensen is 10% hoger dan in de bovengenoemde tabel (25% wordt 27,5% etc.). Dit is een vast gegeven gedurende alle projectiejaren.

Gevolg:

Dit heeft geen gevolg voor de relatie tussen de kosten en het GDP. Wel heeft dit gevolgen voor de hoogte van de kosten AZV per werkende. Deze dalen met ongeveer 10%.

Groei van de arbeidsparticipatie gedurende de periode heeft wel invloed op de premie als percentage van het GDP. Immers, het GDP zal groeien met de arbeidsparticipatie. Groei van 10% (dit is dus iets anders dan 10% hogere arbeidsparticipatie in de initiële situatie) houdt in dat zonder winstopslag het de premie in procenten van het inkomen/ GDP in 2020 op ongeveer 14,8% komt te liggen. Bij een winstopslag van 30% wordt dit in 2020 ongeveer 18,5%.

10. OVERIGE KOSTEN

Was:

8,1% bovenop de netto ziektekosten

Variant 1:

15% bovenop de netto ziektekosten

Gevolg:

Dit scheelt in 2010 0,6% punt in de relatie tussen de ziektekosten en het GDP. Dit loopt op naar ruim 2,7% punt in 2020.

Variant 2:

0 % bovenop de netto ziektekosten

Gevolg:

Dit scheelt in 2010 een 0,7 procentpunt in de relatie tussen de ziektekosten en het GDP. In 2020 scheelt dit ongeveer 3 procent punt.

Bovenstaande uitkomsten gelden bij een winstopslag van 0% en verschillen niet significant indien gewerkt wordt met een winstopslag van 30%.

Een effectieve wijze van administreren kan dus leiden tot een besparing op de ziektekosten van ongeveer 3% van het GDP. Het volledige verschil (van +3% naar -3%) zal in de praktijk niet bereikbaar zijn omdat daarvoor 0% van de premie aan administratiekosten vereist is.

11. WINSTOPSLAG VERZEKERAARS

Was: 30%

Varianten: zie bijlage 3, waar de uitkomsten in de tabellen 5.1 en 5.2 zijn opgenomen bij alternatieve winstopslagen.

Gevolg: In het kort komt het er op neer dat de winstopslag van de verzekeraars rechtstreeks te zien is in de totale kosten voor de AZV. Het blijkt dat een winstopslag van 50% leidt tot 50% hogere ziektekosten dan een winstopslag van 0%.

12. PENSIOENLEEFTIJD

Was: 60

Variant: 65

Gevolg: Een verhoging van de pensioenleeftijd heeft geen gevolgen voor de omvang van de ziektekosten. Wel heeft dit gevolgen voor de omvang van de beroepsbevolking en daarmee de ontwikkeling van het GDP. De verhouding tussen de kosten AZV en het GDP verandert derhalve. Het verschil is in 2010 0,1% punt en dit gaat naar 0,2% punt in 2020. Het effect van een verhoging van de pensioenleeftijd is voor de premie AZV als percentage van het inkomen dus zeer gering³.

³ In praktijk zal dit effect nog kleiner zijn dan hier genoemd. Immers, een verhoging van de pensioenleeftijd zal in beginsel geen effect hebben op de omvang van de beroepsbevolking zolang er sprake is van onveranderde werkgelegenheid. Ouderen zullen dan de arbeidsplaatsen van jongeren langer bezet houden.

Indien gewenst biedt het model de mogelijkheid om een andere Vektis tabel (zie hoofdstuk 4 over leeftijdsafhankelijkheid van ziektekosten) te hanteren en de effecten hiervan te bestuderen.

6.2 CONCLUSIE GEVOELIGHEIDSANALYSE

De absolute ziektekosten zijn op termijn in grote mate afhankelijk van de inflatie ziektekosten. Dit is verreweg het belangrijkste uitgangspunt in de analyse. Voor de relatie tussen de ziektekosten en het GDP (premie als percentage van het inkomen) is de verhouding tussen de algehele inflatie en de medische inflatie van groot belang. Zolang deze dicht bij elkaar liggen zullen de kosten van de AZV als percentage van het GDP maar heel licht stijgen.

De initiële geschatte kosten en de winstopslag die de verzekeraars berekenen leveren een evenredige opslag op de totale ziektekosten op en ook het percentage van het GDP stijgt naar evenredigheid. Een winstopslag van 50% van de verzekeraars zorgt ervoor dat de premie en de kosten met 50% stijgen. In relatie tot het GDP wordt het percentage anderhalf keer zo hoog (dus gaat bijvoorbeeld van 9% naar 13,5%). Hetzelfde geldt voor de kosten zoals geschat in het berekeningsjaar en de administratiekosten.

Sterfte en levensverwachting hebben een vrij geringe invloed op de totale ziektekosten of de relatie van de premies in procenten van het GDP.

Een verhoging van de arbeidsparticipatie in de initiële situatie heeft geen invloed op de premie als percentage van het inkomen. Wel heeft dit invloed op de vaste premie per werkende. Groei van de beroepsbevolking door een toenemende arbeidsparticipatie heeft wel invloed op de premie als percentage van het GDP. Het is derhalve gunstig als de arbeidsparticipatie toeneemt over de tijd.

Een verhoging van de pensioenleeftijd heeft in de projectieperiode nog weinig effect op de relatie tussen de ziektekosten en het GDP. Het is echter wel zeer waarschijnlijk dat de invloed hiervan na de projectieperiode groter is, omdat de grote groep mensen die nu jonger is dan 25 dan de pensioengerechtigde leeftijd bereikt.

7 HET VEREVENINGSFONDS

7.1 INLEIDING

Door de commissie is een aantal medische behandelingen als “duur” aangemerkt. Deze behandelingen zouden dienen te worden gefinancierd uit een zogenaamd vereveningsfonds en vallen derhalve buiten de financieringsverplichting van de uitvoerende verzekeraars. In de ontwerp wet AZV wordt melding gemaakt van verevening van de kosten die gemaakt worden door verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Wij zijn ervan uitgegaan dat de “dure” behandelingen betrekking hebben op deze groep verzekerden. De volgende medische behandelingen zijn door de commissie als duur aangemerkt:

- Nierdialyse
- Cataract chirurgie
- Interventiecardiologie
- Aanbrengen van pacemakers
- Chemotherapie
- Aanbrengen van orthopedische vervangings-/kunstmiddelen gebruikt bij zgn. vervangingsarthroplastiek
- Aanbrengen van been- en/of armprothesen
- Hartchirurgie

Bovenstaande lijst met “dure” behandelingen is door de commissie opgesteld op 20 augustus 2009. Er zijn drie ziekenhuizen en drie verzekeringsinstellingen benaderd met het verzoek om informatie ter beschikking te stellen met betrekking tot de frequentie en de gemiddelde prijzen van bovengenoemde behandelingen, zo die al behoren tot het dienstenpakket van de betreffende ziekenhuizen en andere behandelingen die door hen als “duur” worden aangemerkt.

De respons op dit verzoek om data is slecht geweest. Van de ziekenhuizen heeft er geen enkel uiteindelijk formeel gereageerd op het verzoek. De verzekeringsinstellingen hebben alle drie gereageerd, echter hebben slechts twee van hen ook daadwerkelijk data verstrekt in dit kader. De derde verzekeringsinstelling heeft aangegeven dat het voor hen niet mogelijk is om dergelijke data te verstrekken. Dit omdat zij in hun polisvoorwaarden de kosten voor vele behandelingen middels een maximum hebben beperkt. Informatie met betrekking tot overschrijding van de gemaximeerde dekkingen wordt door hen daarom niet geadmistreerd. Alle cijfers die met betrekking tot het vereveningsfonds zijn opgenomen in dit rapport rusten dus op een zeer smalle basis en dienen onder voorbehoud te worden geïnterpreteerd. Belangrijk is dat het onderzoek wordt voortgezet om van de dienstverleners alsnog de benodigde input te krijgen op basis waarvan een representatieve inputset voor realisatiekosten van de “dure” behandelingen kan worden verkregen.

Van één der verzekeraars (A) hebben wij data ontvangen met betrekking tot claims die het bedrag van USD. 1.000 hebben overschreden over de jaren 2006 tot en met 2008. In bijlage 6 zijn de

verrichtingen die in deze categorie horen opgenomen. Van de andere verzekeraar (B) hebben wij data ontvangen over de jaren 2007 tot en met 2009 met betrekking tot de claims die betrekking hadden op de volgende verrichtingen:

- Hartoperaties
- Lensimplantaties
- Niersteenvergruizing

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat de dataset die beschikbaar is gekomen voor het uitvoeren van projecties met betrekking tot een vereveningsfonds zeer beperkt is. Daarnaast is na analyse van de ontvangen data gebleken dat het verloop van de kosten van de “dure” behandelingen bij verzekeraar A zeer grillig was. De kosten van deze behandelingen in procenten van het totaal bij verzekeraar A steeg in 2008 met meer dan 148%, terwijl de stijging in het jaar daarvoor 13% bedroeg. Er is daarom besloten om met behulp van lineaire regressie een trendlijn af te leiden uit de data van verzekeraar B waar zich in beide jaren wel een vergelijkbare stijging voordeed (17% en 19%). Rekening houdend met het voorgaande is daarom van groot belang zich terdege te realiseren dat de resultaten die in dit hoofdstuk gepresenteerd worden, gebaseerd zijn op een zeer smalle basis aan data.

7.2 DE “DURE” BEHANDELINGEN IN PROCENTEN VAN DE TOTALE KOSTEN AZV

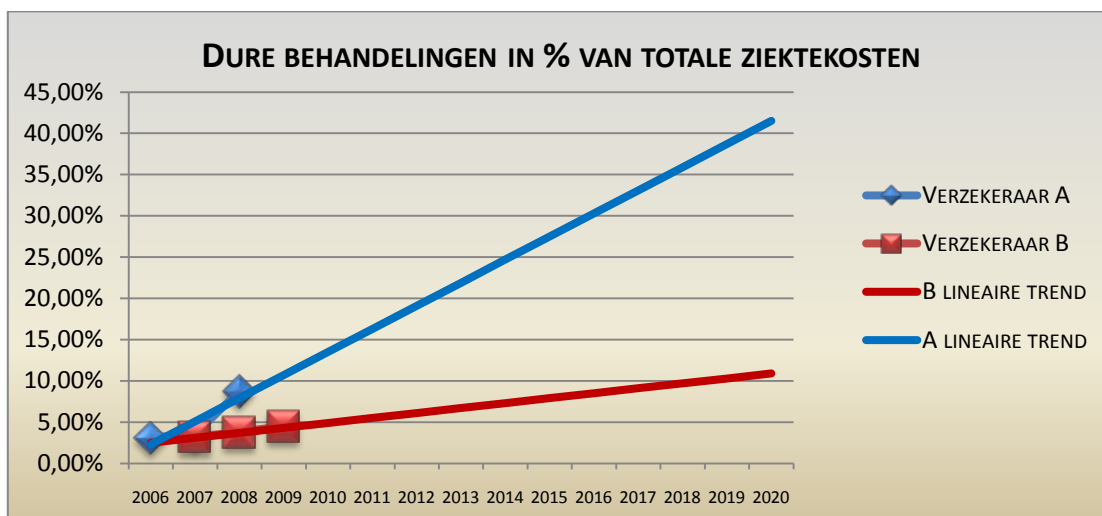
De ontvangen data kunnen als volgt worden samengevat.

| | Dure behandelingen in % van totale ziektekosten | | | |
|----------------------|--|-------------|-------------|-------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Verzekeraar A | 3,13% | 3,53% | 8,78% | |
| Verzekeraar B | | 3,23% | 3,79% | 4,52% |

Tabel 7.1: "Dure" behandelingen in % van de totale ziektekosten bij betreffende verzekeraar

Zoals hiervoor is aangegeven zijn de data die wij hebben ontvangen van de twee verzekeraars geanalyseerd en op basis daarvan is een lineaire trend afgeleid. De trend bij verzekeraar B, is in de hiernavolgende paragrafen van dit hoofdstuk als uitgangspunten gebruikt voor het berekenen van de kosten die de “dure” behandelingen met zich mee zullen brengen.

In figuur 7.1 zijn de data die wij hebben ontvangen grafisch weergegeven en eveneens is de afgeleide lineaire trendlijn in de figuur opgenomen.



Figuur 7.1: Dure behandelingen in % van totale ziektekosten en lineaire trendlijn

Uit de lineaire trendlijn die met behulp van lineaire regressie is afgeleid wordt voor elk jaar geschat welk bedrag gemoeid zal zijn met de financiering van de “dure” behandelingen, uitgedrukt in procenten van de totale kosten AZV. De uitkomsten van de lineaire regressie zijn voor de jaren 2008 tot en met 2020 opgenomen in tabel 7.2.

| Jaar | Winstopslag 0% ⁴ | | |
|------|------------------------------|-------------------------|---------|
| | Totale kosten AZV MLN SRD | Dure behandelingen | |
| | | % van totale kosten AZV | MLN SRD |
| 2008 | 645 | 3,70% | 24 |
| 2009 | 755 | 4,30% | 32 |
| 2010 | 885 | 4,90% | 43 |
| 2011 | 1.037 | 5,50% | 57 |
| 2012 | 1.213 | 6,10% | 74 |
| 2013 | 1.420 | 6,70% | 95 |
| 2014 | 1.662 | 7,30% | 121 |
| 2015 | 1.947 | 7,90% | 154 |
| 2016 | 2.281 | 8,50% | 194 |
| 2017 | 2.670 | 9,10% | 243 |
| 2018 | 3.125 | 9,70% | 303 |
| 2019 | 3.657 | 10,30% | 377 |
| 2020 | 4.281 | 10,90% | 467 |

Tabel 7.2: Kosten “dure” behandelingen

Uit bovenstaande tabel kan worden afgeleid dat jaarlijks het percentage dat dient te worden gereserveerd voor financiering van de dure behandelingen een stijgend verloop heeft in termen van de totale kosten AZV. Om deze stijging te nivelleren is nagegaan hoe hoog een “doorsnee” percentage zou dienen te zijn om ervoor te zorgen dat gedurende de periode 2008-2020, jaarlijks

⁴ Er is verondersteld dat het vereveningsfonds zal worden beheerd en geëxploiteerd vanuit een “not for profit” instelling. Daarom is verondersteld dat de winstopslag gelijks is aan 0%.

eenzelfde percentage van de totale kosten AZV zou dienen te worden gereserveerd voor storting in een vereveningsfonds. Wanneer er genivelleerd wordt is er in de beginjaren sprake van een overschot dat dient te worden belegd en aan het einde van de periode zullen de restfondsen aan het einde van het jaar dalen naar nul met als gevolg dat het “doorsnee” percentage dat luidt in termen van de totale kosten AZV verhoogd dient te worden.

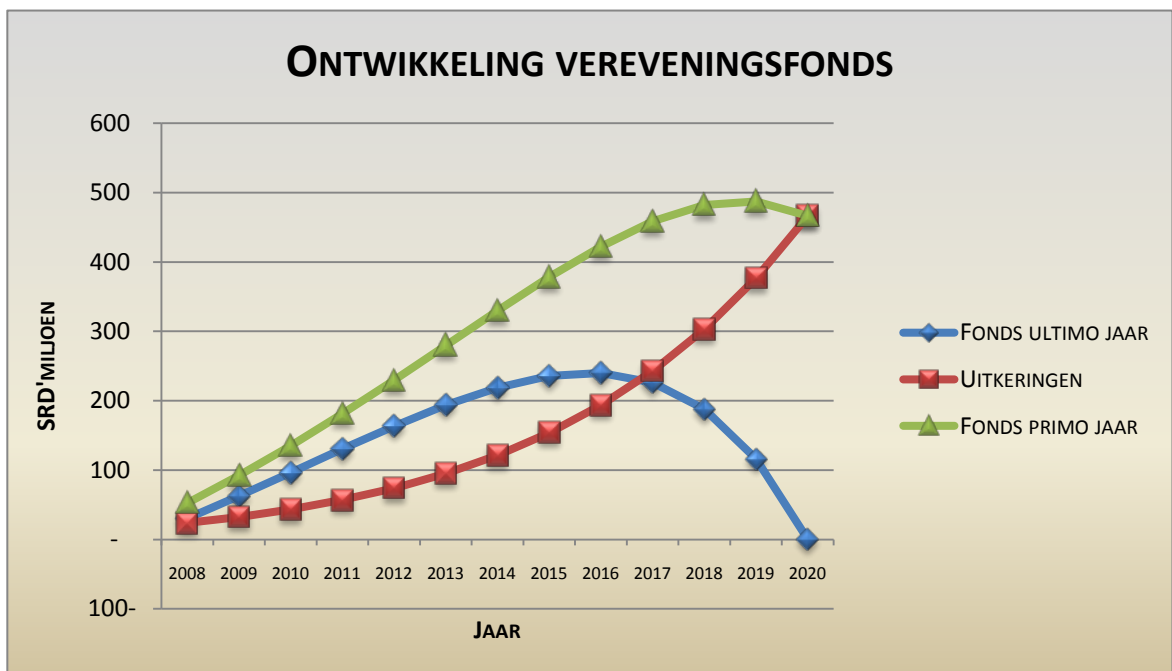
Het bovenstaande komt erop neer dat gezocht dient te worden naar het percentage waarbij geldt dat gedurende de periode 2008-2020, de contante waarde van de jaarlijkse kosten van de “dure” behandelingen gelijk is aan de contante waarde van de reserveringen voor financiering van deze “dure” behandelingen. De hier gehanteerde discontovoet is gelijk aan 5% per jaar. Dit betekent dat de belegde overschotten ten minste 5% op jaarbasis aan interest dienen te genereren.

Uit de becijferingen is gebleken dat op basis van het bovenstaande, jaarlijks 8,19% van de totale kosten AZV dient te worden gereserveerd, zodat de contante waarde van de kosten van de “dure” behandelingen gelijk is aan die van de reserveringen in voornoemde periode. In tabel 7.3 is een overzicht opgenomen van de ontwikkeling van een in te stellen vereveningsfonds op basis van een dergelijk “doorsnee” percentage.

| Jaar | Percentage van totale kosten AZV | Totale kosten AZV | Inleg in vereveningsfonds | Vereveningsfonds primo jaar | Uitkeringen = kosten “dure” behandelingen | Vereveningsfonds ultimo jaar |
|------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|
| 2008 | 8,19% | 645 | 53 | 53 | 24 | 30 |
| 2009 | 8,19% | 755 | 62 | 92 | 32 | 63 |
| 2010 | 8,19% | 885 | 72 | 135 | 43 | 96 |
| 2011 | 8,19% | 1037 | 85 | 181 | 57 | 130 |
| 2012 | 8,19% | 1213 | 99 | 230 | 74 | 164 |
| 2013 | 8,19% | 1420 | 116 | 280 | 95 | 194 |
| 2014 | 8,19% | 1662 | 136 | 330 | 121 | 219 |
| 2015 | 8,19% | 1947 | 159 | 378 | 154 | 236 |
| 2016 | 8,19% | 2281 | 187 | 422 | 194 | 240 |
| 2017 | 8,19% | 2670 | 219 | 459 | 243 | 226 |
| 2018 | 8,19% | 3125 | 256 | 482 | 303 | 188 |
| 2019 | 8,19% | 3657 | 299 | 487 | 377 | 116 |
| 2020 | 8,19% | 4281 | 350 | 467 | 467 | 0 |

Tabel 7.3 Ontwikkeling vereveningsfonds

In figuur 7.2 is een grafische weergave te zien van de ontwikkeling van het vereveningsfonds over de jaren 2008-2020.



Figuur 7.2 Ontwikkeling vereveningsfonds 2008-2020

Vanaf 2021 zou de jaarlijkse storting in het vereveningsfonds hoger dienen te liggen dan 8,19% van de totale kosten AZV. De uiteindelijke hoogte zal afhangen van de duur van de periode gedurende welke dit percentage gelijk dient te blijven en de veronderstelde disconto voet voor de nieuwe periode.

8 FINANCIERING VAN DE AZV

8.1 DE HUIDIGE WIJZE VAN FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG

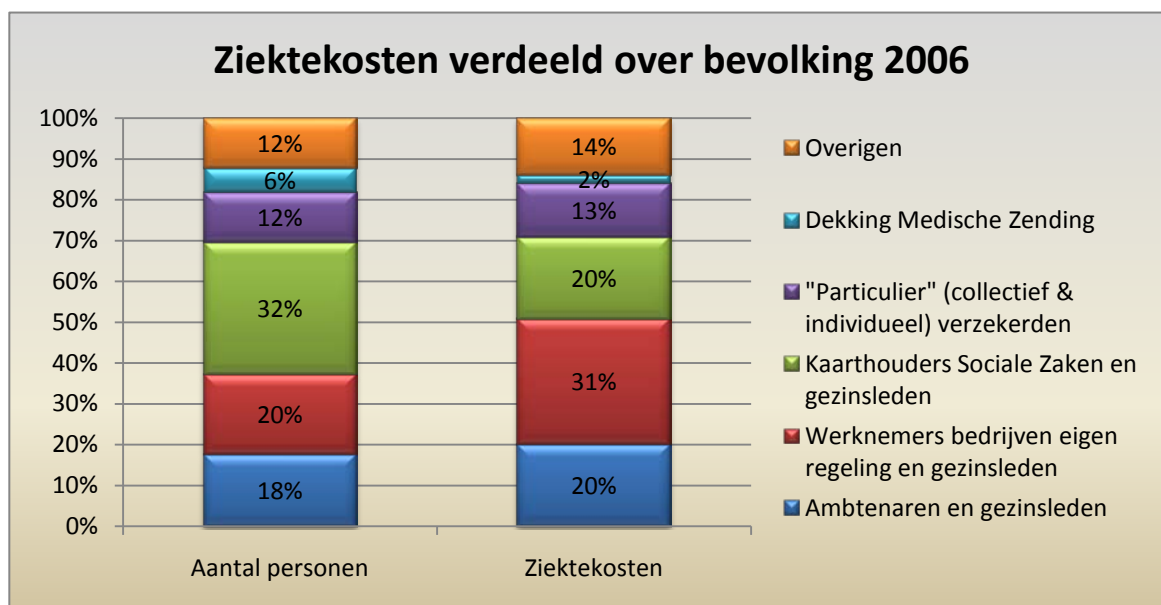
De wijze waarop de kosten van gezondheidszorg van de bevolking van Suriname momenteel worden gefinancierd is voor een groot deel afhankelijk van de arbeidssituatie van de personen in kwestie. In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen met daarin de resultaten van een schatting van de verdeling van de ziektekosten in Suriname over de bevolking zoals deze gealloceerd kunnen worden aan de verschillende categorieën. Onderstaand overzicht is gebaseerd op informatie met als basisjaar 2006.

| Categorie | Aantal personen | Schatting ziektekosten | | Aandeel in | | Kosten per/pers |
|--|-----------------|------------------------|------------------------|-------------|---------------------|-----------------|
| | | SRD | SRD | Bevolking | Totale ziektekosten | |
| <i>Ziektekosten:</i> | | | | | | |
| Ambtenaren en gezinsleden | 89.250 | | 77.230.619 | 18% | 20% | 865,33 |
| - SZF | | 70.251.115 | | | | 787,13 |
| - Ministerie van Justitie en Politie | | 1.125.457 | | | | |
| - Ministerie van Defensie | | 4.423.908 | | | | |
| - Ministerie van Buitenlandse Zaken | | 1.430.139 | | | | |
| Werknemers bedrijven eigen regeling en gezinsleden | 99.648 | | 117.761.075 | 20% | 31% | 1.181,78 |
| Kaarthouders Sociale Zaken en gezinsleden | 164.314 | | 76.537.724 | 32% | 20% | 465,80 |
| "Particulier" (collectief & individueel) | | | | | | |
| verzekerden | 61.750 | | 50.552.830 | 12% | 13% | 818,67 |
| Begunstigden Medische Zending | 30.657 | | 7.992.726 | 6% | 2% | 260,71 |
| Overigen | 61.382 | | 52.822.050 | 12% | 14% | 860,55 |
| | 507.000 | | 382.897.024 | 100% | 100% | |
| <i>Overige kosten gezondheidszorg:</i> | | | | | | |
| Kosten Ministerie van Volksgezondheid | | | 65.039.030 | | | |
| Kosten NGO's | | | 9.887.570 | | | |
| Totaal generaal | | | 457.823.624 | | | |
| Totaal generaal in USD | | | USD 163.508.437 | | | |

Tabel 8.1: Verdeling ziektekosten over de bevolking van Suriname; basisjaar 2006

Bronnen: NHA2006, Assuria, Self Reliance, ABS Census 2004, SoZaVo, SZF.

In figuur 8.1 is een grafische weergave opgenomen van de proportionele verdeling van de in tabel 8.1 genoemde verschillende groepen over de bevolking van Suriname en de verdeling van de ziektekosten van deze verschillende groepen over de totale ziektekosten.



Figuur 8.1: Verdeling ziektekosten over de bevolking van Suriname

Bronnen: NHA2006, Assuria, Self Reliance, ABS Census 2004, SoZaVo, SZF.

Uit figuur 8.1 is af te lezen dat de overheid inkomt voor meer dan 40% van de financiering van de totale ziektekosten. Ook is duidelijk af te lezen dat er een scheve verhouding bestaat tussen de verdeling van de ziektekosten bij met name de werknemers van bedrijven met eigen regelingen, degenen die een on- of minvermogens kaart hebben van het Ministerie van Sociale Zaken en degenen die vallen onder de dekking van de Medische Zending. De werknemers van de bedrijven met een eigen regeling en hun gezinsleden maken ca. 20% uit van de bevolking, echter is hun aandeel in de totale ziektekosten meer dan 30%. Het omgekeerde is het geval bij de kaarthouders van het Ministerie van Sociale Zaken, waar deze groep ca. 32% vormt van de totale bevolking, echter een aandeel van 20% in de totale ziektekosten heeft. Bij degenen die vallen onder het dekkingsgebied van de Medische Zending is het verschil proportioneel nog groter, de populatie beslaat 6% van de totale bevolking, echter is het aandeel in de totale ziektekosten 2%.

Het instellen van een AZV heeft mede als doel, ten aanzien van de basisdekking aan gezondheidszorg de ongelijkheid die valt af te lezen uit figuur 8.1 significant te verminderen. Ongelijkheid zal allicht niet volledig worden weggewerkt omdat het werkgevers uiteraard vrij staat om binnen het pakket aan arbeidsvoorwaarden voor hun werknemers de medische zorg naar eigen inzichten ruimer in te vullen dan een basis AZV pakket.

In bijlage 7 zijn de veronderstellingen opgenomen die zijn gehanteerd om te komen tot bovenstaande schatting van de verdeling van de ziektekosten over de bevolking van Suriname.

8.2 DE VOOR DE AZV BECLIJFERDE FINANCIERINGSOPTIES

In hoofdstuk 5 zijn de uitkomsten van de projecties tot en met 2020 gepresenteerd onder toepassing van een aantal vormen van financiering van de AZV. Deze zijn:

- Een premie als percentage van het inkomen
- Een premie in de vorm van een vast bedrag per inwoner
- Een premie in de vorm van een vast bedrag per werkende
- Een premie in de vorm van een vast bedrag per inwoner afhankelijk van de leeftijdscategorie waartoe die inwoner behoort.
- Een premie als percentage van het inkomen afhankelijk van de leeftijdscategorie waartoe de inwoner of de werkende behoort.

Een belangrijk aandachtspunt hier is dat bij toepassing van het heffen van premies bij de individuele verzekerden, heel goed in de gaten dient te worden gehouden of de heffingsgrondslag van de premie aansluit op de reikwijdte van AZV begunstigen. Hiermee wordt bedoeld dat er een gezonde verhouding dient te bestaan tussen degenen die bijdragen aan de financiering van de AZV en degenen die aanspraak maken op AZV dekking. Voorkomen dient te worden dat een relatief kleine groep zal opdraaien voor de financiering van de AZV ziektekosten van de gehele verzekerde populatie. Eveneens dient te worden geanticipeerd op het risico dat men zich pas zal aanmelden voor de AZV bij een verzekeraar, wanneer er daadwerkelijk ziektekosten gemaakt worden, hetgeen betekent dat deze groep hiervoor geen bijdrage heeft geleverd middels premiebetaling aan de financiering van de AZV.

Een alternatieve vorm voor financiering van de AZV die wordt aangehaald in de ontwerp wet AZV en de terms of reference van het onderzoek waar dit rapport deel van uitmaakt, betreft financiering middels opbrengsten uit indirecte belastingen met name OB. Bij de optie van (gedeeltelijke) financiering van de kosten van de AZV uit opbrengsten van de OB is nagegaan in welke verhouding deze twee grootheden ten opzichte van elkaar staan. Van de Dienst der Belastingen hebben wij informatie ontvangen met betrekking tot de inkomsten uit OB over 2008, ter grootte van een bedrag van SRD. 300 MLN. Wij hebben daarom in dit kader beschouwd, de kosten AZV uit het model over 2008. De gemodelleerde kosten AZV over 2008 bedragen in totaal SRD. 645 MLN. De tarieven voor omzetbelasting bedragen thans 8% en 10% voor lokaal belaste diensten en goederen. Bij de invoer van goederen is 10% en 25% (bepaalde luxe goederen) omzetbelasting verschuldigd.

Indien een redenering naar evenredigheid zou worden gehanteerd, betekent het bovenstaande dat wanneer er geen aanpassing van het huidige stelsel (de heffing en de bestemming) van omzetbelasting plaatsvindt, de OB tarieven minimaal dienen te worden verdrievoudigd. Bij toepassing van factor 3,15 ($=645/300 + 1$) zouden de eerdergenoemde tarieven voor OB uitkomen op respectievelijk 31,5% en 25,2% voor lokaal belaste goederen en diensten. Hierbij wordt er dan van uitgegaan dat thans geen middelen uit OB worden besteed aan zorg.

Indien ervan uitgegaan wordt dat de bijdrage die de overheid thans levert aan de kosten van gezondheidszorg in Suriname (geschat op SRD. 258 MLN in 2008; 15% jaarlijkse stijging van de opgave over 2006 uit de rapportage over de National Health Accounts) onveranderd blijft na invoering van de AZV en ook nu ervan wordt uitgegaan dat thans geen middelen uit OB worden besteed aan de zorg, kan worden gesteld dat de opbrengsten uit OB in 2008 SRD. 387 MLN hoger hadden dienen te zijn om de AZV te kunnen financieren. Bij onveranderde toepassing van de wet OB zouden de tarieven voor lokaal belaste goederen en diensten dus dienen te stijgen met een factor 2,29 naar respectievelijk 22,90% en 18,32%.

Indien de overheidsbijdrage geprojecteerd wordt voor 2008 door in plaats van het bedrag uit de National Health Accounts 2006 (NHA 2006) te corrigeren voor inflatie het percentage van 42,6% dat in deze NHA 2006 is opgenomen als overheidsbijdrage ongewijzigd aan te houden zou de overheidsbijdrage voor 2008 uitkomen op ca. SRD. 275 miljoen. Indien het restant van de totale ziektekosten van SRD. 370 miljoen uit OB op basis van dezelfde veronderstellingen als bovenstaand zou worden gefinancierd dienen de tarieven te stijgen met een factor 2,23 hetgeen resulteert in tarieven voor lokaal belaste goederen en diensten van respectievelijk 22,3% en 17,87%.

Bij het bovenstaande zijn effecten die verhoging van de OB tarieven met zich zouden kunnen meebrengen volledig buiten beschouwing gelaten. Hierbij wordt onder meer bedoeld op de stijging van de prijzen van belaste goederen en diensten door de verhoogde OB en een eventuele afname van de vraag naar deze goederen en diensten.

Het spreekt voor zich dat nader onderzoek vereist is om na te gaan of en op welke wijze de inkomsten uit OB daadwerkelijk verhoogd kunnen worden, hetzij door verhoging van bestaande tarieven, hetzij door de heffingsgrondslag uit te breiden, hetzij door andere inkomsten genererende maatregelen met name in de sfeer van de bestemmingsheffing. Een belangrijk voordeel van het realiseren van uitbreidingen in de sfeer van indirecte belastingheffing is dat de reikwijdte van de heffing en vooral de inning wordt verbreed, hetgeen betekent dat een groter deel van de bevolking zou kunnen bijdragen aan de financiering van in dit specifieke geval de AZV.

Rekening zal dienen te worden gehouden met de maximum haalbare belastingdruk gezien de verschillende inkomensniveaus en de juiste belastingmix tussen de verschillende heffingen. Het is daarom essentieel dat in ogenschouw wordt genomen dat bij inkomstenverhogende (voor de overheid) maatregelen in onder meer de sfeer van indirecte belastingheffing er een koppeling gemaakt dient te worden met verlaging van de directe belastingen.

In dit kader is het van belang dat net zoals er projecties zijn gemaakt voor de kosten van de AZV er projecties zullen dienen te worden gemaakt van de te verwachten middelen ter dekking van voornoemde kosten.

In paragraaf 8.3 zijn enkele belangrijke aandachtspunten opgenomen die bij een dergelijk onderzoek breed dienen te worden uitgewerkt.

8.3 AANDACHTSPUNTEN BIJ VERVOLGONDERZOEK FINANCIERING AZV UIT INDIRECTE BELASTINGEN

Hieronder zijn enkele belangrijke aandachtspunten opgenomen die een rol spelen bij de verdere voorbereiding van de financiering van de AZV middels opbrengsten uit indirecte belastingen.

- Identificatie van de mogelijkheden om de heffingsgrondslag van de huidige OB te verruimen en opties voor de introductie van nieuwe bestemmingsheffingen ter financiering van de AZV die een significante extra financiële bijdrage zullen leveren.
- Nagaan welke wettelijke maatregelen dienen te worden getroffen om de heffingsgrondslag van de huidige OB te verruimen en nieuwe bestemmingsheffingen te introduceren.
- Becijfering van de meeropbrengsten ten gevolge van de verruiming van de heffingsgrondslag van de huidige OB en de introductie van nieuwe bestemmingsheffingen.
- Becijfering van de effecten die het verruimen van de heffingsgrondslag van de OB en de introductie van bestemmingsheffingen voor financiering van AZV kunnen hebben op de prijsstelling van producten en diensten.
- Identificatie van de mogelijkheden om de betrokkenheid van met name de informele goudsector te vergroten bij de financiering van de AZV.
- Becijfering van de meeropbrengsten op basis van geïdentificeerde mogelijkheden om de betrokkenheid van met name de informele goudsector te vergroten bij de financiering van de AZV.

8.4 OVERIG

Tot slot noemen wij hierbij ook de mogelijkheid om te “sparen” voor de toekomstige te verwachten sterke stijging van de ziektekosten. Dit houdt in dat het omslagstelsel wordt vervangen door het stelsel van kapitaaldekking. Door nu een hogere premie te vragen ontstaat er een kapitaal dat, rekening houdend met rendement, in de toekomst aangewend kan worden om de stijging te financieren. Zodoende kan de jaarlijkse stijging die inherent is aan het omslagstelsel gemitigeerd worden.

Toepassen van deze wijze van financiering brengt met zich mee dat er aanzienlijke bedragen op verantwoorde wijze zullen dienen te worden belegd om op de “vooruit” betaalde premies een gedegen rendement te behalen. In veel landen waar deze optie wordt overwogen of toegepast is de voornaamste reden om de effecten van vergrijzing te mitigeren waardoor de medische kosten van de steeds ouder wordende bevolking niet volledig hoeven te worden omgeslagen op de nog werkende bevolking. Doorrekenen van deze financieringsoptie is voorshands buiten de scope van

deze opdracht gelaten. Hiertoe zou in het projectiemodel dat is gehanteerd een separate module dienen te worden gebouwd.

9 CONCLUSIES

De ziektekosten die in Suriname gemaakt worden zijn scheef verdeeld zoals blijkt uit figuur 8.1 van dit rapport. Er is sprake van een “gap” van ca. 73% in de verhouding tussen de omvang van de groep on- en minvermogenden kaarthouders van het Ministerie van Sociale Zaken en degenen die zorg van de Medische Zending genieten en het aandeel dat zij hebben in de totale ziektekosten. Hiermee wordt bedoeld dat deze twee groepen ca. 38% van de bevolking uitmaken, echter een aandeel van ca. 22% hebben in de totale ziektekosten. Een “gap” van 55% in omgekeerde richting is af te lezen bij degenen die door hun werkgever met een eigen regeling worden gedekt voor ziektekosten. Deze groep beslaat ca. 20% van de totale bevolking, echter is het aandeel in de totale ziektekosten van deze groep ca. 31%.

Een andere belangrijke conclusie die uit dit onderzoek naar boven is gekomen is dat de ziektekosten in de komende jaren fors zullen stijgen. Waar er in 2008 8,2% bij winstoptslag 0% en 10,3% bij winstoptslag 30% van het totale inkomen werd uitgegeven aan ziektekosten, zal dit percentage stijgen naar bijna 15% bij winstoptslag 0% en tot meer dan 18% bij winstoptslag 30% in 2020. In absolute zin bedragen de ziektekosten in 2008 SRD. 645 MLN bij een winstoptslag van 0% en SRD. 804 MLN bij een winstoptslag van 30%. Dit is inclusief de optslag op de netto ziektekosten van ongeveer 8% voor de administratiekosten. De verwachting is dat de ziektekosten in 2020 bij een winstoptslag van 30% op ongeveer SRD. 5 miljard zullen liggen. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat bovengenoemde percentages en getallen van een zeer groot aantal uitgangspunten afhankelijk zijn. Het belangrijkste uitgangspunt hierbij is dat de data die geleverd zijn door 3 verschillende verzekeraars betrouwbaar en representatief voor de gehele Surinaamse bevolking zijn.

De uitkomsten gespecificeerd per leeftijdscategorie geven een indicatie van de kostprijs per leeftijdscategorie, derhalve zullen deze bedragen als beschikbaar dienen te komen, afhankelijk van de maximale winstoptslag die de uitvoerende verzekeraars kunnen doorrekenen. Indien de kosten evenredig worden verdeeld over de gehele bevolking en de periode 2008-2012 in beschouwing wordt genomen, zullen de premies per persoon per jaar gesteld dienen te worden op minimaal SRD. 2.002 bij een winstoptslag van 0% en SRD. 2.495 bij een winstoptslag van 30%.

De ziektekosten zijn afhankelijk van verschillende factoren. De belangrijkste factoren die (forse) stijging in de ziektekosten veroorzaken zijn de inflatie van medische voorzieningen en de ontwikkeling van de bevolkingssamenstelling. Deze twee factoren versterken beide de stijging van de kosten en dus de premies van de AZV. De groei van de kosten AZV is het meest afhankelijk van de inflatie van medische zorg.

De cijfers zoals berekend zijn vergeleken met de cijfers die de WHO heeft gepubliceerd op haar website over Suriname. In hoofdstuk 3 hebben wij beargumenteerd waarom wij van mening zijn dat er enige inconsistentie zit in de cijfers van de WHO over Suriname.

Met betrekking tot het in te stellen vereveningsfonds voor financiering van de zogenaamde “dure” behandelingen is op basis van de beperkte dataset een projectie gemaakt waaruit blijkt dat gedurende tot en met 2020, jaarlijks reserveringen zullen dienen te worden gepleegd die oplopen van 4,9% van de totale kosten AZV naar 10.9% van de totale kosten AZV in de periode van 2010 tot en met 2020. Indien gekozen wordt voor een “doorsnee” reservering zal in deze zelfde periode jaarlijks 8,19% van de totale kosten AZV voor dit vereveningsfonds dienen te worden gereserveerd.

Er is eveneens ingegaan op de financiering van de AZV uit opbrengsten uit indirecte belastingen met name de OB. Dit is een alternatief dat serieus wordt overwogen. Aangegeven is dat nader onderzoek vereist is hieromtrent, met name om na te gaan op welke wijze de inkomsten uit bestaande indirecte belastingen en/of nieuw te introduceren bestemmingsheffingen kunnen worden verhoogd. Er zijn in paragraaf 8.3 enkele aandachtspunten opgenomen waar een dergelijk onderzoek zich op zou kunnen toespitsen.

Tot slot wordt aangegeven dat een algemene conclusie die kan worden getrokken uit alle uitgevoerde cijferingen is, dat de ziektekosten van jaar tot jaar fors stijgen. In dit verband kan de realisatie worden beschouwd met betrekking tot de ziektekosten van de sociale minima. Deze zijn gedurende de periode 2006-2009 jaarlijks gemiddeld met 22% gestegen. In 2009 stegen de kosten gemaakt ten behoeve van deze groep naar SRD. 123 miljoen en ook voor 2010 is een stijging geprojecteerd (SRD. 128 miljoen). Bij het voorbereiden van de operationalisatie van de instituten die voor de uitvoering van de AZV zullen zorgen, is het daarom van belang dat aandacht wordt besteed aan het vormgeven en instellen van beheersmaatregelen met als doel de stijging van de kosten van de AZV door de jaren heen financierbaar te houden.

Bij de instelling van dergelijke maatregelen zal onder meer het volgende nadrukkelijke aandacht dienen te verkrijgen:

- Daadwerkelijke afkondiging van de reeds goedgekeurde “Wet Tarieven Gezondheidszorg” om beheersbaarheid, uniformiteit en transparantie in de wijze van tarifiering tussen de verschillende dienstverleners te bevorderen.
- Maatregelen die een duidelijke relatie leggen tussen de tarieven die door medische dienstverleners worden gehanteerd en de kwaliteit van de zorg en de locaties waarop de zorg wordt verstrekt.
- Bestudering van toepasbare opties ter introductie van een hervorming van de huidige honoreringssystemen van de dienstverlening in de medische sector.

De input van experts op medisch/financieel gebied voor het opzetten van praktisch toepasbare protocollen die tegemoet komen aan het in het voorgaande genoemde doel en tegelijkertijd waken over de kwaliteit van de zorg die in AZV kader wordt aangeboden zal cruciaal zijn.

BIJLAGE 1 THEORETISCH KADER VEKTIS

De verdeling van de ziektekosten over de leeftijden is onderwerp van vele wetenschappelijke studies. In Nederland is een grootschalig onderzoek verricht naar het effect van leeftijd op de consumptie van ziektekosten. Deze organisatie, Vektis genaamd, houdt zich bezig met standaardisatie van zorgcijfers en is gericht op statistische informatievoorziening van de zorgconsumptie door rechthebbenden en het aanbod van zorgverzekeraars in de particuliere sector.

In hoofdstuk 2 is een grafiek weergegeven met daarin zowel de Nederlandse Vektis tabel als een geschatte Vektis tabel voor Suriname. Van belang is nu om statistisch te onderbouwen of de verdeling in Suriname wel of niet gelijk is aan de verdeling van de ziektekosten in Nederland.

Anders gezegd, van belang is nu om statistisch te onderbouwen dat de ziektekosten binnen Suriname significant verschillend verdeeld zijn ten opzichte van Nederland. De conclusies uit dit door Vektis in Nederland verrichte onderzoek worden vervolgens vergeleken met de bij AZV Suriname waargenomen relatieve ziektekosten. De maat om de waargenomen ziektekosten te matchen met de bekende Nederlandse resultaten is de χ^2 -groottheid:

$$\chi^2 = \sum (O_i - E_i)^2 / E_i$$

met O_i de 'observed' waarden en E_i de 'expected' waarden. De waargenomen waarden zijn de AZV-ziektekostencijfers terwijl de verwachte waarden de waarden uit de Nederlandse Vektis tabel zijn. De teller i loopt over alle waarnemingen.

Middels een χ^2 -toets kan getoetst worden of de relatieve verdeling van de ziektekosten, zoals bij AZV Suriname is waargenomen, statistisch gezien afwijkt van de conclusies uit het Vektis onderzoek. Met andere woorden, getoetst kan worden of de ziektekostenverdeling bij AZV Suriname anders is dan in Nederland wordt waargenomen

Uit de χ^2 blijkt dat de verdeling van de ziektekosten in Suriname niet significant anders is voor lagere leeftijden dan in Nederland. Voor hogere leeftijden is zijn de verschillen wel significant. De hoeveelheid data in Suriname is echter te klein om te spreken van betrouwbare gegevens bij hogere leeftijden. Daarom is ervoor gekozen om de Nederlandse Vektis tabel te gebruiken.

BIJLAGE 2 INHOUD ZORGPAKKETTEN

| ZORGITEM | UIT DATA VERZEKERAARS | PAKKET AZV |
|--|--------------------------|------------|
| Huisartsenzorg | ✓ | ✓ |
| Geneesmiddelen | ✓ | ✓ |
| Laboratoriumonderzoek | ✓ | ✓ |
| Röntgenonderzoek | ✓ | ✓ |
| Ziekenhuisopname | ✓ | ✓ |
| Medisch specialistische zorg | ✓ | ✓ |
| EHBO | ✓ | ✓ |
| Tandheelkunde | ✓ | ✓ |
| Paramedische zorg: | | |
| • <i>Fysiotherapie</i> | ✓ | ✓ |
| • <i>Logopedie</i> | ✓ | ✓ |
| • <i>Psychologie</i> | ✓ | ✓ |
| • <i>Orthopedagogie</i> | ✓ | ✓ |
| • <i>Dieëtiëk</i> | ✓ | ✓ |
| • <i>Optische zorg</i> | ✓ | ✓ |
| • <i>Audiologie</i> | | ✓ |
| Algemene openbare en preventieve diensten: | | |
| • <i>BOG</i> | | ✓ |
| • <i>NAP</i> | | ✓ |
| • <i>Malariaprogramma</i> | | ✓ |
| • <i>Dermatologische dienst</i> | ✓ | ✓ |
| • <i>Mammografie</i> | ✓ | ✓ |

BIJLAGE 3 DE HOOGTE VAN DE ZIEKTEKOSTEN BIJ VERSCHILLENDE WINSTOPSLAGEN VAN DE VERZEKERAARS

| | | Winstopslag 0% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|-------------|-------------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | <i>Bedragen op jaarbasis</i> | | |
| Kosten AZV | in MLN SRD | 885 | 1.947 | 4.281 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 9,0% | 11,5% | 14,8% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 1.649 | 3.390 | 6.991 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 4.728 | 9.685 | 20.088 |

Tabel b3.1: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 0% hanteren

| | | Winstopslag 10% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|-------------|-------------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | <i>Bedragen op jaarbasis</i> | | |
| Kosten AZV | in MLN SRD | 958 | 2.107 | 4.632 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 9,8% | 12,4% | 16,0% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 1.784 | 3.668 | 7.565 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 5.116 | 10.479 | 21.736 |

Tabel b3.2: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 10% hanteren

| | | Winstopslag 20% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|-------------|-------------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | <i>Bedragen op jaarbasis</i> | | |
| Kosten AZV | in MLN SRD | 1.030 | 2.267 | 4.983 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 10,5% | 13,4% | 17,2% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 1.919 | 3.946 | 8.138 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 5.504 | 11.274 | 23.384 |

Tabel b3.3: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 20% hanteren

| | | Winstopslag 30% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|-------------|-------------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | Bedragen op jaarbasis | | |
| Kosten AZV | in MLN SRD | 1.103 | 2.426 | 5.335 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 11,3% | 14,3% | 18,5% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 2.054 | 4.224 | 8.712 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 5.892 | 12.069 | 25.032 |

Tabel b3.4: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 30% hanteren

| | | Winstopslag 40% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|-------------|-------------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | Bedragen op jaarbasis | | |
| Kosten AZV | in MLN SRD | 1.175 | 2.586 | 5.686 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 12,0% | 15,3% | 19,7% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 2.190 | 4.502 | 9.285 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 6.280 | 12.863 | 26.680 |

Tabel b3.5: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 40% hanteren

| | | Winstopslag 50% | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|-------------|-------------|
| | | 2010 | 2015 | 2020 |
| | | Bedragen op jaarbasis | | |
| Kosten AZV | in MLN SRD | 1.248 | 2.746 | 6.037 |
| Totaal GDP | in MLN SRD | 9.787 | 16.931 | 28.905 |
| Ziektekosten / GDP | % | 12,8% | 16,2% | 20,9% |
| Inkomen per capita | SRD | 18.232 | 29.476 | 47.204 |
| Kosten AZV per capita | SRD | 2.325 | 4.780 | 9.859 |
| Kosten AZV per werkende | SRD | 6.668 | 13.658 | 28.329 |

Tabel b3.6: De kosten AZV indien de uitvoerende verzekeraars een winstopslag van 50% hanteren

BIJLAGE 4 PREMIE AZV PER LEEFTIJDSCATEGORIE 2010, 2015 EN 2020

| Premie per inwoner per leeftijdscategorie | Bevolking | | | Winstopslag 0% | | |
|--|------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|
| | 2010 | 2015 | 2020 | 2010 | 2015 | 2020 |
| | <i>Aantallen</i> | | | <i>Bedragen in SRD</i> | | |
| 0-4 | 52.669 | 55.065 | 57.540 | 1.501 | 3.019 | 6.072 |
| 5-9 | 51.717 | 52.557 | 54.948 | 951 | 1.909 | 3.840 |
| 10-14 | 51.570 | 51.597 | 52.437 | 1.064 | 2.140 | 4.306 |
| 15-19 | 45.075 | 51.437 | 51.464 | 888 | 1.786 | 3.594 |
| 20-24 | 45.711 | 44.935 | 51.278 | 840 | 1.686 | 3.392 |
| 25-29 | 46.503 | 45.534 | 44.760 | 1.094 | 2.220 | 4.437 |
| 30-34 | 38.598 | 46.262 | 45.298 | 1.512 | 3.020 | 6.131 |
| 35-39 | 38.774 | 38.315 | 45.921 | 1.436 | 2.908 | 5.823 |
| 40-44 | 36.984 | 38.344 | 37.897 | 1.413 | 2.842 | 5.738 |
| 45-49 | 35.299 | 36.357 | 37.689 | 1.704 | 3.437 | 6.911 |
| 50-54 | 26.460 | 34.353 | 35.385 | 2.114 | 4.241 | 8.543 |
| 55-59 | 20.826 | 25.349 | 32.886 | 2.581 | 5.191 | 10.441 |
| 60-64 | 14.332 | 19.420 | 23.643 | 3.176 | 6.392 | 12.863 |
| 65-69 | 12.054 | 12.788 | 17.324 | 4.481 | 9.003 | 18.136 |
| 70-74 | 8.956 | 9.978 | 10.604 | 5.750 | 11.511 | 23.134 |
| 75-79 | 6.487 | 6.552 | 7.314 | 7.137 | 14.278 | 28.560 |
| 80+ | 4.774 | 5.571 | 5.950 | 8.183 | 16.390 | 32.931 |
| Totaal | 536.789 | 574.414 | 612.338 | 1.649 | 3.390 | 6.991 |

Tabel b4: De premie per inwoner per leeftijdscategorie bij een winstopslag van 0%

BIJLAGE 5 JAARLIJKS OVERZICHT VAN VERSCHILLENDE VARIABELEN

| Jaar | Omvang Bevolking | GDP MLN SRD | Winstopslag 0% | | |
|------|---------------------|----------------|------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| | | | Totale kosten AZV MLN SRD | Premie AZV In % GDP | Premie AZV per inwoner in SRD |
| 2008 | 521.942 | 7.831 | 645 | 8,2% | 1.237 |
| 2009 | 529.358 | 8.758 | 755 | 8,6% | 1.427 |
| 2010 | 536.789 | 9.787 | 885 | 9,0% | 1.649 |
| 2011 | 544.256 | 10.922 | 1.037 | 9,5% | 1.905 |
| 2012 | 551.747 | 12.205 | 1.213 | 9,9% | 2.198 |
| 2013 | 559.304 | 13.616 | 1.420 | 10,4% | 2.538 |
| 2014 | 566.881 | 15.179 | 1.662 | 10,9% | 2.931 |
| 2015 | 574.414 | 16.931 | 1.947 | 11,5% | 3.390 |
| 2016 | 581.954 | 18.880 | 2.281 | 12,1% | 3.920 |
| 2017 | 589.505 | 21.028 | 2.670 | 12,7% | 4.529 |
| 2018 | 597.106 | 23.408 | 3.125 | 13,4% | 5.234 |
| 2019 | 604.747 | 26.011 | 3.657 | 14,1% | 6.048 |
| 2020 | 612.338 | 28.905 | 4.281 | 14,8% | 6.991 |

Tabel b5.1: Kerncijfers AZV 2008 tot 2020 bij een winstopslag van 0%

| Jaar | Omvang Bevolking | GDP MLN SRD | Winstopslag 30% | | |
|------|---------------------|----------------|------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| | | | Totale kosten AZV MLN SRD | Premie AZV in % GDP | Premie AZV per inwoner in SRD |
| 2008 | 521.942 | 7.831 | 804 | 10,3% | 1.541 |
| 2009 | 529.358 | 8.758 | 941 | 10,7% | 1.778 |
| 2010 | 536.789 | 9.787 | 1.103 | 11,3% | 2.054 |
| 2011 | 544.256 | 10.922 | 1.292 | 11,8% | 2.374 |
| 2012 | 551.747 | 12.205 | 1.512 | 12,4% | 2.740 |
| 2013 | 559.304 | 13.616 | 1.769 | 13,0% | 3.163 |
| 2014 | 566.881 | 15.179 | 2.071 | 13,6% | 3.653 |
| 2015 | 574.414 | 16.931 | 2.426 | 14,3% | 4.224 |
| 2016 | 581.954 | 18.880 | 2.843 | 15,1% | 4.885 |
| 2017 | 589.505 | 21.028 | 3.327 | 15,8% | 5.643 |
| 2018 | 597.106 | 23.408 | 3.894 | 16,6% | 6.522 |
| 2019 | 604.747 | 26.011 | 4.558 | 17,5% | 7.537 |
| 2020 | 612.338 | 28.905 | 5.335 | 18,5% | 8.712 |

Tabel b5.2: Kerncijfers AZV 2008 tot 2020 bij een winstopslag van 30%

BIJLAGE 6 VERRICHTINGEN MET CLAIMS BOVEN DE USD. 1.000 VERZEKERAAR A

- Aortocoronaire bypass-graft, enkelvoudig
- Bypass-graft,multipele,enkelvoudig+endarterectomie
- Cataract operatie intracapsulair
- Cataract operatie intracapsulair, kunststoflens
- Catheterisatie,v/h linker hart
- Cerebral angio 3vaten (Seldinger)
- Cholecystectomie
- Cholecystectomie,laparoscoop
- Coronair Angiogram
- Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)
- Craniostenose beh.
- Discus articularis
- Eenvoudige neurolysen, zonder loupe vergroting
- Excisie van discus intervertebralis
- Gehoorapparaat
- Hartcatheterisatie
- Herstel van perifere zenuw m.b.v operatie micro
- Heupprothese
- Laminectomie ,geen30300,extraduraal
- Liposuctie
- Mamma reductie
- Osteotomie, type Pauwels
- Pacemaker
- Pakket lensimplantatie
- Partiële of totale hypofysectomie
- Partuspakket II (36 uur)
- Partuspakket III (72 uur)-klasse1
- Plastische correctie deformiteit mamma
- Prothesen
- PTCA,opheffing of verw.v.stenose in de coronaire
- Spec aandeel Li cath + Cor
- Subtotale strumectomie
- Totale strumectomie
- Transpositie van huid
- Transsphenoidale operatie
- Ventriculo Peritoneale drain
- Vitrectomie

BIJLAGE 7 VERONDERSTELLINGEN EN UITGANGSPUNTEN GEHANTEERD BIJ VERDELING ZIEKTEKOSTEN SURINAAMSE BEVOLKING

De volgende veronderstellingen en uitgangspunten zijn gehanteerd bij de verdeling van de totale ziektekosten over de verschillende categorieën van de Surinaamse bevolking.

- De bedragen uit tabellen 2 en 3 van de National Health Accounts 2006 met betrekking tot de ziektekosten betaald door de verschillende instellingen die optreden als betaler en of intermediair.
- Tabel K uit “Landelijke Resultaten Volume 1” uitgegeven door het Algemeen Bureau voor Statistiek Censuskantoor met betrekking tot het aantal personen dat dekking in verband met gezondheidszorg geniet vanuit diensten van de Medische Zending.
- 85% van het SZF bestand bestaat uit verplicht verzekerden (ambtenaren, gepensioneerden en hun rechthebbende gezinsleden) en 15% bestaat uit vrijwillig verzekerden (via bedrijven of individueel).
- De totale bevolkingsomvang 2006 is geprojecteerd op basis van uitgangspunten genoemd in hoofdstuk 4 van dit rapport, met als uitgangspunt de ABS Census 2004.
- De omvang van het bestand van on- en minvermogenden kaarthouders is gebaseerd op opgave over 2006 van het Ministerie van Sociale Zaken.
- Het aantal personen dat particulier is verzekerd voor ziektekosten is gebaseerd op data van Self Reliance, Assuria en SZF.
- Verdeling van het verlies dat geleden is door het SZF en de ziekenhuizen waar in de NHA 2006 melding van wordt gemaakt is naar evenredigheid verdeeld over de ambtenaren, werknemers bij bedrijven met een eigen regeling, on- en minvermogenden kaarthouders van het Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting en de particulier verzekerden.
- Het aantal personen werkzaam bij particuliere bedrijven met een eigen ziektekostenregeling is geschat op basis van de informatie uit de NHA 2006 na aftrek van de verzekerden bij de particuliere verzekeringsmaatschappijen. In de NHA 2006 staat vermeld dat verzamelde data uit de particuliere sector betrekking had op 36.490 personen, die 25% van het totaal aantal werknemers uit de particuliere sector vertegenwoordigden.

BEDRIJFSINFORMATIE

Dit rapport is tot stand gekomen door samenwerking tussen de volgende bedrijven:

- ActIVe Consultancy NV (“officiële contractpartij”)
- Buck Consultants (kantoor Curaçao)

In het navolgende volgt enige informatie van de bovengenoemde bedrijven.



ACTIVE CONSULTANCY NV

ActIVe Consultancy NV is opgericht in januari 2006 en houdt zich voornamelijk bezig met het verlenen van actuariële diensten en “financial modeling”. Specifieke hoofdwerkgebieden van ActIVe Consultancy NV zijn onder meer:

- Pension Consulting.
- Insurance Consulting.
- Pensioenwaarderingsvraagstukken (op basis van IAS 19).
- Waardering van arbeidsvoorwaarden anders dan pensioenen (op basis van IAS 19).
- “Model development” voor projecties met betrekking tot financiering van korte, middellange en lange termijn sociale zekerheidspakketten.
- Budget en of project planning met behulp van “financial modeling”.

De werkzaamheden in het kader van dit rapport zijn uitgevoerd door het team van ActIVe Consultancy NV dat onder leiding staat van Drs. Ilemele Venetiaan; Actuaris AG⁵.

CONTACTINFORMATIE:

Adres: Henck Arronstraat 16
Paramaribo-Suriname

Telefoon: +597 42 04 68

Fax: +597 42 04 67

Email: info@activeconsultancy.net
of
I.Venetiaan@activeconsultancy.net

⁵ AG = Actuarieel Genootschap

buckconsultants.

BUCK CONSULTANTS

Buck Consultants, Inc. is de oudste benefits consulting firm in the United States met een rijke historie. Buck is opgericht in New York City en heeft daar nog steeds het hoofdkantoor. Buck biedt een zeer brede range van advies en outsourcing diensten. Van origine was Buck gefocussed op pensioenfondsen, maar inmiddels is het dienstenpallet verder uitgebreid om bedrijven bij te kunnen staan bij het succesvol ontwikkelen en implementeren van Human Capital beleid. Ook heeft Buck in de loop der jaren steeds meer technologie ontwikkeld om bedrijven bij de uitvoering van het Human Capital beleid te ondersteunen. Wij bieden daarbij online en intranet systemen, tools die geïntegreerd kunnen worden met uw hard en software, allemaal gebaseerd op custom technology solutions. Buck verzorgt ook outsourcing en insourcing oplossingen voor HR en employee benefit programmas.

De werkzaamheden in het kader van dit rapport zijn uitgevoerd onder leiding van Drs. Loek Smit; Actuaris AG⁵ die op het kantoor van Buck Consultants te Willemstad Curaçao werkzaam is.

CONTACTINFORMATIE:

Adres: Zeelandia Office Park
Kaya W.F.G. (Jombi) Mensing 16
Willemstad-Curaçao

Telefoon: +599(9) 461-5122

Fax: +599(9) 465-7455

Email: info@buckconsultants.an
of
loek.smit@buckconsultants.an

Website: www.buckconsultants.an

GEHANTEERDE BRONNEN (EXCLUSIEF DATA VERZEKERAARS EN HET MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN):

Algemeen Bureau voor de Statistiek

- Statistisch Jaarboek 2007
- Zevende Algemene Volks- en Woningtelling in Suriname; Landelijke Resultaten volume 1

Verenigde Naties

- www.un.org

Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI)

- Bevolking en Gezin 2005

Axco

- www.axco.co.uk

World Health Organization

- www.who.int

T&H Groep-Parmesar & Tjon A Ten and Bright International Consultants

- Final Report on the National Health Accounts of Suriname 2006
-