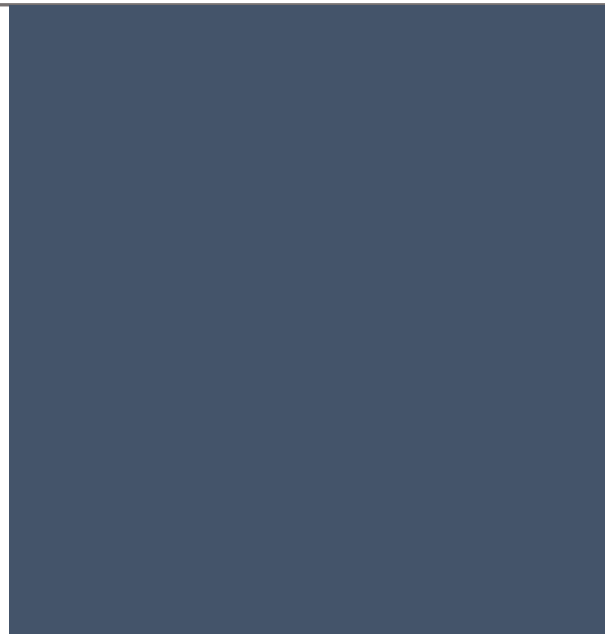




Jaarverslag 2018

De Zorgraad



INHOUD

Voorwoord	3
1. De Zorgraad	4
1.1 Ledenbestand	4
1.2 Mutaties ledenbestand	4
1.3 Medewerkers Zorgraad	4
1.4 Concept staats besluiten	4
1.5 Logistiek	5
2. Vergaderingen	6
2.1 Zorgraad intern	6
2.2 Openbare vergadering	6
2.3 Meeting met stakeholders	7
3. Zaken buiten de Wet	9
4. Casus	10
4.1 Prijzen (marge) medicamenten	10
4.2 Premie voorstel	11
5. Mediaberichten	13
6. Slotwoord	14
Bijlagen	15

VOORWOORD

Met dit verslag van de Zorgraad, legt de Raad verantwoording af over zijn werkzaamheden van de periode januari tot en met december 2018, gebaseerd op de Wet Nationale Basiszorgverzekering (2014).

Het jaarverslag is bedoeld om de transparantie van de prestaties te bevorderen. Dat gebeurt door te functioneren in een “brugfunctie” naar de dienst – en zorgverleners. De gegevens in dit verslag zijn verzameld en beheerd door de Zorgraad, zijnde een onafhankelijk adviesorgaan van de regering.

De verplicht te houden Openbare Vergaderingen, met een frequentie van 2 per kalenderjaar, heeft het bewustzijn van de diverse stakeholders m.b.t. de Wet Nationale Basiszorgverzekering versterkt. Het doel, de bekendheid en de bewustwording van de Wet, komt op deze fora tot uiting.

De uitdagingen en ambities van de Zorgraad zijn om toezicht te houden op de uitvoering van de Wet Nationale Basiszorgverzekering (2014).

Oplossings gericht werken aan de juiste zorg op de juiste plek, het in kaart brengen van knelpunten, advies geven van kwaliteit en verspilling, transparantie, verzamelen van data en analyses maken in de gezondheidszorg zijn enkele focuspunten van de Zorgraad. Verder in overleg treden met de zorgverleners, waar de gezondheidszorg over 20 jaar staat, wat voor ziektepatronen in Suriname voorkomen en hoe deze te bestrijden. Tenslotte om te komen tot een betaalbare, goed gebalanceerde gezondheidszorg.

De Zorgraad

1. De Zorgraad

De Wet Nationale Basiszorgverzekering is ingegaan op 9 oktober 2014 en maakt deel uit van het Sociaal Zekerheidsstelsel. De Zorgraad is ingesteld als toezichthoudend en adviserend orgaan van deze Wet.

1.1. Ledenbestand

Volgens deze wet moet de Zorgraad bestaan uit maximaal 7 leden, die worden voorgedragen door de Onderraad.

Per 31 december 2017 zag het leden bestand er als volgt uit:

1. Anjani Kavita Ganput (Voorzitter)
2. Glynis Tjon Eng Soe (ondervoorzitter)
3. Roos Willemsberg (Lid)
4. Judith Valpoort (Lid)
5. Henk Boldewijn (Lid)
6. Aswhween Achaibersing (Lid)

1.2 Mutaties ledenbestand

Het lid Roos Willemsberg heeft om persoonlijke redenen met ingang 3 januari 2018 haar lidmaatschap bij de Zorgraad opgezegd. Het lid Henk Boldewijn is op 23 november 2018 overleden. De Onderraad is van het bovengenoemde op de hoogte gebracht.

1.3 Medewerkers Zorgraad

Mw. S. Balesar was van 1 okt 2017 tot april 2018 medewerker van de Zorgraad. Van 1 oktober 2017 tot 1 januari 2018 in de functie van secretaris en van 1 januari 2018 tot april 2018 functioneerde zij als adjunct secretaris. Mw. Bakboord heeft van 1 jan 2018 tot en met 30 juni 2018 gefunctioneerd als secretaris van de Zorgraad. Per 1 oktober 2018 is de heer Nicolaas H.M. Koning als secretaris tot de Zorgraad toegetreden.

1.4 Concept Staatsbesluiten

In de Wet Nationale Basiszorgverzekering zijn een aantal zaken opgenomen die middels staatsbesluiten geregeld moeten worden. Voor de Zorgraad zijn deze staatsbesluiten van essentieel belang om haar werkzaamheden naar behoren uit te kunnen voeren.

De Zorgraad heeft dan ook op eigen initiatief deskundigen ingehuurd om een aantal van de meest essentiële Staatsbesluiten voor te bereiden. In het jaar 2015 is een 3-tal concept Staatsbesluiten ingediend bij de Onderraad. De Staatsbesluiten liggen na ruim 3 jaar, nog steeds ter goedkeuring bij de Onderraad.

1.5 Logistiek

De Zorgraad en het Uitvoeringsorgaan zijn per 1 mei verhuisd van het huur pand aan de Henck Arronstraat 108, naar hun eigen lokatie aan de Tokailaan 10, hoek Eldoradolaan.



2. Vergaderingen

2.1 Zorgraad intern

De Zorgraad heeft elke week op de donderdag zijn reguliere vergadering gehouden. Daarnaast zijn er spoed vergaderingen geweest die op andere momenten hebben plaatsgevonden. In de reguliere vergaderingen worden verschillende zaken de zorg rakende besproken of bediscussieerd. Ook casussen die bij de Zorgraad zijn gemeld, worden in de reguliere vergaderingen behandeld.

2.2 Openbare vergaderingen

Conform de Wet Nationale Basiszorgverzekering moet de raad tenminste 2 openbare vergaderingen houden per jaar.

Bij deze vergaderingen worden de Onderraad, te weten de ministers van het Sociaal Zekerheidsstelsel geacht aanwezig te zijn. Tevens worden de directeur van Volksgezondheid en de directeur van het Bureau Openbare Gezondheidszorg ambtshalve uitgenodigd.

Conform artikel 14 van de Wet Nationale Basiszorgverzekering, worden deze vergaderingen 6 weken voor de vergaderdatum bekend gemaakt via de diverse dagbladen. Tevens is er gelegenheid voor iedere burger voor aanvulling van de agenda.



De eerste Openbare Vergadering van de Zorgraad voor 2018 was op 17 februari. In een Power Point presentatie werd aangetoond dat belangrijke stakeholders, waaronder Bureau Openbare Gezondheidszorg, Medische Zending, Regionale Gezondheids Dienst, Nationale Ziekenhuis Raad, Vereniging van Medici in Suriname en enkele ziekenhuizen,

diverse keren in de media zijn geweest. Ook de verzekeringsmaatschappijen en het SZF hebben diverse malen het nieuws gehaald. De berichten hadden praktisch allemaal als rode draad de financiering van de zorg of te wel het te kort aan financiële middelen.

Een ander discussie punt op deze vergadering was o.a. of het SZF zich wel of geen verzekeringsmaatschappij mag noemen. Tevens of het SZF, conform de overige verzekeringsmaatschappijen, verplicht is om 3% van de premie van elke deelnemer af te dragen aan het Zorgvoorzieningen Fonds.

Voor de notulen en de presentaties van deze vergadering zie aangehechte bijlage.

De 2^e Openbare Vergadering was op 18 augustus 2018. De focus op deze vergadering was de financiering van de zorg. De Zorgraad heeft in deze vergadering enkele concept voorstellen gedaan.

Voor de detail info zie CASUS: Voorstel tot wijziging premie.

2.3 Meetings met diverse stakeholders

- De Zorgraad heeft in Maart 2018 een gesprek gehad met DNA lid Ramnandanlal inzake het proces van het ligdagtarief. De Zorgraad heeft nl. in mei 2016 een voorstel gedaan tot een verhoging van het ligdagtarief met 11%. Deze verhoging had de goedkeuring van de verzekeringsmaatschappijen, waarbij de premie ongewijzigd zou blijven. De Nationale Ziekenhuis Raad kon zich niet terug vinden in dit voorstel.
- Met huisarts dr. William is in maart 2018 een gesprek geweest betreffende praktijk grootte huisarts. De arts geeft aan dat diverse praktijken te groot zijn en had een voorstel om de Norm van 1.500 – 2.000 patiënten per huisarts te hanteren.
- In maart 2018 had lid Achaibersing een gesprek met een PAHO-vertegenwoordiger inzake migratie van zorgverleners in het Caribisch gebied.
- Op 13 september 2018 heeft de Zorgraad een gesprek gehad met BVGS. Het betrof o. a. de lijst met medicamenten en voorraad beheer. Hoe gaat het BGVS om met tijdelijke korten aan medicijnen en hoe kunnen de betreffende stakeholders tijdig op de hoogte gehouden worden.
- De Zorgraad heeft op 16 oktober 2018 een gesprek gehad met de Vereniging van Diëtisten. Aan de orde zijn gekomen het groot aantal dialyse patienten dat

steeds meer toeneemt. Wat is de rol van de dietist in deze. De dietist zou graag veel meer voorlichtings programma's met betrekking tot gezonde voeding willen en moeten geven. Helaas zijn de middelen hiervoor niet beschikbaar. Met dit preventief beleid zou het aantal dialyse patienten minder snel toenemen.

3. Zaken buiten de Wet

De Zorgraad heeft in 2018 een aantal zaken kenbaar gemaakt aan de Onderraad. In februari 2018 werd dit middels een schrijven kenbaar gemaakt.

Het betrof onder andere:

- Het vragen van een jaarpremie (ipv maand premie), door de verzekeringsmaatschappijen.
- Het afwijzen van de categorie 0-16 en 60 + door het SZF, om in aanmerking te komen voor een verzekering die door de staat wordt betaald.
- Het niet aanbieden van een Basiszorgverzekering door de particuliere verzekeringsmaatschappijen.
- Het vragen van een eigen bijdrage door de radiologen aan verzekerde patienten, voor het maken van een MRI/scan.
- Voor de meerkosten van verzekerde dialyse patienten, moeten de patienten zelf betalen.
- Het vragen van een eigen bijdrage door apothekers aan verzekerde patienten voor medicijnen die wel in de klapper voorkomen.

4. CASUS

De Zorgraad heeft een tweetal casussen gehad. Hieronder worden ze in het kort belicht.

4.1 Prijzen medicamenten

In mei 2018 kwam een klacht per brief van Survam binnen bij de Zorgraad. In deze werd aangegeven dat de apotheken verschillende tarieven hanteren voor medicijnen. Survam heeft de Zorgraad gevraagd in deze te bemiddelen om te komen tot uniforme tarieven.

Op 14 juni 2018 heeft de Overleg Orgaan van de Apothekers (OA) een presentatie gegeven met hun zorgpunten en een calculatiemodel met voorstellen voor een receptregelvergoeding, gepresenteerd.

Het door de Zorgraad verrichtte onderzoek heeft uitgewezen dat:

- per medicament verschillende prijzen worden gehanteerd bij diverse apotheken.
- er een wettelijke regeling bestaat voor winstmarges voor geneesmiddelen (*)
- met de invoering van de Wet Nationale Basiszorgverzekering de wet met betrekking tot winstmarges niet is komen te vervallen.
- de in het geding zijnde partijen nog steeds geen concreet voorstel hebben, waarover consensus bereikt is.
- BGVS marktleider is, en die zich houdt aan de wettelijke regelingen.
- BGVS alle relevante documentatie met betrekking tot FOB prijzen en de prijsopbouw ter beschikking heeft gesteld.

Als gevolg van het bovenstaande heeft de Zorgraad het volgende geadviseerd:

- de wet met betrekking tot de winstmarge wordt nageleefd.
- de prijslijst van BGVS vermeerderd met 1.35 gehanteerd wordt, als te zijn de maximale prijs voor alle apotheken.
- indien BGVS “out of stock” is wordt dit doorgegeven aan de Zorgraad met een cc naar de relevante partijen. Vervolgens moeten partijen met elkaar afstemming plegen over welke maatregelen getroffen moeten worden om het bovenstaande op te vangen.
- partijen alle relevante informatie waaronder jaarrekeningen, prijslijsten van alle importeurs, beschikkingen van het Ministerie van Handel en Industrie ter beschikking moeten stellen aan de Zorgraad.

Vervolgens heeft de Zorgraad een bijeenkomst gehouden met beide partijen en hun het besluit van de Raad doorgegeven.

De OA kon zich niet terugvinden in het voorstel van de Zorgraad.

4.2 Premie voorstel

Vanwege de financieel - economische situatie met name de explosieve koersstijging die in November 2015 is ontstaan, zijn de tarieven van de dienstverleners binnen de zorg onder druk komen te staan. De dekkingen binnen de zorg met de huidige premie zijn als gevolg hiervan ontoereikend gebleken.

Om niet oneindig door te gaan met incidentele kapitaal injecties door de Overheid heeft de Zorgraad zich over deze materie gebogen. Op verzoek van de Onderraad is gewerkt aan een aanzet om te komen tot een structurele oplossing voor een aantal problemen die zich in de zorg voordoen. Daarbij is het van belang, om bij het maken van keuzes rekening te houden met de betaalbaarheid van de voorstellen mede gelet op de huidige economische situatie van het land.

Werkwijze

Voor de uitvoerbaarheid van dit voorstel was draagvlak van belang. Juist vanwege het feit, dat het niet mogelijk zou zijn om tegemoet te kunnen komen aan alle eisen van de betrokken partijen, zijn de gesprekken gevoerd of bezoeken afgelegd met diverse stakeholders:

Huisartsen, specialisten, apothekers, BGVS, Farmaceutische Inspectie, de Minister van HI, het Academisch Ziekenhuis, Oncologen, het Laboratorium van AZ.

Simultaan aan deze gesprekken is aan de dienstverleners en de zorgverzekeraars per schrijven gevraagd naar o.a hun jaarrekeningen. Sommige dienstverleners zijn benaderd om specifieke data ter beschikking te stellen. Omdat dit proces erg stroef verliep is Survam benaderd om data ter beschikking te stellen van de dienstverleners over hun declaratie patroon in een bepaalde periode.

Ook is gekeken naar het accountants rapport van de Apothekers (Burgos) en het Tjong A Hung rapport (huisartsen). Het bestuderen en verwerken van deze informatie heeft geresulteerd in het onderhavig voorstel, dat vervolgens aan de Onderraad, de vaste commissie Volksgezondheid van DNA en tijdens de Openbare vergadering van de Zorgraad is gepresenteerd.

Het voorstel

Het voorstel gaat grosso modo uit van een premie aanpassing van gemiddeld 56%. Dit terwijl Survam een premieverhoging van 115% bedong.

Premieverhoging BZV verzekeringen

Categorie	Oud (srd)	Nieuw (srd)
0-16 jaar	55	87
17-21 jaar	75	119
21-59 jaar	165	260
60 +	240	377

Het pakket aan verzekerde voorzieningen, is eveneens op een aantal belangrijke punten verruimd en bijgesteld.

Verder voorziet het voorstel in aangepaste tarieven voor diverse dienstverleners.

De aanpassing voor de **paramedici** bedraagt circa 20 %,

Het **ligdag tarief** gaat met circa 45 % omhoog.

De **huisartsen** krijgen een verhoging van 40 %.

Voor **specialisten** geldt, dat indien men verbonden is aan een Ziekenhuis men de vergoeding voor de verleende diensten uitsluitend via het Ziekenhuis kan ontvangen.

De voorgestelde tarieven moeten als uitgangspunt dienen voor verdere regulering binnen de zorg. Daarbij wordt onder meer gedacht aan het aanpakken en voorkomen van dubbele declaraties, verspilling, commercie binnen de zorg, over verbruik, en in efficiency.

Bovengenoemd voorstel is gepresenteerd aan de Onderraad en besproken en goedgekeurd door de Raad van Ministers. Echter is de bekrachtiging door de President van de Republiek Suriname uitgebleven. Of er politieke redenen hiervoor zijn is voor de Zorgaad een vraag. Wel is duidelijk dat ordening zoek is.

5. Mediaberichten

In de bijlagen zijn enkele mediaberichten opgenomen die in 2018 zijn verschenen met betrekking tot de Zorg.

6. Slotwoord

De Wet “Nationale Basiszorgverzekering”, is in werking getreden in oktober 2014.

Er is reeds ontwikkeling waar te nemen in de bewustwording met betrekking tot het belang van een zorgverzekering, de toegankelijkheid en het beter beschikbaar maken van de gezondheidszorg.

Door het besluit van de regering om de basiszorgverzekerden van de groep 0-16 en 60+, over te brengen van een particuliere verzekeringsmaatschappij naar Stichting Staatsziekenfonds, heeft laatstgenoemde thans meer dan 85% van alle verzekerden van het land.

Een braakliggend terrein is de preventieve voorlichting aan de bevolking van Suriname, bijvoorbeeld voedingspatroon en gezond bewegen.

Gebleken is dat de grootste knelpunten voortvloeien uit de interpretatie van de wet door verschillende instanties waardoor de ambities van de Zorgraad en de voorgenomen adviezen en werkzaamheden niet geheel worden geaccepteerd of kunnen worden uitgevoerd.

Om de Zorgraad als wettelijke instantie haar werk goed te kunnen laten uitvoeren, dienen alle instanties bereid te zijn om de data over te dragen zodat er een transparantie komt voor een ieder.

Voorlichting verstrekken aan de verzekerden, wat hun rechten en verplichtingen zijn, gaat niet alleen het eigen besef van de burger bevorderen maar zal zeker bijdragen tot een gezonder Suriname.

DIENSTVERLENING SZF-VERZEKERDEN IN GEVAAR

25/01/2018 15:07 - [Van onze redactie](#)



PARAMARIBO - De Vereniging van Apothekers in Suriname (VvA) voorziet grote problemen in de dienstverlening aan verzekerden van het Staatsziekenfonds (SZF). Dit zegt de vereniging in een persbericht. Declaraties van de maand november 2017 zouden maar voor de helft zijn uitbetaald. Het SZF kondigde woensdag ook nog aan dat het apotheektarief omlaag gaat.

Volgens de VvA weigert het SZF aan te geven wanneer de rest van de gelden zullen worden gestort. Over de maand december 2017 zijn er geen uitbetalingen verricht, terwijl de apothekers wel dagelijks medicijnen verstrekken aan SZF-patiënten. Zij moeten hun voorraden aanvullen, hun personeel uitbetalen en hebben ook andere bedrijfskosten.

Verder is te melden dat de vergoeding die apotheken ontvangen bovenop de inkoopprijs van geneesmiddelen al jaren achterhaald is vanwege enorme kostenstijgingen door onder andere koersverhogingen. Dit is door de beroepsgroep al langer bij het SZF aangekaart. Desondanks hebben de apotheken steeds de dienstverlening gecontinueerd.

De gehanteerde inkoopprijs van geneesmiddelen is al jaren te laag door enorme kostenstijgingen, onder andere door koersverhogingen. Dat heeft de vereniging al eerder bij het SZF aangekaart. Toch heeft het SZF de apotheken woensdag laten weten dat het toch al achterhaalde apotheektarief nog verder wordt verlaagd.

Over deze aankondiging is de AvA niet te spreken. "Deze werkwijze van het SZF is onacceptabel." Wanneer betalingen uitblijven, kunnen apotheken niet langer een adequate dienstverlening garanderen, schrijft de vereniging die het bericht afsluit met: "SZF-verzekerden: u bent geïnformeerd!"

COMMENTAAR: DUURZAME OPLOSSING

01/02/2018 12:00



HET VERLOSSENDE WOORD van de medici over het al of niet verdergaan met de overheid op de huidige basis zou woensdagavond vallen op een algemene ledenvergadering. Gehoopt werd op een besluit waarmee vooral patiënten kunnen leven. De medisch specialisten hebben aanstoot genomen aan kwetsende woorden over hen, geuit door de minister van Volksgezondheid, Patrick Pengel.

Feitelijk zijn de specialisten neergezet als de boosdoeners van de verstoorde relatie. De ongenuanceerde uitspraak van de bewindsman zette kwaad bloed en gooide olie op het vuur, terwijl de minister zijn uitspraak niet onderbouwde en naderhand ook niet concreet is ingegaan op de beschuldigingen, ondanks het beroep van de Vereniging van Medici. Het komt erop neer dat de medisch specialisten geldwolven zijn en de zorg gegijzeld willen houden.

Wat de uitslag van de beraadslaging die woensdagavond is gehouden al bij voorbaat indrukwekkend maakte, is de stilte van de VMS rondom een serie gesprekken met minister Patrick Pengel en het SZF, terwijl de overheidsgesprekpartners volop in beweging kwamen en de indruk wekten dat alles goed komt. Zo is gezegd dat de gesprekken samen twintig uur hebben geduurd en alles is gedaan om een structurele oplossing te zoeken voor de knelpunten, maar feitelijk is voor het moment van de verstoorde relatie geprobeerd een lapje voor het bloeden te vinden.

Of die structurele oplossing is gevonden is niet gezegd door het SZF. Wel zou minister Gillmore Hoefdraad van Financiën intussen geld hebben overgemaakt naar het SZF voor betaling van ziekenhuizen, apotheken en artsen. Apothekers en de VMS hadden gedreigd hun diensten stop te zetten als er geen structurele oplossing komt. Is de structurele oplossing gekomen en zo ja, wat houdt die in? Bij stukjes en beetjes is opnieuw geld overgemaakt. Dat is de bekende trend nadat de beroepsgroepen hun tanden laten zien.

De verwachting is dat de besluiten genomen op de alv gisteravond niet zullen afwijken van de eerdere verklaring waarin door de zorgverleners wordt geëist dat een duurzame en structurele oplossing overeind blijft en voortzetting van de dienstverlening gegarandeerd is, onder vooraf bepaalde voorwaarden. Die voorwaarde houdt in dat de verzekerden direct voor de meerkosten opdraaien en achteraf het geld terugvorderen bij het SZF. Dat wil zeggen dat zorgverleners door deze stok achter de deur geen inhumain gedrag verweten kan worden. Tegelijk dwingen zij hiermee de overheid, die aan het beademingsapparaat zit, tot betaling, aangenomen dat de betalingsruimte permanent bestaat.

BELANGSTELLING VOOR OPENBARE VERGADERING ZORGRAAD GROEIT

18/02/2018 16:09 - [Aidy Pinas-Agodeba](#)



Foto: dWT

PARAMARIBO - De burgerij toont meer belangstelling voor de openbare vergadering van de Zorgraad. Bij de zevende vergadering van de raad, zaterdag, was meer publiek aanwezig dan eerder het geval was. De voorzitter van de raad, Anjenie Ganput, is ingenomen met deze ontwikkeling.

Ze stelt dat het publiek steeds meer beseft dat het zijn stem kan laten horen en een steentje kan bijdragen. Het is volgens haar een enorme uitdaging om een dergelijke vergadering te organiseren. Bij de openbare vergadering valt op dat stakeholders in de gezondheidssector minder belangstelling tonen. Sommige instellingen laten zich vertegenwoordigen terwijl andere het laten afweten.

De vergadering is wel bijgewoond door de minister en directeur van Volksgezondheid, de medisch directeur van het AZP en voormalig vice-president Robert Ameerali. Tijdens de vergadering worden er presentaties gehouden door de raad, waarna er gediscussieerd wordt over verschillende onderwerpen die op tafel worden gelegd.

'HEEN EN WEER'-BELEID ONDERMIJNT BASISZORGVERZEKERING

18/02/2018 15:29



PARAMARIBO - Het eigen 'heen en weer'-beleid van de huidige regering ondergraaft de gedachtegang achter de Wet Nationale Basiszorgverzekering die door de vorige regering werd uitgezet. Dit is zaterdag duidelijk geworden op de openbare zitting van de Zorgraad, meldt Progressieve Arbeiders en Landbouwers Unie (Palu) in een persbericht.

Reeds voorbereide staatsbesluiten blijven uit, evenals de verdere verdieping, aanvulling en verbetering van de wet door (noodzakelijke) nieuwe staatsbesluiten en de verschuiving binnen de gezondheidszorg van curatieve naar preventieve zorg. Dit zijn volgens de Palu slechts enkele voorbeelden van het beleid dat de huidige regering ogenschijnlijk heeft losgelaten. Door dit beleid dreigt de gezondheidszorg onbereikbaar te worden voor grote delen van de bevolking.

Volgens de partij gaat het niet zozeer om het ontbreken van beleid, maar vooral om het niet-voortzetten van een beleid dat reeds was uitgezet, mede ondersteund door de huidige leidende coalitiepartner, de NDP. Zo was ook punt van discussie op de openbare zitting van de Zorgraad de 'positie' van Staatsziekenfonds (SZF), dat zelf meent buiten de wettelijke regelingen te vallen omdat het geen zorgverzekeraar zou zijn.

Met het vanaf 2015 gevoerd beleid maakt de regering gewoon een chaos in de zorgsector en frustreert daarmee de hele transformatie die is ingezet onder de vorige regering. Daar waar we een eenduidig en transparant beleid nodig hebben, zien we ook op dit vlak een heen en weer beleid. Het lijkt erop alsof de regering continu bezig is met het blussen van brandjes door de huidige financiële crisis en zich onvoldoende toelegt op een beleidsmatige benadering van de huidige problemen in de gezondheidszorg.

Zorgraad pleit voor meer transparantie binnen gezondheidszorg

18 februari 2018 om 17:40



Voorzitter van de Zorgraad, Anjanie Ganput, tijdens haar inleiding. Foto: Suriname Herald

Voor een goede en effectieve reorganisatie van de gezondheidssector van het land, is meer transparantie nodig. Dit hebben diverse bestuursleden van de Zorgraad gisteren te kennen gegeven tijdens een openbare vergadering van dit instituut.

De Zorgraad heeft in de afgelopen periode, daarom via verschillende kanalen data van onder andere het aantal verzekerden en de financiële positie van verschillende gezondheidsinstellingen proberen te verzamelen. Dit is tot nog toe niet in voldoende mate gelukt volgens voorzitter Anjanie Ganput. Ze stelt dat haar organisatie, daardoor geen objectief beeld kan vormen van de gezondheidszorg. Anders dan delen van de gemeenschap stellen, betwijfelt de raadsvoorzitter of financiën het daadwerkelijke probleem van de zorg is. Volgens haar kan dat alleen met de juiste data vastgesteld worden.

Ganput is vooral teleurgesteld in de Stichting Staatsziekenfonds (SZF), omdat zij als grootste zorgverzekeraar, slechts een deel van haar verzekeringsbestand beschikbaar heeft gesteld aan de Zorgraad. Omdat de data niet gegeven worden, kan niet exact gezegd worden hoeveel procent van de bevolking daadwerkelijk verzekerd is. Het uitvoeringsorgaan van de Zorgraad kan door gebrek aan informatie, ook niet nagaan hoeveel werkgevers hun medewerkers echt verzekeren, zoals de Wet basiszorgverzekering dat voorschrijft. "Vanuit de raad weten we nog niet precies wat we hieraan gaan doen. We hebben het daarom gedeeld in de openbare vergadering," legde Ganput uit.

Ze blijft erbij dat een structurele oplossing voor de gezondheidszorg alleen mogelijk is, indien de juiste data van de gezondheidsinstellingen beschikbaar gesteld worden.

ZORGRAAD ADVISEERT PREMIEVERHOGING MET 50 PROCENT

19/02/2018 10:12 - [Aidy Pinas-Agodeba](#)



De Zorgraad hield zaterdag zijn zevende openbare bijeenkomst. **Foto: Jason Leysner**

PARAMARIBO - De premie met 50 procent verhogen om het financieringstekort in de zorgsector weg te werken. Dit is het voorlopige voorstel van de Zorgraad. Ziekenhuizen en verzekeraars hebben in de voorbije periode meermalen aan de bel getrokken over de achterhaalde tarieven die zij hanteren. De raad heeft met beschikbare gegevens van verantwoordelijke personen in de sector de situatie geanalyseerd en op basis daarvan een voorlopig voorstel gepresenteerd.

Ashween Achaibersing heeft zaterdag hierover een presentatie gehouden tijdens de zevende openbare bijeenkomst van de Zorgraad, waarvan hij bestuurslid is. "De premieverhoging zal sowieso haar voor- en nadelen hebben", onderstreept hij. Op dit moment is er op maandbasis een tekort van plusminus SRD 30 miljoen. Uit de presentatie blijkt dat enkele instellingen tekortschieten bij de beschikbaarheid van financiële gegevens, waardoor de raad nog geen compleet beeld heeft van de financiering van de zorg.

Zorgraad-voorzitter Anjanie Ganput: "We zijn nog niet helemaal eruit. Zoals mijn collega heeft gezegd zijn er voor- en nadelen. We moeten nog met gegevens het voorstel verder bekijken om vast te stellen of het realistisch is of niet." Ze benadrukt tegenover de redactie dat de financiële component belangrijk is, maar aspecten zoals kwaliteit en reorganisatie moeten niet verwaarloosd worden en er moet rekening worden gehouden met afspraken.

Uit een analyse van mediaberichten van de afgelopen drie maanden blijkt dat er iets niet in orde is met de financiering. In haast alle gevallen kwam het financiële aspect voor. De ene keer was het ontevredenheid bij het personeel van een instantie, omdat het niet (op tijd) is uitbetaald en in een ander geval waren het specialisten en artsen. In vrijwel alle gevallen kon een oplossing gezocht worden, maar die is van korte duur.

19/02/2018 03:25 - [Aidy Pinas-Agodeba](#)



Minister Patrick Pengel van Volksgezondheid zegt dat zijn ministerie geen bemoeienis heeft met hoe en wanneer een premie betaald moet worden. **Foto: dWT Archief**

PARAMARIBO - Het ministerie van Volksgezondheid staat 'machtelos' tegenover verzekeringsmaatschappijen die alleen jaarpremies aanbieden aan burgers die zich willen laten verzekeren. Het gaat vooral om personen van 17 tot 59 jaar. Een aantal personen heeft in de voorbije maanden een klacht hierover gedeponneerd bij de Zorgraad, die onder meer moet toezien op naleving van de basiszorgwet.

Een jaarpremie ligt al boven de tweeduizend Surinaamse dollar. Minister Patrick Pengel stelt dat het ministerie geen enkele premie bepaalt en ook geen bemoeienis heeft met hoe en wanneer deze betaald moet worden. "De wet is duidelijk over de basiszorgverzekering. Er wordt nergens verwezen naar een jaarpremie en we moeten ons aan de wet houden. Wij kunnen slechts erop wijzen dat het niet conform de wet is dat de premie van een jaar in één keer betaald moet worden."

De bewindsman kent de redenen die de verzekeraars hebben opgegeven voor het hanteren van zo een maatregel. Volgens hen hebben ze geen keus, want anders komen ook zij financieel vast te zitten. Het verzekeren van personen voor één of enkele maanden zou in het nadeel van de verzekeraars werken.

Hij stelt dat "als er discussies zijn over de verzekeringspremie, de verzekeraars zich moeten wenden tot de Zorgraad voor een oplossing". De raad stelt onder meer voor dat personen die niet in staat zijn om de jaarpremie ineens te betalen de mogelijkheid krijgen een lening hiervoor aan te gaan bij het Zorgvoorzieningsfonds.

Ondervoorzitter Zorgraad: “Geen structurele oplossing diverse problemen gezondheidszorg”

19-02- 2018



Het wettelijk toezichthoudend orgaan de Zorgraad, heeft op zaterdag een openbare vergadering belegd ten aanzien van de structurele zorgperikelen, welke vanaf het laatste kwartaal van 2017 intenser zijn geworden. De zorgverleners die een poosje geleden in klinkklare taal duidelijk hadden gemaakt dat de zorg niet langer gegarandeerd kan worden door inconsistente uitbetalingen, zijn uiteindelijk wel tot bedaren gebracht door de autoriteiten. Echter concludeert de ondervoorzitter van de Zorgraad, Glynis Tjon Eng Soe, dat er desondanks geen sprake is van een structurele oplossing voor de vele gezondheidsvraagstukken.

De zorgverzekeraars zijn gaandeweg een ander beleid gaan hanteren dat niet meer congruent is met de Wet Nationale Basiszorg. “Zo vragen de verzekeraars, waaronder SZF, een jaarpremie. Als je in verwachting bent, moet je SRD 4.250 neertellen bij SZF voor een verzekering.” Op een gegeven moment werd de Wet Nationale Basiszorg onder de loep genomen. Geruchten deden de ronde dat het basiszorgpakket gewijzigd is. “Iedereen was in de war. Toen werd er gezegd dat de wet ongewijzigd is gebleven.” Desalniettemin blijkt dat de basiszorg in de praktijk heel problematisch verloopt. Tussen al de verontrustende taferelen zijn er wel enkele toe te juichen gebeurtenissen. “De Commissie Beoordeling Huisartsenpraktijk is een feit. Er is ook een System Health Accounts voor Suriname gelanceerd.”

Naar zeggen van Tjon Eng Soe zijn er in de periode van november 2017 tot en met heden meer dan 180 mediaberichten verschenen over de toestanden binnen de medische sector, wat overigens de ernst ervan weergeeft. Het Bureau voor Openbare Gezondheidszorg (BOG), de Medische Zending, de Regionale Gezondheidsdienst (RGD), apothekers, de Nationale Ziekenhuisraad (NZR), het St. Vincentius Ziekenhuis, Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP), Staatsziekenfonds (SZF) en de Vereniging van Medici in Suriname (VMS) hebben meerdere malen te kampen gehad met nijpende financiële issues. “Zo hebben medewerkers acties gevoerd, omdat ze niet waren uitbetaald. Ook de medicijnvoorziening was niet gegarandeerd. In februari 2016 hebben de ziekenhuizen een beroep gedaan op de Zorgraad om te vragen of we een oplossing kunnen vinden voor het ligdagtarief. In AZP is een aantal baby's doodgegaan. SZF en VMS zijn lang bezig geweest met onderhandelingen”, somt de ondervoorzitter enkele van de toestanden op. De zaak is inmiddels onder controle gebracht. “Maar is het een structurele oplossing geweest?”, vraagt Tjon Eng Soe zich af.

Ministers schitterden door afwezigheid hoorzitting Zorgraad

20-02- 2017



Oud-vicepresident Robert Ameerali die aan de wieg van de Basiszorgwet heeft gestaan, noemde de zaterdag gehouden hoorzitting van de Zorgraad, een “geweldig podium”. De Zorgraad is belast met het toezicht op en de handhaving van de Wet Nationale Basiszorgverzekering. De onderraad en andere gezondheidsinstanties zouden aanwezig moeten zijn om informatie te nemen. Als het goed was, zou met de vicepresident, in zijn hoedanigheid van voorzitter van de onderraad en de ministers van Arbeid, Binnenlandse Zaken, Sociale Zaken en Volkshuisvesting, Volksgezondheid en Regionale Ontwikkeling aanwezig moeten zijn op de reguliere openbare hoorzitting van de Zorgraad. De onderraad die het beleid van het Sociaal Zekerheidsstelsel coördineert, schitterde door afwezigheid op de reguliere openbare hoorzitting.

Wat er speelt uit eerste hand vernemen

Het is ook regel dat het Bureau Openbare Gezondheidszorg (BOG) de hoorzitting bijwoont, helaas was deze instantie ook niet aanwezig, om wat er speelt uit de eerste hand te vernemen. Een paar ministers hebben afgemeld en van anderen is er niets vernomen. “Helaas” verzuchtte de bestuurstafel. Volgens de wet dienen de voorzitter en de leden van de onderraad aanwezig te zijn om het te hebben over het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg. “Wij gaan ervan uit dat zij andere dringende verplichtingen hebben”, werd er vergoelijkt.

De taak van de Zorgraad

De relatie tussen de Zorgraad en het ministerie van Volksgezondheid werd aangehaald. Ameerali adviseerde de Zorgraad en het Uitvoeringsorgaan om zich niet bezig te houden met zaken die het ministerie van Volksgezondheid regaderen. Als er klachten over medicijnen zijn, als er sprake is van te veel patiënten voor één arts, als de poli van de arts niet voldoet aan de eisen, als een ziekenhuis problemen heeft, is het aan het ministerie van Volksgezondheid om op te treden. De Zorgraad en het Uitvoeringsorgaan Basiszorg hebben zich te houden aan de Wet Nationale Basiszorgverzekering. Dit houdt onder meer in de registratie en controle van wie in het land verzekerd is. Het uitvoeringsorgaan registreert, beheert een databank, analyseert data, voert controle uit, behartigt de belangen van de verzekerden, geeft voorlichting en werkt aan bewustwording over alle zaken met betrekking tot de Wet Nationale Basiszorgverzekering en ondersteunt de Zorgraad.

Geldstroom basiszorgvoorziening

Volgens cijfers doorgegeven door oud-vicepresident Robert Ameerali vraagt de financiering van de Wet Basiszorgvoorziening ruim 1, 2 miljard SRD. De overheid heeft vijfenzeventig procent daarvan op haar rekening. “Het is heel belangrijk dat de geldstromen zichtbaar worden gemaakt. Hoeveel ontvangt het SZF op basis van de premie groot SRD 135? Wat komt ten goede van de andere verzekeraars? De particuliere verzekeraars dringen aan op tariefsaanpassing, de premies zijn vastgesteld op basis van de deviezenkoers voor de devaluatie van de SRD. De medische zorg heeft een importcomponent van 25 %, de dienstverleners waaronder ziekenhuizen en apothekers, zitten ook te springen om betere inkomsten.”

Zorgraad beschikt niet over financiële data SZF, RGD en 's Lands Hospitaal

20-02- 2018



Het wettelijk toezichthoudend orgaan, Zorgraad, heeft op zaterdag jongstleden een openbare vergadering belegd ten aanzien van de structurele zorgperikelen. Dit vond plaats op het Lalla Rookh complex. Zorgraad, die afhankelijk is van de data van de zorgverzekeraars en zorgverleners om analyses uit te voeren, heeft nogal wat moeite ondervonden bij het opvragen van de data. Daarbij is het opmerkelijk dat Staatsziekenfonds (SZF), Regionale Gezondheidsdienst (RGD) en 's Lands Hospitaal meerdere malen verzuimd hebben om aan Zorgraad inzage te geven in de jaarrekeningen van 2013 tot en met 2017. Bedrijf Geneesmiddelen Voorziening Suriname (BGVS), Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP), St. Vincentius Ziekenhuis, Diakonessenhuis, Mungra Medisch Centrum (MMC), Medische Zending (MZ), Assuria, Self Reliance en Parsasco hebben daarentegen wel hun medewerking verleend om data beschikbaar te stellen. Dit presenteerde Ashween Achaibersing, lid van de Zorgraad, tijdens de openbare vergadering.

Aan de hand van de beschikbare data constateert Achaibersing dat afwijzingen voor de basiszorgverzekering voor 60-plussers en kinderen tussen 0 en 16 jaar veelvuldig hebben plaatsgevonden bij SZF. Daarnaast merkt hij op dat zorgverzekeraars niet happig waren om de verzekering voor baby's in couveuses en dekking van de meerkosten voor nierdialyse patiënten aan te gaan. Ook het verschaffen van onjuiste en onduidelijke informatie, onder andere over het zorgvoorzieningsfonds, aan burgers is gerapporteerd aan de Zorgraad evenals het ontbreken van de dekking voor medicijnen. Wat ook tot de constatering behoort, is dat werkgevers niet altijd hun medewerkers verzekeren. "Dit heeft ook te maken met de afwijzing van kinderen tussen 0 en 16 jaar en 60-plussers". De wachttijd is ook een veelvoorkomende klacht. "Als je een afspraak moet maken bij de specialist, kan het soms een week duren en zelfs langer". Daarom zullen de huisartsen gebonden worden aan een bepaald limiet voor de aanname van patiënten.

"Wij moeten nauw samenwerken met het Uitvoeringsorgaan dat een klachtenregistratie systeem heeft. Zo hebben we meer dan 100 bezwaarschriften binnengekregen over afwijzingen van verzekeringsproducten en de meeste voorzieningen". Het hanteren van jaarlijkse premie is eveneens een heet hangijzer, vooral hoe dit in de Wet Nationale Basiszorg niet is gedefinieerd. Achaibersing spreekt derhalve niet van een basiszorg, maar van andere verzekeringsproducten. "Op het moment dat zorgverzekeraars meer gaan vragen, is dat hun eigen product en niet de wettelijke basiszorgverzekering". De ontstane situatie heeft echter geen wettelijke grondslag. "Het eindbesluit is namelijk nog steeds niet gewijzigd". Volgens Achaibersing heeft de missive van 2015 betreffende de basiszorg geen wijziging ondergaan, waardoor het weigeren van basiszorgverzekeringen door verzekeraars in principe niet is toegestaan. "Zowel de ministers van Volksgezondheid als Binnenlandse Zaken hebben aangegeven dat de mensen niet geweigerd mogen worden voor een basiszorgverzekering", aldus Achaibersing.

20/02/2018 12:00



DE ZORGRAAD ADVISEERT om de premie die verzekerden moeten betalen te verhogen met 50 procent. De raad heeft de mediaberichten gevolgd en van belanghebbenden verkregen informatie onderzocht, om te zien waar de schoen wringt. Hij komt tot de voorlopige conclusie dat het maandelijks gat dat gedicht moet worden in de gezondheidszorg ruim SRD 30 miljoen bedraagt.

Het is deels wel een opluchting om te weten hoeveel het te financieren gat ongeveer is. Hierdoor kan gewerkt worden aan een mogelijke oplossing. Tegelijkertijd zal het een huzarenstuk blijken om het gat te dichten. Sedert de aanname van de Wet Nationale Basiszorgverzekering in 2014 is de financiële situatie van het land sterk achteruitgegaan. Ook de burger kan nu moeilijk 50 procent extra opbrengen om de kosten van een verhoging te betalen.

De regering heeft bovendien ook zelf ingehakt op die wet door de mensen boven de zestig jaar en kinderen onder de zestien jaar niet langer gratis te verzekeren. Het credo werd dat wie de premie zelf kan betalen dat maar moet doen. Op de vraag welke financiële indicatoren werden gebruikt om vast te stellen wat de minimale draagkracht per gezin moest zijn om de premie te kunnen betalen, bleef het ijsig stil. Begrijpelijk, omdat het onmogelijk en gevaarlijk nattevingerwerk is om zonder een armoedegrens te bepalen wie de premie zelf kan betalen.

Bovendien mag niet uit het oog verloren worden dat het hier gaat om het gat in de basisziektekostenverzekering. Er is nog niet gesproken over het gat dat geslagen is voor het verlenen van specialistische topzorg. Om de kosten daarvoor te betalen zou de regering een fonds opzetten. De details over dit plan ontbreken ten enenmale.

Het bovenstaande maakt dat het waas rondom de gezondheidssector, opgeworpen door de leiding van het parlement en de minister van Volksgezondheid, dringend moet wijken voor een debat waarbij de regering al haar kaarten op tafel legt en samen met het parlement een structurele oplossing bedenkt voor de grote problemen in de gezondheidszorg.

Het gevaar dat op de loer ligt is dat grote groepen mensen onverzekerd zullen rondlopen met alle gevolgen van dien. Ziekenhuizen en andere zorg verlenende instellingen moeten nooit in de vervelende positie gemanoeuvreerd worden dat zij moeten kiezen tussen het veiligstellen van hun broodnodige inkomsten of het eerbiedigen van hun gezworen eed om de zorg voor de zieke mens voorop te stellen.

BURGERS KIEZEN EERDER VOOR SOZAVO BIJ ZORGVERZEKERING

21/02/2018 06:18 - [Aidy Pinas](#)



Foto: dWT Archief

PARAMARIBO - Voor hun ziektekostenverzekering kloppen burgers eerder aan bij het ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting (Sozavo) dan bij het Zorgvoorzieningsfonds. Tot deze conclusie komt de Zorgraad. Sozavo dekt de verzekering voor personen van 17 tot 59 jaar wanneer zij een aanvraag doen. Ze moeten wel eerst een screening ondergaan.

Volgens de voorzitter van de raad, Anjenie Ganput, melden weinig personen gebruik van de mogelijkheid om een verzekering aan te vragen bij het Zorgvoorzieningsfonds. Personen die niet in staat zijn om hun ziektekostenverzekering te betalen, kunnen aankloppen bij het Zorgvoorzieningsfonds. Op basis van voorwaarden kunnen ze in aanmerking komen voor een lening om hun verzekering te betalen. De rente is 2 procent en er is een maximale aflossingsperiode van tien jaar.

Tijdens de openbare vergadering van de raad in het weekend is dit onderwerp weer ter sprake gekomen. Op eerdere bijeenkomsten was er ook al nagegaan wat kan worden gedaan om de mensen te bewegen bij het Zorgvoorzieningsfonds aan te laten kloppen. Een gedachte was dat enkele van de voorwaarden een drempel vormen. Eén hiervan is dat de aanvrager een vast inkomen moet hebben. Ook moet zo'n persoon minimaal een basiszorgverzekering hebben.

De Zorgraad heeft in de afgelopen periode getracht om de gemeenschap in te lichten over deze mogelijkheid en zegt zich te zullen blijven inzetten om het doel te bereiken. Het fonds wordt beheerd door het Uitvoeringsorgaan Basiszorg. Het wordt in stand gehouden door de verzekeraars, die verplicht zijn om 3 procent van de premie die ze ontvangen hierin te stoppen. Alleen verzekerden van een door de Zorgraad erkende maatschappij mogen een lening afsluiten bij het fonds. De VCB Bank doet de administratie.

DEKKINGSGRAAD MEDISCHE VERZEKERING TOEGENOMEN

03/03/2018 19:55 - [Ivan Cairo](#)



Minister Patrick Pengel van Volksgezondheid zegt dat door de introductie van de wet Basiszorg meer mensen toegang hebben tot gezondheidszorg. **Foto: dWT Archief**

PARAMARIBO - Het aantal personen met een medische verzekering is toegenomen. Ten opzichte van 2016 zijn in het afgelopen jaar tachtigduizend mensen meer verzekerd. "Dat is een significante vooruitgang. Hoe zegt men in de motie dat brede lagen van de samenleving geen toegang hebben tot zorg", zei minister Patrick Pengel van Volksgezondheid, donderdag in het parlement.

"Juist door introductie van de wet Basiszorg hebben meer mensen toegang tot zorg vanwege hun status van verzekerde. Dit merken wij aan de stijging van verleende zorg in de vorm van toegenomen declaraties en ligdagen." Hij voegde eraan toe dat de regering zal werken naar verdere verhoging van de dekkingsgraad.

In een motie vroeg de oppositie aandacht voor de problemen in de gezondheidszorg; veel burgers zouden geen toegang hebben tot medische zorg. De motie werd door het parlement verworpen. Samen met de ministeries van Binnenlandse Zaken en Sociale Zaken en Volkshuisvesting, het Uitvoeringsorgaan en de Zorgraad zal Volksgezondheid acties ondernemen om het aantal verzekerden verder te verhogen. Het bedrijfsleven heeft hier ook een belangrijke rol in te vervullen.

'SURVAM HANDELT NIET TEGEN DE WET'

07/03/2018 10:27 - [Aidy Pinas-Agodeba](#)



PARAMARIBO - Cliënten verplichten om zich voor minimaal een jaar te laten verzekeren, is niet in strijd met de wet. Nergens in de wet is opgenomen wat de betaaltermijn is. Dit zegt de voorzitter van de assuradeurorganisatie Survam, Armand Achaibersing. "De wet heeft de maandpremie bepaald, maar niet de betaaltermijn. Dat is simpel omdat je bij wijze van spreken ook een verzekering van zes of zeven maanden kan afsluiten", onderstreept hij.

De organisatievoorzitter hoopt dat hiermee duidelijk is dat de verzekeringsmaatschappijen niet tegen de wet handelen. "Want er wordt hier en daar geroepen dat het niet mag, maar niemand kan aangeven waar in de wet dat staat. De Zorgraad heeft ook niet gezegd dat deze maatregel niet mag of kan." De assuradeurs willen met deze maatregel voorkomen dat ze grote verliezen lijden.

Achaibersing zegt dat iemand die zich voor een maand verzekert de maatschappij veel kost, omdat in de wet is opgenomen dat een dergelijke cliënt twee tot drie maanden verder verzekerd moet worden. "Je hebt dus een paar honderd Surinaamse dollars (SRD) ontvangen en je dekt duizenden SRD's aan zorgkosten voor de persoon." Hij merkt op dat er ook personen zijn die hun zaken netjes afhandelen

13/04/2018 08:07 - [Merredith Bruce](#)



Foto: Irvin Ngariman

PARAMARIBO - Betogers hebben donderdag op de derde protestdag van The Next Generation tegenover het Franklin Essed-gebouw één minuut stilte in acht genomen voor personen die als gevolg van de situatie binnen de gezondheidszorg zijn komen te overlijden. Het gaat bijvoorbeeld om personen die vanwege hun ziekte dringend naar het buitenland moesten voor hulp en tevergeefs instanties hier hebben afgelopen om dat te verwezenlijken.

Martin Atencio van de Algemene Belangenorganisatie Suriname (Abos) die de eerste spreker was, heeft dit onderwerp aangesneden. Hij beschreef een situatie van een vrouw die aan kanker leed en voor hulp naar het buitenland moest. Atencio hekelde het dat er geen open oor is getoond voor de publieke noodkreet van deze persoon, die hij bij naam heeft genoemd. De vrouw heeft geen hulp gevonden en is vorig jaar komen te overlijden.

"Ik vraag me af, hoorden en zagen de parlementariërs en de president dat niet?" vroeg Atencio geërgerd. Het kon er bij hem niet in dat de president vorig jaar naar Cuba is vertrokken met zijn gezin voor medische hulp, terwijl er personen zijn die zich door de economische situatie geen adequate medische zorg kunnen permitteren. "Als je kijkt naar '1 voor 12' of soortgelijke programma's zie je hoe mensen bedelen voor donaties om geholpen te worden. Als ze dat niet kunnen vinden gaan ze dood!" riep Atencio door de microfoon. Na zijn toespraak vroeg de conferencier om één minuut stilte.

Radjoe Bhikharie beweerde dat hij zelf een lange lijst van namen heeft van personen die als gevolg van het slechte zorgsysteem zijn komen te overlijden. "*Yu e wipi unu nanga tiki! Yu e naki wi nanga tiki! Mi no man teki en moro! Mi bille kon blauw*", richtte de spreker zich tot de beleidsmakers. Goede gezondheidszorg is slechts voor een groepje mensen weggelegd, zei Ahilia Welles tijdens haar toespraak. "Mensen die ziek zijn moeten naar programma's gaan om te bedelen en het lijkt een normale zaak. We accepteren het allemaal. Wel vandaag zeggen we het is genoeg! *A keba!*"

Elke betogers kreeg een roze briefje mee, bestemd voor de Zorgraad die toeziet op de handhaving van de wet Nationale Basiszorgverzekering. In de brief worden puntsgewijs situaties opgenoemd die zich in de praktijk voordoen en in strijd zijn met deze wet. Zo zou de Staat niet voldoen aan zijn verplichting om de premie te betalen voor personen tussen nul en zestien jaar en voor zestigplussers. "Nu blijkt dat er tal van gevallen zijn waarbij de verzekering van personen in genoemde leeftijdscategorieën afgewezen of niet verlengd wordt."

In de brief worden nog meer punten genoemd die in strijd zijn met de wet. De mensen moesten hun handtekening plaatsen onder het schrijven en hebben het gisteren ingediend bij de Zorgraad. Xaviera Jessurun, vertegenwoordiger van The Next Generation, merkte op dat de groep "veel weerstand en tegenstand" ervaart. "We moeten elke keer een plan net iets omgooien zodat we door kunnen gaan met deze strijd. Heb geduld." De actiegroep gaat nu evalueren en zich beraden over een vierde protestdag.

HOOGHART HEKELT 'KARTELVORMING' APOTHEKEN

27/04/2018 09:56 - [Ivan Cairo](#)



CLO-voorzitter Ronald Hooghart is van mening dat er sprake is van "kartelvorming" bij de apotheken die zo de samenleving "uitbuiten". **Foto: Jason Leysner**

PARAMARIBO - Wanneer apotheken aan kartelvorming doen en prijsafspraken maken, dan zullen daartegen maatregelen worden getroffen. Zo stelt minister Antoine Elias van Volksgezondheid op vragen van de Ware Tijd. Volgens CLO-voorzitter Ronald Hooghart is er sprake van "kartelvorming" bij de apotheken die zo de samenleving "uitbuiten".

De apotheken zouden buitensporig hoge prijzen vragen voor medicijnen die voor lagere bedragen kunnen worden aangeboden, zei Hooghart maandag tijdens een ledenvergadering. Hij sprak er ook zijn misnoegen over uit, dat sommige apotheken bepaalde medicijnen niet op SZF-recept verstrekken, maar wel tegen contante betaling.

Enige tijd geleden zou ook in kringen van de Stichting Staatsziekenfonds (SZF) zijn geklaagd dat sommige apotheken offertes indienen met absurd hoge bedragen voor medicijnen.

"Kartelvorming is binnen de Vereniging van Apothekers niet bekend", zegt voorzitter Irvin Jong A Liem. Hij wijst erop dat de prijzen en vergoedingen van de apotheek zijn gebonden aan afspraken en wettelijke eisen met externe instanties. "Belangrijk om te weten is dat geneesmiddelen praktisch allemaal geïmporteerd worden."

28/04/2018 12:00



RONALD HOOGHART HEEFT tijdens een ledenvergadering van de Centrale van Landsdienarenorganisaties zijn bezorgdheid geuit over een aantal zaken in de gezondheidssector. Hij constateerde onder andere kartelvorming bij apotheken. Ook het feit dat verzekerden van de Stichting Staatsziekenfonds (SZF) bij sommige apotheken moeten betalen voor medicijnen, is hem een doorn in het oog. De Vereniging van Apothekers weerlegt de meeste punten die Hooghart noemt en legt uit waarom verzekerden soms toch moeten betalen voor medicijnen.

Naast deze zaken noemt de vakbondsleider/politicus ook het feit dat een groot deel van het geld dat beschikbaar is voor de sector, gaat naar een handvol specialisten. Deze dingen houden de burgerij inderdaad bezig. Zeker over de honoraria van medische specialisten doen al enige tijd de wildste geruchten de ronde. Door met de vinger naar elkaar te wijzen lost het probleem echter niet op. Wanneer de bevoorrading door het Bedrijf Geneesmiddelen Voorziening Suriname optimaal was, hoefden de apotheken niet zelf te importeren. Een andere zaak is dat de klapper van het SZF steeds wordt aangepast, waardoor doctors niet bijhouden wat wel en niet in de klapper staat. Aangenomen wordt dat de arts de beste medicijnen voorschrijven. Als die niet in de klapper voorkomen, schrijven zij dan de minder goede voor?

De specialisten in Suriname vormen een aparte groep binnen de totale sector van dienstverlenende beroepen in Suriname. Ze bepalen zelf de prijs van hun diensten, maar aan de andere kant is er geen integrale controle op de kwaliteit van de dienstverlening. Nergens wordt nagegaan of prijs en kwaliteit van geleverde specialistendiensten wel in verhouding staan. Het marktmechanisme werkt ook niet voor deze groep, omdat de vraag naar bepaalde specialisaties vaak veel en veel groter is dan het aanbod van specialisten. Niet zelden zitten mensen in zeer volle wachtkamers en zien alleen de assistent van de specialist. Wel mag vermeld worden dat de devaluatie van de Surinaamse dollar in elke portemonnee heeft gesneden, dus ook in die van de specialisten.

Bovengenoemde zaken vormen slechts een klein deel van de punten die verkeerd gaan binnen de gezondheidssector. Daarnaast zijn er problemen met de financiering van de Basiszorgverzekering. En ook de financiering van medische kosten die niet behoren tot basiszorg, vormt een uitdaging voor de regering en zorgt voor veel meer problemen dan er oplossingen zijn. De samenleving kijkt uit naar de discussie die Hooghart hierover zal aanwakken in het parlement.

SZF-VERZEKERDEN MOETEN BETALEN VOOR MEDICIJNEN

02/05/2018 13:01 - [Van onze redactie](#)



PARAMARIBO - De SZF-verzekerden zullen vanaf 4 mei voor de kosten van voorgeschreven medicamenten betalen, onder verstrekking van een kwitantie. Met deze kwitantie kunnen de SZF-cliënten zich aanmelden op het SZF-kantoor voor restitutie. Dit meldt de Vereniging van Apothekers in Suriname (VvA) in een uitgeven verklaring.

De laatste maanden is volgens de apothekersgroep onder de apotheken geconstateerd dat de betaling voor geleverde diensten door de grootste zorgverzekeraar, de stichting Staatsziekenfonds (SZF) steeds verlaat plaatsvindt. Er zijn in de afgelopen maanden diverse gesprekken geweest die geleid hebben tot afspraken. Helaas moet geconstateerd worden dat gemaakte afspraken over de betaling niet worden nageleefd.

Het structureel uitblijven van tijdige (met "tijdig" wordt bedoeld: betaling binnen de in de dienstverleningsovereenkomst vastgelegde betalingstermijnen) betaling vanuit de grootste debiteur, leidt ertoe dat de apotheken hun bedrijfsvoering niet meer kunnen garanderen; Het is voor de apotheken (geheel buiten hun schuld om) niet meer mogelijk om de dienstverlening over een nog grotere periode voor te financieren.

Zodra de achterstallige betalingen aan de apotheken plaatsgevonden hebben, zal het voor de apotheken weer mogelijk zijn om de dienstverlening aan de samenleving als vanouds aan te bieden. De Vereniging van Apothekers in Suriname betreurt de situatie ten zeerste, maar ziet momenteel geen andere optie die het voortbestaan van de dienstverlening van de apotheken kan garanderen.

SZF VOLDOET ACHTERSTALLIGE BETALING APOTHEKERS

03/05/2018 17:59



PARAMARIBO - De Vereniging van Apothekers in Suriname heeft afgezien van de aangekondigde actie, omdat het Staatsziekenfonds donderdag de achterstallige betaling aan de apotheken in orde heeft gemaakt. Dit meldt de vereniging in een persbericht.

Hiermee is de dienstverlening aan de SZF-verzekerden gegarandeerd. De apothekers hopen op een duurzame oplossing om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen.

SZF-verzekerden zouden vanaf 4 mei contant moeten betalen voor hun medicatie vanwege een betalingsachterstand bij de verzekeringsmaatschappij.

ZUIGELINGEN NA DRIE ZIEKENHUISDAGEN NIET MEER VERZEKERD

15/05/2018 19:37 - [Naomi Hoever](#)



Foto: [Motivationalmemo.com](#)

PARAMARIBO - De drie-dagen-regeling om een zuigeling aan te melden bij een verzekeringsmaatschappij werkt niet in de praktijk. Dit zegt Manodj Hindori, voorzitter van de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR). Deze maatregel is tussen verzekeringsmaatschappijen en de ziekenhuizen afgesproken. In het verleden was een baby na geboorte veertien dagen automatisch met de moeder meeverzekerd.

Al enige tijd echter moeten de ouders of een familielid van een nieuw geborene het kind zelf aanmelden bij de verzekering. Dit maakt dat bepaalde instellingen de ouders zuigelingkosten in rekening brengen. Hindori zegt dat de maatregel in de praktijk voor problemen zorgt. Het lukt de moeder die nog moet herstellen namelijk vaak niet om het kind binnen drie dagen aan te melden.

"Ziekenhuizen plaatsen de kosten voor een zuigeling die niet verzekerd is voor eigen rekening en die kan behoorlijk oplopen", stelt hij. Ouders kunnen meestal de hoog opgelopen kosten niet betalen en dat is een verliespost voor de ziekenhuizen volgens de NZR-voorzitter. De verzekeraars zijn bij de drie-dagen-regeling kennelijk uitgegaan van een natuurlijke bevalling zonder complicaties, waarbij de moeder binnen drie dagen het ziekenhuis mag verlaten.

Verpleegkundig directeur Suze Holband van 's Lands Hospitaal zegt dat het kindje drie dagen zorg mag genieten via de verzekering van de moeder zonder dat er aparte zuigelingkosten in rekening worden gebracht. Vanaf de vierde dag is de baby echter niet meer automatisch verzekerd.

's Lands Hospitaal probeert wel contact te maken met de verzekeraar van de moeder om de geboorte van het kind te melden. Holband zegt dat het dit ziekenhuis soms lukt om via het ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting de rekening te betalen van patiënten die dat niet kunnen. "Wij hebben een andere band met het ministerie." Ook gebeurt het dat deze personen zich aanmelden bij de Zorgraad.

Zorgraad luidt noodklok: Per 1 juni 2017 grote groepen kinderen en 60+ onverzekerd

19-05- 2017

Bij de Zorgraad is grote ongerustheid ontstaan over de afwijzing door het SZF van kinderen van 0-16 jaar en ouderen van 60+ om in aanmerking te komen voor de premie betaald door de overheid voor de basiszorgverzekering. Volgens artikel 7 lid 3 van de Wet Nationale Basiszorgverzekering kan de Raad van Ministers bepalen voor welke groepen of categorieën de premie wordt betaald door de overheid. Bij Raadsbesluit is door de regering in 2013 toen vastgesteld dat de premie voor alle kinderen tussen 0-16 jaar en alle ouderen van 60+ door de overheid betaald wordt. Deze speciale groep, die eerder was ondergebracht bij verzekeringsmaatschappij Self Reliance, is per 1 juni 2016 overgeheveld naar het SZF.

Echter worden nu verlenging (en nieuwe) aanvragen voor de basiszorgverzekering voor kinderen door het SZF geweigerd op grond van het feit dat een der ouders in loondienst is, ongeacht de hoogte van het loon of de grootte van het gezin. Hierdoor dreigen velen nu onverzekerd te raken, waarbij voorbijgegaan wordt aan het doel van de Wet, n.l. dat elke burger verzekerd moet zijn.



PARAMARIBO - Werkgevers, dienstverleners, verzekeringsmaatschappijen en het Staatsziekenfonds (SZF) moeten hun verantwoordelijkheid naar de maatschappij toe dragen en geen zaken doen die tegen de Wet zijn om zodoende de rust in de gezondheidszorg te behouden. Dit is het standpunt van de Zorgraad met betrekking tot de kwestie tussen de radiologen en de Surinaamse Vereniging van Assurantiemaatschappijen.

De Survam heeft onlangs gedreigd om premies voor basiszorgverzekering te verhogen. Volksgezondheid minister Antoine Elias heeft middels overleg beide partijen zover gekregen om te werken aan een voorstel voor tarief- en premieverhoging.

Op de laatste Openbare vergadering van februari dit jaar, is de Zorgraad uitvoerig ingegaan op het financieel spanningsveld tussen de verzekeringsmaatschappijen en de dienstverleners. "Wat in de vergadering duidelijk naar voren is gebracht is, dat er een premie aanpassing noodzakelijk is om de rust in de gezondheidszorg te doen wederkeren", vermeldt de raad in een persbericht.

Aan de andere kant verwacht de raad ook dat burgers zich normaal blijven verzekeren en de daarbij behorende verzekeringspremie tijdig betalen, zodat de zorgkosten betaald kunnen worden uit de beschikbare middelen.

20/07/2018 12:00



DE REGIONALE GEZONDHEIDSDIENST trekt aan de alarmbel, omdat relatief veel zwangere vrouwen onverzekerd zijn. Verontrustend is dat hoogzwangere vrouwen zich pas kort voor de bevalling bij een polikliniek melden. Het risico hiervan is dat gedurende de gehele periode van zwangerschap, controle en begeleiding door een gynaecoloog uitblijft waardoor complicaties kunnen optreden die zelfs kunnen leiden tot moeder- en kind sterfte.

Bij regelmatige controle kunnen deze complicaties voorkomen worden en als die zich toch voordoen, kan tijdig worden ingegrepen. Er bestaat onvoldoende informatie over de categorie waaronder het groot aantal niet-verzekerden valt. Gaat het om vrouwen die niet bij een werkgever in dienst zijn of zijn ze het werkloze aanstaande moeders? Een deskundige in de basiszorg zegt dat dit probleem van personen die niet verzekerd zijn, dieper ligt.

Met de wet Basiszorgverzekering is er niets mis, mits de staatsbesluiten die de wet moeten completeren worden uitgevaardigd. Omdat dit niet gebeurt kan geen of niet volledig gebruik worden gemaakt van voorzieningen in de wet en loopt de overheid geld mis waarmee de gezondheidszorg deels had kunnen worden betaald. Door het ontbreken van de aanvullende staatsbesluiten betaalt een groot aantal bedrijven de premie voor hun medewerkers niet, terwijl dat verplicht is.

In de basiszorgwet is plaats ingeruimd voor het Uitvoeringsorgaan en de Zorgraad, die door de ontbrekende staatsbesluiten de wet niet volledig kunnen uitvoeren. Ze hebben wel een zekere autonomie. In noodgevallen kan een beroep worden gedaan op het ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting om mensen die geen verzekering hebben, tegemoet te komen. Gelet op wat in het verleden gebeurd is met de beruchte kaarten voor on- en minvermogenden, is willekeur ook nu niet ondenkbaar.

Een niet-verzekerde zwangere vrouw die medische hulp nodig heeft wordt een aantal maanden in de 'wachtkamer' geparkeerd voor screening om te beslissen of ze wel of niet kan betalen. Juist vanwege het gebrek aan kennis over de complexiteit van de basiszorgwet en de wegen die bewandeld moeten worden voor hulp, verliezen vooral eenvoudige vrouwen uit het binnenland en de districten alle hoop op deskundige hulp. Er komt vaak heel veel papierwerk aan te pas bij onderzoek naar het wel of niet verlenen van basiszorg. Intensieve voorlichting op maat, kan mogelijk het vraagstuk oplossen. Mensen gewoon oproepen zoals de Regionale Gezondheidsdienst dat doet is niet voldoende. De dienst is regio gebonden en moet andersoortige voorlichtingsmethoden gebruiken om zwangere vrouwen te bereiken en de voorlichting toegankelijker te maken.

VOLKSGEZONDHEID KRIJGT ADVIES ZORGRAAD

03/08/2018 08:12 - [Aidy Pinas-Agodeba](#)



Het ministerie van Volksgezondheid Foto: Gov.sr

PARAMARIBO - Het ministerie van Volksgezondheid moet spoedig een oplossing vinden voor de vraagstukken binnen de gezondheidssector, om onnodige onrust te voorkomen. De situatie in de sector wordt, zoals geschetst wordt door verschillende actoren, met de dag erger.

Volksgezondheidsminister Antoine Elias laat weten dat het departement advies heeft gehad van de Zorgraad om de problemen spoedig te verhelpen. De bewindsman reageerde heel kort op de vragen van de krant. "We zijn in onderhandeling en we hopen snel tot een oplossing te komen".

Hij merkt op dat het ministerie ervan op de hoogte is dat dienstverleners, onder andere radiologen, bijbetaling vragen, omdat ze vinden dat de bedragen die de verzekeringsmaatschappijen uitkeren achterhaald zijn. "We zijn bezig om een schikking te treffen", zei de minister, waarna hij niets meer kwijt wil.

De voorzitter van de Zorgraad, Ajenie Ganput, bevestigt dat er een voorstel is gedaan aan de onderraad. Ze vertelt dat de Zorgraad op de openbare vergadering van 11 augustus nader zal ingaan op het advies. Volksgezondheid had een paar weken geleden tijdens een meeting met de verzekeraars en de radiologen wat ruimte gevraagd om met een oplossing te komen.

ARTSEN NIET BLIJ MET ADVIES ZORGRAAD

09/08/2018 11:47 - [Aidy Pinas-Agodeba](#)



PARAMARIBO - De particuliere huisartsen zijn teleurgesteld in het advies van de Zorgraad aan het ministerie van Volksgezondheid dat per maand voor elke ingeschreven verzekerde SRD 21 moet worden betaald. Ze zullen zich hierover zaterdag uitspreken op openbare vergadering van de Zorgraad. Vorige week wilde noch de Raad, noch minister Antoine Elias van Volksgezondheid uitweiden over het voorstel.

De artsen, aangesloten bij de Vereniging van Medici in Suriname, eisen dat de Stichting Staatsziekenfonds (SZF) hen per verzekerde 5,85 US-dollar per maand betaalt, zoals staat in het contract van juni 2015. Dit bedrag eisen ze ook van andere verzekeringsmaatschappijen. Het SZF betaalt op dit moment ruim SRD 24 per verzekerde per maand.

Voor BaZo-verzekerden krijgen de huisartsen ongeveer SRD 20. De tarieven van de andere verzekeringsmaatschappijen liggen lager dan die van het fonds. Parsasco betaalt SRD 18 en Assuria en Self Reliance ongeveer SRD 17,50.

De artsen stellen dat ze niet kunnen overleven van het 'hongerloon' dat ze nu ontvangen. Volgens een rapport dat in 2012 is opgemaakt door een accountantsbureau zou 36 procent van het brutoloon besteed moeten worden aan praktijkkosten, zoals onderhoud, huur van de kliniek en beveiliging. De resterende 62 procent, is honorarium.

De huisartsen eisen dat de situatie wordt aangepakt, omdat er kleine praktijken zijn die totaal niet uitkomen. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen is het belangrijk dat de dienstverleners tevreden zijn en hun praktijk kunnen onderhouden. De huidige situatie zorgt voor demotivatie en slechte dienstverlening aan patiënten.

ZORGVERLENERS NIET TEVREDEN MET NIEUWE TARIEFSVOORSTEL

11/08/2018 19:47 - [Jason Pinas](#)



PARAMARIBO - De Vereniging van Medici in Suriname (VMS) en andere zorgverleners hebben het tarief voorstel van de Zorgraad zaterdag verworpen. Dit gebeurde tijdens een openbare vergadering van de raad. De ontevreden artsen kunnen zich niet terugvinden in een vergoeding van ongeveer SRD 21 per patiënt per maand.

Tijdens de drukbezochte bijeenkomst hebben zij hun mening duidelijk kenbaar gemaakt. De ontevredenheid was duidelijk en de spanning liep af en toe hoog op. Met name VMS-bestuursleden Ben Hewitt en Ricardo Markiet menen dat de Zorgraad onvoldoende haar huiswerk heeft gemaakt.

In een uitgegeven verklaring stelt het Collectief van Zorgverleners dat de Zorgraad in haar huidige vorm geen oplossing kan brengen voor de huidige problemen binnen de gezondheidszorg. Artsen, apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen en andere zorgverleners zullen zich daarom beraden over stappen die spoedig genomen moeten worden om de sector te redden. Welke stappen dat zijn, is nog onduidelijk.

Zorgraadvoorzitter Anjanie Ganput stelt dat ze deels kan meegaan met reacties die tijdens de vergadering zijn gegeven. Ze blijft er wel bij dat controle en regulering van een aantal zaken noodzakelijk zijn, om de zorg te kunnen blijven garanderen.

Zorgverleners geven af op werkwijze Zorgraad

12 augustus 2018 om 06:37



Zorgverleners hebben vol verbazing gereageerd op de werkwijze van de Zorgraad, die adviezen uitbrengt aan de overheid zonder met hen in conclaaf te treden. Tijdens de openbare vergadering die de Zorgraad zaterdag heeft gehouden, hebben verschillende zorgverleners flink afgegeven op het functioneren van de Zorgraad.

Diverse sprekers, die namens de sectoren hun visie hebben gegeven over de gang van zaken, keuren de werkwijze van de Zorgraad af. Zo zou de Zorgraad de overheid geadviseerd hebben om de tarieven per verzekerde tussen de SRD 21 en SRD 25 vast te stellen.

Ricardo Markiet van de Sectie Algemene Artsen van de Vereniging van Medici in Suriname (VMS), wilde weten op basis waarvan de Zorgraad het tariefvoorstel heeft gedaan. De groep is niet gekend, terwijl ze ook een eigen rekenmodel heeft. Dit rekenmodel zou de groep graag met de Zorgraad willen bespreken.

Ook fysiotherapeuten en apothekers zijn het niet eens met de werkwijze van de Zorgraad. Ook zij zeggen niet gekend te zijn in besluitvorming van de Zorgraad.

De zorgverleners zijn bijzonder verbaasd dat er zulke verregaande besluiten worden genomen, maar twijfelen ook aan de deskundigheid van de leden van de Zorgraad.

HUISARTSEN BOYCOTTEN NIEUW TARIEFVOORSTEL

13/08/2018 00:04 - [Jason Pinas](#)



Ondervoorzitter Glynes Tjon Eng aan het woord op de openbare vergadering van de Zorgraad. Foto: Stefano Tull

PARAMARIBO - De Zorgraad onder leiding van Anjanie Ganput is nogal verrast dat het collectief van zorgverleners niet akkoord gaat met het voorstel dat de raad onlangs heeft uitgebracht aan de regering, verzekeraars en zorgverleners. De raad heeft een tariefsverhoging geadviseerd van 20 procent voor specialisten en paramedici, 25 procent voor ziekenhuispersoneel en 40 procent voor huisartsen. Met name de particuliere huisartsen zijn zeer ontstemd.

De Zorgraad heeft voor de huisartsen een vergoeding van SRD 21 per patiënt per maand voorgesteld, die op termijn zal stijgen naar SRD 25. De huisartsen wijzen dit tarief voorstel af, volgens Ganput "zonder één steekhoudend argument". De redactie heeft de hand weten te leggen op een accountantsrapport dat de huisartsen hebben laten opstellen. Daaruit blijkt dat de huisartsen een maandelijkse vergoeding van gemiddeld SRD 65.000 nodig hebben om hun praktijk te kunnen draaien.

Dat is ongeveer SRD 15.000 meer dan wat ze zullen ontvangen wanneer ze akkoord gaan met het voorstel van de Zorgraad. Paramedici verlangen een maandinkomen van vierduizend US-dollar, terwijl de specialisten uitkijken naar ruim twintigduizend US-dollar per maand. Ook deze bedragen worden vanwege de slechte economische situatie niet ondersteund door de raad. Wanneer het huidige voorstel wordt uitgevoerd, zullen de ziekenhuizen de ligdagtarieven met 45 procent moeten verhogen.

"Wat we heel jammer vinden is dat er op de openbare vergadering van zaterdag alleen is gesproken over het tarief. Terwijl wij met z'n allen eigenlijk moeten praten over de zorg. Bijna niemand heeft gesproken over de medische voorziening of de kwaliteit van de huisartsen en ziekenhuizen. Wij kijken als raad naar het gehele plaatje", stelt ondervoorzitter Glynes Tjon Eng Soe tegenover *de Ware Tijd*. Ganput is vooral niet te spreken over de verklaring die het collectief van zorgverleners heeft uitgebracht. Daarin wordt de deskundigheid van de Zorgraad ter discussie gesteld.

***In de krant van dinsdag staat een uitgebreid verslag van de bijeenkomst, waarin ook de artsen aan het woord komen.**

Aswheen Achaibersing “Onze calculatie is gebaseerd op analyse van 142.000 Survam-receptregels

13-08- 2018



De prijzen van medicamenten is sinds het jaar 2016 nog steeds een heet hangijzer. Nadat de apothekers en verzekeraars geen overeenstemming konden bereiken over deze materie, werd het wettelijk toezichthoudend orgaan, Zorgraad, ingeschakeld. Tijdens de openbare vergadering van dit orgaan op 11 augustus 2018 in de ballroom van Lalla Rookh, was duidelijk te merken onder de aanwezigen dat de interventie van de Zorgraad geen zoden aan de dijk heeft gezet. Ashween Achaibersing, lid van de Zorgraad, gaf tijdens de openbare vergadering te kennen dat er gewerkt is aan een integrale aanpak. “Het is begonnen in 2016 toen de apothekers en Surinaamse Vereniging van Assurantie Maatschappijen (Survam) niet tot overeenstemming konden komen over de prijzen van medicamenten. Zij hebben wel de intentie getoond om hierover overeenstemming te bereiken. Wij hebben ons bureau in de arm genomen om uit te rekenen hoe die calculatie eruit moet zien. Er is een rapport daarover uitgekomen, maar helaas kunnen de apothekers en Survam zich niet terugvinden in onze calculatie.”

De Zorgraad is voorstander van een herverdeling van de kosten, welke betrekking heeft op de basiszorg, tarieven en premie, aangezien het tot één geheel behoort. Hun voorgestelde premie-aanpassing bedraagt minstens 50%. Dit betekent echter niet dat de overige tarieven eveneens met 50% zullen toenemen. Volgens Achaibersing is de voorgestelde calculatie niet het resultaat van amateurisme. Er is namelijk een degelijke case study verricht in januari 2018. “In die maand hebben wij 142.000 receptregels, die afkomstig is van Survam, geanalyseerd. Wij hebben de prijzen van de verschillende medicamenten bij de verschillende apotheken vergeleken.” Hieruit is gebleken dat er inderdaad sprake is van grote prijsverschillen bij dezelfde medicamenten. Het merk en het land van waar het geïmporteerd wordt, speelt een grote rol bij de prijsbepaling. Achaibersing accentueert dat het voor de Zorgraad niet helemaal duidelijk is hoe deze calculatie thans plaatsvindt in de praktijk. Daardoor is hij nogal sceptisch om definitieve conclusies te trekken. “Op het moment dat de transparantie niet beheersbaar is, is het geen goed uitgangspunt om te zeggen of een regeling wel of niet klopt. Om hierin meer inzichten te krijgen, zijn we uitgegaan van de wet voor het berekenen van de prijzen. Deze wet ligt bij het ministerie van Handel, Industrie en Toerisme (HI&T).”

Op basis van deze wet mag de marge van de inkoopprijs van medicamenten maximaal 35% bedragen, voert Achaibersing aan. Gezien de zorgperikelen heeft Zorgraad de regering geadviseerd om de inkoopprijs van het Bedrijf Geneesmiddelen Voorziening Suriname (BGVS) te hanteren. Naar zeggen van Achaibersing is BGVS vrij transparant en daardoor controleerbaar. “Daarnaast hebben zij 80% van de medicamenten, die op dit moment gangbaar zijn in Suriname, beschikbaar. We zijn er in principe nog niet, omdat de ene partij zegt wel akkoord te gaan, terwijl de andere partij bezwaar heeft. Het is een onderdeel van de integrale aanpak die ervoor moet zorgen dat de zorg transparanter wordt en de kwaliteit omhoog gaat”, aldus Achaibersing.

14/08/2018 18:12 - [Jason Pinas](#)



Hartchirurg Pieter Voigt stelt een vraag terwijl de zorgraadleden achter de tafel aandachtig luisteren. **Foto: Stefano Tull**

PARAMARIBO - De Zorgraad is verbaasd en teleurgesteld over de houding van het collectief van zorgverleners, na de openbare vergadering van zaterdag. Ze beschouwt de felle reacties van onder meer de Vereniging van Medici in Suriname (VMS) als een bewuste aanval, die al voor de bijeenkomst was opgezet. Het kan er bij Zorgraadvoorzitter Anjanie Ganput en ondervoorzitter Glynnes Tjon Eng Soe niet in, dat particuliere huisartsen het voorgestelde tarief van SRD 21 per verzekerde per maand, van de tafel hebben geveegd. Het bedrag kan volgens de toppers zelfs gefaseerd worden verhoogd naar SRD 25. Dat is een totale verhoging van ruim 40 procent. Voor specialisten en paramedici, wordt een verhoging van 20 procent voorgesteld, terwijl ziekenhuizen hun ligdagtarieven met 45 procent mogen verhogen indien ze akkoord gaan met het advies.

"We hebben gewerkt met hun eigen accountantsrapport en de bedragen die ze zelf hadden aangegeven. Maar ze zijn nu niet tevreden, omdat ze veel meer willen verdienen. Die bedragen kunnen we nu echter niet ondersteunen", zegt Tjon Eng Soe tegen *de Ware Tijd*. Ze wijst erop dat de tarieven die door de verschillende disciplines worden geëist, niet gedragen kunnen worden door de slechte economische situatie. Uit een accountantsrapport blijkt dat particuliere huisartsen maandelijks een bedrag van SRD 65.000 willen verdienen. Dat is ongeveer USD 8.4 per verzekerde per maand, terwijl de Zorgraad uitgaat van een tarief van USD 3.31 per maand. Paramedici verlangen een maandinkomen van 4.000 US-dollar en specialisten kijken uit naar ruim 20.000 US-dollar per maand. "U begrijpt dat we niet achter die bedragen kunnen staan. Het is gewoon niet mogelijk, want als we dat doen, dan stort de hele zorg in", waarschuwt de ondervoorzitter.

Achterhaalde tarieven

Ricardo Markiet, voorzitter van de sectie huisartsen bij de VMS, is het niet eens met de raad. Hij zegt tegen *de Ware Tijd* dat de artsen na goede calculaties op een tarief zijn gekomen. Hij betwijfelt of dat het geval is geweest bij het model van de Zorgraad. "Wij hebben ze gevraagd hoe ze op de bedragen zijn gekomen, maar dat konden ze niet uitleggen. Dus ze stellen gewoon gevoelsmatig een tarief voor. Dat kunnen wij onmogelijk accepteren. En als we aan bepaalde voorwaarden voldoen wordt het bedrag hoger, wie is de Zorgraad om voorwaarden voor een kliniek te bepalen? "Volgens Markiet, wordt de indruk gewekt alsof de artsen niet volgens protocollen en regels willen werken. "Dat is niet waar. Wij zijn juist al heel lang bezig met het ministerie, maar zaken komen maar niet van de grond. Vanaf 2012 ben ik persoonlijk met deze zaak bezig. Ik heb zelfs met de Surinaamse Vereniging van Assurantie Maatschappijen (Survam) gezeten om te praten over de automatiseringskwestie. Ze hebben mij als een blok laten vallen nadat het eindrapport af was", ergert hij zich.

Kwaliteit en ordening

Ganput benadrukt dat er niet alleen over de tarieven gesproken moet worden, maar ook over de kwaliteit van de zorg. Ze vindt ook dat de totale sector gestructureerd moet worden. "Er wordt tot nu toe meer gesproken over tarieven en bedragen, maar wij zijn niet bezig met een loononderhandeling. De zorgverleners zijn al bijna zes jaar aan het onderhandelen. Tot nu toe zonder resultaat. Denkt u dat Survam staat te springen om deze dingen? Helemaal niet. Ze gaan nog jaren onderhandelen, maar ze gaan niets krijgen", zegt de voorzitter scherp. Volgens haar willen de zorgverzekeraars het nieuwe tariefvoorstel wel betalen. Markiet stelt echter dat de zorgverleners wel over ordening praten. Hij noemt daarbij voorbeelden waarbij zijn organisatie met verschillende initiatieven is gekomen. Die zijn echter niet overgenomen.

Bedrijf

Een particuliere huisartsenpraktijk is volgens Markiet een bedrijf. Hij zegt dat er onvoldoende rekening wordt gehouden daarmee. "Wij zijn anders dan een RGD- arts, we moeten zaken zoals personeel, licht en water zelf betalen. Dus de bedragen die de mensen zomaar noemen kloppen helemaal niet", legt hij uit. Het minimale bedrag dat nodig is voor de particuliere huisartsen is volgens hem USD 5,85 per verzekerde per maand. "Dat is het inkomen voor het bedrijf en niet voor de arts", verduidelijkt hij. Ter ondersteuning van dit standpunt overhandigt hij stukken die staven dat een groot aantal particuliere huisartsen heel weinig ingeschreven patiënten hebben. "Slechts een klein deel heeft uitpuilende poliklinieken, maar dat moeten de zorgverzekeraars en de overheid ordenen en niet wij."

Niets te maken

Ganput weet dat het collectief van zorgverleners geen rekening houdt met de samenleving. Volgens haar kan het de groep weinig schelen, wat de negatieve effecten voor het land zullen zijn indien hun eis wordt ingewilligd. "Ze hebben helemaal niets te maken, want als dat het geval was, hadden ze zich nooit zo opgesteld. Het tarief van de huisartsen is de basis. Dus als dat stijgt, worden alle andere ook hoger. Dat betekent dat de premie hoger wordt. En wie gaat dat moeten betalen? De samenleving? En vanwaar moeten zij het geld vandaan halen?", vraagt ze zich af. Ganput: "Ze onderhandelen letterlijk voor hun loon en niets anders. Suriname is voor hun niet belangrijk. Wij kijken naar het grotere plaatje. De meerwaarde voor de burger staat bij ons voorop. Iedereen moet inleveren, waarom willen zij dat niet."

Vertrouwen opgezegd

Een recente verklaring van de zorgverleners heeft kwaadbloed gezet bij de Zorgraad. Daarin wordt de deskundigheid van de raad ter discussie gesteld. Die ondeskundigheid blijkt volgens het collectief uit zaken zoals slechte communicatie en intransparantie. De zorgverleners hebben daarom het vertrouwen opgezegd in de Zorgraad. Ganput zegt dat ze geen boodschap heeft aan de verklaring. "Driekwart van de punten die erin zijn opgenoemd, regaderen de Zorgraad niet, maar het ministerie van Volksgezondheid. Die voorstellen moeten ze dus doen aan de minister." Tjon Eng Soe benadrukt dat deze weg, de enige optie is voor de ontevreden groep. "This is it and nothing else", stelt ze onomwonden.

Tjon Eng Soe meent dat de zorgverleners hun plaats moeten kennen: "We zijn wel bereid te praten, maar het moet op een respectvolle manier gebeuren." Ganput is vooral niet erover te spreken dat de zorgverleners zich alvast voorbereiden op eventuele acties. "Dat vind ik echt verschrikkelijk." Markiet blijft erbij dat de raad het probleem binnen de sector, niet kan oplossen, omdat ze het veld onvoldoende kent. "We hebben tot nu toe geen powerplay gespeeld, omdat we aan onze patiënten denken. In feite telt men de Zorgraad niet. Ze moeten met ons komen zitten. Ze mogen roepen, maar niemand luistert naar ze", besluit Markiet.

17/08/2018 14:00 - [PS](#)



Philomena Bijlhout

“Of je het nou wil of niet, vroeg of laat krijg je toch een binding met die patiënt. We doen moeite met ze en daarom hebben we ook elk jaar de patiënt van het jaar.” We zitten op een feestje en de verpleger naast mij vertelt over zijn werk. “En soms redt die patiënt het toch niet. Ze verrassen je ondanks je zoveel moeite voor ze hebt gedaan voor een lange tijd.” Toen hij hierna zei dat de arts op zondagavond weleens zegt niet te weten hoe de patiënt de volgende morgen in te laten slapen, rinkelden bij mij alle alarmbellen. “In laten slapen?” Hij bedoelde de medicijn voor de narcose die, zoals je zou verwachten, gewoon beschikbaar moet zijn. Zijn overdenkingen eindigde hij met: “Maar we redden het iedere keer. Medicatie voor de patiënten halen wij soms daar en anderen halen het weer bij ons.” Dat is nu de zorg in Suriname. Bijzonder zorgelijk.

Het verbaast mij niets dat de Zorgraad en het Collectief van Zorgverleners lijnrecht tegenover elkaar staan en geen consensus bereiken met de Vereniging van Medici in Suriname wat een redelijk tarief is dat per verzekerde moet worden ontvangen. In het jaarverslag van de Zorgraad 2014-2016 stond de achterstallige betalingen van medici ook al op de agenda. Klaarblijkelijk komen ze er al jaren niet uit. Maar wie heeft gelijk? De Zorgraad die ordening eist en kwaliteit of de medici die zeggen dat hun voorstellen op dit vlak, zoals automatisering, niet worden overgenomen. En pas als het kalf verdrongen is dempt men de put. De vraag is echter of wijde horen krijgen wat er fout gaat in de medische wereld en waar enkele medici zelf de fout ingaan.

Misschien moet deze beroepsgroep onderbouwen hoeveel kalveren verdrinken in die put vanwege de zorgelijke situatie. Maar niemand noemt man en paard. Iedereen redt het wel op de één of andere manier. Andersom is de transparantie van de artsen zelf ook verte zoeken. Patiënten durven geen informatie te delen als er sprake is van wanorde in een praktijk. Het gaat uiteindelijk om het kostbaarste bezit waarvoor we bij die beroepsgroep terecht moeten. Ons Leven. De Ware Tijd wil graag een serie schrijven over medische missers. Geen patiënt durft te praten. De wereld van medici in Suriname is een elite wereld die weinig transparant is, zich superieur voelt en nauwelijks kritiek toestaat. Ik ken iemand wiens teen is geamputeerd terwijl deze persoon geen diabetes heeft. Hij deelt zijn informatie niet want hij voelt zich als David tegenover Goliath. Hoe komt het dat sommige artsen juist wel investeren in de automatisering van hun administratie en anderen patiënten informatie geven die met de hand wordt geschreven op een receptbriefje. Waarom krijg ik van de ene arts bij uitschrijving mijn volledige dossier en de andere weigert die af te staan. De één behandelt op afspraak met een acceptabele uitlooptijd, terwijl de ander er een wachtruimte op nahoudt alsof we met z'n allen op de luchthaven zitten en uren vertraging hebben. Wie durft het om bespreekbaar te maken dat er artsen zijn die hun eigen oplossingsmodellen hebben gecreëerd om het gat van de financiële tekorten te vullen door meer behandelconsulten in te plannen, langere ziekenhuisopnamen te bepalen omdat er sprake is van een goede ziektekostenverzekering of geschonken medicatie uit het buitenland ten verkoop aanbieden aan patiënten. Ik gun de artsen bijstelling van hun salaris. Bijna elke beroepsgroep in Suriname eist dit nu vanwege de crisis. Waarom zij dus ook niet. Maar de beroepsgroep heeft nog wel een inhaalslag te maken voor wat betreft de controle op de transparantie van de kwaliteit van de zorg en de dienstverlening aan patiënten. Die zijn best zorgelijk.

Voorzitter Zorgraad: premie aanpassing basiszorgverzekering moet zorgen voor rust en zekerheid gezondheidszorg

20 augustus 2018 om 14:07



Heftige discussies tijdens de tweede openbare vergadering van de Zorgraad.

Foto: Suriname Herald

Het advies van de Zorgraad is om de premietarieven van de basiszorgverzekering aan te passen en het besluit om die aanpassing te plegen, ligt bij de Onderraad die wordt voorgezeten door vicepresident Ashwin Adhin. Dit voorstel is gedaan om zekerheid en rust te creëren in de gezondheidszorg, verklaart Anjanie Ganput, voorzitter van de Zorgraad, tegenover Suriname Herald.

Het advies van de Zorgraad is niet in goede aarde gevallen bij de zorgverleners. Zij hadden eerder deze maand de adviezen van de Zorgraad massaal verworpen. De zorgverleners van de verschillende instellingen zijn niet te spreken over de voorstellen die de Zorgraad gepresenteerd heeft aan de Onderraad. Volgens de zorgverleners zou de Zorgraad die eerst moeten presenteren aan hen, alvorens die kenbaar te maken bij de Onderraad.

Ganput legt uit dat premie aanpassing geconditioneerd is. Zo is er gevraagd naar de wijziging in de bijlage van de wet, namelijk de tarieven van huisartsen, ambulancevervoer, optische zorg en andere noodzakelijke zaken. Ze laat weten dat een eventuele aanpassing wel voor rust kan zorgen binnen de gezondheidszorg. Op dit moment worden er heel wat injecties gegeven binnen de zorg. Er is thans geen zicht hoeveel de financiële injecties op een gegeven moment worden, meent zij.

Met de premieverhoging zullen de werkgevers en werknemers moeten bijdragen. Ganput voert aan dat je hiermee een financiële rust in de gezondheidszorg krijgt. Verder legt zij uit dat er een voorstel is gedaan om de premie met 50 procent aan te passen. Het voorstel voor de premie aanpassing ligt thans bij de Onderraad en die zal het vervolgens met de regering bespreken.

Naast vicepresident Adhin hebben de ministers van Arbeid, Binnenlandse Zaken (Biza), Sociale Zaken en Volkshuisvesting (Sozavo), Volksgezondheid en Regionale Ontwikkeling (RO) respectievelijk Soewarto Moestadja, Mike Noersalim, Cristine Polak, Antoine Elias en Edgar Dikan, zitting in deze raad.

Discussie Zorgraad werpt geen vruchten af

21-08- 2017



Het zeer gecompliceerd vraagstuk over de chaos binnen de uitvoering van de Wet Nationale Basiszorgverzekering (2014) is op zaterdag jongstleden breedvoerig besproken tijdens de zesde openbare vergadering van de Zorgraad in de Ballroom van Lalla Rookh. Tal van actoren hebben daarbij hun zienswijze geponeerd, onder wie de gewezen vicepresident (vp) Robert Ameeralli, minister Patrick Pengel van Volksgezondheid, leden van de Zorgraad en Jolanda Pronk, directeur van Stichting Staatsziekenfonds (SZF). Ook het publiek heeft gretig gebruik gemaakt van de gelegenheid om deze nijpende kwestie aan de kaak te stellen. Alhoewel de bijeenkomst initieel wat verheldering zou moeten opleveren over deze materie, bleven de aanwezigen na de discussie met nog tal van vraagtekens. “We horen constant over problemen omtrent de 3% afdracht door de verzekeraars aan het Zorgvoorzieningen Fonds. Kan die 3% niet op dezelfde wijze als bij de loonbelasting via de werkgever betaald worden aan het Zorgvoorzieningen Fonds (ZVF)? Hoe moet ik de relatie tussen het HIS (Huisartsen Informatie Systeem) en de basiszorg zien? Ik merk iedere keer op dat we bezig zijn om het aantal pijnpunten op te sommen. De essentie is namelijk om het op te lossen. Hoe is men van plan om dit te bewerkstelligen?”, waren enkele vragen uit het publiek.

De voorzitter van de Zorgraad, Anjanie Ganput, gaf te kennen reeds kennis genomen te hebben van het 3% afdrachtprobleem door de verzekeraars. Deze afdracht is bedoeld om additionele kosten waarmee een verzekerde weleens te maken krijgt, te kunnen bekostigen door middel van een krediet van het ZVF tegen een rentetarief van 2%. “We hebben hierover een schrijven gericht aan de onderraad van het Sociaal Zekerheidsstelsel. Tot nu toe hebben wij niets vernomen van hen.” Ashween Achaibersing, lid van de Zorgraad, deelde mee dat bij het oplossen van dergelijke vraagstukken met betrekking tot de zorg er tegen allerlei zaken wordt aangelopen, waarbij transparantie in processen noodzakelijk is om uiteindelijk verbeteringen tot stand te brengen. “Wij van de Zorgraad kunnen niet iets oplossen als we niet over de informatie beschikken. Er is vaak een negatieve houding bij het delen van informatie.” Minister Pengel legde uit dat het ondersteunen van de primaire processen bij de huisartsen of dienstverleners de voornaamste reden is voor het hanteren van het HIS. “Dit helpt bijvoorbeeld bij een doorverwijzing naar een specialist. De automatisering zorgt ervoor dat de huisartsen hun werk efficiënter kunnen doen en dat we de populatie beter kunnen managen.

Zorgraad: “Landelijk zijn er 143.649 onverzekerden”

21-08- 2017



“In de zorgsector is er veel gaande, waarbij er veel onduidelijkheid is”, beaamde Ashween Achaibersing, lid van de Zorgraad, op zaterdag 19 augustus 2017 tijdens de zesde openbare vergadering van de Zorgraad in de Ballroom van Lalla Rookh. Hij deelde mee dat sedert oktober 2014 tot heden bijkans 460.000 verzekerden geregistreerd zijn voor de zorgverzekering. “Dit is ongeveer 85% van de bevolking die verzekerd is. Het behelst niet alleen de basiszorgverzekering, maar alle overige zorgverzekeringen van de verschillende maatschappijen.” De categorie onverzekerden bevat 143.649 personen, waarvan 76% zich tussen 21 jaar en 59 jaar bevindt. In Paramaribo is het aantal onverzekerden doorgaans het grootst. “Het systeem van het Uitvoeringsorgaan Basiszorg is geïntegreerd met die van het Centraal Bureau voor Burgerzaken (CBB). Daaruit blijkt dat 143.649 mensen geregistreerd zijn, maar niet verzekerd zijn. Dit systeem is pas in april 2017 in gebruik genomen.” Naar zeggen van Achaibersing heeft met uitzondering van de Stichting Staatsziekenfonds (SZF) alle overige verzekeringsmaatschappijen van de Surinaamse Vereniging van Assurantie Maatschappijen (Survam) meegewerkt aan het verstrekken van data aan de Zorgraad. “SZF gaf aan dat zij op dit moment de data nog niet met ons kunnen delen.” De Zorgraad merkt op dat de economische malaise ook de zorgsector niet heeft gespaard. “Bij de uitvoering van diensten binnen de zorgsector speelt de importcomponent een grote rol. Dit heeft te maken met valuta die daarvoor beschikbaar moet zijn.”

Achaibersing noemde het gebrek aan uniformiteit binnen de zorgsector als één van de zorgpunten. “Wij merken dat SZF bij sommige dienstverleners andere tarieven betaalt dan de Survam. Daarnaast is er ook een verschil in procedures. Sommige patiënten moeten met hun portemonnee op zak lopen en anderen weer niet, terwijl ze ook een zorgverzekering hebben.” Vooral de toegankelijkheid, uniformiteit, informatie verschaffing en transparantie verdienen extra aandacht binnen de gezondheidszorg. Daarom vindt de Zorgraad dat de communicatielijnen naar hen toe open moeten zijn om dergelijke issues te kunnen analyseren.

De Zorgraad heeft onder andere een adviserende rol naar de regering toe, waarbij het uitoefenen van toezicht op de naleving van de basiszorgverzekering tot de kerntaken behoort. Verbetering van de kwaliteitseisen van de zorg, de toegankelijkheid daarvan en het financieel transparant maken van de totale gezondheidszorg is bij wet toegeschreven aan de Zorgraad. In dit kader organiseert dit orgaan jaarlijks twee openbare vergaderingen en wel in de maanden februari en augustus, zodat de samenleving ook haar inzichten kan delen. De Zorgraad bestaat overigens uit Anjanie Ganput (voorzitter), Glynis Tjon Eng Soe (ondervoorzitter) en de leden Judith Valpoort, Roos Willemsberg, Henck Boldewijn en Ashween Achaibersing. Het lid Boldewijn was niet aanwezig tijdens de openbare vergadering.

12/09/2018 09:58 - [Aidy Pinas en Gerold Rozenblad](#)



DNA-lid Jennifer Vreedzaam gaat voor transparantie en een goede structuur van de zorg. Foto: dWT Archief

PARAMARIBO - De premies van de Basiszorgverzekering moet liever niet op dit moment worden verhoogd, vindt Jennifer Vreedzaam, voorzitter van de parlementaire commissie Volksgezondheid. Zij is bang voor het spin-off-effect dat deze maatregel kan hebben. Als het aan haar ligt, worden de aanpassingen aangehouden. Transparantie en een goede structuur van de zorg vindt zij op dit moment veel belangrijker. Tijdens de laatste meeting van de Raad van Ministers is besloten om de tarieven aan te passen, hetgeen actoren in de sector al jaren hebben gevraagd. De verhogingen variëren van 32 tot 137 Surinaamse dollar. Armand Achaibersing, voorzitter van de Surinaamse Vereniging van Assurantiemaatschappijen (Survam), zegt desgevraagd dat de nieuwe premies niet helemaal toereikend zijn. "We hadden een ander voorstel gedaan", zegt hij verwijzend naar de aankondiging dat de premies met 100 procent omhoog gaan. "Maar we zijn meegegaan met het voorstel van de Zorgraad, ook omdat we rust willen in de sector." Volgens Achaibersing is het wel een voorwaarde dat inefficiënties en overconsumptie worden geminimaliseerd.

Hoewel opeenvolgende regeringen steeds geld in de sector hebben gepompt, raadt Vreedzaam de verhoging van de premies op dit moment af. Ze benadrukt wel dat ze niet tegen de tariefsaanpassingen is. "Er zijn meer zaken die spelen. We moeten uit het verleden leren dat als je één ding dat in feite gelinkt is aan de andere zaken aanpast er automatisch een spin-off-effect ontstaat. De premies kunnen nu verhoogd worden, maar dan heb je nog de tarieven van de radiologen en de ligdagtarieven. Er is dus veel meer dat moet worden aangepakt. Mijn mening is daarom dat zaken doordacht moeten worden doorgevoerd."

Volgens het concept-Staatsbesluit worden de maandelijkse premiebedragen als volgt gewijzigd:

Leeftijdsklasse	Nieuw tarief.	Oud tarief
0 tot en met 16 jaar	SRD 87	SRD 55
17 tot en met 21 jaar	SRD 119	SRD 75
21 tot en met 59 jaar	SRD 260	SRD 165
60 jaar en ouder	SRD 377	SRD 240

Aanpassing van premies zonder andere zaken aan te pakken is in feite water naar zee dragen, vindt Vreedzaam. Ze vreest dat de rijen bij het ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting door de maatregel langer zullen worden. De politica wijst erop dat een bedrag van SRD 300 miljoen in feite was goedgekeurd om de sector verder te helpen, terwijl er overleg plaatsvindt en er gewerkt wordt aan transparantie binnen het geheel. Verder was het de bedoeling om hiermee tariefsaanpassingen voorlopig te voorkomen.

VERHOOGING LIGDAGTARIEVEN IN KIELZOG VERHOOGDE BASISZORGVERZEKERING

12/09/2018 17:47 - [Gerold Rozenblad](#)



PARAMARIBO - Verzekeringsmaatschappijen hebben met verschillende ziekenhuizen overeenstemming bereikt over aanpassing van de ligdagtarieven. De nieuwe tarieven gaan in zodra de nieuwe verzekeringspremies zijn afgekondigd. Al geruime tijd klagen de zorginstellingen over de hoogte van het ligdagtarief. Dit werd echter niet verhoogd, omdat volgens de verzekeraars eerst de verzekeringspremies moesten worden aangepast.

Met deze verhoging in het vizier, zijn ondertussen al onderlinge afspraken gemaakt over nieuwe ligdagtarieven. De verzekeringsmaatschappijen blijken reeds overeenkomsten te hebben met drie ziekenhuizen over verhoging van de ligdagtarieven. "Voor de pluspakketten geldt dit al, maar voor het basispakket treedt dit in werking zodra de nieuwe verzekeringspremies zijn afgekondigd", zegt Armand Achaibersing, voorzitter van de Surinaamse Vereniging van Assurantiemaatschappijen.

Met het Academisch Ziekenhuis Paramaribo, het Diakonessenhuis en het Mungra Medisch Centrum zijn overeenkomsten getekend. Met 's Lands Hospitaal en St. Vincentius Ziekenhuis wordt er nog overlegd. Op de vraag waarom niet met de ziekenhuizen als groep is gesproken, zegt Achaibersingh dat het in feite zo gelopen is. Er was kennis over de aanstaande verhoging van de basisverzekeringspremies waardoor alvast stapsgewijs werd gesproken. Ook met de radiologen is er een overeenkomst voor aangepaste tarieven. "Wij hebben gedaan wat wij kunnen om de rust in de sector terug te doen keren."

14/09/2018 06:03 - [Van onze redactie](#)



Manodj Hindori, voorzitter van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) Foto: dWT Archief

PARAMARIBO - "Een paar kleine formaliteiten nog, maar het is in inderdaad zo goed als rond." Zo bevestigt Manodj Hindori de verhoging van ligdagtarieven voor verzekerden met een pluspakket, waarover de vijf ziekenhuizen en de verzekeringsmaatschappijen overeenstemming hebben bereikt. Drie ziekenhuizen hebben al getekend en 's Lands Hospitaal en het Sint Vincentiusziekenhuis volgen binnenkort, zegt Hindori, voorzitter van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR).

De problemen zijn niet opgelost met de verhoging van de ligdagtarieven voor deze groep patiënten, benadrukt Hindori, die ook directeur is van Sint Vincentius Ziekenhuis. "Als ik mijn eigen ziekenhuis als voorbeeld neem, dan is dat slechts 10 tot 15 procent van het patiëntenbestand. Dus zolang de basisligdagtarieven niet worden verhoogd is het probleem in de ziekenzorg niet opgelost."

Hindori zegt dat hij toch verheugd was toen hij vernam dat de regering goedkeuring aan de verhoging van de basiszorgpremietarieven had gegeven. Immers is met de Survam de afspraak dat zodra dit gebeurt de ligdagtarieven omhoog gaan. "Maar nu hoor je geruchten dat het zal worden aangehouden, omdat verhoging van de tarieven politiek niet verkoopbaar zou zijn. Wil dat zeggen dat we tot 2020 moeten wachten?" De NZR-voorzitter kan dit niet bevatten.

De raad van ministers heeft het besluit vermoedelijk genomen op voorspraak van de Zorgraad, redeneert Hindori. Hij denkt dat de tarieven dan voldoende zijn overwogen, zeker als die ook zijn bekeken door de Staatsraad en de onderraad van ministers. "Om dan nu terug te krabbelen zou een teken zijn van zwalkend beleid."

Wanneer de tarieven niet verhoogd worden, zou de ondersteuning van de zorginstellingen volgens hem structureel moeten zijn en niet, zoals nu, mondjesmaat en na aandringen van de ziekenhuizen. Hindori erkent dat bij verhoging van de tarieven mensen getroffen zullen worden, "Maar dat is dan waar de politiek zou moeten inspringen door middel van subjectsubsidie."

22/09/2018 00:02 - [Cheflin Paulus](#)



Foto: bgvs-suriname.com

PARAMARIBO - De reden voor het landelijke tekort aan de hartmedicijnen metoprolol en adenosine is een raadsel. Volgens directeur Ingrid May van het Bedrijf Geneesmiddelen Voorziening Suriname (BGVS), de grootste importeur van en groothandel in medicamenten in Suriname, is het bedrijf niet gevraagd om deze twee middelen te importeren. In tegenstelling tot berichtgeving in de media. Waarom deze stap niet is genomen is onduidelijk.

May zegt dat kleinere importeurs andere medicatie op de markt brengen die hetzelfde effect hebben. "De andere bedrijven zouden het ook kunnen importeren, maar het is mijn bedrijf niet gevraagd om deze in de geneesmiddelenklapper op te nemen. Ik weet niet hoe dat komt, maar in ieder geval zijn wij niet de importeurs daarvan." De BGVS-directeur vindt de uitspraak van apotheker Gerdie Sabajo, die in de media heeft beweerd dat de mogelijkheid bestaat dat er iets mis is gegaan in het proces vanaf de bestelling tot de levering van de producten, daarom misplaatst.

"Wij hebben die medicijnen niet en dat weet hij. Er zijn andere middelen die deze medicatie kunnen vervangen. Ik vind het raar als het zo gezegd is. Het kan zijn dat het een fout is, maar de apothekers weten dat wij deze middelen niet in ons bestand hebben anders waren ze al geïmporteerd en geleverd." Sabajo vertelde de redactie eerder dat zijn voorstel om de voorraad medicamenten op peil te houden is, dat de minister van Volksgezondheid onderhandelt met leveranciers om het probleem structureel op te lossen. Vaak is geldtekort de reden voor het niet op tijd aanvullen van voorraden

GEEN LANDELIJK TEKORT AAN HARTMEDICIJNEN

04/10/2018 18:04 - [Cheflin Paulus](#)



Het hartmedicijn adenosine. Foto: Gulf Biotech

PARAMARIBO - Claudia Marica-Redan, de nieuwbakken voorzitter van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR), ontkent een bericht dat er tekort aan hartmedicijnen metoprolol en adenosine is. Op 14 september stelde apotheker Gerdie Sabajo van Nickerie dat er iets misgaat in het proces vanaf bestelling tot levering van de producten door geneesmiddelenimporteurs waardoor er een tekort is bij ziekenhuizen.

Volgens Marica-Redan is er sprake van een misverstand als er gesproken wordt over een landelijk tekort van de twee medicamenten die hard nodig zijn bij het behandelen van verschillende cardiologische aandoeningen. "Er is geen landelijk tekort. Er ontstond waarschijnlijk een tekort aan deze middelen in Nickerie, maar alle ziekenhuizen worden op tijd voorzien." Ze denkt dat vertraging in het leveringsproces een mogelijke reden is geweest dat het district niet op tijd bevoorrad is, waardoor het beeld van schaarste is ontstaan.

Geruchten dat geldgebrek de mogelijke oorzaak is dat deze twee medicamenten niet op tijd geïmporteerd zijn waardoor ze niet geleverd zijn aan het ziekenhuis in Nickerie, spreekt Marica-Redan met klem tegen. Eerder vertelde directeur Ingrid May van Bedrijf Geneesmiddelenvoorziening Suriname (BGVS), de grootste importeur van en groothandel in medicamenten, dat het bedrijf niet gevraagd is om deze twee middelen te importeren in tegenstelling tot berichtgeving in de media. "Wij zijn niet de importeur en dat weten de apothekers." De NZR-voorzitter bevestigt bovenstaande.

Marica-Redan zegt dat het Academisch Ziekenhuis Paramaribo, waarvan zij algemeen directeur is, metoprolol en adenosine rechtstreeks betreft. Andere hospitalen krijgen ze via lokale kleine importeurs. Ze zegt dat de NZR ervoor zorgt dat de voorraden van deze medicamenten gegarandeerd blijven. "We houden het in de gaten en ik kan zeggen dat de afgelopen maanden er geen problemen zijn geweest met de garantie dat de medicamenten er zijn. Wij zorgen ervoor dat ze altijd voorradig zijn."

Consumentenkring heeft constructief gesprek met directie SZF

06-12- 2018

Naar aanleiding van de lange rijen mensen die zich afgelopen maandag voor de deur van het Staatsziekenfonds (SZF) wachtten op hun ziekenfondskaart, heeft de voorzitter van de Consumentenkring Suriname, Albert Alleyne, woensdag een onderhoud gehad met de directie van het SZF. De directie heeft aangegeven deze zaak hoog op de agenda te hebben en dat er gezocht wordt naar een structurele oplossing. Ook betreurt de directie het feit dat mensen buiten het gebouw, op straat moeten wachten voor verdere afhandeling van hun zaak. Alleyne geeft aan te hebben voorgesteld dat de sms'jes, die vanuit Sociale Zaken worden verstuurd, waaraan er ook een tijd verbonden wordt waar de mensen zich aan moeten houden om hun kaart op te halen. De voorzitter van de Consumentenkring heeft binnenkort ook een gesprek met de Zorgraad naar aanleiding van deze kwestie.

Onderzoek lange rijen SZF nog in onderzoek

11-12- 2018

De oorzaak van de lange rijen mensen, die vorige week maandag voor de deur van het Staatsziekenfonds (SZF) wachtten op hun ziekenfondskaart, wordt nog onderzocht. Dat zegt Angela Salmo, directeur van Sociale Zaken. De voorzitter van de Consumentenkring, Albert Alleyne, had woensdag een onderhoud met de directie van SZF. Gesproken werd over de mogelijke oorzaak, die gezocht moet worden in de manier waarop de mensen per sms-bericht worden opgeroepen. Alleyne zei eerder het sms-beleid als oorzaak te zien. Het voorstel van de Consumentenkring is dat de verzending in blokken verdeeld wordt en dat een tijdseenheid wordt verbonden, waaraan de mensen zich moeten houden bij het ophalen van hun SZF-kaart. Volgens Alleyne, die deze week ook een gesprek heeft met de Zorgraad, zou deze aanpak tot een betere spreiding van de wachtenden moeten leiden. Directeur Salmo zegt echter dat nog onderzocht moet worden of de lange rijen het gevolg zijn van het sms-beleid. Deze week wordt verder met de minister van Sociale Zaken hierover gesproken.

31/12/2018 00:04 - [Jason Pinas](#)



PARAMARIBO - Niet altijd wordt de gebruiksaanwijzing van medicatie vermeld op de verpakking. Sommige mensen die een bepaald medicijn eerder hebben gebruikt, maken zich geen zorgen of de gebruiksaanwijzing er wel of niet staat, terwijl anderen zich er wel druk om maken.

Een bezorgde burger uit haar frustratie tegenover de krant: "Ik had mijn dokter al gevraagd waarom de gebruiksaanwijzing wordt weggelaten. Laatst heb ik een medicijn gehad en was bang om het te gebruiken omdat er slechts 'gebruik bekend' op stond. Ik ging toen hiermee naar mijn arts, want ik was bang. Stel je eens voor", vertelt ze.

De krant vroeg Irvin Jong A Liem, voorzitter van de Vereniging van Apothekers in Suriname waarom medicatie niet altijd wordt voorzien van een gebruiksaanwijzing. "Momenteel wordt er op het etiket vermeld 'gebruik bekend' of 'gebruik volgens de aanwijzingen van de arts', indien de arts op het recept als gebruik 'uc' vermeldt", zegt Jong A Liem. Uc staat voor 'Usus cognitus' en dat betekent 'gebruik bekend'.

Volgens de apotheker wordt op het etiket vermeld wat de arts doorgeeft op het recept. Indien een patiënt niet goed geluisterd heeft, of niet alles goed heeft begrepen, kan de apotheek besluiten om het gebruik niet te vermelden. De cliënt of patiënt zal dan opnieuw contact moeten maken met de arts om naar het gebruik te vragen. Voor zover Jong A Liem weet, wordt in Nederland en andere landen de vermelding "gebruik bekend" niet meer toegepast.

Suriname zou dit voorbeeld moeten volgen en - ondanks uitleg van de arts - op de verpakking moeten aangeven hoe het geneesmiddel gebruikt dient te worden. "Indien er 'gebruik bekend' staat, kunnen we aan de cliënt vragen of hij weet hoe het moet. Een arts telefonisch bereiken lukt ook niet altijd snel. Soms vraagt de apotheek het gebruik na, anders informeert de cliënt zelf", schetst de apotheker een beeld van de realiteit.