

BIJLAGE 1

INSPANNINGEN VAN DE ZORGRAAD T.B.V. DE SURINAAMSE BURGER (periode: oktober 2014 tot heden)

Bij de invoering van de Wet Nationale Basiszorg verzekering (WNB) in oktober 2014, werd de Zorgraad als rechtspersoon ingesteld. De Zorgraad is verantwoordelijk voor o.a. het toezicht op en de handhaving van de Wet Nationale Basiszorgverzekering.

Verder is de Zorgraad bevoegd tot het doen van voorstellen aan de Onderraad Sociaal Zekerheidsstelsel van de Raad van Ministers over alle onderwerpen de Wet Nationale Basiszorgverzekering rakende (art. 13 leden 1 en 2 WNB).

Door de Zorgraad is een zeer positieve bijdrage geleverd aan het bewustzijn van de burger m.b.t. het sluiten van een verzekering ter dekking van hun ziektekosten. Het aantal verzekerden steeg van 395.000 in 2014, 433.000 in 2016 naar 460.000 in december 2017.

Vanaf de instelling heeft de Zorgraad, soms op eigen initiatief of op uitnodiging, regelmatig overleg gevoerd met diverse stakeholders waaronder: De Onderraad Sociaal Zekerheidsstelsel, de Minister van Volksgezondheid, de Vaste Commissie Volksgezondheid van DNA, Survam, SZF, NZR, Overlegorgaan Apotheken en VMS.

Regelmatig wordt in de richting van de Zorgraad gewezen als het gaat om het niet functioneren van de Basiszorgwet. In dit verband wordt verwijzen naar een artikel in een dagblad van 11 april j.l. en citeren wij de uitspraak van een DNA lid: "de controlemechanismen waaronder het Uitvoeringsorgaan en de Zorgraad van de Wet Nationale Basiszorgverzekering werkt niet meer of heeft nooit gewerkt"

Ondermeer het bovenstaande is voor de Zorgraad aanleiding om in dit artikel enkele wapenfeiten met de samenleving te delen en een aantal tekortkomingen in de dienstverlening aan de orde te stellen.

Wapenfeiten.

1. Erkenning verzekeringsmaatschappijen

Conform artikel 11 lid 5 van de Wet Nationale Basiszorgverzekering kunnen uitsluitend Verzekeringsmaatschappijen die erkend zijn door de Zorgraad, een basiszorg verzekering aanbieden. Als belangrijkste criteria geldt het ingeschreven zijn als verzekeringsmaatschappij bij de Centrale Bank van Suriname.

Na gesprekken met de Centrale bank, werd door de Zorgraad aan de verzekeringsmaatschappijen Assuria, Self Reliance, Parsasco en Fatum een verklaring van "geen bezwaar" afgegeven.

Vermeldenswaard is, dat de Regering in november 2014 een verzekeringsmaatschappij, t.w. Staatszorg N.V. heeft opgericht die bestemd was om de vrijwillig verzekerden van SZF en de basiszorgverzekerden onder te brengen. Er is na 2016 geen verdere uitvoering hieraan gegeven.

2. Staatsbesluiten

De Zorgraad heeft in 2015 een 3 tal staatsbesluiten die de Wet dwingend voorschrijft voorbereid en aangeboden aan de regering. Deze voorzien o.a. in maatregelen tegen alle overtreders van de Wet. Hierdoor zou het mogelijk zijn om ondermeer werkgevers die hun werknemers niet overeenkomstig de Wet verzekerd hebben, aan te pakken. De voorstellen zijn diverse malen ingediend bij de Onderraad, maar bleken bij navraag steeds weer onvindbaar. Met een uiteindelijk door de Staatsraad uitgebracht advies in 2018 is ook niets gebeurd. Door het uitblijven van deze staatsbesluiten is het voor de Zorgraad niet mogelijk om de wet te handhaven. Is er een speciale reden waarom deze staats besluiten niet bekrachtigd worden?

3. Voorstel aanpassing ligdagtarief

Vanwege de enorme inflatie die eind 2015 ontstond kwamen zowel de tarieven van de dienstverleners als de premie van de basiszorg verzekering onder druk te staan en daarmee ook de kwaliteit van de dienstverlening. De ligdagtarieven waren in 2015 tussen de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) en de Survam overeengekomen.

Door partijen is het besluit genomen om het ligdagtarief aan te passen. Dit traject is in een overeenkomst vastgelegd waarbij is afgesproken dat indien partijen er niet uit mochten komen, de Zorgraad een bindend besluit neemt. Op 16 april 2015 is het verzoek inderdaad gedaan aan de Zorgraad.

De Zorgraad heeft bij zijn besluitvorming gebruik gemaakt van data die door partijen zelf was aangeleverd, evenals het rekenmodel waarover overeenstemming bestond. Na gedegen bestudering van de data en consultaties van zowel de NZR als Survam, heeft de Zorgraad de nieuwe semi all-in, arts out ligdagtarieven voor de ziekenhuizen vastgesteld. In het kader van het bovenstaande heeft de Zorgraad in mei 2016 een bindend advies aan partijen uitgebracht betreffende aanpassing van het ligdagtarief. Het bijzondere van dit voorstel was, dat het een tariefsaanpassing van het ligdagtarief van 11 % betrof. De bestaande maximale premies van de verzekeringsmaatschappijen zouden niet worden aangetast.

Concreet betekende deze tariefsaanpassing een meer opbrengst voor de ziekenhuizen van circa SRD 24 miljoen per jaar.

Helaas ging NZR toen niet akkoord met een verhoging van 11 % en heeft ook de toenmalige minister van Volksgezondheid, het hierbij gelaten. De ironie is dat de ziekenhuizen nu nog steeds het "oude" tarief ontvangt.

4. Dispuutfacturen

In februari 2016 zijn ten overstaan van de Minister van Volksgezondheid en de Zorgraad, afspraken gemaakt met vertegenwoordigers van de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) en Self Reliance betreffende de zgn. "Openstaande en/of Dispuut facturen" over 2015. Het ging hierbij om een bedrag van circa SRD 29 miljoen. De Onderraad heeft toen gevraagd aan de Zorgraad om in deze te bemiddelen.

De Zorgraad heeft na de matching van de data van de ziekenhuizen met Self Reliance geconstateerd, dat het echte bedrag aan "dispuut facturen" vele malen minder was dan in eerste instantie was aangegeven door NZR. Dit had ondermeer te maken met onvolledige facturen, geen eenduidige datum van uitbetaling, tarieven die niet conform afspraak waren opgebracht. Het advies van de Zorgraad was dat partijen wederom om de tafel gaan zitten om zaken in een transparante sfeer op te lossen. Hoe dit verder is opgelost is de Zorgraad niet bekend.

5. Zorgvoorzieningsfonds (ZVF) en 3% premie afdracht

Elke zorgverzekeraar dient maandelijks 3% van de maximale maand premie van elke verzekerde, te storten in het Zorgvoorzienings Fonds (art. 5 lid 2). Tot op heden hebben uitsluitend Assuria, Self Reliance en Parsasco zich aan deze wettelijke verplichting gehouden, wel met de nodige tegenzin vanwege de ongelijke behandeling. Het Uitvoeringsorgaan Basiszorg heeft in een officieel schrijven aan de Zorgraad melding gemaakt van het feit, dat ondanks herhaalde aanmaningen en gesprekken, het SZF weigert de 3% van de premieopbrengsten te storten in het ZVF. Het standpunt van het Uitvoeringsorgaan is dat het SZF de facto als een verzekeringsmaatschappij opereert en bovendien Basiszorgverzekeringen aanbiedt. Vermeldenswaard is wel, dat de mensen die het meest gebruik maken van het ZVF voornamelijk "SZF verzekerden" zijn. De Zorgraad heeft in 2017 in een schrijven de Onderraad, hiervan op de hoogte gesteld en gevraagd naar een oplossing. Tot heden is geen verandering in deze situatie gekomen.

6. Vaststelling Tarief Nationale Bloedbank

Op het verzoek van de toenmalige minister van Volksgezondheid werd in 2017 het tarief van de diverse producten van de Bloedbank bestudeerd, om na te gaan of de voorgestelde tariefsverhoging gerechtvaardigd was. De Zorgraad adviseerde, dat in deze fase een tariefsverhoging niet direct noodzakelijk is.

Naast herziening van de functionele relatie tussen de twee entiteiten te weten de Nationale Bloedbank en het Surinaamse Rode Kruis, adviseerde de Zorgraad, dat de overheid ervoor moest zorgen, dat de subsidiebetaling aan de Bloedbank ook daadwerkelijk plaatsvond. Of dit wel gebeurd is de Zorgraad niet bekend.

7. Behandeling bezwaarschriften

Eind december 2017 zijn een 100-tal bezwaarschriften ingediend bij de Zorgraad (art. 20). Het betrof burgers in de categorie 0-16 en 60 plus die niet werden verzekerd door het SZF, ondanks het feit, dat deze burgers volgens een besluit van de Regering rechtens aanspraak maakten op een basiszorgverzekering waarvan de premie betaald wordt door de Staat.

De Zorgraad heeft in deze een uitspraak gedaan en de burgers in het gelijk gesteld. Het gevolg was, dat rechthebbenden uit deze groep van 0-16 en 60+ die zich na de uitspraak aanmeldten bij het SZF wel werden voorzien van een verzekering. Helaas heeft het Uitvoeringsorgaan recentelijk weer klachten ontvangen, die erop wijzen dat SZF zich wederom schuldig maakt aan het niet naleven van het besluit van de Regering. Dit zwalkend beleid kan niet anders dan leiden tot willekeur en rechtsonzekerheid voor de rechthebbenden.

8. Voorstel integrale aanpak/ premie aanpassing

Bij een koers van 3,35 voor de USD, was de maximale premie als volgt: Srd 55, SRD 75, Srd 165 en Srd 240 voor de resp. categorieën 0-16 jaar, 17-20 jaar, 21-59 jaar en 60+ jaar. De explosieve stijging van de koers, die in november 2015 is ingezet, heeft tot gevolg dat de dekkingen binnen de zorg met de huidige premie ontoereikend zijn gebleken. Middels incidentele, vaak niet te controleren financiële injecties probeert de Regering dit probleem op te lossen. Op zoek naar een meer structurele oplossing heeft de Zorgraad zich over deze materie gebogen en op verzoek van de Onderraad een uitgewerkt voorstel geformuleerd voor een aantal vraagstukken die zich vanwege deze koersstijging in de zorg voordeden (art. 13 lid 2 WNB).

Uitgangspunt was, dat bij het maken van keuzes rekening moest worden gehouden met de betaalbaarheid van de voorstellen mede gelet op de huidige economische situatie van het land. De Zorgraad heeft na consultatie van diverse direct belanghebbenden een voorstel voor premie aanpassing alsmede van de verzekerde basiszorgvoorzieningen, uitgewerkt en aan de Onderraad aangeboden.

Op de Openbare vergadering van de Zorgraad op 11 augustus 2018 werd het voorstel met heel veel bravoure door delen uit de dienstverlening afgewezen. In het voorstel van de Zorgraad was o.a. opgenomen dat de declaraties van de specialisten uitsluitend via het ziekenhuis moesten plaats vinden. De bedoeling hiervan is om de vergoedingen aan specialisten te reguleren.

Tevens was er een aanpassing van het abonnementstarief voor huisartsen tussen srd 21 en srd 25. De huisartsen konden zich niet in dit voorstel terugvinden. Ook voor de tarieven van paramedici was een aanpassing voorgesteld. De Raad van Ministers heeft in haar vergadering van dinsdag 14 augustus 2018 het voorstel behandeld en tot premie en tariefsaanpassing besloten. De Regering heeft helaas het voorstel aangehouden en dus niet uitgevoerd.

Het gevolg is wel, dat tot op heden alle dienstverleners nog op hetzelfde tarief zitten conform de overeenkomsten met de zorgverzekeraars. De verschraving in de zorg neemt toe en van kostenbeheersing is al helemaal geen sprake. Waar de burger wel mee te maken krijgt, is dat het product “Basiszorgverzekering” uit de schappen van de verzekeringsmaatschappijen is gehaald en dat de samenleving qua rechtsbescherming in de zorg terug is naar af. Tijdens de diverse Openbare vergaderingen heeft de Raad bij de evaluatie van de trends in de zorg op deze ontwikkelingen gewezen en de Regering om passende maatregelen gevraagd.

9. Winstmarge op medicamenten

De Survam deed in 2016 het verzoek aan de Zorgraad om als bemiddelaar op te treden, in een dispuut tussen de Survam en het Overlegorgaan Apotheken (OA). Na ruim één jaar onderhandelen over een model voor het vergoeden van medicamenten was het nog steeds niet gelukt om tot een voor partijen aanvaardbare oplossing te komen.

Na onderzoek door de Zorgraad is gebleken, dat niet alle apotheken zich houden aan de wettelijk voorgeschreven winstmarge van 35 % op de inkoopprijs van medicijnen, zoals dat wettelijk is voorgeschreven. De Zorgraad heeft deze case voorgelegd aan de Onderraad en de Minister van Handel en Industrie met het verzoek erop toe te zien dat de wet nageleefd wordt. Een schrijven van de Vice President gericht aan het SZF waarin om naleving wordt gevraagd is later ingetrokken.

Feit is wel dat het probleem rondom beschikbaarheid en betaalbaarheid van medicijnen nog steeds niet is opgelost en de zorgconsument het kind van de rekening blijft. Spelen er meer belangen voor bepaalde apotheken en importeurs van medicijnen en andere belanghebbenden?

10. Openbare Vergadering Zorgraad

De Zorgraad houdt 2 keer per jaar een Openbare Vergadering (art. 14 lid 4 WNB). In diverse Openbare vergaderingen zijn door burgers en de Zorgraad zaken betreffende de dienstverlening zoals uitgevoerd door SZF, verzekeringsmaatschappijen en zorgverleners aangekaart. Een groot deel van de klachten om en rond de dienstverlening betrof het SZF. Ook het niet nakomen van de afgesproken ziekenhuistarieven met het SZF werd als probleem genoemd omdat het de financiering van de ziekenhuizen verder onder druk.

Het vragen van een jaarpremie door verzekeringsmaatschappijen en SZF is bezwaarlijk omdat zulks niet in de geest is van de Wet Nationale Basiszorgverzekering. Ondertussen bieden zorgverzekeraars een alternatief “Basiszorg product” aan, die duurder is dan de wettelijke premie (art. 7 lid 1 WNB). Evenzo is het vragen van bijbetaling of contante vooruitbetaling aan verzekerden door dienstverleners niet in overeenstemming met de bedoeling van de wetgever (art.4 lid 1 WNB).

Opmerkelijk is, dat ondanks de wettelijke verplichting voor de Onderraad om bij deze openbare vergaderingen aanwezig te zijn, de Onderraad als geheel slecht participeerde. Is men niet bereid de problemen van de Zorg die door de aanwezigen in het openbaar aan de orde worden gesteld, aan te horen en naar oplossingen te zoeken.

GECONSTATEERDE TEKORTKOMING IN DE DIENSTVERLENING

Overheveling van 0-16 en 60 plus van Self Reliance naar SZF.

Vanwege een tekort aan middelen, heeft de regering besloten om, zeker als het gaat om de BZSR, het systeem te saneren. Bovendien is mei 2016 door de regering het besluit genomen om de groep verzekerden 0-16 en 60+, waarbij de premie betaald wordt door de staat, over te hevelen van Self Reliance naar SZF.

Het verwijt was dat Self Reliance enorme winsten maakte en dat was niet de bedoeling. Het ging immers om gemeenschapsgeld. Overheveling naar SZF zou een besparing betekenen en de zorgkosten zouden significant teruglopen. De Zorgraad heeft zowel direct als indirect zijn bezorgdheid over deze maatregel uitgesproken omdat voor de bewering geen enkele cijfermatige onderbouwing was aangeleverd. In dat verband was door deze maatregel de evenwichtige spreiding van de zorgkosten over de diverse verzekeringsmaatschappijen en SZF, tenietgedaan

Met deze maatregel beheerst het SZF circa 80 % van het aantal verzekerden. De acceptatieplicht die onderdeel uitmaakte van de overeenkomst met Self Reliance wordt vrij willekeurig door SZF toegepast. Zo zijn er afwijzingen door het SZF van kinderen van 0-16 jaar en ouderen van 60+ om in aanmerking te komen voor de basiszorgverzekering, waarvan de premie wordt betaald door de staat, op grond van nauwelijks transparante regels die SZF hanteert.

Contante betaling aan fysiotherapeuten

Het vragen van een contante betaling aan de verzekerde, dan wel het niet volledig restitueren van door verzekerden aan fysiotherapeuten betaalde bedragen is in strijd met de Wet Nationale Basiszorgverzekering. Voor fysiotherapie is het maximum vastgesteld op 10 behandelingen die de verzekerde mag ondergaan zonder enige verplichting tot bijbetaling.

Na onderzoek door de Zorgraad vanwege een klacht van een burger, is in een officieel schrijven aan het SZF aangegeven dat zij zich niet aan de wet houdt.

De situatie is helaas niet veranderd. Door het ontbreken van handhavingsinstrumenten kan hiertegen door de Zorgraad niet worden opgetreden. Dit komt de zorgconsument niet ten goede en legt een zware druk op de toegankelijkheid van de zorg.

Knelpunten zieke pasgeboren baby's

Per missive van de Raad van Ministers is bepaald, dat de categorie 0-16 en 60+ aanspraak maakt op een verzekering waarbij de premie betaald wordt door de staat. Bij de overheveling van deze categorie van Self Reliance naar het SZF in juni 2016, zijn alle pasgeboren kinderen automatisch verzekerd bij het SZF.

Uit klachten die de Zorgraad heeft bereikt, is gebleken dat pasgeboren baby's die niet gezond zijn en met name couveuse baby's, consequent worden afgewezen door het SZF. Dit gebeurt ondanks het feit dat SZF voor alle baby's declareert, gelet op de wijze waarop de financiering is geregeld. Ook de particuliere verzekeringsmaatschappijen weigeren het risico te aanvaarden om "ongezonde" pasgeboren baby's te verzekeren (art. 11 lid 6b).

Ook voor dit vraagstuk heeft de Zorgraad een voorziening geformuleerd. In het voorstel "aanpassing premie/integrale aanpak" is opgenomen, dat bij zwangerschap en bevalling, de baby 60 dagen meeverzekerd is met de moeder bij haar verzekeraar. Dit voorstel is nog steeds niet overgenomen door de Regering en de verzekeringsmaatschappijen. Voor vele ouders zou dit een oplossing zijn en bleven zij gespaard van allerlei "hoofdpijn" om hun kind betaalbaar verzekerd te krijgen. De situatie waarin deze ouders verkeren is al erg genoeg. Tegelijkertijd regelen wij als samenleving terecht het moederschapsverlof maar verklaren de pasgeboren "ongezonde baby" volgelvrij.

Praktijk is dat als je de pech hebt om als "couveuse" baby geboren te worden, je vogelvrij bent verklaard omdat noch het SZF, noch de verzekeringsmaatschappijen bereid zijn deze weerloze Surinaamse burger te verzekeren.

De ouders van deze baby's maken als zij niet in loondienst zijn ingevolge de nieuwe "Wet Arbeidsbescherming gezin" al geen aanspraak op Ouderschapsverlof, en zien zich bovendien geplaatst voor de hoge kosten van ziekenhuis opname. Aangezien door de Voorzitter van de DNA gesteld is, dat de zorg voor kinderen niet alleen een zaak is van de ouders maar ook van de samenleving moet de Regering in deze zijn verantwoordelijkheid nemen en te zorgen dat deze situatie fatsoenlijk wordt geregeld.

Hoe verder?

In een krantenartikel van november 2017 is aangegeven dat tijdens de begrotingsbehandeling de (toenmalige) minister van Volksgezondheid er op heeft aangedrongen om meer geld voor de zorg vrij te maken ten behoeve van de ziekenhuizen. Wij citeren: "Daar sta ik nog steeds achter, maar domweg 200 tot 300 miljoen extra aan ziekenhuizen geven zonder het uitvoeren van een herstructureringsplan, brengt ons na 6 maanden weer op ditzelfde punt" aldus de Minister.

ZORGRAAD

We zijn ondertussen een paar jaren verder en helaas nog ver verwijderd van enige herstructurering. Wat we zien is nog steeds brandjes blussen, de geit en de kool sparen en een hoge mate van favoritisme. Zo vaak is beloofd dat de Wet zou worden geëvalueerd, dat er een betere Basiszorgwet zou worden gepresenteerd evenals een wet die de financiering van de zorg zou herstructureren.

Klaarblijkelijk zijn sommige belanghebbenden (voorlopig) geen voorstander van een transparante en geconditioneerde financiering van de zorg hoezeer dat met de regelmaat van de klok met de mond wordt beleden. Is men geen voorstander van regulering en transparantie of maakt men al te graag misbruik van de chaotische situaties in het veld mede vanwege de zwakke instituties en de slechte controlemechanismen in ons land.

De praktijk leert ons dat aan bepaalde burgers gratis SZF-verzekeringspasjes worden gegeven, ook al is men instaat het zelf te kunnen betalen. Opvallend, omdat het de President was die waarschuwde voor misbruik van deze voorziening omdat de verzekering geld kost en dat we verantwoord moesten omgaan met de schaarse beschikbare middelen die we hebben.

De ongeconditioneerde en in beginsel openeinde financiering aan de ziekenhuizen en het SZF vindt nog steeds plaats. Tegelijkertijd wordt het product “basiszorg” niet meer aangeboden door de verzekeringsmaatschappijen. Diverse dienstverleners vragen nog steeds contante betaling aan verzekerden. Bij apotheken moet steeds vaker contant worden (bij)betaald voor medicijnen. Hetzelfde geldt voor het maken van een MRI-scan. Ander voorbeeld is de financiering van de meerkosten van nierdialyse voor iedereen ongeacht soort verzekeraar. De aanpak en de afhandeling in deze door SZF is vrij willekeurig.

De huidige marktpositie van SZF dwingt om een effectieve sturing en controle van de Regering ter voorkoming van uitwassen in de praktijk zoals het niet naleven van de Wet en het willekeurig verstrekken van voorzieningen, waardoor de dienstverlening naar de burger onvoldoende gewaarborgd is.

Het ergste van deze hele situatie is dat de grootste verliezer de consument is. De zorgkosten moeten betaald worden en de burger is de dupe. De zorgconsument moet continu “out of pocket” cash geld bijbetalen, hetzij voor bijbetaling bij opname in het ziekenhuis, het verkrijgen van medicijnen, en aan diverse dienstverleners.

Zolang de Onderraad Sociaal Zekerheidsstelsel, de DNA, en alle betrokken stakeholders niet bereid zijn tot daadwerkelijke en in sommige opzichten zeer ingrijpende verandering zullen de zorgkosten alleen maar toenemen terwijl de zorgverlening er kwalitatief voor de burger niet beter, maar juist slechter op wordt.

ZORGRAAD

Een van de belangrijke uitgangspunten van de Wet Nationale Basiszorg verzekering te weten, dat elke burger verzekerd moet zijn van “Basiszorg”, zonder bijbetaling, als de dienstverlening binnen het zorgpakket valt, wordt door het niet naleven van de regels door diverse stakeholders, te niet gedaan.

De Zorgraad en het Uitvoeringsorgaan worden dagelijks geconfronteerd met zeer schrijnende toestanden van burgers. Dit terwijl er veel geld wordt uitgegeven aan zaken waar de zorgbehoevende burger vooralsnog niets aan heeft. Ter illustratie twee bijzondere uitgewerkte praktijkgevallen die door het Uitvoeringsorgaan Basiszorg zijn aangedragen.

Tot slot

De Zorgraad heeft zich in de afgelopen periode opgesteld als een betrouwbare partner in zorgland. Zocht nooit de publiciteit op en was wars van stemmingmakerij en karraktermoord. De Raad heeft met nauwgezetheid en vaak tegen de stroom in haar wettelijke taken trachten te vervullen. Op velerlei gebieden de zorg betreffende zijn er voorstellen gedaan om de uitvoering van de Wet Nationale Basiszorgverzekering te optimaliseren Tot nog toe kreeg de Raad niet de medewerking die daarvoor nodig was De Zorgraad zal zich evenwel constructief blijven inzetten en blijven meewerken aan de vormgeving van een betaalbare en kwalitatief goede zorg voor de burgers van dit land.

Is de Zorgraad de enige instantie die zich zorgen maakt om de zorgverlening aan de Surinaamse burger?

Ter illustratie: twee bijzondere praktijkgevallen aangedragen door het Uitvoeringsorgaan Basiszorg.

Casus 1

05 maart 2019

Baby geboren in het AZP bij 30 weken zwangerschap, waardoor de baby na de geboorte extra zorg en behandeling nodig had. Opgenomen op de afdeling NICU van het AZP.

06 maart 2019

Via een tussenpersoon wordt een aanvraag gedaan voor een PZS-verzekering bij Self Reliance. De moeder is bij Self Reliance verzekerd. De vader is via zijn werkgever bij Assuria verzekerd.

15 maart 2019

Nog steeds geen reactie van Self Reliance ontvangen. De moeder heeft dagelijks gebeld met Self Reliance om te vragen naar een update.

15 maart 2019

Dezelfde dag hebben de ouders geprobeerd om de baby vanaf de geboorte te verzekeren bij Assuria. In eerste instantie is de aanvraag afgewezen.

18 maart 2019

Aanvraag ingediend bij SZF om de baby te verzekeren nadat noch Self Reliance noch Assuria positief hadden gereageerd op de aanvraag. SZF heeft aangegeven dat de baby niet binnen 3 dagen is aangemeld, waardoor de verzekering niet kan ingaan op de dag van geboorte.

Omdat de vader werkzaam is bij een bekend bedrijf was SZF ook van mening, dat de baby geen BaZo verzekering kan krijgen betaald door de Staat en dus ook niet vanaf de geboorte verzekerd kon worden. De verzekering van SZF kon alleen worden afgesloten door een SZF-personeelverzekering af te sluiten, waarbij de ouders zelf de premie met toeslag voor een half jaar in een keer moesten betalen. De ligdagkosten van 05 maart t/m 17 maart komen ten laste van de ouders. De verzekering is per 18 maart 2019 afgesloten voor 6 maanden tegen betaling van een premie volgens onderstaand specificatie:

Premie 18/03/19 tot 30-06-19: SRD 1080,-

Premie 01/07/19 tot 30-08-19: SRD 540,-

Totaal betaald 6 maanden: SRD 1620,-

20 maart 2019

De moeder ontvangt bericht van Self Reliance. Zij moet een brief afhalen voor de kinderarts, omdat er nog geen additionele informatie was ontvangen van de kinderarts.

De moeder heeft geprobeerd alsnog haar baby vanaf de dag van geboorte via Self Reliance te verzekeren, omdat zij de aanvraag binnen 3 dagen na geboorte (op 6 maart 2019 via de tussenpersoon) heeft ingediend dus volgens haar overeenkomstig de regels heeft gehandeld.

26 maart 2019

Assuria geeft aan dat moeder en kind wel kunnen worden verzekerd maar dat gemaakte kosten vóór aanvang van de verzekering niet worden gedekt.

02 april 2019

Offerte ontvangen van Self Reliance met een zeer hoge premie van SRD 1.776, - per maand waarbij de verzekering zou ingaan op de dag van betaling en de premie voor één jaar in één keer moest worden betaald. Totaal te betalen voor de verzekering van de baby SRD 23.229, -

10 april: Van AZP hebben de ouders een rekening ontvangen van SRD 22.180, - voor de ligdagkosten gemaakt in de periode van 05 t/m 17 maart 2019 terwijl deze kosten vanaf 18 maart 2019 door SZF zijn gedekt.

11 april: Baby ontslagen uit het ziekenhuis.

Casus 2

Januari 2019

Werkgever heeft werknemers verzekerd bij Assuria AZPAS Basis 3^{de} klasse. De werkgever betaalt 50% van de premie voor het product AZPAS-basis zoals die geldt bij Assuria. Op de collectieve factuur was aangegeven dat werknemer A een verzwaring van 200% heeft gehad op haar premie. De verzwaring van 200 % zou de werknemer zelf moeten betalen plus de 50 % werknemersaandeel van de premie. De AZPAS-basis (leeftijd 21-30) kost SRD 212.96. Met de 200% verzwaring moest een bedrag van SRD 640,- per maand aan premie worden betaald. De werkgever betaald een bedrag van SRD 111,- en de werknemer betaald SRD 529,- per maand.

16 januari 2019

De werknemer vraagt nadere informatie over de verzwaring van 200%. Volgens de baliemedewerker was de verzwaring bepaald door de artsen van de medische dienst en was er voor haar geen mogelijkheid om te weten te komen op basis waarvan haar een verzwaring is toegekend.

01 februari 2019

Medewerker heeft de werkgever gevraagd de verzekering stop te zetten, omdat zij de premie met de verzwaring niet kan betalen. Werkgever heeft werknemer niet verzekerd via de collectieve verzekering. Werknemer is niet verzekerd maar is nog wel in dienst.

22 maart 2019

Het Uitvoeringsorgaan Basiszorg (UO) heeft namens medewerker A contact gemaakt met Assuria die verwezen heeft naar de medisch adviseur die de informatie aan betrokkene moet verschaffen.

27 maart 2019

Medewerker heeft geprobeerd om informatie te krijgen van Assuria. Zij zou worden teruggebeld door de medisch adviseur. Intussen riskeert medewerker A een schorsing aan het werk, omdat zij niet is verzekerd. Ze moet dus naar andere betaalbare opties uitkijken, die niet via de werkgever wordt afgehandeld.

27 maart 2019

Medewerker A is naar SZF geweest voor informatie. Na gesprek met de medische dienst van SZF is vastgesteld dat haar premie SRD 170 is en de toeslag SRD 34. Totaal moet zij SRD 204,- per maand betalen aan premie bij SZF. Vooralsnog kiest medewerker A nog niet hiervoor, omdat zij van mening is dat ze hierdoor het recht opgeeft dat haar werkgever 50 % werkgeversbijdrage betaalt.

29 maart 2019

Assuria heeft medewerker A gebeld, maar zij heeft vanwege drukte aan het werk geen telefoon kunnen aannemen.

02 april 2019

Medewerker A heeft met de medisch adviseur van Assuria gesproken die heeft aangegeven dat de verzekering met 100% (ongeveer SRD 212,-) zal worden verlaagd. Dit besluit is genomen op basis van de additionele info die over medewerker A beschikbaar was. Dit zou de medisch adviseur ook nog bespreken met de manager.

05 april 2019

Medewerker A heeft een nieuwe offerte ontvangen van Assuria waaruit blijkt dat de verzekering niet met 100 % maar met SRD 100,- is verlaagd en bedraagt per maand SRD 524,-. Dit bedrag is nog steeds erg hoog is voor medewerker A om te betalen. Werkgeversbijdrage SRD 111,-. Werknemersbijdrage SRD 413,-. Bovendien was dit volgens medewerker A ook niet afgesproken met de medisch adviseur. Op de offerte van Assuria staat ook aangegeven dat de verzekering 100% is.

08 april 2019

Medewerker A was genoodzaakt naar een andere betaalbare oplossing te zoeken, om haar baan te kunnen behouden. Zij heeft zich per dezelfde datum bij SZF verzekerd en de premie van SRD 204,- zelf betaald. Zij zal nog proberen om met de werkgever overeen te komen dat die toch de 50 % werkgeversbijdrage betaalt aan haar.