



PUBLICATIEBLAD

LANDSBESLUIT, HOUDENDE ALGEMENE MAATREGELEN, van de 30^{ste} oktober 2014 ter uitvoering van artikel 3.1, tweede lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten¹ (Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten 2014)

IN NAAM VAN DE KONING!

De Gouverneur van Curaçao,

In overweging genomen hebbende:

dat het noodzakelijk is ter uitvoering van artikel 3.1, tweede lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten regels vast te stellen inzake de inhoud, omvang en voorwaarden van de verstrekkingen;

Heeft, de Raad van Advies gehoord, besloten:

§ 1. Algemene bepalingen

Artikel 1.1

Voor de toepassing van dit landsbesluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. de landsverordening : de Landsverordening basisverzekering ziektekosten;
- b. medisch specialist : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van het desbetreffende specialisme;
- c. tandarts : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot het verlenen van tandheelkundig specialistische zorg;
- d. huisarts : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van de huisartsengeneeskunde;
- e. verloskundige : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot het verlenen van verloskundige zorg;
- f. psycholoog : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot het verlenen van psychologische zorg;
- g. fysiotherapeut : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van (kinder)fysiotherapie;

¹ P.B. 2013, no.3

- h. chiropractor : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van chiropractie;
- i. oefentherapeut : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van oefentherapie Cesar en Mensendieck;
- j. logopedist : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van logopedie;
- k. ergotherapeut : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van ergotherapie;
- l. diëtist : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van diëtetiek;
- m. podotherapeut : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van podotherapie;
- n. paramedicus : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot het verlenen van handelingen op het gebied van gezondheidszorg anders dan de huisartsengeneeskunde, tandheelkundige en medisch specialistische zorg;
- o. verpleeghuisarts : een medische beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot uitoefening van verpleeghuisgeneeskunde
- p. geneesmiddel : een geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, onderdeel e, van de Landsverordening op de geneesmiddelenvoorziening²;
- q. Uitvoeringsorganisatie: de Uitvoeringsorganisatie, bedoeld in artikel 4.1 van de landsverordening;
- r. ter hand stellen : het rechtstreeks verstrekken of doen bezorgen van een geneesmiddel aan de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd.

Artikel 1.2

De aard van de zorg of van de verstrekkingen, genoemd in artikel 3.1 van de landsverordening wordt bepaald door het totaal aan zorg dat zorgaanbieders kunnen bieden, hetgeen nader wordt omschreven in de zorgcontracten, bedoeld in artikel 7.1 van de landsverordening en mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als noodzakelijke en doelmatige zorg en diensten.

Artikel 1.3

De omvang van de zorg of verstrekkingen, genoemd in artikel 3.1 van de landsverordening, wordt vastgelegd in protocollen waarvan de inhoud is vastgesteld aan de hand van de aard en complexiteit van de aandoening en wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als noodzakelijke en doelmatige zorg en diensten.

² P.B. 1969, no.24

§ 2. Huisartsenzorg

Artikel 2

1. Huisartsenzorg omvat genees- en heelkundige zorg te verlenen door een huisarts, waaronder in ieder geval valt:
 - a. consult en visite;
 - b. het geven van advies, het voorschrijven van een recept, het verwijzen naar een medisch specialist of een medische beroepsbeoefenaar genoemd in artikel 1.1. onderdeel c en onderdelen e tot en met m;
 - c. kleine of bijzondere verrichtingen;
 - d. kleine chirurgische verrichtingen, uitgebreide kleine chirurgie;
 - e. bijkomend laboratoriumonderzoek dat fluoronderzoek, urine dipstick, zwangerschapstest en glucosetest omvat.
2. Huisartsenzorg omvat niet:
 - a. geneeskundige keuringen;
 - b. alternatieve geneeswijzen;
 - c. beeldvormende diagnostiek;
 - d. verrichtingen die uitsluitend uitgevoerd moeten worden door een medisch specialist.

§ 3 Tandheelkundige zorg

Artikel 3.1

1. Tandheelkundige zorg omvat mondzorg te verlenen door een tandarts, mondhygiënist en kaakchirurg, waaronder in ieder geval valt: consultatie, diagnostiek, voorschrijven recept, eenmalige sanering, preventie, hygiëne, chirurgie en prothesen.
2. Tandheelkundige zorg omvat niet correctieve zorg.

Artikel 3.2

1. Tandheelkundige zorg aan de verzekerde die de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt, de min- en onvermogenden en de gepensioneerden, omvat:
 - a. periodiek preventief onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. het verwijderen van tandsteen;
 - c. fluorideapplicatie vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - d. sealing;
 - e. gnathologische hulp;
 - f. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg zijn van een ongeval.
2. Tandheelkundige zorg aan de verzekerde die de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt en die op grond van de leeftijd en inkomen voor tandheelkundige zorg ten laste van de

basisverzekering ziektekosten in aanmerking komt, omvat: consultatie, diagnostiek, preventie, hygiëne, chirurgische tandheelkundige hulp en het daarbij behorende röntgenonderzoek te verlenen door een tandarts, met uitzondering van parodontale chirurgie.

3. De verzekerde heeft aanspraak op andere tandheelkundige behandelingen als bedoeld in het eerste of tweede lid, indien die behandelingen noodzakelijk zijn met het oog op een ernstige aangeboren of verworven tandheelkundige of lichamelijke of geestelijke aandoening, hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan en de Uitvoeringsorganisatie voor het tot gelding brengen van die aanspraak voorafgaande toestemming heeft verleend.

Artikel 3.3

1. De aanspraak op tandheelkundige hulp wordt tot gelding gebracht in een daartoe door de tandarts ingerichte praktijkruimte, tenzij bij protocol anders is bepaald.
2. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op parodontale chirurgie, extractie onder narcose en osteotomie is voorafgaande toestemming van de Uitvoeringsorganisatie vereist.
3. De verzekerde heeft geen aanspraak op tandheelkundige hulp indien hij de aanwijzingen van de tandarts niet opvolgt of de mondhygiëne ernstig verwaarloost. De tandarts informeert de Uitvoeringsorganisatie schriftelijk hierover.

§ 4 Eerstelijns psychologische zorg

Artikel 4

Eerstelijns psychologische zorg omvat door een huisarts, medisch specialist of verpleeghuisarts voorgeschreven consult, onderzoek, waaronder neuropsychologisch onderzoek en behandeling waaronder gezinstherapie, door een psycholoog of door een zorginstelling die het verlenen van eerstelijns psychologische zorg ten doel heeft. Voor de duur van deze zorg wordt verwezen naar de daarvoor geldende protocollen.

§ 5. Medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg

Artikel 5.1

1. Medisch-specialistische zorg omvat genees-, heelkundige en specialistische geestelijke zorg te verlenen door een medisch specialist, een psychiater, een ziekenhuis, een dialysecentrum, een beademingscentrum of een trombosedienst.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, is tevens begrepen diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek, radiologisch-, functie- en pathologisch-anatomisch onderzoek.
3. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, bestaat slechts aanspraak op verwijzing van de huisarts van de verzekerde of op verwijzing van de medisch specialist naar wie de verzekerde is verwezen. Indien het verloskundige zorg betreft, bestaat eveneens aanspraak op die zorg op verwijzing van de verloskundige.
4. De Uitvoeringsorganisatie stelt nadere regels met betrekking tot de inhoud en geldigheid van de duur van verwijzingen op grond van het vastgestelde zorgprotocol.

Artikel 5.2

1. Voor zover de medisch-specialistische zorg behandelingen van plastisch-chirurgische aard omvat, is deze slechts onder de zorg begrepen indien die strekt ter correctie van:
 - a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - c. verlamde of verslakte bovenoogleden;
 - d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeldespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
2. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op plastisch chirurgische behandelingen is voorafgaande toestemming van de Uitvoeringsorganisatie vereist.

Artikel 5.3

1. Transplantaties van weefsels en organen betreffende beenmerg, cornea, huid en nieren komen ten laste van de verzekering van de ontvanger evenals andere transplantaties van weefsels en organen, mits die laatstbedoelde transplantatie of de aandoening die verholpen kan worden met transplantatie levensbedreigend van aard en om die reden noodzakelijk is en de Uitvoeringsorganisatie daarmee vooraf heeft ingestemd. Voorafgaande aan een beslissing over de toestemming, bedoeld in de vorige volzin, raadpleegt de Uitvoeringsorganisatie de betreffende medisch-specialist.
2. De kosten van het vooronderzoek ten behoeve van de transplantaties komen ten laste van de verzekering mits de Uitvoeringsorganisatie daarmee vooraf heeft ingestemd.
3. Transplantaties van weefsels en organen omvatten ten laste van de verzekering van de ontvanger tevens:
 - a. medisch-specialistische zorg in verband met de selectie van donoren;
 - b. medisch-specialistische zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal;
 - c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van postmortaal transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
 - d. de zorg waarop aanspraak bestaat krachtens deze regeling, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming;
 - e. voor zover beschikbaar het vervoer in de derde klasse van een openbaar middel van vervoer of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de in onderdeel d bedoelde hulp.

Artikel 5.4

De verzekerde kan, rekening houdend met het daarvoor geldend protocol, aanspraak maken op een second opinion door een ter zake kundige lokale zorgverlener met wie de Uitvoeringsorganisatie een zorgcontract heeft, in geval van een levensbedreigende aandoening, bij twijfel omtrent de urgentie van een behandeling, bij een operatie met onomkeerbare gevolgen, of bij gerede twijfel over de behandelmethodede.

Artikel 5.5

Voor zover de medisch-specialistische zorg hulp in het kader van erfelijkheidsadvisering betreft, omvat deze zorg onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultra geluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psychosociale begeleiding.

Artikel 5.6

1. Voor zover de medisch-specialistische zorg niet-klinische haemodialyse door een dialysecentrum betreft, omvat de thuiszorg:
 - a. de voor de verzekerde noodzakelijke haemodialyse, daarmee verbandhoudend geneeskundig onderzoek, behandeling en farmaceutische hulp, waaronder de voor de verzekerde noodzakelijke erythropoëtine;
 - b. vergoeding van de kosten verband houdende met psycho-sociale begeleiding van de verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn, indien nodig te verlenen door aan het dialysecentrum verbonden deskundigen.
2. Een indicatie voor niet-klinische haemodialyse wordt geacht aanwezig te zijn indien en zolang de verzekerde in verband met een verloren gegane nierfunctie haemodialyse dient te ondergaan en redelijkerwijze daartoe niet gedurende dag en nacht in een ziekenhuis behoeft te verblijven.

Artikel 5.7

1. Voor zover de medisch-specialistische zorg chronisch intermitterende beademing door of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum betreft, omvat deze zorg:
 - a. het regelmatig verblijven gedurende minder dan 24 uur in een beademingscentrum gepaard gaande met mechanische beademing en hiermede verbandhoudende medisch-specialistische en farmaceutische hulp, verpleging en verzorging;
 - b. beademing met gebruik van mechanische beademingsapparatuur ten huize van de verzekerde of in een daartoe ingerichte lokaliteit en hiermee verbandhoudende medisch-specialistische en farmaceutische hulp.
2. Een indicatie voor chronisch intermitterende beademing wordt geacht aanwezig te zijn indien en zolang in verband met het tekortschieten van de ademhalingsfunctie van de verzekerde een langdurig en regelmatig terugkerende mechanische beademing redelijkerwijze is aangewezen.
3. De chronische intermitterende beademing wordt, indien zulks niet is voorzien bij protocol, tijdig door of namens de verzekerde aangevraagd bij de Uitvoeringsorganisatie. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivering van de behandelende arts. Tevens dient een verklaring van een beademingscentrum te worden overgelegd waaruit blijkt dat het de beademing in het centrum zal verlenen dan wel de verantwoordelijkheid op zich neemt voor beademing buiten het centrum.
4. Alvorens een beschikking op de ingediende aanvraag te nemen, stelt de Uitvoeringsorganisatie vast of een indicatie als bedoeld in het tweede lid bestaat.
5. De Uitvoeringsorganisatie neemt zoveel mogelijk na overleg met het beademingscentrum een beschikking op de in het derde lid bedoelde aanvraag. Indien deze beschikking de toestemming van de Uitvoeringsorganisatie inhoudt, wordt bij de beschikking tevens aangegeven of de beademing in of vanwege het beademingscentrum zal worden verleend.

Artikel 5.8

Voor zover de medisch-specialistische zorg hulp door een trombosedienst betreft, omvat de zorg op voorschrift van de behandelend arts:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de dienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- c. het aan de verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de apparatuur, bedoeld onder c, en het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 5.9

1. Ziekenhuiszorg omvat opnemings- en verblijfszorg gedurende het etmaal in een ziekenhuis gepaard gaande met medisch-specialistische zorg, verpleging, verzorging, paramedische zorg of farmaceutische zorg.
2. Op opnemings- en verblijfszorg in een ziekenhuis bestaat aanspraak zolang de verzekerde redelijkerwijs op medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis is aangewezen.
3. Indien de verzekerde op grond van het tweede lid in verband met verloskundige zorg in een ziekenhuis verblijft, heeft zowel de moeder als het kind aanspraak op opnemings- en verblijfszorg in dat ziekenhuis.

§ 6. Paramedische zorg

Artikel 6.1

Paramedische zorg omvat:

- a. door een huisarts of medisch specialist voorgeschreven (kinder)fysiotherapie, chiropractie en oefentherapie Cesar en Mensendieck, te verlenen door respectievelijk (kinder)fysiotherapeuten, chiropractors en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, met als doel genezing, verbetering, vermindering van pijn dan wel behoud van een zo goed mogelijk motorisch lichamenlijk functioneren;
- b. door een huisarts, kinderarts, KNO-arts, tandarts/orthodontist of andere medisch specialist voorgeschreven logopedie, te verlenen door logopedisten met als doel opheffing of verbetering van stoornissen op het gebied van mondfunctie, gehoor, ademing, stem, spraak of taal;
- c. door een huisarts, medisch specialist of verpleeghuisarts voorgeschreven advisering, instructie, training of behandeling, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen;
- d. door een huisarts, medisch specialist of tandarts voorgeschreven voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, te verlenen door een diëtist;
- e. door een huisarts of medisch specialist voorgeschreven podotherapie te verlenen door een podotherapeut, inclusief de verstrekking van podozolen.

Artikel 6.2

1. Fysiotherapie, chiropractie en oefentherapie, bedoeld in artikel 6.1, onder a, omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder het aantal behandelingen per indicatie vastgesteld in het desbetreffende protocol. Bij een ontoereikend resultaat kan het aantal behandelingen worden uitgebreid op basis van een behandelplan na voorafgaande goedkeuring van het aantal behandelingen door de Uitvoeringsorganisatie.
2. Fysiotherapie en oefentherapie omvatten tevens bekkentherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder het aantal behandelingen per indicatie vastgesteld in het desbetreffende protocol.
3. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar omvatten fysiotherapie, chiropractie en oefentherapie het aantal behandelingen per indicatie vastgesteld in het desbetreffende protocol. Bij een ontoereikend resultaat kan het aantal behandelingen worden uitgebreid op basis van een behandelplan na voorafgaande goedkeuring van het aantal behandelingen door de Uitvoeringsorganisatie.
4. De verzekerde die lijdt aan een van de in het protocol beschreven aandoeningen, heeft aanspraak op behandelingen indien de aandoening gepaard gaat met stoornissen die leiden tot beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit, en voor wat betreft chiropractie, indien de aandoening gepaard gaat met stoornissen van de wervelkolom met acute en chronische neurologische gevolgen en scharnieraandoeningen, die leiden tot de beperking in het bewegingsapparaat.
5. Paramedische behandelingen vinden plaats op basis van vooraf vastgestelde zorgprotocollen. Uitbreidingen dienen schriftelijk gemotiveerd aangevraagd te worden bij de Uitvoeringsorganisatie door de verwijzer en dienen vooraf goedgekeurd te worden door de Uitvoeringsorganisatie. De Uitvoeringsorganisatie kan nadere regels stellen met betrekking tot het in dit artikel bepaalde.

Artikel 6.3

De verzekerde heeft aanspraak op zorg verstrekt door een daarvoor bevoegd medisch pedicure, indien er sprake is van het voorkomen van voetproblemen bij een patiënt met Diabetes Mellitus of een andere voetaandoening en behoudens indien zulks is voorzien bij protocol, na vooraf verkregen toestemming van de Uitvoeringsorganisatie, met maximaal twee controles op jaar basis.

§ 7. Laboratoriumonderzoek

Artikel 7

Laboratoriumonderzoek omvat onderzoek te verrichten door een laboratorium op het gebied van klinisch chemie, microbiologie, pathologie, trombosedienst, toxicologie en moleculaire diagnostiek.

§ 8. Farmaceutische zorg

Artikel 8.1

1. Farmaceutische zorg omvat:
 - a. terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers, gevestigd op Curaçao die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen, opgenomen in een door de Uitvoeringsorganisatie vast te stellen lijst;
 - b. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten indien de verzekerde op medische gronden niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding, en indien de verzekerde lijdt aan een:
 - 1°. ernstige stofwisselingsstoornis,
 - 2°. ernstige voedselallergie,
 - 3°. ernstige resorptiestoornis,
 - 4°. via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ernstige ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop.
2. De verstrekkingen genoemd in het eerste lid onder b, worden niet vergoed dan nadat daarvoor de Uitvoeringsorganisatie toestemming heeft verleend, na een gemotiveerd verzoek van de voorschrijver daartoe te hebben ontvangen.
3. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. middelen waarvan de toepassing niet strekt tot een rationele therapie;
 - b. geneesmiddelen die vervangen kunnen worden door een gelijkwaardig, maar goedkoper middel;
 - c. anticonceptiva, tenzij:
 - 1°. de verzekerde jonger is dan achttien jaar,
 - 2°. het middel dient ter behandeling van endometriose, of
 - 3°. het middel dient ter behandeling van menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarden zoals gehanteerd in de richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroepen;
 - 4°. er een medische indicatie is waarbij vooraf toestemming is verleend door de Uitvoeringsorganisatie.
 - d. geneesmiddelen die anders niet via een recept worden voorgeschreven.

Artikel 8.2

1. De verzekerde heeft slechts aanspraak op farmaceutische zorg indien de zorg is voorgeschreven door een arts, tandarts en verloskundige uitsluitend op hun eigen deskundigheidsgebied en wiens zorg de verzekerde ingevolge deze regeling heeft ingeroepen.
2. De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op geneesmiddelen voor telkens een periode van ten hoogste:
 - a. zes maanden indien het orale anticonceptiva betreft;
 - b. drie maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van een chronische ziekte, met uitzondering van hypnotica of anxiolytica;
 - c. vijftien dagen indien het geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica betreft;
 - d. drie maanden in de overige gevallen.

3. In afwijking van het bepaalde in het tweede lid heeft de verzekerde die wordt ingesteld op een voor hem nieuwe medicatie, aanspraak op aflevering van geneesmiddelen voor de periode zoals voorgeschreven door de voorschrijver ter bepaling van de effectiviteit.
4. Het tweede en derde lid zijn niet van toepassing voor zover in een protocol dat is overeengekomen tussen de desbetreffende zorgverlener en de Uitvoeringsorganisatie langere perioden zijn overeengekomen.

§ 9. Kunst- en hulpmiddelenzorg

Artikel 9.1

1. Hulpmiddelen te verstrekken na voorafgaande goedkeuring door de Uitvoeringsorganisatie welke worden gedragen in, aan of op het lichaam, bestaan uit:
 - a. optische kunst- en hulpmiddelen: brillenglazen, monturen en lenzen aan de verzekerde die voor optische kunst- en hulpmiddelen ten laste van de basisverzekering ziektekosten in aanmerking komt
 - b. prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet;
 - c. mammaprothesen;
 - d. gelaatsprothesen;
 - e. oogprothesen;
 - f. orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals;
 - g. gezichtshulpmiddelen;
 - h. verzorgingsmiddelen;
 - i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden;
 - j. pruiken;
 - k. injectiespuiten en toebehoren;
 - l. uitwendige hulpmiddelen, te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
 - m. hulpmiddelen bij diabetes;
 - n. apparatuur voor positieve uitademingsdruk;
 - o. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren;
 - p. schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen;
 - q. zuurstofapparatuur;
 - r. longvibrators;
 - s. vernevelaars met toebehoren;
 - t. slaapapparatuur zoals CPAP, BiPAP en VPAP;
 - u. gehoorapparaten.
2. Kunst- en hulpmiddelenzorg als bedoeld in het eerste lid, onder a, wordt slechts verleend aan min- en onvermogenen met een maandinkomen van maximaal NAF 1.000,- en personen die een pensioenuitkering genieten van een pensioenfonds of een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht Verzekeringsbedrijf en op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt,

Artikel 9.2

1. Ten aanzien van de aanspraak op enig in deze paragraaf genoemd kunst- of hulpmiddel kan een door de verzekerde verschuldigde eigen, geconditioneerde, bijdrage worden vastgesteld. De condities worden beoordeeld naar het moment waarop de verzekerde zich wendt tot de leverancier.
2. Een in deze paragraaf geregelde eigen bijdrage wordt betaald aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij de Uitvoeringsorganisatie anders heeft bepaald.

Artikel 9.3

1. Indien een kunst- en hulpmiddel in bruikleen wordt verschaft, kan de Uitvoeringsorganisatie van de verzekerde een redelijke waarborgsom vragen. Over de waarborgsom wordt door Uitvoeringsorganisatie geen rente vergoed.
2. De verschaffing in bruikleen omvat tevens vergoeding van de kosten van vervoer van het hulpmiddel naar en van de woning van de verzekerde, van het regelmatig technisch onderhoud ervan, alsmede van de voor het gebruik, ontsmetting en reiniging van de apparatuur benodigde chemicaliën.
3. De Uitvoeringsorganisatie kan hierover afspraken maken met de leverancier.

Artikel 9.4

Hulpmiddelen als bedoeld in 9.1, onder b, omvatten inwendige prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet.

Artikel 9.5

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder c, omvatten:

- a. de gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen voor uitwendige toepassing ter vervanging van een geheel of nagenoeg geheel ontbrekende borstklier;
- b. ten behoeve van een verzekerde afzonderlijk vervaardigde mammaprothese indien het gebruik van gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen niet mogelijk of redelijkerwijs niet verantwoord is.

Artikel 9.6

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder d, omvatten ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothesen ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.

Artikel 9.7

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder e, omvatten:

- a. volledige oogprothesen bij het ontbreken van de oogbol;
- b. scleraschalen;
- c. scleralenzen, al dan niet voorzien van een ingekleurde iris en pupil en al dan niet met visuscorrectie, bij een ernstig misvormd oog of na traumatische veranderingen van een oog.

Artikel 9.8

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder f, omvatten:
 - a. korsetten voor afwijkingen aan de wervelkolom;
 - b. orthopedische beugelapparatuur;
 - c. verstevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur voor langdurig gebruik, waarbij de versteviging een functioneel onderdeel vormt van de orthese en een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van een niet verstevigde orthese, met dien verstande dat daaronder slechts een kniebrace valt indien sprake is van:
 - 1°. een al dan niet gecombineerd letsel van de knie waarbij de kruisbanden of de collateraal banden zijn gescheurd;
 - 2°. eenzijdige gonartrose, voor zover sprake is van een standafwijking van minimaal 10 graden varus/valgusstand;
 - d. kappen ter bescherming van de schedel indien er sprake is van een schedeldefect of indien door frequente evenwichts- of bewustzijnsstoornissen grote kans op vallen bestaat;
 - e. tracheacanules;
 - f. stemprothesen of spraakversterkers, al dan niet gecombineerd;
 - g. breukbanden;
 - h. orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, en de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met confectieschoenen, te weten:
 - 1°. volledig individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel, indien tevens niet kan worden volstaan met semi-orthopedische schoenen of met een voorziening aan confectieschoenen;
 - 2°. volledig individueel vervaardigde orthopedische binnenschoenen;
 - 3°. semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing;
 - 4°. orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, tenzij het uitsluitend een verhoging betreft van de gehele buitenzool van minder dan 3 cm.
2. Onder langdurig gebruik, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, valt niet preventief gebruik in verband met het beoefenen van sport.

Artikel 9.9

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder g, omvatten:

- a. bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking voor zover van andere therapieën geen resultaat is verkregen of te verwachten is en voldaan is aan de criteria bij deze regeling;
- b. bijzondere optische hulpmiddelen, bestemd voor rechtstreekse waarneming, met inbegrip van montuur, statief of verlichting, indien deze met het hulpmiddel één geheel vormen en de verzekerde een dusdanig verlies van gezichtsvermogen heeft dat redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een middel als brillen of contactlenzen.

Artikel 9.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder h, omvatten:
 - a. urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan het been of bed;
 - b. voorzieningen voor stomapatiënten, te weten:
 - 1°. systemen ter bevestiging op een stoma voor de opvang van faeces of urine, bestaande

- uit opvangzakjes en kleefplaten, daarbij benodigde hulp- en verbindingstukken, opvulmaterialen, reinigingsgaasjes, wegwerpzakjes, spoelapparatuur met toebehoren, stomapluggen, stomapleisters en indikmiddelen;
- 2°. noodzakelijke huidbeschermende middelen, voor zover daarop niet reeds aanspraak bestaat op grond van artikel 8.1;
 - 3°. afdekpleisters en katheters bestemd voor een continentstoma;
 - 4°. stomabeschermers, niet zijnde verbandmiddelen, voor een gelaryngectomeerde;
- c. stompkousen;
 - d. katheters met blaasspoelvloeistoffen, al dan niet met toebehoren;
 - e. incontinentie-absorptiematerialen als omschreven in het tweede lid;
 - f. spoelapparatuur voor anaal spoelen, zonodig met toebehoren, indien sprake is van ernstige problemen met de ontlasting ten gevolge van anatomische of functionele afwijkingen van de darm of anus dan wel de zenuwvoorziening daarvan;
 - g. slijmuitzuigapparatuur voor het wegzuigen van slijm uit het mond- of keelgebied, zonodig met toebehoren.
2. Incontinentie-absorptiematerialen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, omvatten:
- a. inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie voor verzekerden jonger dan 18 jaar alleen met vooraf toestemming van de Uitvoeringsorganisatie, indien sprake is van:
 - 1°. incontinentie voor faeces die langer bestaat dan twee weken;
 - 2°. incontinentie voor urine, niet zijnde enuresis nocturna, die langer bestaat dan twee maanden;
 - 3°. ondersteuning van bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining ten laste van de zorgverzekering voor de behandeling van urine-incontinentie, niet zijnde enuresis nocturna, voor de duur van deze behandeling;
 - 4°. ziektebeelden waarvan mag worden aangenomen dat de incontinentie niet vanzelf geneest, of waarbij bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet helpen;
 - b. inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie;
 - c. anaaltampons;
 - d. beschermende onderleggers, indien het verlies van bloed, exsudaat, vocht, urine of faeces dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door het gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.
3. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar worden inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie alleen met voorafgaande toestemming van de Uitvoeringsorganisatie verstrekt, indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;

Artikel 9.11

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder i, omvatten uitsluitend voor verzekerden jonger dan 18 jaar:

- a. pessaria;
- b. koperhoudende spiraaltjes, hormoonhoudende spiraaltjes en -staafjes.

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder is medische indicatie vereist met vooraf toestemming van de Uitvoeringsorganisatie.

Artikel 9.12

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder j, omvatten haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar, indien de verzekerde van een blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid zodanige psychische bezwaren ondervindt, dat het gebruik van een

haarwerk redelijkerwijs is aangewezen. De Uitvoeringsorganisatie dient voorafgaande toestemming te verlenen na een gemotiveerd verzoek van de zorgaanbieder.

Artikel 9.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder k, omvatten injectiespuiten met toebehoren, indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van dit middel noodzakelijk maken.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering, indien de verzekerde ten gevolge van een ernstige motorische handicap dan wel een verminderd gezichtsvermogen redelijkerwijs niet kan volstaan met een injectiespuit of injectiepen in een niet aangepaste uitvoering.

Artikel 9.14

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder m, omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:
 - a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
 - b. bloedglucosetestmeters, indien de verzekerde aangewezen is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips;
 - c. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien tevens voldaan is aan de criteria zoals vastgesteld in het betreffend zorgprotocol.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering indien de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in een niet aangepaste uitvoering.

Artikel 9.15

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder n, omvatten aangezichtsmaskers, dan wel mondstukken, met aanzetstukken bestaande uit een weerstandsbuis en een, in- en uitademingsweg scheidend, ademventiel, waarbij deze hulpmiddelen dienen om bij het uitademen een positieve druk te bewerkstelligen ter bevordering van de sputumproductie.

Artikel 9.16

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder o, omvatten draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien sprake is van continue parenterale toediening in de thuissituatie van een geneesmiddel dat valt onder de farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 8.1.

Artikel 9.17

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder p, omvatten:

- a. verbandschoenen, indien voldaan is aan de criteria vastgesteld in het protocol;
- b. allergievrije schoenen, indien er sprake is van een allergie;
- c. orthopedische schoenen voor diabetische voeten indien voldaan is aan de criteria vastgesteld in het protocol.

Artikel 9.18

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder q, omvatten:

- a. zuurstofapparaten met de daarbij behorende zuurstof;
- b. zuurstofconcentratoren met toebehoren.

Artikel 9.19

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 9.1, onder t, omvatten hulpmiddelen met toebehoren voor positieve luchtdruk tijdens het ademen, indien voldaan is aan de zorginhoudelijke criteria vastgesteld in het protocol.

§ 10. Verloskundige zorg

Artikel 10

1. Verloskundige zorg bestaat uit de begeleiding van de bevalling in een kraaminrichting, alsmede de pre- en postnatale zorg door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts. Slechts op strikte medische indicatie en na voorafgaande toestemming door de Uitvoeringsorganisatie kunnen bevallingen alsmede pre- en postnatale zorg geschieden door een medisch specialist.
2. Verloskundige zorg en bevallingszorg in het ziekenhuis worden volledig vergoed op basis van de derde klasse.
3. De met de bevalling samenhangende ziekenhuiskosten worden vergoed, met inbegrip van de ligdagen in het ziekenhuis, overeenkomstig de artikelen 5.9 en 11.
Onder de aanspraak bij bevalling valt in ieder geval:
 - a. drie ligdagen, tenzij op medische indicatie meer dagen is vereist;
 - b. het gebruik van een verloskamer;
 - c. medische- en verpleegartikelen;
 - d. laboratoriumonderzoek.
4. In geval van een thuisbevalling worden de kosten van de verloskundige vergoed.
5. De verzekerde heeft bij een thuisbevalling aanspraak op meer voorzieningen als bedoeld in het eerste lid na vooraf verkregen toestemming van de Uitvoeringsorganisatie.

§ 11. Kraamzorg

Artikel 11

1. Kraamzorg ten huize van de verzekerde, verleend door een kraamverzorgende onder verantwoordelijkheid van de huisarts of de verloskundige, of door een organisatie die het verlenen van kraamzorg ten doel heeft, omvat verzorging van moeder en kind gedurende ten minste 24 en ten hoogste 48 uren, verdeeld over ten hoogste acht dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.
2. Kraamzorg in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 5.9, omvat verzorging, verpleging en verblijf van moeder en kind in de derde klasse gedurende ten hoogste drie dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

3. Op de kraamzorg, bedoeld in het eerste en tweede lid, bestaat aanspraak voor zover moeder en kind, gelet op hun behoefte, daarop naar het oordeel van de in het eerste lid bedoelde huisarts, verloskundige of organisatie, redelijkerwijs zijn aangewezen.
4. Indien de verzekerde gedurende een deel van de periode, bedoeld in het eerste lid, verblijft in een ziekenhuis op grond van een opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 5.9, behoudt zij op de resterende kraamzorg, bedoeld in het eerste lid, aanspraak.

§ 12. Ziekenvervoer

Artikel 12.1

1. Het ziekenvervoer omvat spoedeisend en niet-spoedeisend medisch noodzakelijk lokaal vervoer per ambulance:
 - a. naar een ziekenhuis waar de verzekerde ten laste van de verzekering wordt opgenomen of gaat verblijven;
 - b. naar een zorgverlener bij wie of een zorginstelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering zorg verleend zal krijgen;
2. Voor besteld vervoer als bedoeld in onderdeel b van het eerste lid is voorafgaande toestemming van de Uitvoeringsorganisatie nodig en voor spoedvervoer als bedoeld in onderdeel a van het eerste lid verleent de Uitvoeringsorganisatie achteraf goedkeuring.

Artikel 12.2

1. De verzekerde heeft aanspraak op een door de Uitvoeringsorganisatie, vast te stellen transportvergoeding voor ziekenvervoer anders dan per ambulance, voor zover:
 - a. de verzekerde haemodialyse moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich met uitsluitend een rolstoel of liggend kan verplaatsen;
 - d. de verzekerde zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
 - e. de verzekerde een andere vorm van zorg verleend moet krijgen van een zorgverlener of zorginstelling.
2. De aanspraak op grond van het eerste lid bestaat voor verzekerden, bedoeld in dat lid, uitsluitend uit lokaal vervoer naar of van een zorgverlener of zorginstelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering zorg verleend zal krijgen.

Artikel 12.3

De verzekerde heeft slechts aanspraak op de in artikel 12.2 bedoelde transportvergoeding indien zulks is voorzien bij protocol, dan wel indien de Uitvoeringsorganisatie daarvoor vooraf toestemming heeft gegeven.

Artikel 12.4

De transportvergoeding omvat mede het vervoer van een begeleider, indien volgens een schriftelijke verklaring van de behandelende arts begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van minderjarige kinderen. In bijzondere gevallen kan de Uitvoeringsorganisatie vervoer van twee begeleiders toestaan.

§ 13. Thuiszorg

Artikel 13

1. Thuiszorg omvat de zorg die in de thuisomgeving van de verzekerde wordt geboden door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in het kader van geneeskundige zorg.
2. De Uitvoeringsorganisatie kan nadere regels stellen met betrekking tot de aanvragen voor thuiszorg.

§ 14. Uitbreiding van het basispakket met preventieve zorgvormen

Artikel 14

Aan het basispakket worden vormen van geïndiceerde, selectieve en zorggerelateerde preventieve zorg toegevoegd in het kader van:

- a. voorlichting, fysieke metingen en persoonlijke vragenlijsten zoals aangeboden door Afdeling Geneeskundige en Gezondheidszaken;
- b. vaccinatie voor risicogroepen op medische indicatie;
- c. overgewicht en obesitas;
- d. hypertensie, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten conform de richtlijnen van cardiovasculair management;
- e. decubituspreventie;
- f. screening op borst-, baarmoederhals- en prostaatanker;
- g. astma/Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

§ 15. Overgangs- en slotbepalingen

Artikel 15.1

Alwaar in artikel 1.2 melding wordt gemaakt van een zorgcontract als bedoeld in artikel 7.1 van de landsverordening, treedt gedurende drie jaar na het inwerking treden van dit landsbesluit de inschrijving als medewerkende ingevolge de Regeling medewerking aan de Sociale Verzekeringen 1960³ daarvoor in de plaats.

³ P.B. 1960, no.22

Artikel 15.2

De Uitvoeringsorganisatie stelt, in gevallen waar de zorg nog niet is geprotocolleerd, regels vast ten aanzien van aanvragen, aantal behandelingen per tijdseenheid en de duur van (para)medische behandeling per verzekerde.

Artikel 15.3

Het Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten⁴ wordt ingetrokken.

Artikel 15.4

Dit landsbesluit treedt in werking met ingang van 1 november 2014.

Artikel 15.5

Dit landsbesluit wordt aangehaald als: Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten 2014.

Gegeven te Willemstad, 30 oktober 2014
L.A. GEORGE-WOUT

De Minister van Gezondheid,
Milieu en Natuur,
B.D. WHITEMAN

De Minister van Financiën a.i.,
E.W. BALBORDA

Uitgegeven de 31^{ste} oktober 2014
De Minister van Algemene Zaken,
I.O.O. ASJES

⁴ P.B. 2013, no. 6

NOTA VAN TOELICHTING behorende bij het Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten 2014.

§ 1. Algemeen

De Landsverordening basisverzekering ziektekosten⁵ is een landsverordening waarvan de uitvoering naar zijn aard kosten met zich meebrengt. Gelet op het verzekeringskarakter van genoemde landsverordening staat tegenover de mogelijkheid beroep te kunnen doen op verstrekkingen (die uiteraard geld kosten) een bijdrage van de verzekerde: de premie. Uitgangspunt bij verzekeringen is dan ook dat premie-inkomsten en uitgaven met elkaar in evenwicht zijn. Helaas is dat in een samenleving waar grote groepen van mensen weinig inkomsten hebben een utopie. Indien de kosten uitsluitend door een te heffen premie zouden moeten worden gedekt, zou dat een onverantwoord hoge premie met zich meebrengen. Om die reden is besloten dat de overheid jaarlijks zal bijdragen in de kosten verbonden aan de uitvoering van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten, evenals zulks in het verleden het geval was. Deze landsbijdrage wordt betaald uit een daarvoor bestemde begrotingspost.

Het mag duidelijk zijn dat als inkomsten en uitgaven met elkaar in evenwicht dienen te zijn en er grenzen zijn aan de betaalbaarheid van de basisverzekering, er ten aanzien van de aanspraak op verstrekkingen keuzes moeten worden gemaakt, met name welke verstrekkingen geheel of gedeeltelijk worden vergoed en welke niet worden vergoed.

§ 1.1 Noodzakelijke zorg

Op basis van het rapport van de projectgroep “Herstructurering Cure” van 28 maart 2011, zijn de verschillende ziektekosten regelingen van de populaties Sociale Verzekeringsbank (SVB) en voorheen Bureau Ziektekosten Voorzieningen (BZV) geüniformeerd.

Voor deze uniformering is gebruik gemaakt van de “Trechter van Dunning” (best practice), waarbij onder meer getoetst is op de criteria ‘noodzakelijke zorg’, ‘werkzame’ zorg’ en ‘doelmatige zorg’.

Volgens het eerste criterium moet de zorg ‘noodzakelijk’ zijn ofwel worden voorbehouden aan mensen die het echt nodig hebben. Ten tweede moet collectief gefinancierde zorg ‘werkzaam’ zijn. Er moet redelijkerwijs kunnen worden aangenomen dat een medische verrichting werkt zoals bedoeld (evidence-based medicine). Ook moet zorg ‘doelmatig’ zijn ofwel de kosten van zorg moeten in een redelijke verhouding staan tot de opbrengsten.

Het resultaat is een verstrekkingenpakket dat min of meer vergelijkbaar is met de huidige Ziekteverzekering, het ZV-pakket (grootste groep verzekerden). Voor sommige verzekerden betekent dit een beperkte verbetering.

Het verstrekkingenpakket voorziet in de basis noodzakelijke curatieve zorg en bepaalde preventieve zorgvormen. In de reparatiewetgeving wordt het pakket zodanig aangepast en uitgebreid opdat brillenglazen, monturen en contactlenzen en tandheelkundige zorg opgenomen worden voor min- en onvermogens met een maandinkomen van maximaal NAf 1000,- en personen die op 1 februari 2013 55 jaar en ouder zijn en die een pensioenuitkering hebben. De aanspraak op deze verstrekkingen voor personen onder de leeftijd van 18 jaar blijft ongewijzigd.

⁵ P.B. 2013, no.3

De inhoud van het verstrekkingenpakket wordt een combinatie van curatieve noodzakelijke zorg en preventieve gezondheidszorg in lijn met de beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg en rekeninghoudend met de zorgbehoefte op Curaçao. Dit verklaart waarom bepaalde zorgvormen opgenomen in het verstrekkingenpakket niet direct als noodzakelijke zorg zijn aangemerkt volgens de Trechter van Dunning maar uitgaande van het preventiebeleid⁶ en de zorgbehoefte wel zijn opgenomen in het basis verstrekkingenpakket. Het opnemen van tandheelkundige zorg heeft als grondslag de resultaten van het Tandheelkundig Onderzoek Curaçao.⁷ Voornoemd onderzoek heeft bewezen dat het hebben van een ziektekostenverzekering die tandheelkundige kosten dekt, van groot belang is bij de frequentie waarmee men de tandarts bezoekt. De toegankelijkheid tot tandheelkundige zorg wordt hiermee vergroot. Echter gezien de beperkte financiële ruimte voor uitbreiding van het pakket moeten zowel de optische middelen als tandheelkundige zorg beperkt worden tot voornoemde leeftijdsgroepen.

§ 1.2 Verstrekkingen in het basispakket

Elke verzekerde kan een gelijke aanspraak maken op de verstrekkingen in de basisverzekering. Het basispakket is aangepast en omvat thans de volgende verstrekkingen:

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

Paramedische zorg wordt geboden op medische indicatie van de huisarts of medisch specialist. Elke beroepsgroep moet een jaarplan opstellen waarin onder andere wordt vastgesteld: welke zorg geprotocolliseerd wordt, de zorgprogramma's die geïmplementeerd zullen worden, interdisciplinaire samenwerking en de afstemming met de andere disciplines. Het jaarplan moet aansluiten op het gezondheidszorgbeleid (preventie en chronische zorg) van het Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur. Zorgafspraken ten aanzien van de behandeling van aandoeningen vloeien voort uit de jaarplannen.

Op basis van voornoemde zorgafspraken legt de beroepsgroep vooraf per aandoening een gemiddelde van het aantal behandelingen vast naar complexiteit van de aandoening. Met de uitvoeringsorganisatie wordt vervolgens het aantal behandelingen per aandoening vooraf overeengekomen met inachtneming van uitzonderlijke gevallen uitgaande van de individuele zorgbehoefte. Uitbreiding van het aantal behandelingen vindt plaats bij overleg en goedkeuring

⁶ Goedgekeurd door de Raad van Ministers d.d. 16 maart 2011 zaaknummer 2011/26395

⁷ Tandheelkundig Onderzoek Curaçao, GGD Curaçao, CDS en ISOG, september 2001

van een behandelingsplan waarin de verlenging van de behandeling op basis van de zorgvraag wordt vastgelegd.

d) Laboratoriumonderzoek;

e) Tandheelkundige zorg;

Consultatie, diagnostiek, preventie, hygiëne, chirurgie en prothesen voor verzekerden tot 18 jaar, min- en onvermogenen met een maandinkomen van maximaal NAf 1.000,- en personen die een pensioenuitkering genieten van een pensioenfonds of een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht Verzekeringsbedrijf⁸ en op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt, conform door de uitvoeringsorganisatie vast te stellen richtlijnen;

f) Farmaceutische zorg (conform farmaceutische lijst):

g) Verblijf in een zorginstelling in verband met geneeskundige zorg, inclusief psychiatrische zorg en revalidatie;

h) Thuiszorg zoals verpleegkundigen en ziekenverzorgenden die bieden in het kader van de geneeskundige zorg (cure);

i) Kunst- en hulpmiddelenzorg;

Deels limitatieve lijst in het kader van zorg die niet onder de AVBZ valt. Optische kunst- en hulpmiddelen (brillenglazen, monturen en contactlenzen) voor alleen min- en onvermogenen met een maandinkomen van maximaal NAf 1.000,- en personen die een pensioenuitkering genieten van een pensioenfonds of een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht Verzekeringsbedrijf en op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt, conform door de uitvoeringsorganisatie vast te stellen richtlijnen.

j) Verloskundige zorg en kraamzorg;

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

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

Gelet op artikel 5.4, derde lid, van de Landsverordening Basisverzekering ziektekosten is een separaat landsbesluit, houdende algemene maatregelen, vastgesteld.

§ 1.3 Uitbreiding van het basispakket met preventieve zorg

Het basispakket is uitgebreid met enkele zorgvormen, welke momenteel beperkt deel uitmaken van de zorg uitgevoerd door de SVB en het BZV en die als een te verzekeren prestatie worden opgenomen. Hieronder zijn begrepen vormen van geïndiceerde, selectieve en zorggerelateerde preventie zoals:

⁸ P.B.1990,no.77

- Diabetes;
- Hypertensie
- Hart- en vaatziekten;
- Obesitas;
- Astma/COPD;

Selectieve preventie zoals individueel gerichte onderzoeken en interventies in het verlengde van de eerstelijnszorg:

- Griepvaccinatie;
- Borst- en prostaatkanker-screening;
- Cervix screening op indicatie.

De kosten hiervan zijn nog moeilijk in te schatten en moeten jaarlijks worden gebudgetteerd. De verwachting is dat de baten, op termijn, de kosten overtreffen.

De volgende vormen van zorg vallen buiten het basispakket:

- tandheelkunde voor personen vanaf 18 jaar en ouder die niet tot de groepen min- en onvermogenen of gepensioneerden behoren;
- laboratoriumonderzoek dat geen directe relatie heeft met de geneeskunde (“Cure”) waaronder DNA-onderzoek, alcohol- en drugstesten, bedrijfskeuringen etc.;
- de welzijnsaspecten binnen de thuiszorg (open bejaardenwerk, gezinszorg en transport naar een andere bestemming dan een zorgverlener of zorginstelling).
- eerste en tweede klasse ziekenhuisligging⁹. Met behulp van de aanvullende verzekering kan hiervan gebruik worden gemaakt.

De Uitvoeringsorganisatie moet criteria vaststellen voor de vergoeding van spoedeisend – en besteld vervoer. Ten aanzien van het ziekenvervoer stelt de Uitvoeringsorganisatie criteria vast voor de vergoeding van en maakt deze vooraf bekend aan de instelling belast met ziekenvervoer. Personen die begeleid moeten worden door hoog gekwalificeerd personeel worden vervoerd per ambulance.

§ 1.4 De Basisverzekering ziektekosten (cure) en de AVBZ (care)

Voor een heldere en beheersbare afbakening van medische zorg (basisverzekering ziektekosten) en langdurige zorg voor chronisch zieken (AVBZ) binnen de zorgketen, zijn de volgende additionele grenzen vastgesteld:

- Verpleeghuiszorg wordt opgenomen in de basisverzekering ziektekosten. Verpleeghuiszorg in het kader van de behandeling, verpleging en verzorging van een chronische zieke en die door de indicatiecommissie van de AVBZ is goedgekeurd wordt vanaf de eerste dag vergoed uit de AVBZ;

⁹ De éénklasse ziekenhuisligging is gebaseerd op de plannen van het nieuwe ziekenhuis.

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

Aanspraak op de verstrekkingen

De Basisverzekering ziektekosten is een verzekering in natura, waarbij verzekerden de zorg op basis van overeenkomsten tussen de Uitvoeringsorganisatie en de zorgverleners ontvangen. De verzekerde maakt aanspraak op de verstrekkingen door zich te wenden tot een zorgaanbieder met wie de Uitvoeringsorganisatie een zorgcontract heeft. De verzekerde dient zich te legitimeren met behulp van de door de Uitvoeringsorganisatie afgegeven bewijs van registratie tezamen met diens geldige identiteitsbewijs. Tegen een afwijzing van vermelde aanspraak door de Uitvoeringsorganisatie, kan de verzekerde bezwaar en beroep aantekenen.

§ 1.5 Niet noodzakelijke zorg

Wenselijke, niet primair noodzakelijke, zorg kan worden ondergebracht in een aanvullend pakket waarvoor mensen zich vrijwillig kunnen bijverzekeren (zie artikel 3.2 van de landsverordening).

§ 2 Financiële consequenties

De uitbreiding van het verstrekkingenpakket is tweeledig, nl. (1) uitbreiding van verstrekkingen voor 55-plussers en min- en onvermogenen: met optische kunst- en hulpmiddelen en tandheelkundige zorg en (2) uitbreiding van het verstrekkingenpakket met o.a. gehoorapparaten, orthopedische schoenen voor diabetici, enz.

Volgens berekeningen van de Uitvoeringsorganisatie - de SVB - zou de eerst genoemde uitbreiding ca. NAf 6,6 mln. aan extra kosten met zich meebrengen. De verwachte extra kosten als gevolg van deze uitbreiding zijn gebaseerd op de feitelijke uitgaven onder de regelingen die van kracht waren voor de invoering van de Basisverzekering ziektekosten.

Ook voor de tweede uitbreiding geldt dat deze voor een groot deel reeds van toepassing was onder eerdere ziektekostenregelingen. Voor de Basisverzekering ziektekosten zijn deze verstrekkingen wel een uitbreiding op het huidige pakket. De extra kosten als gevolg van de tweede categorie van uitbreidingen worden - op basis van feitelijke uitgaven onder eerdere regelingen - geschat op ca. NAf 0,9 mln.

De totale kosten van de eerder genoemde uitbreidingen komt neer op ca. NAf 7,5 mln.

Dekking:

In het kader van kostenbeheersing is het evident dat maatregelen die kosten toenames met zich meebrengen, samen dienen te gaan met hetzij inkomstenverhogende maatregelen, hetzij kostenverlaging op andere uitgavenposten.

In dit geval is het mogelijk om voor de kosten toename - ad. NAf 7,5 mln. - compensatie te vinden bij de lagere beheerskosten van de BVZ. Als gevolg van de overgang van het BZV in de SVB liggen de beheerskosten van de basisverzekering ca. NAf 8 mln. lager dan in de memorie van toelichting van uit werd gegaan. Deze lagere kosten bieden thans ruimte voor de noodzakelijke pakketverruiming.

Financieel overzicht

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

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

§ 3 Adviezen Sociaal Economische Raad en Raad van Advies

De Sociaal Economische Raad

Bij de toepassing van hardheidclausule dient naar het oordeel van de SER te worden vastgehouden aan de criteria van de Trechter van Dunning om een ongebreidelde uitbreiding van het pakket en opnieuw oplopende tekorten in de zorg te voorkomen.

Artikel 10.2 van de Landsverordening Basisverzekering ziektekosten geeft de Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur de mogelijkheid om te beslissen over geconstateerde hardheden bij toepassing van de bepalingen van de landsverordening. Het gaat hier om uitsluitend gevallen waarin de verzekerde wegens de beëindiging of verlies van het recht op tegemoetkoming, geen toegang krijgt tot de benodigde zorg met alle negatieve gevolgen van dien. De Minister kan dan beslissen om de hardheid geheel of gedeeltelijk op te heffen. In de praktijk vindt de beslissing plaats na het inwinnen van de nodige adviezen van het Ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur, de Uitvoeringsorganisatie en het Ministerie van Financiën. Het advies van het Ministerie van Financiën is met name nodig in het kader van aangelegenheden die financiële implicaties hebben en waarvoor de financiële verantwoording noodzakelijk is.

De SER constateert dat er geen expliciete wettelijke bepaling in de reparatiewetgeving is opgenomen waarin wordt bepaald welke verzekerden voor bepaalde verstrekkingen ten laste van de basisverzekering ziektekosten in aanmerking komen. De reparatiewetgeving biedt middels het landsbesluit daardoor geen wettelijke basis voor uitbreiding van het verstrekkingenpakket voor min- en onvermogens en gepensioneerden.

Het Landsbesluit verstrekkingen is conform aangepast in dier voege dat inkomen ook als voorwaarde is opgenomen naast leeftijd.

De reparatiewet creëert wederom verschillende categorieën verzekerings-gerechtigden binnen de basisverzekering op basis van leeftijd en inkomen en differentiatie binnen het verstrekkingenpakket. Er ontstaan binnen de basisverzekering verschillen in aanspraken en premiehoogte tussen verzekerden wat verbrokkeling van het stelsel van ziektekosten verzekering plaatsvindt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De SER is van opvatting dat, indien de regering het noodzakelijk acht om met een afwijkende regeling te komen voor gepensioneerden, de regering bij het bepalen of een verzekerde in aanmerking komt voor dat bijzondere regime, moet vasthouden aan de leeftijdsgrenzen zoals opgenomen in algemeen geldende wet- en regelgeving met betrekking tot de pensioenuitkering.

Bij de uitbreiding van het verstrekkingenpakket met optische hulpmiddelen en tandheelkundige zorg heeft de overheid in eerste instantie de groep "personen die een pensioenuitkering genieten en op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt" aangemerkt als "gepensioneerden". Deze aanduiding heeft enige verwarring veroorzaakt maar staat echter los van de definities van gepensioneerden die in andere wetten worden gehanteerd omdat de overheid in dit geval slechts de groep verzekerden wilde aanduiden die aanspraak kunnen maken op vergoeding van optische hulpmiddelen en tandheelkundige zorg.

Voor wat betreft de leeftijd van 55 jaar, heeft de overheid rekening gehouden met de bestaande groep verzekerden die de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt en op grond van oude regelgeving reeds een pensioeninkomen hebben.

De overheid heeft besloten om de aanduiding van de bedoelde groep verzekerden te wijzigen als volgt: personen die een AOV-pensioen of een pensioenuitkering genieten van een pensioenfonds of een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht Verzekeringsbedrijf en op 1 februari 2013 de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt.

Raad van Advies

Op 25 september heeft de Raad van Advies het advies, gekenmerkt RvA no. RA/18C-14-LB, inzake het ontwerp-landsbesluit tot wijziging van de Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten, uitgebracht.

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

In het Algemeen (I) gedeelte van het advies merkt de Raad van Advies ten aanzien van de “Financiële consequenties” op dat een nadere onderbouwing van de totale kosten als gevolg van de uitbreiding van het verstrekkingenpakket niet is opgenomen in de nota van toelichting. Het is de Raad van Advies ook niet duidelijk of de daaraan verbonden verhoogde kosten, zullen leiden tot het verhogen van de landsbijdrage en adviseert de Raad van Advies aan de regering om een totaalbeeld van de financiële implicaties te geven van zowel de ontwerplandsverordening en de voorgestelde uitvoeringslandsbesluiten.

De regering heeft de nota van toelichting in dit verband conform aangepast.

De regering heeft de nota van toelichting naar aanleiding van de opmerking hieromtrent van de Raad van Advies, aangepast en de terminologie derde klasse gehanteerd.

In het onderdeel b “Terugwerkende kracht” van het gedeelte betreffende Inhoudelijke opmerkingen (II) adviseert de Raad van Advies de regering om de grensdatum van terugwerkende kracht van het ontwerp en de wijzigingslandsverordening samen te laten vallen.

De regering heeft in het kader van dit Landsbesluit niet gekozen voor terugwerkende kracht. De bepalingen zoals opgenomen in het Landsbesluit zullen per datum van inwerkingtreding van de Landsverordening tot wijziging van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten, rechtskracht krijgen.

In het onderdeel c “Verzekering kenbaarheid voor alle belanghebbenden” vraagt de Raad van Advies de aandacht van de regering om de interne regels die door de Sociale Verzekeringsbank als uitvoeringsorganisatie worden vastgesteld bekend te maken in de Curaçaose Courant of op enigerlei wijze ter inzage te leggen.

De regering zal het voorstel van de Raad van Advies volgen.

In het onderdeel d Vervoer per ambulance en air ambulance adviseert de Raad om het bepaalde in artikel 12.5 in het ontwerplandsbesluit medische uitzendingen op te nemen.

De regering past neemt het voorgestelde door de Raad van Advies over.

Voor wat betreft de opmerking gedaan in onderdeel e Vervoer van en naar de plaats van bestemming zal de regering conform het advies van de Raad van Advies schrappen.

Opmerkingen van de Raad van Advies ten aanzien van de nota van toelichting.

De opmerkingen van de Raad van Advies betreffende de Tandheelkundige- en Kunst en hulpmidelenzorg, zijn door de regering opgenomen en het ontwerp-landsbesluit is conform aangepast.

In onderdeel c “Verschillende categorieën verzekeringsgerechtigden door differentiatie binnen het verstrekkingenpakket” adviseert de Raad van Advies om aan te geven waarom er een differentiatie van tijdelijke aard is gecreëerd

De regering kan geen uitdrukking geven aan de tijdelijkheid van de differentiatie gezien het feit dat de aard van de tijdelijkheid afhankelijk is van de financiële situatie van het Fonds Basisverzekering. Op het moment dat binnen het Fonds de nodige financiële ruimte beschikbaar wordt kunnen de categorieën verzekerden voor het de verstrekkingen optische hulpmiddelen en tandheelkundige zorg worden uitgebreid.

De Minister van Gezondheid,
Milieu en Natuur,
B.D. WHITEMAN

De Minister van Financiën a.i.,
E.W. BALBORDA