

Basisverzekering ziektekosten (BVZ)

Op 1 februari 2013 is de basisverzekering ziektekosten van kracht geworden voor alle inwoners van Curaçao. De basisverzekering, vastgelegd in de Landsverordening basisverzekering ziektekosten, zorgt voor een uniforme verzekering van de personen die onder haar werking vallen en voor verminderde zorgkosten. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) is de uitvoerder van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten voor wat betreft aanspraken op zorg. De ziektekostenverzekeringen op Curaçao die door of vanwege de overheid uitgevoerd werden waren vóór de invoering van de basisverzekering gericht op specifieke groepen in de samenleving en hadden uiteenlopende regelingen. Zo bestonden onder ander de PP-regeling, SGTZ-regeling, en andere op een specifieke groep gerichte regelingen. Vanaf 1 februari 2013 vervangt de Landsverordening basisverzekering ziektekosten alle bestaande ziektekostenregelingen die door of vanwege de overheid uitgevoerd werden. De basisverzekering ziektekosten is van belang voor onder meer een uniforme toegang tot en het behoud en zo mogelijk verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. De voormalige verbrokkelde regelgeving ter zake de toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg is vervangen door een geheel nieuwe wettelijke kader van basisverzekering voor ziektekosten.

Verzekerdenkring

Verzekerd ingevolge deze landsverordening is degene, die ingezetene is.

Niet verzekerd zijn de navolgende categorieën:

1. zij die bij inwerkingtreding van deze landsverordening tegen ziektekosten bij een verzekeringsbedrijf als bedoeld in de Landsverordening Toezicht verzekeringsbedrijf of een buitenlands verzekeringsbedrijf met wereldwijde dekking tegen ziektekosten verzekerd zijn, alsmede de met hen meeverzekerde gezinsleden en nagelaten betrekkingen, mits die verzekeringen minstens dezelfde dekking bieden als bij of krachtens deze landsverordening bepaald;
2. zij die werkzaam zijn bij een hier te lande gevestigd bedrijf ten aanzien waarvan de Minister ingevolge het ten tijde van de inwerkingtreding van deze landsverordening geldende artikel 9, eerste lid, van de Landsverordening Ziekteverzekering, heeft bepaald dat de werknemer, tegenover de werkgever recht heeft op tegemoetkoming als bedoeld in die landsverordening, alsmede de met hen meeverzekerde gezinsleden en nagelaten betrekkingen, mits die verzekeringen minstens dezelfde dekking bieden als bij of krachtens deze landsverordening bepaald;

3. personen, bedoeld onder a, b, en f, die na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd verzekerd kunnen blijven krachtens de voor hen door hun voormalige werkgever getroffen voorzieningen tegen ziektekosten, alsmede de met hen meeverzekerde gezinsleden en nagelaten betrekkingen indien dezen ook vallen onder voormelde verzekering, mits die verzekeringen minstens dezelfde dekking bieden als bij of krachtens deze landsverordening bepaald;
4. zij die op grond van voor het Land uit internationale overeenkomsten voortvloeiende verplichtingen, vrijgesteld zijn van de deelname aan de sociale verzekeringen;
5. zij die buiten Curaçao een dienstverband hebben met een elders in het Koninkrijk gevestigde rechtspersoon en daaruit een inkomen genieten en die kunnen aantonen dat zij verzekerd zijn tegen ziektekosten;
6. personen die niet zonder een vergunning tot tijdelijk verblijf of tot verblijf in Curaçao worden toegelaten, als bedoeld in artikel 6 van de Landsverordening Toelating en Uitzetting;
7. minderjarige kinderen die op of na 1 februari 2013 geboren zijn uit een ouder die behoort tot één van de categorieën niet verzekerden vallende onder het tweede lid, onder a, voor zover de particuliere verzekering die kinderen met de ouder meeverzekert.

Zorgaanspraken

- De verzekerden van de SVB hebben recht op geneeskundige zorg zoals is vastgelegd in de Landsverordening Basisverzekering Ziektekosten. De omvang van de zorg of verstrekking wordt bepaald door de aard en complexiteit van de aandoening.

1.1 Huisartsenzorg

De verzekerde heeft recht op genees- en heelkundige zorg door een huisarts. Onder deze zorg vallen in ieder geval:

- Consult en visite;
- Het voorschrijven van een recept en het verwijzen naar een specialist of arts;
- Kleine en/of bijzondere verrichtingen;
- Kleine chirurgische verrichtingen of uitgebreide kleine chirurgie;
- Bijkomend laboratoriumonderzoek.

Onder de huisartsenzorg vallen geen geneeskundige keuringen of alternatieve geneeswijzen. De verzekerde is gebonden aan één huisarts. Eén keer per jaar, in de maand september, kan de verzekerde van huisarts veranderen.

1.2 Eerstelijns psychologische zorg

De verzekerde heeft recht op door een huisarts, specialist of verpleeghuisarts voorgeschreven consult, onderzoek en behandeling door een vrijgevestigde psycholoog. De eerste behandeling (intakegesprek), het behandelplan en de volgende 5 behandelingen worden vergoed, met de mogelijkheid voor verlenging na aanvraag.

1.3 Medisch-specialistische zorg

De verzekerde heeft, alleen op verwijzing (een verwijsbrief is zes maanden geldig) van een huisarts of specialist, recht op geneeskundige, heelkundige en specialistische (geestelijke) zorg te verlenen door een medisch specialist, , een ziekenhuis of kliniek, een dialysecentrum, een beademingscentrum of een revalidatiecentrum . Onder deze zorg vallen in ieder geval:

Diagnostisch onderzoek • Laboratoriumonderzoek; • Radiologisch onderzoek; • Functieonderzoek; • Pathologisch-anatomisch onderzoek.

De verzekerde heeft vrije keus en kan in alle erkende instellingen terecht voor diagnostisch onderzoek.

1.4 Ziekenhuiszorg

De verzekerde heeft recht op opname en verblijf in de 3de klasse van een ziekenhuis inclusief medisch-specialistische zorg, verpleging, verzorging, paramedische zorg of farmaceutische zorg, wanneer deze hiervoor is aangewezen. In het geval van verloskundige zorg hebben zowel de moeder als het kind recht op opname en verblijf in een ziekenhuis.

1.5 Paramedische zorg

De verzekerde heeft recht op de volgende vormen van paramedische zorg:

- Fysiotherapie, chiropractie en oefentherapie te verlenen door fysiotherapeuten Caesar en Mensendieck, met als doel genezing, verbetering, vermindering van pijn dan wel behoud van een zo goed mogelijke lichamelijke toestand. De eerste 4 behandelingen worden vergoed, daarna is vergoeding mogelijk met een machtigingsaanvraag en behandelplan. Verwijzing door een geneeskundige is noodzakelijk.
- Logopedie, te verlenen door logopedisten met als doel herstel of verbetering van de spraakfunctie of –vermogen. Logopedie moet vooraf goedgekeurd

worden en een machtiging moet vanaf de 1ste behandeling worden aangevraagd. Verwijzing door een geneeskundige is noodzakelijk.

- Advisering, instructie, training of behandeling, te verlenen door een ergotherapeut in loondienst in zijn behandelruimte in een instelling om te bevorderen of herstellen;
- Podotherapie, inclusief de verstrekking van podozolen. Medische pedicuren worden in zeer speciale en uitzonderlijke gevallen met goedkeuring vooraf vergoed. Verwijzing door een geneeskundige is noodzakelijk;
- Paramedische zorg zoals verleend door de Stichting Revalidatiecentrum Curaçao ('Verriet'). Voor verzekerden van 18 jaar en ouder is het aantal behandelingen van fysiotherapie en oefentherapie voorgeschreven in de desbetreffende regeling.

De verzekerde heeft recht op paramedische zorg wanneer de aandoening gepaard gaat met stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen voor zijn bewegingsvaardigheden, persoonlijke verzorging of mobiliteit.

1.6 Tandheelkundige zorg

De verzekerde ouder dan 18 jaar komt in aanmerking voor tandheelkundige zorg wanneer deze kan bewijzen dat hij minder dan NAf. 12.000,- per jaar verdient. Verzekerden die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, min- en onvermogenen en gepensioneerden, komen ook in aanmerking voor tandheelkundige zorg, ongeacht de hoogte van het inkomen. 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, komen ook in aanmerking voor tandheelkundige zorg.

Procedure voor het verkrijgen van tandheelkundige zorg:

- De verzekerde moet zich inschrijven bij een tandarts naar eigen keuze (zie lijst SVB);
- De tandarts stuurt het formulier naar de SVB voor goedkeuring;
- Na goedkeuring neemt de tandarts contact op met de verzekerde voor behandeling.

Onder tandheelkundige zorg vallen:

- Periodiek preventief onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- Het verwijderen van tandsteen;
- Fluorideapplicatie vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;

- Sealing; • Prothese; • Vulling en extractie.

De verzekerde heeft ook recht op andere behandelingen, indien deze noodzakelijk zijn als gevolg van een ernstige aangeboren of verworven tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. De verzekerde wordt ingeschreven bij de tandarts van zijn keuze, mits deze zich bereid heeft verklaard om zijn diensten aan de verzekerde te verlenen in het kader van de Landsverordening basisverzekering. De verzekerde heeft geen recht op voorschot.

1.7 Farmaceutische zorg

De verzekerde heeft recht op de volgende vormen van farmaceutische zorg:

- Advies en begeleiding van apothekers gevestigd op Curaçao zoals zij dat plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen;
- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten, indien de verzekerde 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.

Onder farmaceutische zorg vallen geen:

- Middelen waarvan de toepassing niet tot een relationele therapie behoort;
- Geneesmiddelen die vervangen kunnen worden door een gelijkwaardig, maar goedkoper middel;
- Anticonceptiva, tenzij:
 1. De verzekerde jonger is dan 18 jaar;
 2. Het middel ter behandeling dient van endometriose;
 3. Het middel ter behandeling dient van memorragie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarden die gebruikt worden bij de desbetreffende beroepsgroepen;
 4. Het geneesmiddelen betreft die zonder recept verkrijgbaar zijn.

De verzekerde heeft recht op farmaceutische zorg wanneer deze is voorgeschreven door een arts, tandarts of verloskundige wiens zorg de verzekerde als gevolg van de Lv. basisverzekering ziektekosten heeft ingeroepen. De verzekerde heeft recht op alle door een arts of specialist voorgeschreven geneesmiddelen, voor zover deze niet op de negatieve lijst van de SVB voorkomen. De verzekerde betaalt NAf. 1,- eigen bijdrage per

receptregel. De verzekerde heeft per voorschrift recht op geneesmiddelen voor een periode van maximaal:

1. Één jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
2. Drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van een chronische ziekte;
3. 15 dagen, indien het geneesmiddelen betreft die dienen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
4. In alle overige gevallen één maand.

1.8 Kunst- hulpmiddelenzorg

De verzekerde heeft recht, indien vooraf goedgekeurd, op de volgende hulpmiddelen:

- Prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet;
- Mammaprothesen;
- Gelaatsprothesen;
- Oogprothesen;
- Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoof of hals;
- Gezichtshulpmiddelen*;
- Verzorgingsmiddelen;
- Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden;
- Pruiken;
- Injectiespuiten en toebehoren;
- 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;
- Hulpmiddelen bij diabetes;
- Apparatuur voor positieve uitademingsdruk;
- Draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren;
- Schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen;
- Zuurstofapparatuur;
- Longvibrators;
- Vernevelaars met toebehoren;
- CPAP-apparatuur.

* De verzekerde komt in aanmerking voor brilvergoeding wanneer deze ouder dan 18 jaar is en een inkomen van minder dan NAf. 12.000,- per jaar verdient. Voor overige leeftijdsgroepen (0-17, min- en onvermogenen en gepensioneerden) is er geen inkomensgrens. 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, komen ook in aanmerking voor brilvergoeding.

Procedure tot het verkrijgen van brilvergoeding:

- De verzekerde moet een verwijfsbrief halen bij een huisarts voor consult bij een oogarts. Alleen een brilvoorschrift van een oogarts is geldig;
- De verzekerde meldt zich bij de opticiën naar eigen keuze;
- De opticien verstuurt het brilvoorschrift naar de SVB voor goedkeuring;
- Bij goedkeuring neemt de opticiën contact op met de verzekerde voor verdere afhandeling. Brillenglazen-pakket:
- Vergoeding montuur tot Naf. 90,-;
- Vergoeding witte brillenglazen op sterkte conform het brilvoorschrift;
- Vergoeding brillenglazen inclusief montuur eenmaal per twee kalenderjaren, m.u.v. medische indicatie.

1.9 Verloskundige zorg

De verzekerde heeft aanspraak op de volgende vormen van verloskundige zorg:

- Begeleiding van de bevalling, evenals de pre- en postnatale zorg door een verloskundige of huisarts. Alleen op strikte medische indicatie kunnen bevallingen worden begeleid door een medisch specialist;
- Volledige vergoeding van verloskundige zorg en bevallingszorg in het ziekenhuis of kraaminrichting op basis van de derde klasse. Indien op grond van een medische indicatie verpleging in een hogere klasse noodzakelijk is, wordt deze eveneens volledig vergoed;
- Ziekenhuisligging voor drie dagen, tenzij op medische indicatie meer is vereist;
- Het gebruik van een verloskamer;
- Medische- en verpleegartikelen;
- Laboratoriumonderzoek;
- Bevallingskosten (totaalpakket incl. thuiskraamzorg) bij "Fundashon Duna Lus" komen in aanmerking; In het geval van een thuisbevalling worden de kosten van de verloskundige vergoed.

1.10 Kraamzorg

De verzekerde moeder en kind hebben aanspraak op kraamverzorging thuis, verleend door een kraamverzorgende, gedurende ten minste 24 en ten hoogste 48 uren, verdeeld over maximaal 8 dagen vanaf de dag van de bevalling. De verzekerde moeder en kind hebben aanspraak op verzorging, verpleging en verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of kraaminrichting, gedurende maximaal drie dagen, vanaf de dag van de bevalling.

1.11 Ziekenvervoer

De verzekerde heeft recht op spoedeisend medisch noodzakelijk vervoer per ambulance wanneer:

- De kosten van de opname of verblijf in het ziekenhuis waar de verzekerde naartoe wordt vervoerd door de verzekering wordt vergoed; De kosten van de zorg bij een zorgverlener naar wie en instelling waarnaar de verzekerde naartoe wordt vervoerd door de verzekering geheel of gedeeltelijk wordt vergoed. De verzekerde heeft recht op transportvergoeding voor ziekenvervoer anders dan per ambulance wanneer:
- De verzekerde nierdialyse moet ondergaan; • De verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- De verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
- Het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
- Transport van en naar een geneeskundige of medische instelling verstrekt via een wijk- of thuiszorgorganisatie De vergoeding omvat ook het vervoer van een begeleider, indien volgens een schriftelijke verklaring van de behandelende arts begeleiding nodig is of indien het begeleiding van minderjarige kinderen betreft. Recht op vervoer per ambulance omvat ook het transport per air-ambulance in geval van een noodsituatie met een ziekte of ongeval.

1.12 Medische uitzendingen

De verzekerde heeft aanspraak op uitzending voor medisch onderzoek of behandeling naar een medisch centrum of een medisch specialist in het buitenland, indien het onderzoek of behandeling niet mogelijk is op Curaçao of er is sprake van levensbedreigende ernstige aandoeningen of het onderzoek of behandeling in het buitenland draagt bij tot gezondheidswinst voor de patiënt, op indicatie van een medisch specialist (hier te lande) en na goedkeuring van de SVB. Er wordt in de regel verwezen naar zorgaanbieders waarmee de SVB een overeenkomst heeft gesloten. Met betrekking tot medische uitzendingen wordt vergoed:

1. Medische kosten gerelateerd aan de aanvraag;
2. Ticket en luchthavenbelasting naar en van het buitenland;
3. Een daggeldvergoeding voor de verzekerde en diens begeleider (indien van toepassing);
4. Transportkosten van de luchthaven van aankomst naar de plaats van bestemming en vice versa;

5. Accommodatie kosten van verblijf buiten een ziekenhuis (hotel, verblijf bij familie, appartementen). De uitzendingkosten worden betaald zolang het verblijf in het buitenland om medische redenen noodzakelijk is.