



PUBLICATIEBLAD

LANDSBESLUIT, houdende algemene maatregelen, van de 31^{ste} januari 2013 ter uitvoering van artikel 3.1, tweede lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten¹ (Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten).

IN NAAM DER KONINGIN!

De Waarnemende Gouverneur van Curaçao,

In overweging genomen hebbende:

dat het noodzakelijk is ter uitvoering van de artikelen 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. specialist : een geneeskundige die bevoegd is tot uitoefening van het desbetreffende specialisme;
- c. tandarts-specialist : een persoon die bevoegd is tot het verlenen van tandheelkundig specialistische zorg;
- d. huisarts : een geneeskundige die bevoegd is tot uitoefening van de huisartsengeneeskunde;
- e. paramedicus : een persoon die bevoegd is tot het verlenen van paramedische zorg;
- f. verloskundige : een persoon die bevoegd is tot het verlenen van verloskundige zorg;
- g. psycholoog : een persoon die bevoegd tot het verlenen van psychologische zorg;
- h. geneesmiddel : een geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Landsverordening op de geneesmiddelenvoorziening²;
- i. Uitvoeringsorganisatie: de Uitvoeringsorganisatie, bedoeld in artikel 4.1 van de landsverordening;

¹ P.B. 2012, no.

² P.B. 1969, no. 24, laatstelijk gewijzigd bij P.B. 2008, no.2.

- j. 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 overeenkomsten, bedoeld in artikel 7.1 van de landsverordening en mede wordt 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 mede wordt mede 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. Huisartsenzorg, tandheelkundige zorg en eerstelijns psychologische zorg

Artikel 2.1

1. Huisartsenzorg omvat genees- en heelkundige zorg te verlenen door een huisarts, waaronder in iedere geval valt:
 - a. consult en visite;
 - b. het geven van advies, het voorschrijven van een recept, het verwijzen naar een paramedicus, verloskundige, tandarts of medisch specialist;
 - c. kleine en/of bijzondere verrichtingen;
 - d. kleine chirurgische verrichtingen, uitgebreide kleine chirurgie;
 - e. bijkomend laboratoriumonderzoek.
2. Huisartsenzorg omvat niet:
 - a. geneeskundige keuringen;
 - b. alternatieve geneeswijzen.

Artikel 2.2

1. Tandheelkundige zorg omvat mondzorg te verlenen door een tandarts, mondhygienist en kaakchirurg, waaronder in ieder geval valt: consultatie, diagnostiek, voorschrijven recept, eenmalige sanering, preventie, hygiëne, chirurgie, prothesen tot 18 jaar;
2. Tandheelkundige zorg omvat niet correctieve zorg.

Artikel 2.3

Eerstelijns psychologische zorg omvat door een huisarts, specialist of verpleeghuisarts voorgeschreven consult, onderzoek (waaronder neuropsychologisch) en behandeling (waaronder gezinstherapie) door een vrijgevestigde psycholoog. Voor de duur van deze zorg wordt verwezen naar de daarvoor geldende protocollen.

§ 3. Medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg

Artikel 3.1

1. Medisch-specialistische zorg omvat geneeskundige-, 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 specialist naar wie de verzekerde is verwezen. Indien het verloskundige zorg betreft, bestaat eveneens aanspraak op die zorg op verwijzing van de verloskundige. De Uitvoeringsorganisatie stelt nadere regels m.b.t. de inhoud en geldigheid van de duur van verwijzingen op grond van het vastgestelde zorgprotocol.

Artikel 3.2

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 gehemeltespelen, 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 3.3

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 transplantaties levensbedreigend van aard zijn en om die reden noodzakelijk zijn 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. 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 laagste 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 3.4

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, twijfel omtrent de urgentie van een behandeling, een operatie met onomkeerbare gevolgen, of bij gerede twijfel over de behandelmethode.

Artikel 3.5

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, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psychosociale begeleiding.

Artikel 3.6

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 3.7

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 3.8

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 3.9

1. Ziekenhuiszorg omvat opneming en verblijf gedurende het etmaal in een ziekenhuis gepaard gaande met medisch-specialistische zorg, verpleging, verzorging, paramedische zorg of farmaceutische zorg.
2. Op opneming en verblijf 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 opname en verblijf in dat ziekenhuis.

Artikel 3.10

Thuiszorg omvat de zorg die in de thuis omgeving van de verzekerde wordt geboden door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in het kader van geneeskundige zorg.

§ 4. Paramedische zorg

Artikel 4.1

Paramedische zorg omvat:

- a. door een huisarts of specialist voorgeschreven (kinder)fysiotherapie, chiropractie en oefentherapie, te verlenen door fysiotherapeuten en oefentherapeuten Caesar en Mensendieck, met als doel genezing, verbetering, vermindering van pijn dan wel behoud van een zo goed mogelijke lichamelijke toestand;
- b. door een huisarts, specialist of tandarts-specialist voorgeschreven logopedie, te verlenen door logopedisten met als doel herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen;
- c. door een huisarts, 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;
- e. door een huisarts, specialist of tandarts-specialist voorgeschreven voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, te verlenen door een diëtist;
- f. door een huisarts, specialist of voorgeschreven podotherapie, inclusief de verstrekking van podozolen.

Artikel 4.2

1. Fysiotherapie en oefentherapie, bedoeld in artikel 4.1, onder a, omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder het aantal behandelingen per indicatie vastgesteld in het desbetreffende protocol.
2. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie 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 bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan in het eerste lid het aantal behandelingen per indicatie vastgesteld in het desbetreffende protocol. Bij een ontoereikend resultaat kan worden uitgebreid met een aantal behandelingen 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 slechts aanspraak op behandelingen indien de aandoening gepaard gaat met stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit.

5. Paramedische behandelingen vinden plaats op basis van vooraf vastgestelde zorgprotocollen en 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 aanvragen.

Artikel 4.3

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op logopedie, is voorafgaande toestemming van de Uitvoeringsorganisatie vereist. De aanvraag om toestemming gaat vergezeld van een deugdelijke motivering van de verwijzende arts, kinderarts en KNO-arts of tandarts-specialist.

Artikel 4.4

De verzekerde heeft aanspraak op medisch pedicuren in verband met diabetische voet, en behoudens indien zulks is voorzien bij protocol, na verkregen toestemming van de Uitvoeringsorganisatie.

§ 5. Tandheelkundige zorg

Artikel 5.1

1. Tandheelkundige zorg aan de verzekerde die de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt, 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, omvat: chirurgische tandheelkundige hulp en het daarbij behorende röntgenonderzoek te verlenen door een tandarts-specialist, met uitzondering van parodontale chirurgie en ongecompliceerde extracties;
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 voorafgaand toestemming heeft verleend.

Artikel 5.2

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 parodontale chirurgie, extractie onder narcose, 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 hierover.

§ 6. Farmaceutische zorg

Artikel 6.1

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 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 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°. het geneesmiddelen betreft die zonder recept verkrijgbaar zijn.

Artikel 6.2

1. De verzekerde heeft slechts aanspraak op farmaceutische zorg indien de zorg is voorgeschreven door een arts, tandarts of verloskundige wiens zorg de verzekerde ingevolge deze regeling heeft ingeroepen.
2. De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op geneesmiddelen voor een periode van ten

hoogste:

- a. één jaar 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 of chemotherapeutica betreft;
 - d. één maand in de overige gevallen.
3. In afwijking van het eerste lid heeft de verzekerde die wordt ingesteld op een voor hem nieuwe medicatie, aanspraak op aflevering van geneesmiddelen voor een periode van vijftien dagen.
 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.

§ 7. Kunst- en hulpmiddelenzorg

Artikel 7.1

Hulpmiddelen na voorafgaande goedkeuring door de Uitvoeringsorganisatie welke worden gedragen in, aan of op het lichaam, bestaan uit:

- a. prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet;
- b. mammaprothesen;
- c. gelaatsprothesen;
- d. oogprothesen;
- e. orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals;
- f. gezichtshulpmiddelen;
- g. verzorgingsmiddelen;
- h. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden;
- i. pruiken;
- j. injectiespuiten en toebehoren;
- k. 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;
- l. hulpmiddelen bij diabetes;
- m. apparatuur voor positieve uitademingsdruk;
- n. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren;
- o. schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen;
- p. zuurstofapparatuur;
- q. longvibrators;
- r. vernevelaars met toebehoren;
- s. CPAP-apparatuur.

Artikel 7.2

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 7.3

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 7.4

Hulpmiddelen als bedoeld in 7.1, onder a, omvatten:

- a. prothesen voor schouder, arm of hand;
- b. algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen;
- c. prothesen voor been of voet;
- d. een oplaadinrichting en batterijen, indien de prothese voor schouder, arm of hand in bekrachtigde uitvoering is.

Artikel 7.5

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder b, 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 7.6

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder c, omvatten ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothesen ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.

Artikel 7.7

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder d, 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 7.8

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder e, 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 7.9

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder f, 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 7.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, eerste lid, onder g, 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, reinigungs-gaasjes, wegwerpzakjes, spoelapparatuur met toebehoren, stomapluggen, stomapleisters en indikmiddelen;
 - 2°. noodzakelijke huidbeschermende middelen, voor zover daarop niet reeds aanspraak bestaat op grond van artikel 6.1;
 - 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 anaalspoelen, 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 van vijf jaar en ouder, 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 voor verzekerden van drie of vier jaar, indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van 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.

Artikel 7.11

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder h, omvatten uitsluitend voor verzekerden jonger dan eenentwintig jaar:

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

Artikel 7.12

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder i, 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 7.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder j, 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 injectie-pen in een niet aangepaste uitvoering.

Artikel 7.14

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, onder l, 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 bij dit landsbesluit.
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 7.15

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, eerste lid, onder m, 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 7.16

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, eerste lid, onder n, 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 6.1, met uitzondering van insuline.

Artikel 7.17

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, eerste lid, onder o, omvatten:

- a. verbandschoenen, indien voldaan is aan de criteria bij dit landsbesluit;
- b. allergeenvrije schoenen, indien er sprake is van een allergie.

Artikel 7.18

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, eerste lid, onder p, omvatten:

- a. zuurstofapparaten met de daarbij behorende zuurstof;
- b. zuurstofconcentratoren met toebehoren en vergoeding van stroomkosten.

Artikel 7.19

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 7.1, eerste lid, onder s, omvatten hulpmiddelen met toebehoren voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen, indien voldaan is aan de zorginhoudelijke criteria bij dit landsbesluit.

§ 8. Verloskundige zorg

Artikel 8.1

1. Verloskundige zorg bestaat uit de begeleiding van de bevalling, alsmede de pre- en postnatale zorg door een verloskundige of huisarts. Slechts op strikte medische indicatie en na voorafgaande toestemming door de Uitvoeringsorganisatie kunnen bevallingen geschieden door een medisch specialist.
2. Verloskundige zorg en bevallingszorg in het ziekenhuis worden volledig vergoed op basis van de derde klasse. Indien op grond van een medische indicatie verpleging, zulks ter beoordeling door de Uitvoeringsorganisatie, in een hogere klasse noodzakelijk is, wordt zulks eveneens volledig vergoed.
3. De met de bevalling samenhangende ziekenhuiskosten worden vergoed, met inbegrip van de ligdagen in het ziekenhuis, overeenkomstig de artikelen 3.9 en 9.1. 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.

§ 9. Kraamzorg

Artikel 9.1

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 3.9, omvat verzorging, verpleging en verblijf van moeder en kind in de laagste 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 3.9, behoudt zij op de resterende kraamzorg, bedoeld in het eerste lid, aanspraak.

§ 10. Ziekenvervoer

Artikel 10.1

Het ziekenvervoer omvat spoedeisend medisch noodzakelijk 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 instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering zorg verleend zal krijgen;
- c. Voor besteld vervoer categorie b is voorafgaande toestemming van de Uitvoeringsorganisatie nodig en voor spoedvervoer categorie a verleent de Uitvoeringsorganisatie achteraf goedkeuring.

Artikel 10.2

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 nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
2. De aanspraak op grond van het eerste lid bestaat voor verzekerden, bedoeld in de onderdelen c en d, uitsluitend uit vervoer naar of van een persoon of instelling als bedoeld in artikel 10.1, onderdeel a.

Artikel 10.3

De verzekerde heeft slechts aanspraak op de in artikel 10.2 bedoelde transportvergoeding indien zulks is voorzien bij protocol, dan wel indien de Uitvoeringsorganisatie daarvoor vooraf toestemming heeft gegeven.

Artikel 10.4

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.

Artikel 10.5

Recht op vervoer per ambulance omvat mede het transport per air-ambulance in geval van een noodsituatie in verband met een ziekte of ongeval.

Artikel 10.6

In geval van medische uitzending als bedoeld in artikelen 11.1 wordt het vervoer van de plaats van verblijf naar de plaats van bestemming en vice versa van de verzekerde en van diens begeleider volledig vergoed.

§ 11. Medische uitzendingen

Artikel 11.1

1. Onder medische uitzending wordt verstaan: uitzending voor medisch onderzoek of behandeling van een verzekerde naar een medisch centrum of een medisch specialist in het buitenland, op verwijzing van een medisch specialist.
2. In de regel wordt verwezen naar zorgaanbieders met wie of waarmee de Uitvoeringsorganisatie een overeenkomst heeft gesloten als bedoeld in artikel 7.1 van de Landsverordening.
3. Behoudens acute noodsituaties, en behoudens indien zulks is voorzien bij protocol, dient voor medische uitzending zo mogelijk vooraf toestemming van de Uitvoeringsorganisatie te worden verkregen. In gevallen waarin zulks niet mogelijk is gebleken, wordt de rechtmatigheid en doelmatigheid van de medische uitzending achteraf door de Uitvoeringsorganisatie beoordeeld.
4. In geval van een medische uitzending naar een zorgaanbieder met wie of waarmee de Uitvoeringsorganisatie geen overeenkomst als bedoeld in artikel 7.1 van de Landsverordening heeft gesloten, faciliteert de Uitvoeringsorganisatie de financiële afwikkeling daarvan door rechtstreekse betaling van de geconsulteerde zorgaanbieder. In dat geval worden de in rekening gebrachte kosten vergoed na de beoordeling van de rechtmatigheid en doelmatigheid van de medische uitzending door de Uitvoeringsorganisatie.

Artikel 11.2

1. Onder medische uitzending zijn de reis- en verblijfkosten van één begeleider van de verzekerde gedurende een reis begrepen indien de huisarts of behandelend medisch specialist daartoe heeft geadviseerd, de medische adviseur van de Uitvoeringsorganisatie zulks medisch

gezien noodzakelijk acht en er sprake is van vergezellen van een verzekerde die:

- a. jonger is dan achttien jaar;
 - b. die geestelijk gehandicapt is;
 - c. die lichamelijk gehandicapt is en gebruik maakt van een medisch hulpmiddel om zich voort te bewegen;
 - d. ie visueel gehandicapt is; of
 - e. die ernstig ziek is en naar het oordeel van de behandelende huisarts of specialist onmogelijk zonder begeleiding kan reizen. De behandelende arts vraagt daartoe voorafgaande toestemming van de Uitvoeringsorganisatie .
2. In afwijking van het eerste lid is begeleiding van de minderjarige verzekerde door beide ouders toegestaan indien deze:
- a. zich bevindt in een terminale fase van zijn ziekte;
 - b. behandeld wordt met cytostatica;
 - c. lijdt aan leukemie of een vergelijkbare ziekte, of
 - d. in andere bijzondere gevallen van levensbedreigende aard, op advies van de behandelende arts, en, behoudens indien zulks is voorzien bij protocol, na voorafgaande toestemming hiervoor van de Uitvoeringsorganisatie.

Artikel 11.3

1. Met betrekking tot de medische uitzendingen wordt vergoed:
 - a. een daggeldvergoeding voor de verzekerde en, indien van toepassing, diens begeleider;
 - b. luchthavenbelastingen;
 - c. vervoerskosten van de luchthaven van aankomst naar de plaats van bestemming en vice versa;
 - d. eventuele kosten van verblijf buiten een ziekenhuis;
 - e. verblijfskosten ten behoeve van verblijf bij familie.
2. De kosten van verblijf worden slechts vergoed zolang het verblijf buiten Curaçao om medische redenen is aangewezen in verband met het medisch onderzoek of de medische behandeling, zulks ter beoordeling door de medisch adviseur van de Uitvoeringsorganisatie. De behandelende arts geeft aan wat de duur van de medische uitzending naar zijn inschatting zal bedragen. Indien een verblijf om medische redenen langer duurt dan voorzien worden de kosten daarvan, behoudens indien zulks is voorzien bij protocol, slechts vergoed na toestemming door de Uitvoeringsorganisatie.

§ 12. Uitbreiding van het basispakket met preventieve zorgvormen

Artikel 12.1

Aan het basispakket worden de volgende vormen van algemene geïndiceerde, selectieve en zorggerelateerde preventie toegevoegd:

- a. voorlichting, fysieke metingen en persoonlijke vragenlijsten zoals aangeboden door Afdeling Geneeskundige en Gezondheidszaken;
- b. vaccinatie voor risicogroepen;
- 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 prostaatkanker op indicatie;
- g. astma/COPD;

§ 13. Overgangs- en slotbepalingen

Artikel 13.1

Alwaar in artikel 11.1 melding wordt gemaakt van een overeenkomst als bedoeld in artikel 7.1 van de landsverordening, treedt gedurende drie jaar na het inwerkingtreden van dit landsbesluit daarvoor de inschrijving als medewerkende ingevolge de Regeling medewerking Sociale Verzekeringen 19603 voor in de plaats.

Artikel 13.2

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

Artikel 13.3

Dit landsbesluit treedt in werking met ingang van 1 februari 2013.

Artikel 13.4

Dit landsbesluit wordt aangehaald als: Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten.

Gegeven te Willemstad, 31 januari 2013
A.P. VAN DER PLUIJM-VREDE

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

De Minister van Financiën,
J.M.N. JARDIM

Uitgegeven de 31^{ste} januari 2013
De Minister van Algemene Zaken,
D.R. HODGE

³ P.B. 1960, no. 22, laatstelijk gewijzigd bij het Landsbesluit van de 24^{ste} mei 1965 (P.B. 1965, no. 89).

NOTA VAN TOELICHTING behorende bij het Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten.

§ 1. Algemeen

De Landsverordening basisverzekering ziektekosten 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.

§ 1.2 Verstrekkingen in het basispakket

Elke verzekerde kan een gelijke aanspraak maken op de verstrekkingen in de basisverzekering.

In de basisverzekering zijn de volgende verstrekkingen opgenomen:

- a. geneeskundige zorg, die huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, laboratoriumonderzoek, psychologische zorg omvat;
- b. paramedische zorg, die fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieet advisering, omvat;
- c. verloskundige zorg, kraamzorg;
- d. mondzorg, die zorg omvat zoals tandartsen, orthodontisten, mondhygiënist die bieden;

- e. farmaceutische zorg (limitatieve lijst);
- f. kunst- en hulpmiddelenzorg (deels limitatieve lijst);
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg (incl. psychiatrische zorg en revalidatie);
- h. thuiszorg zoals verpleegkundigen die bieden;
- i. vervoer, dat ziekenvervoer per ambulance (spoedeisend) en aangepast voertuig (besteld al dan niet met begeleiding) omvat.
- j. alle noodzakelijke zorg binnen het basispakket welke niet lokaal kan worden verkregen, komt in beginsel in aanmerking voor medische uitzending.

De aard, inhoud, omvang en voorwaarden van deze verstrekkingen is verder uitgewerkt in dit landsbesluit, houdende algemene maatregelen.

Door de toepassing van de “Trechter van Dunning” vallen de volgende vormen van zorg buiten het basispakket:

- a. tandheelkunde met uitzondering van preventie voor personen onder de 18 jaar en orthodontie slechts op basis van medische indicatie;
- b. laboratoriumonderzoek dat geen directe relatie heeft met de geneeskunde (“Cure”) waaronder DNA-onderzoek, alcohol- en drugstesten, bedrijfskeuringen etc.;
- c. de welzijnsaspecten binnen de thuiszorg (open bejaardenwerk, transport). Deze worden verschoven naar de Care;
- d. eerste en tweede klasse ziekenhuisligging. 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.

§ 1.3 Uitbreiding van het basispakket met niet noodzakelijke zorg

Het basispakket is uitgebreid met enkele vormen van niet-noodzakelijke zorg. Hieronder valt tandheelkundige zorg voor personen tot 18 jaar: consultatie, diagnostiek, preventie, hygiëne, chirurgie, prothesen conform de voormalige BZV regelingen.

Enkele zorgvormen, welke momenteel beperkt deel uitmaken van de zorg uitgevoerd door de SVB en het BZV, worden opgenomen als een te verzekeren prestatie. Hieronder zijn begrepen vormen van algemene, geïndiceerde, selectieve en zorggerelateerde preventie zoals:

- a. voorlichting, fysieke metingen en persoonlijke vragenlijsten zoals aangeboden door Afdeling Geneeskundige en Gezondheidszaken;
- b. vaccinatie voor risicogroepen;
- 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 prostaatkanker op indicatie;
- g. astma/COPD;

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.

§ 1.4 Verschuivingen van de AVBZ (care) naar de Basisverzekering (cure)

Voor een heldere en beheersbare afbakening van medische zorg (Basisverzekering) en langdurige zorg voor chronisch zieken (AVBZ) binnen de zorgketen, zijn de volgende

additionele grenzen vastgesteld:

- a. alle verpleeghuiszorg en revalidatie korter dan of gelijk aan 3 maanden, worden opgenomen in de basisverzekering en langer dan 3 maanden worden vergoed uit het (Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ);
- b. kunst- en hulpmiddelen welke worden gedragen in, aan of op het lichaam vallen onder bepaalde voorwaarden in de basisverzekering. Hiertoe moet door de Uitvoeringsorganisatie een indicatielijst met tarieven worden opgesteld;
- c. kunst- en hulpmiddelen welke niet in, aan of op het lichaam worden gedragen vallen binnen de AVBZ. Hiertoe moet door de desbetreffende Uitvoeringsorganisatie een indicatielijst met tarieven worden opgesteld.

§ 1.5 Niet noodzakelijke zorg

Wenselijke, niet primair noodzakelijke, zorg wordt ondergebracht in een aanvullend pakket waarvoor mensen zich vrijwillig kunnen bijverzekeren (zie artikel 3.2 van het ontwerp). Voor het gedeelte van het zorgpakket van de overheidsdienaren en de gelijkgestelden dat boven het basispakket uitgaat, zal een additionele voorziening worden getroffen, zoals reeds aangegeven in paragraaf 1.2.3.

§ 2 Financiële consequenties

In 2013 wordt 93% van de totale kosten van de basisverzekering veroorzaakt door de kosten van de verstrekkingen. Uitgaande van een noodzakelijk evenwicht tussen kosten en inkomsten ligt in het pakket van verstrekkingen en de aard daarvan een belangrijke sleutel voor wat betreft de betaalbaarheid van de basisverzekering.

De totale zorgkosten zouden bij ongewijzigd beleid oplopen van 535 in 2013 tot 590 in 2015. De dekking, bestaande uit premie-inkomsten en een landsbijdrage, zou bij ongewijzigd beleid uitkomen op 387 in 2013 en 403 in 2015. Bij ongewijzigd beleid zou dit een dekkingstekort betekenen van 148 in 2013 oplopend tot 187 in 2015. Dekkingstekorten van de diverse publieke ziektekostenregelingen komen ten laste van de overheid.

De totale zorgkosten ingevolge de Landsverordening basisverzekering ziektekosten worden geraamd op 489 in 2013 en stijgen tot 504 in 2015. De totale zorgkosten liggen dus ruim onder het niveau van de situatie bij ongewijzigd beleid. Dit verschil wordt onder meer verklaard door maatregelen die in de basisverzekering meegenomen zijn, waaronder de verlaging van de kosten van de geneesmiddelen, beperking van het pakket volgens de zogenoemde “trechter van Dunning”, maatregelen ten aanzien van de tarieven van laboratoria en maatregelen ten aanzien van medisch specialisten, ingebruikname van het zgn. “Cathlab”, het nemen van compliance maatregelen (betere aansluiting data-systemen en het terugdringen van misbruik) en het verlagen van de administratiekosten.

In het kostenmodel is, naar aanleiding van uitsluitingen op basis van de trechter van Dunning, rekening gehouden met de volgende jaarlijkse besparingen:

Tandheelkundige behandeling NAf. 1,2 miljoen.;
Paramedische behandelingen NAf. 8,3 miljoen.;
Welzijnscomponent NAf. 3,4 miljoen.;
Ziekenhuisklasse NAf. 1,7 miljoen.

Het mag duidelijk zijn dat met bovenstaande uitsluitingen in het kader van de basisverzekering niet de grootste besparingen worden geboekt. Die worden met name behaald met verlaging van de kosten van geneesmiddelen, in 2013 ongeveer 20 MNAf., oplopend naar 40 MNAf. in 2015, het verlagen van de administratiekosten, oplopend tot 10 MNAf. in 2015 en compliance maatregelen, oplopend tot 27 MNAf. in 2015. Overige maatregelen ten aanzien van medisch specialisten, het Cathlab en laboratoriumtarieven, zoals hierboven genoemd, leveren in 2015 samen ook nog eens een besparing van ruim 11 MNAf.

Het basispakket is ook uitgebreid met enkele vormen van niet-noodzakelijke zorg. 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 inkomsten ingevolge de Landsverordening basisverzekering ziektekosten bedragen 463 in 2013 oplopend tot 488 in 2015. Deze inkomsten zijn beduidend hoger dan in de situatie bij ongewijzigd beleid. Dit valt voor het grootste gedeelte te verklaren door een stijging van de premie die ten laste komt van burgers en bedrijven.

Ondanks de geschetste lagere kosten en hogere inkomsten onder de vigeur van de nieuwe wetgeving is er nog steeds sprake van tekort van 25 MNAf. in 2013, 19 in 2014 en 15 in 2015. Het teruglopen van het tekort kan worden verklaard door de ingeboekte stijgende verlaging van de kosten van de geneesmiddelen en verdere verlaging van de administratiekosten. Een deel van de tekorten kan worden gedekt door de wettelijke reserve van het fonds te verlagen. Dit is evenwel onvoldoende om het tekort van 2015 te dekken.

Er zal dus vanaf het begin een noodzaak ontstaan om verdere kostenverlagende (of inkomsten verhogende) maatregelen in te voeren, opdat deze in 2015 zodanig effect sorteren dat ook dan en in volgende jaren geen dekkingstekort ontstaat.

Adviezen Sociaal Economische Raad en Raad van Advies

De Sociaal Economische Raad (SER) heeft in haar advies gedateerd 5 oktober 2012 geen expliciete opmerkingen gemaakt over de verstrekkingen.

Wel zijn er bezwaren geuit vanuit de Centrale Commissie van Vakbonden (CCvV). De CCvV stelt dat het pakket een verslechtering is ten opzichte van de verstrekkingen waar de ambtenaren en gelijkgestelden thans recht op hebben.

Uit respect voor het Sociaal Statuut dat in 2010 in het kader van de staatkundige herstructurering tot stand is gebracht, heeft de regering voor de duur van dit sociaal statuut ingestemd met een aanvullende voorziening voor overheidsdienaren en gelijkgestelden. Zie artikel 12.5 van de landsverordening.

De Raad van Advies heeft d.d. 7 januari 2013 advies, gekenmerkt RvA no. RA/39-12-LB uitgebracht. De regering heeft waar nodig de op- en aanmerkingen van het genoemde advies van de Raad van Advies zowel in het ontwerp als in de nota van toelichting.

Ten aanzien van de opmerkingen van de Raad van Advies inzake het ontwerp wenst de Regering de volgende op te merken. Op advies van de Raad heeft de regering het ontwerp aangepast ten aanzien van thuiszorg. De thuiszorg die in het kader van geneeskundige zorg dient geboden te worden door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in de thuis situatie van de patiënt. De thuiszorg verleend aan chronische zieken van langdurige aard (langer dan drie maanden) valt onder de AVBZ.

Ten aanzien van de waarborgsom met betrekking tot kunst- en hulpmiddelen meldt de regering dat er een beleid zal worden vastgesteld waarin richtlijnen worden bepaald bij de verstrekking van de kunst- en hulpmiddelen.

Ter toelichting van de verschillende gehanteerde leeftijdsgrenzen van 18 en 21 jaar, meldt de regering dat gekozen is voor de verschillende leeftijden gelet op medische gronden.

De Raad van Advies is van mening dat nadere uitleg dient te worden gegeven voor wat betreft de Curaçaose Zorgautoriteit. De regering meldt in deze dat er een principe beslissing is genomen dat een zorgautoriteit dient te komen ter garandering van doelmatige en rechtmatige uitvoering van de Ontwerplandsverordening. Het proces tot de Invulling aan een zorgautoriteit is lopende.

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

De Minister van Financiën,
J.M.N. JARDIM