



2014

**STAATSBLAD
VAN DE
REPUBLIEK SURINAME**

No. 114

WET van 9 september 2014, houdende regels over de invoering van een basiszorgverzekering (Wet Nationale Basiszorgverzekering)

DE PRESIDENT VAN DE REPUBLIEK SURINAME,

In overweging genomen hebbende dat, - mede ter uitvoering van artikel 36 van de Grondwet van de Republiek Suriname - het nodig is regels betreffende de invoering van een basiszorgverzekering als onderdeel van het nationaal sociaal zekerheidstelsel vast te stellen;

Heeft, de Staatsraad gehoord, na goedkeuring door De Nationale Assemblée, bekrachtigd de onderstaande wet:

Algemene bepalingen

Artikel 1

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. basiszorgverzekering: een overeenkomst tussen een deelnemer en een zorgverzekeraar, ter dekking van de kosten van de basiszorgvoorzieningen;
- b. basiszorgvoorzieningen: de minimaal gegarandeerde zorgdiensten, waaronder preventieve en klinische diensten voor het behoud en herstel van de gezondheid;
- c. deelnemer: iedere ingezetene die de premie betaalt die toegang geeft tot de basiszorg-voorzieningen;
- d. dienstverlener: iedere natuurlijke of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;

- e. duurzame gemeenschappelijke huishouding: een huishouding niet voortvloeiende uit een huwelijk, die gedurende een periode van minimaal vijf jaren vóór het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd en vóór het overlijden van een deelnemer is onderhouden en aangetoond wordt door een rechtsgeldig notarieel opgemaakt samenlevingscontract; Deze akte moet in het Centrale Bevolkingsregister geregistreerd worden;
- f. fonds: het Zorgvoorzieningsfonds als bedoeld in artikel 5 lid 1;
- g. ingezetene: een ieder die zijn woonplaats, hoofdverblijf of feitelijk verblijf in Suriname heeft;
- h. kinderen:
 - 1. de uit het huwelijk van een ingezetene geboren wettige of de gewettigde of de geadopteerde kinderen of de ter verzorging inwonende pleegkinderen;
 - 2. de tot de duurzame gemeenschappelijke huishouding van een ingezetene behorende wettige, gewettigde, geadopteerde, natuurlijk erkende of erkende kinderen;
- i. Onderraad: de Onderraad Sociaal Zekerheidstelsel van de Raad van Ministers;
- j. partner:
 - 1. echtgeno(o)t(e) van een deelnemer;
 - 2. degene, die met een deelnemer een duurzame gemeenschappelijke huishouding onderhoudt;
- k. premie: een verschuldigde geldsom bestemd voor het verzekeren van de aanspraken op de basiszorgvoorzieningen;
- l. Uitvoeringsorgaan: het Uitvoeringsorgaan Basiszorg, genoemd in artikel 15 lid 1;
- m. werkgever: iedere natuurlijke persoon, die ten minste één werknemer in dienst heeft;
- n. werknemer: iedere natuurlijke persoon die in dienst van een werkgever is;
- o. zelfstandige: iedere natuurlijke of rechtspersoon, die een bedrijf of beroep uitoefent en geen personeel in dienst heeft;
- p. Zorgraad: de Zorgraad, genoemd in artikel 13 lid 1;
- q. zorgverzekeraar: een verzekeraar, die aan de bij of krachtens deze wet vastgestelde voorwaarden voldoet en zorgverzekeringen aanbiedt en uitvoert;
- r. zorgverzekeringspolis: een overeenkomst gesloten tussen een deelnemer en een zorgverzekeraar, waarin de basiszorgverzekering is vastgesteld.

Omschrijving Gezondheidszorg

Artikel 2

De gezondheidszorg in Suriname bestaat uit de volgende categorieën van zorg:

1. *De publieke gezondheidszorg.* Deze zorg richt zich op de preventie van ziekten en de bewaking van de gezondheid van de totale bevolking en die van specifieke groepen. Het omvat:
 - a. algemene gezondheidsinformatie en voorlichting over een gezond leven;
 - b. de zorg voor een veilig en gezond leefmilieu;
 - c. onderzoek ten behoeve van de monitoring en bewaking van de openbare gezondheid;
 - d. ontwikkeling van beleid en wetgeving;
 - e. tijdelijke of permanente preventieve bevolkingsprogramma's.Bij staatsbesluit kunnen de onder a tot en met e genoemde elementen van de publieke gezondheidszorg nader worden gedefinieerd.
2. *De persoonlijke gezondheidszorg.* Deze valt uiteen in de preventieve en de curatieve gezondheidszorg gericht op het individu. Deze zorg omvat de persoonlijke preventie, gezondheidsbevordering, medische- en paramedische-, rehabiliterende- en palliatieve zorg van individuen één en ander gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.
3. De persoonlijke gezondheidszorgdiensten worden geboden binnen verschillende niveaus van zorg te weten:
 - a. de primaire gezondheidszorg bestaande uit de volgende diensten:
 - i. diagnostiek, controle, advies en behandeling bij ziekten en ongevallen door de huisarts;
 - ii. periodieke screening voor de preventie en vroegtijdige opsporing van chronische niet overdraagbare aandoeningen conform de nationale richtlijnen;
 - iii. basis tandheelkundige zorg conform de Wet op de Jeugdtandverzorging;
 - iv. paramedische zorg zoals fysiotherapie, dieet advies, optometrie, psychologische zorg;
 - v. zwangerschapszorg inclusief prenatale zorg, bevallingen en postnatale zorg;
 - vi. monitoren van de groei en ontwikkeling van kinderen;
 - vii. gezinsplanning en maatschappelijke zorg;

- viii. medicamenten volgens de nationale geneesmiddelenklapper (NGK) en verbandmiddelen volgens de nationale verbandmiddelenklapper (NVK);
- ix. laboratoriumonderzoek;
- x. basis röntgenologisch en echografisch onderzoek;
- xi. thuiszorg;
- xii. spoedeisende hulp op de huisartsen poliklinieken of de spoedeisende hulp afdelingen van de ziekenhuizen.
- b. de secundaire zorg bestaande uit de volgende diensten:
 - i. poliklinische specialistische zorg, inclusief medisch-technisch onderzoek en behandeling;
 - ii. hospitalisatie met bijbehorend onderzoek, behandeling en verpleging;
 - iii. opname, verzorging of rehabilitatie in een verpleeghuis.
- c. de tertiaire zorg en bijzondere behandelingen zoals:
 - i. hooggespecialiseerde zorg of bijzondere behandelingen zoals hartchirurgie, nierdialyse, vaatchirurgie, neurochirurgie, plastische chirurgie in geval van verwondingen en deformaties door ziekte en medisch ingrijpen;
 - ii. andere bijzondere zorg en complementaire zorg.
- 4. Basisgezondheidszorg omvat de diensten zoals genoemd in lid 3 onder a en b.

Financiering Gezondheidszorg

Artikel 3

- 1. De Regering is verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg en financiert de kosten uit de staatsbegroting.
- 2. Iedere ingezetene is verantwoordelijk voor de financiering van de kosten van de persoonlijke gezondheidszorg en is verplicht hiervoor tenminste de basiszorgverzekering af te sluiten.
- 3. De Regering treft voorzieningen voor:
 - a. behandelingen en medicatie, die niet worden gedekt door de basiszorgverzekering; hiervoor stelt de regering een revolverend fonds in;
 - b. kostbare onderzoeken, behandelingen en medicatie voor onder meer laag frequente aandoeningen.

4. Het fonds als bedoeld in lid 3 onder a verstrekt aan een ieder die daartoe een aanvraag doet en daarvoor in aanmerking komt een lening. De lening is bestemd voor de dekking van de meerkosten van de basiszorgverzekering. In geval van overlijden wordt de verstrekte lening kwijtgescholden. Dit fonds wordt verder uitgewerkt in artikel 5.
5. De kosten als bedoeld in lid 3 onder b, kunnen door de overheid worden gefinancierd op advies van de Geneeskundige Commissie als bedoeld in artikel 5 onder b van de Volksgezondheidswet 1938 (G.B. 1938, no. 131).
6. Ter uitvoering van het bepaalde in de leden 3, 4 en 5 kunnen bij staatsbesluit nadere regels worden vastgesteld.

Verzekeringsplicht Artikel 4

1. Iedere ingezetene is verplicht zich te verzekeren tegen de kosten van de basiszorgvoorzieningen.
2. Deze verzekering moet tenminste gelijk zijn aan de basiszorgverzekering met een dekking als bepaald in artikel 6 de leden 1 en 2.
3. Iedere ingezetene die kostwinner is, is verplicht om ten behoeve van zichzelf, de partner en de kinderen een basiszorgverzekering af te sluiten, tenzij de partner en kinderen uit anderen hoofde reeds over een gelijkwaardige basiszorgverzekering of voorziening beschikken.
4. Bestaande zorgverzekeringen of regelingen die bij de inwerkingtreding van deze wet ten minste die voorzieningen bieden, zoals bepaald bij of krachtens deze wet, blijven hun geldigheid behouden;
5. Naast de verplichte basiszorgverzekering, als genoemd in deze wet, staat het elke deelnemer vrij om bij een zorgverzekeraar een aanvullende zorgverzekering af te sluiten.

Zorgvoorzieningenfonds Artikel 5

1. De regering richt bij staatsbesluit een revolverend Zorgvoorzieningenfonds op. In het staatsbesluit worden nadere regels gesteld omtrent onder meer het beheer en de verantwoording van het fonds.

2. De financiering van het fonds vindt onder meer plaats door storting in het fonds door de zorgverzekeraar van drie procent van de maximale maandelijkse premie van iedere deelnemer met inachtneming van het bepaalde in artikel 7 lid 5.
3. Het fonds wordt bij een erkende bankinstelling ondergebracht en valt onder het beheer van het Uitvoeringsorgaan. De bankinstelling ontvangt uit het fonds een provisie van één procent per jaar voor de geleverde diensten.
4. De bankinstelling kan ter financiering van de kosten zoals bepaald in artikel 3 lid 4, onder voorwaarden leningen verstrekken tegen twee procent rente per jaar. Dit percentage kan bij staatsbesluit worden gewijzigd. Eventuele zorgkosten die voortvloeien uit het bepaalde in artikel 7 lid 8 kunnen ook uit het fonds worden gefinancierd.
5. Van de stortingen in het fonds wordt maximaal vijfendertig procent bestemd voor de exploitatie van het Uitvoeringsorgaan.

Verzekerde Basiszorgvoorzieningen Artikel 6

1. Bij de inwerkingtreding van de wet bestaan de zorgvoorzieningen die verzekerd worden uit:
 - a. de basisgezondheidszorg zoals bedoeld in artikel 2 lid 4;
 - b. de uit artikel 2 lid 3 c geselecteerde zorgdiensten.Voor de diensten bedoeld onder a en b kunnen limieten worden vastgesteld.
2. De basiszorgverzekering verzekert de uit lid 1 voortvloeiende specifieke diensten, medicamenten, hulpmiddelen evenals de limieten en de daarbij behorende randvoorwaarden. Dit pakket aan verzekerde voorzieningen is voor de eerste keer in bijlage I van deze wet opgenomen.
3. Het bepaalde in lid 2 kan bij staatsbesluit worden gewijzigd en kunnen nadere regels worden vastgesteld. Eventuele wijzigingen mogen nimmer leiden tot kwaliteitsverlies van het verzekerd pakket.

Premie Artikel 7

1. Bij de inwerkingtreding van deze wet bedraagt de maximale hoogte van de premie voor onderstaande leeftijdscategorieën per deelnemer per maand als volgt:
 - a. 0 tot en met 16 jaren SRD 55 (vijfenvijftig Surinaamse Dollar); Dollar);
 - b. 17 tot en met 20 jaren SRD 75 (vijfenzeventig Surinaamse Dollar);

- c. 21 tot en met 59 jaren SRD 165 (honderdvijfenzestig Surinaamse Dollar); SRD 165,- (honderd vijfenzestig Surinaamse Dollar);
- d. 60 jaren en ouder SRD 240 (tweehonderdveertig Surinaamse Dollar).
2. De in lid 1 genoemde premiebedragen kunnen bij staatsbesluit worden gewijzigd.
3. De Raad van Ministers bepaalt voor welke groepen of categorieën van personen de premie geheel of gedeeltelijk wordt betaald. Bij staatsbesluit kunnen omtrent het bepaalde in dit lid nadere regels worden vastgesteld.
4. In samenspraak met de zorgverzekeraars kan voor de deelnemer(s) die zich houden aan nader te regelen protocollen voor de preventieve gezondheidszorg een korting op de premie worden gegeven.
5. Iedere deelnemer is verplicht de premie te betalen overeenkomstig de zorgverzekeringspolis
6. In geval van een dienstbetrekking is de premieverdeling als volgt:
 - a. een werknemersaandeel van vijftig honderdste (50/100) van de premie en
 - b. een werkgeversaandeel van vijftig honderdste (50/100) van de premie.
7. Onverminderd het bepaalde in lid 6 kan in onderling overleg de premieverdeling worden gewijzigd onder de voorwaarde, dat het werknemersaandeel niet hoger mag zijn dan het werkgeversaandeel.
8. Onverminderd het bepaalde in de zorgverzekeringspolis, blijft de deelnemer na het uitblijven van premiebetaling, nog gedurende drie maanden verzekerd.
9. Iedere deelnemer blijft verantwoordelijk voor de betaling aan de zorgverzekeraar van de verschuldigde premie als bedoeld in lid 8 van dit artikel.
10. Onvermogenen die niet verzekerd zijn vanwege het niet betaald hebben van de premie, dienen zich aan te melden bij het Uitvoeringsorgaan voor een vermogenstoets. Met de toets wordt vastgesteld of betrokkenen al dan niet in aanmerking komen voor gehele of gedeeltelijke subsidie, die tijdelijk van aard kan zijn. De verstrekte subsidie is bestemd voor de betaling van de verschuldigde premie. Bij staatsbesluit kunnen omtrent het bepaalde in dit lid nadere regels worden vastgesteld.

Verplichtingen werkgever Artikel 8

1. Iedere werkgever is verplicht om voor zijn werknemer een basiszorgverzekering af te sluiten en met zijn werknemer afspraken te maken over de inhouding van het werknemersaandeel van de premie op het loon.
2. Iedere werkgever is verplicht om de premie conform de polisvoorwaarden tijdig aan de zorgverzekeraar af te dragen en de werknemer het bewijs van de inhouding en de afdracht te verstrekken.
3. Bij beëindiging van de dienstbetrekking is de werkgever verplicht dit binnen één maand aan de zorgverzekeraar door te geven, en melding te doen vanaf welke datum de premie niet meer door hem wordt betaald.
4. Iedere werkgever is verplicht om binnen één maand nadat hij opgehouden is werkgever te zijn, dit schriftelijk door te geven aan de zorgverzekeraar, onder vermelding van de ingangsdatum.
5. Iedere werkgever is verplicht om aan de daartoe aangewezen functionarissen van het Uitvoeringsorgaan alle medewerking te verlenen, die noodzakelijk is voor de uitvoering van het bepaalde bij of krachtens deze wet.
6. De onder lid 5 genoemde medewerking omvat in ieder geval de toegang tot de bedrijfsterreinen en gebouwen, inzage in het personeelsbestand alsmede de administratie met betrekking tot de inhouding en betaling van de premie.
7. Iedere werkgever mag de hem bij of krachtens deze wet ter beschikking gestelde persoonsgegevens van de werknemer alleen gebruiken voor de uitvoering van het bepaalde bij of krachtens deze wet.

Verplichtingen werknemer Artikel 9

1. Iedere werknemer is verplicht om toe te zien op de naleving van de afspraken die met de werkgever zijn gemaakt over de inhouding van het werknemersaandeel van de premie op het loon. Hetzelfde geldt voor de betaling van de totale premie aan de zorgverzekeraar en indien van toepassing het meeverzekeren van de partner en de kinderen van de werknemer.
2. Indien de partner en de kinderen van een werknemer niet uit anderen hoofde zijn verzekerd, moet de werknemer indien hij hen via de werkgever wenst te verzekeren met de werkgever afspraken maken over de premiebetaling.

3. Iedere werknemer die constateert, dat de werkgever nalaat het werknemersaandeel van de premie in te houden en de totaal verschuldigde premie te betalen, is verplicht dit onmiddellijk te melden aan de zorgverzekeraar en het Uitvoeringsorgaan. Van deze melding ontvangt de werknemer een schriftelijk bewijs.
4. Iedere werknemer is verplicht om binnen één maand na het optreden van wijzigingen in ondermeer zijn persoonsgegevens en indien van toepassing in die van zijn partner en de kinderen, dit door te geven aan de werkgever en de zorgverzekeraar, zulks onder overlegging van een afschrift van het bewijs, afgegeven door het Centraal Bureau voor Burgerzaken, waaruit de wijziging blijkt.

Verplichtingen zelfstandige Artikel 10

1. Iedere zelfstandige is verplicht om ten behoeve van zichzelf, de partner en de kinderen een basiszorgverzekering af te sluiten.
2. Iedere zelfstandige is verplicht om de premie conform de polisvoorwaarden tijdig af te dragen aan de zorgverzekeraar.
3. Iedere zelfstandige is verplicht om binnen één maand nadat hij opgehouden is zelfstandige te zijn, dit schriftelijk door te geven aan de zorgverzekeraar, onder vermelding van de ingangsdatum.
4. Iedere zelfstandige is verplicht om aan de daartoe aangewezen functionarissen van het Uitvoeringsorgaan alle medewerking te verlenen, die noodzakelijk is voor de uitvoering van het bepaalde bij of krachtens deze wet.
5. De onder lid 4 genoemde medewerking omvat in ieder geval de toegang tot en de inzage in de administratie met betrekking tot de betaling van de premie.
6. Iedere zelfstandige is verplicht om binnen één maand na het optreden van wijzigingen in ondermeer zijn persoonsgegevens en indien van toepassing in die van zijn partner en de kinderen, dit door te geven aan de zorgverzekeraar, zulks onder overlegging van een afschrift van het bewijs, afgegeven door het Centraal Bureau voor Burgerzaken, waaruit de melding van de wijziging blijkt.
7. Voor zover van toepassing gelden alle verplichtingen van de werkgever en de werknemer ook voor de zelfstandige.

Verplichtingen zorgverzekeraar
Artikel 11

1. Elke zorgverzekeraar is verplicht om met iedere ingezetene die zich aanmeldt tenminste een basiszorgverzekering af te sluiten, die toegang geeft tot de verzekerde basisgezondheidszorg als genoemd in artikel 6 lid 2.
2. Elke zorgverzekeraar heeft jegens de deelnemer een zodanige inspanningsverplichting, dat de deelnemer bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekeringspolis recht heeft op diensten bestaande uit tenminste:
 - a. de basiszorgvoorzieningen;
 - b. activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg;
 - c. zorg verleend door gekwalificeerde dienstverleners, waarmee door de zorgverzekeraar een overeenkomst is aangegaan;
 - d. zorg met een landelijk dekkingsgraad;
 - e. zorg met de bij of krachtens wet gestelde kwaliteitsnormen en -eisen of normen voortvloeiende uit de medische ethiek.
3. De zorgverzekeraar is verplicht om de deelnemer onmiddellijk over het uitblijven van de premiebetaling als bedoeld in artikel 7 leden 5 en 6 in kennis te stellen en doet daarvan schriftelijk mededeling aan de werkgever en het Uitvoeringsorgaan.
4. Elke zorgverzekeraar is verplicht om de in het belang van de uitvoering of het toezicht op de uitvoering van het bepaalde bij of krachtens deze wet door het Uitvoeringsorgaan of de Zorgraad de gevraagde gegevens, inlichtingen, rapportage en data te verstrekken voor zover het verstrekken daarvan niet strijdig is met het medisch beroepsgeheim.
5. Alleen zorgverzekeraars die door de Zorgraad zijn erkend, mogen een basiszorgverzekering afsluiten.
6. Elke zorgverzekeraar is verplicht zich te houden aan of mee te werken aan:
 - a. het aanbieden van het basiszorgpakket dat onder de maximale vastgestelde premie ligt;
 - b. de acceptatieplicht;
 - c. de uniforme tarieven- en het vergoedingensysteem bij het contracteren van dienstverleners;
 - d. het dragen van eigen risico voor het beheren van de betaalde premies;
 - e. het zorg dragen voor gelijke toegankelijkheid van de zorg;
 - f. het waarborgen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg;

- g. het bieden van kwalitatief goede dienstverlening;
- h. het voorkomen van misbruik en het opsporen van fraude;
- i. het opsporen van onverzekerden middels een controle- systeem.

Verplichtingen dienstverlener Artikel 12

1. De dienstverlener is verplicht om tenminste alle diensten die door de basiszorgverzekering zijn gedekt aan de deelnemer te verlenen.
2. Indien een dienstverlener constateert, dat een ingezetene niet verzekerd is, is hij verplicht om dit onmiddellijk te melden aan het Uitvoeringsorgaan. Hij registreert dit op een door het Uitvoeringsorgaan voorgeschreven wijze en stuurt deze informatie naar het Uitvoeringsorgaan die de melding onmiddellijk in behandeling neemt.
3. De verzekeringsdatum gaat in op de dag waarop de deelnemer verzekerd had moeten zijn met een terugwerking van ten hoogste twee jaren.
4. Iedere dienstverlener is verplicht om aan elke ingezetene die niet verzekerd is, elke dienst die door de basiszorgverzekering is gedekt te verlenen tenzij, dit naar zijn oordeel niet dringend is.
5. De Zorgraad stelt nadere regels vast over onder meer de wijze van de betaling ingeval een dienst wordt verleend aan een niet-verzekerde.
6. De dienstverlener is verplicht om aan de Zorgraad, het Uitvoeringsorgaan en de zorgverzekeraar alle inlichtingen, rapportage en data te verstrekken alsmede alle medewerking te verlenen, die nodig is voor de uitvoering van of het toezicht op het bepaalde bij of krachtens deze wet voor zover het verstrekken niet strijdig is met het medisch beroepsgeheim.
7. De dienstverlener is verplicht zich te houden aan de bij of krachtens wet vastgestelde en de voor zijn beroepsgroep geldende kwaliteitsnormen en zorgprotocollen.
8. De dienstverlener is verplicht zich te houden aan het uniforme tarieven- en vergoedingensysteem bij het sluiten van contracten.
9. Iedere dienstverlener is verplicht zorg te dragen voor gelijke toegankelijkheid van de zorg.
10. Iedere dienstverlener draagt zorg voor het waarborgen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de dienstverlening.

Toezicht basiszorgverzekering
Artikel 13

1. Bij de inwerkingtreding van deze wet wordt de Zorgraad ingesteld, die belast is met het toezicht op de uitvoering en de handhaving van het bepaalde bij of krachtens deze wet. De Zorgraad is een rechtspersoon en is gevestigd te Paramaribo.
2. De Zorgraad adviseert de regering op verzoek of uit eigen beweging over alle vraagstukken deze wet betreffende en is verder verantwoordelijk voor het doen van voorstellen tot:
 - a. het actualiseren van de basiszorgverzekering en van de premie voor de diverse groepen of categorieën;
 - b. het vaststellen van de voor zorgverzekeraars, dienstverleners en producten toegestane winstmarges evenals de minimum en maximum tarieven voor de dienstverleners;
 - c. het doen opstellen en vaststellen van rekenmodellen c.q. rekenmethodes ter bepaling van de zorgkosten en het financieel transparant maken van de totale gezondheidszorg;
 - d. verbetering van de kwaliteitseisen van de zorg en de toegankelijkheid daarvan.
3. De Zorgraad en de zorgverzekeraars maken over onder meer de wijze van informatievergaring en informatiedeling nadere afspraken die schriftelijk worden vastgelegd.
4. De Zorgraad en de zorgverzekeraars mogen de hun in het kader van deze wet ter beschikking gestelde gegevens van de deelnemer en de dienstverlener alleen gebruiken voor de uitvoering en de handhaving van het bepaalde bij of krachtens deze wet.
5. De Zorgraad stelt in een integriteitscode nadere regels vast over de bescherming van persoonsgegevens, de toestemming tot en de uitwisseling van persoonsgegevens alsmede andere ter bescherming van de privacy gerelateerde onderwerpen betreffende hebbende op de uitvoering van het bepaalde bij of krachtens deze wet.

Samenstelling en werkwijze van de Zorgraad
Artikel 14

1. De Zorgraad bestaat uit maximaal zeven leden, die door de Onderraad worden voorgedragen. De voordracht voor het rooster van aftreden wordt goedgekeurd door de Raad van Ministers.

Voor de eerste keer treedt het eerste lid af op 1 augustus 2017. Vervolgens treedt elk jaar een lid volgens het vastgestelde rooster af. De leden zijn eenmaal herbenoembaar.

2. In geval van een vacature, geeft de Zorgraad dit per schrijven door aan de Onderraad die binnen drie maanden in de vacature moet hebben voorzien. Indien dit niet heeft plaatsgevonden dan geschiedt de invulling door de Zorgraad.
3. De leden van de Zorgraad kiezen uit hun midden een voorzitter en een ondervoorzitter. De Zorgraad rapporteert aan de Onderraad. De Zorgraad stelt na goedkeuring van de Raad van Ministers het huishoudelijk reglement vast. Dit reglement wordt gepubliceerd in het Advertentieblad van de Republiek Suriname.
4. De Zorgraad houdt ten minste tweemaal per jaar een openbare vergadering om alle zaken de zorg rakende te bespreken. De openbare vergadering vindt plaats vóór 1 maart van elk jaar en de tweede vóór 1 september. Voor deze openbare vergadering worden uitgenodigd de Onderraad en de belanghebbenden. De Directeuren van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Bureau voor Openbare Gezondheidszorg, wonen ambtshalve deze openbare vergadering bij.
5. De Zorgraad doet zes weken vóór de dag van een openbare vergadering via een advertentie in ten minste twee in Suriname verschijnende dagbladen een convocatie uitgaan waarin ook de concept-agenda is toegevoegd. Op basis van deze agendapunten heeft een ieder gedurende twee weken na verschijning van de advertentie de gelegenheid om voorstellen of onderwerpen ter aanvulling van deze agenda aan te bieden.
6. De Zorgraad beslist binnen een week over de aangeboden voorstellen of onderwerpen. Dit besluit wordt uiterlijk twee weken voor de openbare vergadering wederom via een advertentie bekendgemaakt.
7. De Zorgraad stelt een secretaris en maximaal twee adjunct-secretarissen aan, al dan niet op parttime basis, die geen lid zijn van de Zorgraad en ook niet deelnemen aan de besluitvorming van de Zorgraad. De Zorgraad mag gebruikmaken van externe deskundigen.
8. Bij staatsbesluit kunnen omtrent het bepaalde in artikel 13 en 14 nadere regels worden vastgesteld.

Uitvoeringsorgaan basiszorg
Artikel 15

1. Bij de inwerkingtreding van deze wet wordt het Uitvoeringsorgaan Basiszorg ingesteld, dat belast is met de uitvoering van het bepaalde bij of krachtens deze wet. Het Uitvoeringsorgaan is een rechtspersoon en is gevestigd te Paramaribo. De taken van het Uitvoeringsorgaan zijn ondermeer:
 - a. registratie en controle;
 - b. het verzamelen en analyseren van data;
 - c. consumentenbehartiging;
 - d. voorlichting en bewustwording over alle zaken deze wet rakende;
 - e. het ondersteunen van de Zorgraad.
2. Het Uitvoeringsorgaan bestaat uit een bestuur en een directie.
3. Het bestuur bestaat uit maximaal zeven leden die door de Onderraad wordt voorgedragen. De voordracht met het rooster van aftreden behoeft goedkeuring van de Raad van Ministers. Voor de eerste keer treedt het eerste lid af op 1 augustus 2017. Vervolgens treedt elk jaar een lid volgens het vastgestelde rooster af. De leden zijn eenmaal herbenoembaar.
4. In geval van een vacature, geeft het bestuur dit per schrijven door aan de Onderraad die binnen drie maanden in de vacature moet hebben voorzien. Indien dit niet heeft plaatsgevonden dan geschiedt de invulling door het bestuur.
5. De leden van het bestuur kiezen uit hun midden een voorzitter en een ondervoorzitter.
6. De taken van het bestuur zijn:
 - a. het houden van toezicht op de uitvoering van de taken van de directie;
 - b. het benoemen, schorsen en ontslaan van de directeur, de onderdirecteuren alsmede het vaststellen van het directiereglement;
 - c. het verlenen van goedkeuring aan rechtshandelingen van de directie die het bedrag van vijftigduizend Surinaamse Dollar te boven gaan;
 - d. het goedkeuren van de begroting;
 - e. het goedkeuren van de kwartaalverslagen uiterlijk binnen zes weken na het verstrijken van het afgelopen kwartaal;
 - f. het aantrekken van de accountant;
 - g. het uiterlijk 15 april na het afgelopen jaar opstellen van het preadvies van het jaarverslag inclusief de jaarrekening ter goedkeuring aan de Onderraad.

7. De Directie bestaat uit een directeur en een of meerdere onderdirecteuren te benoemen door het bestuur. De directeur is belast met de dagelijkse leiding van het Uitvoeringsorgaan en is verantwoording verschuldigd aan het bestuur. De directeur woont de vergaderingen van de Zorgraad bij. Bij ontstentenis van de directeur wordt een van de onderdirecteuren met de waarneming belast.
8. De Directeur heeft vooraf de toestemming van het bestuur nodig voor het aantrekken, schorsen en ontslaan van personeel. Het is de directie en het personeel niet toegestaan om zonder toestemming van het bestuur nevenfuncties te vervullen.
9. Het Uitvoeringsorgaan en de zorgverzekeraars maken over onder meer de wijze van informatievergaring en informatiedeling van het bepaalde bij of krachtens deze wet, nadere afspraken die schriftelijk worden vastgelegd.
10. Het Uitvoeringsorgaan en de zorgverzekeraars mogen de hun in het kader van deze wet ter beschikking gestelde gegevens van de deelnemer en dienstverlener alleen gebruiken voor de uitvoering en handhaving van het bepaalde bij of krachtens deze wet.
11. Nadere regels kunnen bij staatsbesluit worden vastgesteld omtrent alle zaken het Uitvoeringsorgaan betreffende.

De exploitatie
Artikel 16

1. Het budget van de Zorgraad wordt in de begroting van het Uitvoeringsorgaan opgenomen.
2. Het bestuur stelt jaarlijks een begroting op ter uitvoering van en het toezicht op het bepaalde bij of krachtens deze wet met inachtneming van het beginsel van lasten en baten. De begroting wordt voorzien van een deugdelijke toelichting.
3. Het bestuur zendt jaarlijks uiterlijk op 1 september een begroting ter goedkeuring aan de Onderraad, die binnen twee maanden hierop beslist.
4. Zolang de begroting niet is goedgekeurd, dient de daaraan voorafgaande goedgekeurde begroting als grondslag voor de exploitatie.
5. Het bestuur zendt aan de Onderraad en aan de Zorgraad jaarlijks vóór 15 april een jaarrekening, een jaarverslag en overige gegevens over het verstreken boekjaar, waarin een volledig beeld van de financiële toestand wordt gegeven.

6. De jaarrekening als bedoeld in lid 5 wordt voorzien van een verklaring omtrent getrouwheid, doelmatigheid en rechtmatigheid opgemaakt en ondertekend door een accountant.
7. De door de Onderraad goedgekeurde jaarrekening en jaarverslag worden gepubliceerd in het Advertentieblad van de Republiek Suriname.
8. Bij staatsbesluit worden nadere regels vastgesteld over de uitvoering van het bepaalde in dit artikel.

Bestuurssancties
Artikel 17

1. De Zorgraad kan een last onder dwangsom opleggen ter zake van een overtreding van de bij of krachtens deze wet vastgestelde verplichtingen en verboden.
2. De hoogte van de dwangsom bedoeld in lid 1 is ten minste SRD 500,- (vijfhonderd Surinaamse Dollar) en ten hoogste SRD 100.000,- (honderdduizend Surinaamse Dollar).
3. De Zorgraad kan een bestuurlijke boete opleggen ter zake van een overtreding van verplichtingen, verboden en voorschriften, gesteld bij of krachtens deze wet.
4. De hoogte van de bestuurlijke boete voor een afzonderlijke overtreding is ten minste tienmaal en ten hoogste duizendmaal de verschuldigde premie.
5. Bij staatsbesluit worden regels gesteld met betrekking tot de uitoefening van de bevoegdheden genoemd in de leden 1 en 3.
6. Indien tijdens het plegen van de overtreding nog geen drie jaren zijn verlopen sedert het opleggen van een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete aan de overtreder ter zake van eenzelfde overtreding, worden de dwangsom of de bestuurlijke boete, als bedoeld in de leden 2 en 4, verdubbeld.
7. Bij staatsbesluit wordt bij elke daarin omschreven overtreding het bedrag van de op te leggen dwangsom of bestuurlijke boete bepaald.
8. De overtredingen worden bij staatsbesluit gerangschikt in categorieën naar zwaarte van de overtreding met de daarbij behorende basisbedragen alsmede de minimum en maximumbedragen.
9. In afwijking van het bepaalde in de leden 2 en 4 kunnen de bij wet aangewezen organen de dwangsom of de bestuurlijke boete verdubbelen, indien er ondanks eerdere aanmaningen van het Uitvoeringsorgaan of een bij wet aangewezen orgaan sprake is van herhaaldelijke overtreding.

10. Indien tegen een besluit tot het opleggen van een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete bezwaar of beroep wordt aangetekend, schort dit de verplichting tot betaling hiervan niet op.
11. De Zorgraad kan ter bescherming van de belangen van de deelnemer gemotiveerd ter openbare kennis brengen:
 - a. de overtreding van de verbodsbepalingen uit deze wet en de overtredingen begaan ingevolge deze wet;
 - b. het feit ter zake waarvan een aanwijzing is gegeven, het overtreden voorschrift, het feit dat de aanwijzing is gegeven en de door de Zorgraad te volgen gedragslijn, alsmede de naam, het adres en de vestigingsplaats aan wie de aanwijzing is gegeven;
 - c. het feit ter zake waarvan een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete is opgelegd, het overtreden voorschrift, het feit dat de last onder dwangsom of de bestuurlijke boete is opgelegd, alsmede de naam, het adres en de vestigingsplaats van de overtreder aan wie de last onder dwangsom of de bestuurlijke boete is opgelegd.

Strafsancties Artikel 18

1. Het is verboden om een ingezetene, al dan niet door tussenkomst van een derde tegen betaling arbeid aan te bieden, te laten arbeiden of diensten te verlenen, te laten verlenen of aan te bieden als die ingezetene niet over een basiszorgverzekering beschikt.
2. Een werknemer of zelfstandige, die in strijd handelt met de verplichtingen genoemd bij of krachtens deze wet, wordt gestraft met een geldboete van de vijfde categorie van de Algemene Geldboetewet (S.B. 2002, no. 73) of een hechtenis van ten hoogste een maand.
3. Een werkgever die in strijd handelt met de verplichtingen genoemd bij of krachtens deze wet wordt gestraft met een geldboete van de zesde categorie van de Algemene Geldboetewet (S.B. 2002, no. 73) of een hechtenis van ten hoogste een maand.
4. Degene die weigert, de volgens deze wet op te leggen last onder dwangsom of bestuurlijke boete te voldoen, kan in vervangende hechtenis worden genomen voor de duur van ten hoogste een maand.
5. Degene die in strijd handelt met het verbod genoemd in lid 1 wordt gestraft met een geldboete van de vijfde categorie van de Algemene Geldboetewet (S.B. 2002, no. 73) of een hechtenis van ten hoogste een maand.

6. Het in strijd handelen met de bij of krachtens deze wet genoemde verplichtingen en verboden is een overtreding.

Voorlopige Voorziening Artikel 19

1. In gevallen, waarbij de uitvoering van het bepaalde bij of krachtens deze wet ten aanzien van een deelnemer tot een uitkomst leidt, die niet in overeenstemming is met de strekking van of waarbij niet voorzien is in het bepaalde bij of krachtens deze wet, is de Zorgraad bevoegd een voorlopige voorziening te treffen.
2. De Zorgraad brengt over de voorlopig getroffen voorziening binnen een maand aan de Onderraad verslag uit met vermelding van alle relevante gegevens, die aan de voorlopige voorziening ten grondslag liggen en met een door de Zorgraad voorgestelde wijziging van de wet of waar van toepassing, een staatsbesluit of andere nader te treffen regeling.

Bezwaar Artikel 20

1. Een belanghebbende, die door een besluit van een zorgverzekeraar of het Uitvoeringsorgaan, rechtstreeks in zijn belang is getroffen, kan binnen dertig dagen, nadat hij hiervan kennis heeft genomen, een bezwaarschrift indienen bij de Zorgraad.
2. De Zorgraad beslist binnen dertig dagen op het ingediende bezwaarschrift.
3. Bij staatsbesluit worden nadere regels vastgesteld met betrekking tot de uitvoering van de leden 1 en 2.

Slotbepalingen Artikel 21

Bij de inwerkingtreding van deze wet wordt de Wet Tarieven Gezondheidszorg (S.B. 2005, no.43) ingetrokken.

Artikel 22

1. Deze wet kan worden aangehaald als: Wet Nationale Basiszorgverzekering.
2. Zij en de daarbij behorende bijlage(n) worden in het Staatsblad van de Republiek Suriname afgekondigd.
3. Zij en de daarbij behorende bijlage(n) treden in werking met ingang van de dertigste dag volgende op die van hun afkondiging.
4. De Minister van Binnenlandse Zaken is belast met de uitvoering van deze wet.

Gegeven te Paramaribo, de 9^e september 2014,

DESIRÉ D. BOUTERSE

Uitgegeven te Paramaribo, de 9^e september 2014
De Minister van Binnenlandse Zaken,

E.F. LEILIS

WET van 9 september 2014, houdende regels over de invoering van een basiszorgverzekering (Wet Nationale Basiszorgverzekering)

MEMORIE VAN TOELICHTING

I. ALGEMEEN

De invoering van een verplichte basiszorgverzekering als onderdeel van een nationaal sociaal zekerheidsstelsel voor Suriname staat niet op zichzelf. Het World Economic Forum ziet sociale zekerheid als een infrastructuur van de sociale zorg van een land en één van de voorwaarden voor de ontwikkeling van het menselijk kapitaal en de economische groei. Het is evident dat een goed functionerend zekerheidsstelsel één van de indicatoren is voor het welvaartsniveau van een land. In het Ontwikkelingsplan 2012-2016 heeft de Regering Bouterse - Ameeralli haar beleid met betrekking tot de herstructurering van het sociaal zekerheidsstelsel opgenomen.

De Regering heeft er voor gekozen om samen met de sociale partners - de vakbeweging en het bedrijfsleven - stapsgewijs de kloof te overbruggen tussen de in 2010 overgenomen situatie van de sociale voorzieningen en het vooruitzicht op een in de toekomst in te voeren sociaal zekerheidsstelsel. Partijen hebben gekozen voor een stelsel dat georiënteerd is op de Surinaamse omstandigheden, waaronder de:

- economie van ons land;
- opbouw van de bevolking;
- beroepsbevolking;
- informele sector.

Met de invoering van een verplichte Basiszorgverzekering tegelijk met een Algemeen Pensioen en een Minimum Uurloon wil de regering de eerste stap zetten op weg naar een duurzaam sociaal zekerheidsstelsel. Een stelsel dat het realiseren van een zo hoog mogelijk niveau van sociale zekerheid en het zoveel mogelijk elimineren van ongelijkheden voor iedere ingezetene van Suriname beoogt.

De mogelijkheden om zich te verzekeren tegen ziektekosten in Suriname vallen uiteen in een verplicht deel en een vrijwillig deel. Er is voor de landsdienaren voorzien in een verplichte ziektekostenregeling.

Bij de indiensttreding komt een ziektekostenregeling tot stand met het Staatsziekenfonds zijnde de uitvoerder van de verplichte regeling. De 'verzekerde' landsdienaar betaalt het werknemersaandeel van de premie – dat uitgedrukt is in een percentage van de maandbezoldiging – en de overheid heeft als werkgever de verplichting om het andere deel, het werkgeversaandeel, te betalen. Het werkgeversaandeel van de premie wordt ook uitgedrukt in een percentage van de bezoldiging.

De premie wordt maandelijks ingehouden op de bezoldiging van de landsdienaar en wordt via een administratieve betaalprocedure afgedragen aan het Staatsziekenfonds. De landsdienaar ontvangt een ziekenfondskaart en kan zich daarmee wenden tot de dienstverleners die een overeenkomst hebben met het Staatsziekenfonds.

In diverse regelingen is verder vastgesteld welke diensten al dan niet verzekerd zijn, tot welke bedragen, het aantal behandelingen, ligdagen etc. Indien de landsdienaar gehuwd is en of kinderen heeft, dan geldt de ziektekostenregeling mede voor de wederhelft en de inwonende, nog schoolgaande niet gehuwde kinderen.

Het vrijwillig deel, de zogenaamde particuliere verzekering, biedt weleens de mogelijkheid tot ruimere voorzieningen, evenwel tegen betaling van een hogere premie. Ook de landsdienaar zou naast de verplichte regeling een particuliere verzekering kunnen afsluiten.

In de particuliere sector heeft maar 30% van de in Suriname geregistreerde bedrijven hun werknemers tegen ziektekosten bij een verzekeringsmaatschappij verzekerd. In het algemeen betreft het verzekerden die een maandelijks loon ontvangen en die daardoor in staat zijn een deel van de premie te betalen.

Er bestaat derhalve een grote groep van ingezetenen, die niet beschikt over een zorgverzekering en normaliter niet in staat is om de kosten van een medische behandeling te betalen. Deze groep heeft als het ware geen of onvoldoende toegang tot medische zorg, laat zich medisch niet of niet voldoende behandelen, wat te vaak leidt tot voor de overheid onjuiste en ongewenste situaties.

Na een aanvraag bij het Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting kunnen personen beschikken over een on- of minvermogenkaart. Het systeem van deze voorziening is complex, duur en niet transparant. Een niet inzichtelijke tarifiering voor de dienstverleners in de medische branche vormt daar een onderdeel van.

De huidige ziektekostenvoorzieningen worden op dit moment gekenmerkt door onder meer:

- hoge kosten van de gezondheidszorg vanwege onder andere inefficiënt gebruik van de resources;
- een onduidelijk financieringssysteem;
- inadequate toegankelijkheid van de zorg, waarbij vraag en aanbod onvoldoende goed op elkaar zijn afgestemd en mensen met een verhoogd risico door particuliere verzekeraars worden gediscrimineerd en gemarginaliseerd;
- geen transparantie van de zorgadministratie;
- geen sturing van de zorg op kwaliteit en doelmatigheid.

De verplichte basiszorgverzekering is geen doel op zich, maar een middel om door schaalvergroting en solidariteit, optimale zorg voor alle ingezetenen te realiseren. Om aan dit basisprincipe te kunnen voldoen en te waarborgen dat met het gezondheidszorgbudget de zorgvraag optimaal wordt ingevuld, is een balans op de volgende niveaus dringend noodzakelijk:

- een balans tussen betaalbaarheid en de financieringsbehoefte van de zorgverleners;
- een balans tussen de vergoeding voor zorgverleners en de kwaliteit en kwantiteit van hun zorg;
- een balans tussen zorgbehoefte en geleverde zorg (kwantiteit en kwaliteit).

Een andere essentiële voorwaarde voor het kunnen sturen op kwaliteit en doelmatigheid binnen dit zorgstelsel is, dat de zorgvraag en de geleverde kwaliteit van zorg inzichtelijk zijn. Het toepassen van informatietechnologie maakt efficiënt en gemakkelijk verzamelen en analyseren van informatie over trends in morbiditeit, zorgconsumptie, kwaliteitsbewaking en benchmarking mogelijk.

De Regering is enkele maanden geleden reeds gestart met het opzetten van een nationale strategie voor de registratie van zorginformatie als de eerste stap voor automatisering.

Om het premie-inkomen te maximaliseren, het risico over de hele populatie te spreiden en de zorg beter te kunnen sturen op kwaliteit en doelmatigheid is het van belang om de kring van de uniform verzekerden zo groot mogelijk te maken. Het uitgangspunt is dat iedere ingezetene verzekerd moet zijn en de verschuldigde premie moet betalen.

Met de Wet Nationale Basiszorgverzekering wordt een wettelijke plicht ingevoerd voor alle ingezetenen van Suriname. Er moet worden benadrukt, dat een wettelijke verzekeringsplicht alleen dan resultaat oplevert wanneer dit ingebed is in een goed functionerend controlesysteem voorzien van sancties wanneer de wet niet wordt nageleefd.

Nu vast staat dat in Suriname de inkomenstoets in dit stadium, vooral vanwege de kenmerken van de informele sector, een probleem vormt, is voorshands gekozen voor een nominale premie. Hierdoor wordt de bevolking zich bewuster van het feit dat voor zorg moet worden betaald.

Geruime tijd terug is de overheid gestart met het verzamelen en verwerken van gegevens over vooral de toegang tot en kosten van de medische zorg. Na bestudering van enerzijds de verwerkte gegevens en anderzijds de inventarisaties van diverse knelpunten, oplossingsmodellen en financieringsmogelijkheden, is de keus gemaakt voor een model dat in deze wet is neergelegd. De keus is gevallen op een verplichte zorgverzekering die door de deelnemer zelf in stand moet worden gehouden middels premiebetaling.

De Staat heeft ten aanzien van premiebetaling een zorgplicht te vervullen ten aanzien van geïdentificeerde kwetsbare groepen. Door het pilot project "Basiszorg 0 – 16 en 60+" is de hier bedoelde plicht voor het overgrote deel van genoemde groepen reeds geëffectueerd. Personen behorende tot deze leeftijdsgroepen 0 – 16 en 60+ zijn sedert 1 juli 2013 verzekerd van aanspraken op basiszorgvoorzieningen, waarbij de Staat de premiebetaling voor zijn rekening neemt.

Met de invoering van deze wet zijn nog niet alle knelpunten weggewerkt. De regering vindt het echter van groot belang om alvast de invoering van de verplichte basiszorgverzekering ter hand te nemen en gedurende de uitvoering verder te werken aan oplossingsmodellen. Het uitstellen totdat alle problemen zijn opgelost, is ongewenst.

De verplichte basiszorgverzekering geldt voor iedere ingezetene, hetgeen een breder bereik geeft dan slechts het bezitten van de Surinaamse nationaliteit. In de betreffende artikelen van deze wet worden de verschillende verplichtingen nader aangegeven. Zo kan een ieder die een dienstbetrekking heeft vanwege een verzekeringsplicht van de werkgever, deelnemer aan de basiszorgverzekering worden. Voor zover zorgregelingen ruimer zijn dan die van de basiszorgverzekering, blijven deze opgebouwde aanspraken op zorgvoorzieningen hun geldigheid behouden. Deze wet is niet bedoeld om eerder toegekende ruimere voorzieningen terug te brengen naar het basisniveau.

In deze wet is de rol van de overheid vooral het zo goed als mogelijk garanderen, dat verzekerde diensten kunnen worden geëffectueerd door de spelregels vast te stellen en een toezichthouder aan te wijzen. De wetgever schrijft wel de standaarden/minimum normen voor.

II. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 1. Algemene bepalingen

Specifiek voor de uitvoering van deze wet is het noodzakelijk een bijzondere begripsbeschrijving te geven van de gebruikte begrippen. Dit is noodzakelijk, omdat voor de toepassing van het bepaalde bij of krachtens deze wet, deze begrippen een andere betekenis kunnen hebben dan in andere regelingen gangbaar of bekend is. Waar nodig, is voor de begripsbeschrijving aansluiting gezocht bij de Wet Algemeen Pensioen 2014. De bedoeling hiervan is om door eenduidigheid van de begrippen de algehele uitvoering van het sociaal zekerheidstelsel te vergemakkelijken.

Artikel 2 Gezondheidszorg

De gezondheidszorg bestaat uit een breed scala van interventies, programma's, diensten en acties. Deze zijn allen gericht op de verbetering, het behoud of herstel van de gezondheid. De Medische zorg is een element van de zorg en gezondheidsdiensten zijn in deze van belang. Echter, medische zorg is niet het enige element in de zorg. Artikel 36 lid 2 van de Grondwet benadrukt het belang van een gezond milieu en gezonde levenswijze. Gezondheidszorg begint thuis en in de gemeenschap; op de werkplaats, in de woonbuurten en dorpen en reikt tot aan poliklinieken en ziekenhuizen.

Op de eerste plaats zal de gezondheidszorg zich richten op versterking van preventie. De primaire preventie is die preventie die zich richt op het voorkomen van ziekten. De acties vinden plaats voor er ziekte ontstaat en trachten te voorkomen dat iemand patiënt wordt. Secundaire preventie is de preventie die zich richt op de vroege opsporing van ziekten. Het bestaat uit maatregelen waarbij personen met een verhoogd risico gescreend worden voor een bepaalde aandoening zodat die tijdig behandeld kunnen worden. Tertiaire preventie richt zich op het voorkomen van verergering en complicaties bij bestaande ziekten. Het bestaat uit de medische zorg en de zelfzorg om de ziekte onder controle te houden bij patiënten.

Artikel 3 Financiering gezondheidszorg

Het is evident dat gezondheidszorg geld kost. Een deel van de kosten komt voor rekening van de Overheid via financiering uit de staatsbegroting en een ander deel - de basiszorgverzekering - wordt onder andere door de verzekerden middels premiebetaling opgebracht. Nochtans zijn er omstandigheden te voorzien, waarbij verzekerden niet in staat zijn om de meerkosten die de basiszorgverzekering te boven gaan te dragen. In dat geval kan een beroep worden gedaan op het revolverend fonds.

Artikel 4 Verzekeringsplicht

Invoering van de Wet Nationale Basiszorgverzekering houdt in, dat iedere ingezetene wettelijk verplicht is zich te verzekeren. Vanaf het moment van de afdracht van de verschuldigde premiebetaling, waardoor de zorgverzekering tot stand komt, is het risico verbonden aan het verstrekken van zorg gedekt. Dat wil zeggen dat door het verzekerd risico de deelnemer aanspraak maakt op toegang tot de basiszorgvoorzieningen als bedoeld in artikel 6 lid 1 zonder enige extra betaling. Gemaakte kosten worden door de basiszorgverzekering gedekt.

De regeling maakt geen onderscheid naar nationaliteit, geslacht of leeftijd. Hoewel dit in de wet niet expliciet wordt aangegeven, kan er van worden uitgegaan, dat voor niet ingezetenen andere wettelijke verplichtingen gelden voor het beschikken over een (medische) zorgregeling. Dat vereiste zal veelal te maken hebben met voorwaarden voor het verkrijgen van toegang tot de Republiek Suriname. De vakantieganger zal in het algemeen voor de toegang tot Suriname, voor zover het betreft een vreemdeling, moeten aantonen te beschikken over een verzekering in verband met medische kosten. Die toetsing kan deels bij de visumaanvraag plaatsvinden.

De bij of krachtens deze wet ingevoerde basiszorgverzekering is een individuele regeling. De zorgverzekering heeft in eerste instantie geen werking naar gezinsleden, echtgeno(o)t(e) of partner in een duurzame relatie. Voor elk der vorenbedoelde personen zal een aparte, individuele zorgverzekering moeten worden aangegaan, tenzij er sprake is van een werknemer die kostwinner is en die met zijn werkgever afspraken heeft gemaakt over het meeverzekeren van de overige gezinsleden. Uiteraard staat het een zorgverzekeraar vrij om een gezinsverzekeringspakket aan te bieden.

Lid 4 duidt op de respectering van eerdere ruimere rechten, of voorzieningen die zijn verkregen of opgebouwd vóór de inwerkingtreding van deze wet. De invoering van de verplichte basiszorgverzekering heeft niet de intentie om verkregen of opgebouwde ruimere voorzieningen terug te brengen naar een minimumstandaardpakket. Indien de aanspraak op ruimere voorzieningen is ondergebracht in een andere verzekeringsregeling of bijvoorbeeld een CAO, dan zullen betrokken partijen daarover zelf afspraken kunnen maken hoe dat wordt voortgezet onder de nieuwe situatie.

Om eventuele nadelige gevolgen voor de werknemer te voorkomen, wordt voorgeschreven dat een eigen bedrijfsregeling bij een zorgverzekeraar moet zijn ondergebracht.

Artikel 5

De Regering vond het noodzakelijk om een voorziening te treffen voor de financiële consequenties die niet door de basiszorgverzekering worden gedekt, door het instellen van een Zorgvoorzieningsfonds. De regering heeft er bewust voor gekozen het fonds bij een erkende bankinstelling onder te brengen om onnodige risico's te vermijden. Het aanwijzen van de bankinstelling zal via een openbare aanbesteding plaatsvinden, waardoor aan de voorwaarde van transparantie is voldaan. De financiering van het fonds vindt ondermeer plaats door storting in het fonds door de zorgverzekeraars van drie procent van de maandelijks premie van iedere deelnemer. De drie procent komt niet boven de premie maar is inclusief de premie.

De bankinstelling verstrekt de aangevraagde lening tegen een rente van twee procent per jaar. Dit percentage is zo laag mogelijk gehouden om de deelnemer niet verder in financiële problemen te brengen. Mede om die reden is besloten, dat de maximale aflossing niet meer dan tien procent van het inkomen van de deelnemer mag bedragen. De bankinstelling is verantwoordelijk voor de inning, de aflossingen en de daarbij behorende administratie.

Ook deelnemers die door omstandigheden een premie-achterstand hebben opgebouwd, kunnen in aanmerking komen voor een lening uit het fonds.

Artikel 6

Dit artikel geeft een opsomming van de diensten die in ieder geval onder de basiszorgverzekering moeten vallen. De Wet Nationale Basiszorgverzekering voert een minimumstandaard in en de diensten maken naar het oordeel van de regering deel uit van de basiszorgverzekering, die voor iedere ingezetene bereikbaar moet zijn c.q. waartoe de toegang moet zijn gegarandeerd.

De exacte omvang en specificatie van de diensten zullen in de zorgverzekeringspolis moeten zijn opgenomen.

Lid 3 biedt de mogelijkheid om de diensten, limieten vallende onder de basiszorg-verzekering te wijzigen bij staatsbesluit. Gedacht kan worden aan onder andere het aantal behandelingen per tijdseenheid, regels voor verstrekking van medicijnen, ligdagen en uitbreiding en regulering van diensten, type en omvang van een laboratoriumonderzoek, het aantal röntgenfoto's en scans.

Artikel 7

Voor de eerste maal wordt de maximale hoogte van de premie vastgesteld voor de aangegeven categorieën.

Er is een voorziening getroffen voor het geval er personen zijn, die niet zullen kunnen voldoen aan de premiebetaling. Dit vergt nadere organieke aanpak en vaststelling van procedures op uitvoeringsniveau en zulks zal bij staatsbesluit geschieden.

In lid 5 vormt de premiebetaling de grondslag voor de totstandkoming van de zorgverzekeringspolis, waardoor toegang tot de basiszorgvoorzieningen ontstaat. Iedere deelnemer is wettelijk verplicht de premie te betalen en in de zorgverzekeringspolis worden de voorwaarden opgenomen over onder andere hoe en waar de premie moet worden voldaan.

De regering heeft eerder al het besluit genomen om de basiszorg toe te kennen aan personen in de leeftijd van 0 tot en met 16 jaren en personen ouder dan 60 jaren. Voor de personen in deze leeftijdsgroepen neemt de Regering de premiebetaling voor zijn rekening. Ook voor degenen die de premie niet kunnen betalen, heeft de Regering een voorziening getroffen.

De Nationale Basiszorgverzekering dekt in beginsel een minimaal pakket aan zorgvoorzieningen. Het staat een deelnemer echter vrij om bij een zorgverzekeraar een ruimer pakket af te sluiten. De zorgverzekeraar zal in het algemeen daarvoor een hoger premiebedrag vragen. Dit voltrekt zich verder in de sfeer van het contractenrecht, waarbij partijen onderling afspraken kunnen maken over de omvang en inhoud van het ruimere pakket en een eventueel aangepaste premiebedrag. De hoogte van de premie is niet inkomen gerelateerd; het is geen percentage van de bezoldiging of het loon. Het is meer een vaste premie gebaseerd op het aanbod vanuit de zorgverzekeraar.

In lid 8 wordt de voorziening getroffen, waarbij de deelnemer na het uitblijven van premiebetaling nog drie maanden verzekerd blijft. Deze voorziening is getroffen om te voorkomen, dat bijvoorbeeld bij beëindiging van de dienstbetrekking geen premie meer wordt betaald en de deelnemer daardoor onverzekerd is. Zodra de deelnemer weer inkomen genereert, moet hij de totaal verschuldigde premie alsnog voldoen. Het is evenwel niet de bedoeling dat de deelnemer vooraf drie maanden premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd is.

Lid 10 stelt een vermogenstoets in voor degenen die aangeven niet in staat te zijn om de premie te betalen. De uitslag van deze toets vormt de grondslag voor een gedeeltelijke of gehele subsidie.

Artikel 8

De Nationale Basiszorgverzekering is een verplichting voor iedere ingezetene. Ingeval er sprake is van een dienstbetrekking, zijn daarbij direct twee actoren bij betrokken. De werkgever is verplicht om de werknemer te verzekeren. Daarnaast kan de werkgever met de werknemer afspraken maken over de premiebetaling en wie voor welk aandeel van de premie de kosten draagt. De wet geeft evenwel de minimale verdeling aan. De werkgever heeft de verplichting om het totale premiebedrag af te dragen aan de zorgverzekeraar. Hiermee ontstaat het recht op toegang tot de basiszorg voor de werknemer en eventueel zijn partner en de kinderen.

Artikel 9

De werknemer is verplicht om toe te zien op de naleving van de gemaakte afspraken met de werkgever. Ook kunnen ingeval de werknemer kostwinner is, met de werkgever afspraken worden gemaakt over de premie betaling van de partner van de werknemer en zijn kinderen. Van de werkgever wordt verwacht, dat hij meewerkt aan het maken van deze afspraken.

De werknemer moet er op toezien, dat de ingehouden premie ook daadwerkelijk wordt afgedragen. Hij krijgt van de werkgever daarom het bewijs van afdracht. Dit is van belang omdat het immers de werknemer is die het meest gedupeerd zal zijn, indien de premie wordt ingehouden, doch niet wordt afgedragen door de werkgever.

Artikel 10

In dit artikel zijn de verplichtingen van de zelfstandige vastgelegd. Verder is bepaald, dat diverse verplichtingen voor de werkgever en werknemer ook op hem van toepassing zijn.

Artikelen 11 en 12

In deze artikelen zijn de verplichtingen van de zorgverzekeraar en de dienstverlener geregeld. Om ervoor te zorgen dat iedere ingezetene ook toegang krijgt tot de basiszorg, is een zorgverzekeraar verplicht hem desgevraagd een basiszorgverzekering aan te bieden. Om willekeur te voorkomen, wordt in artikel 11 gesteld, dat zorginhoudelijke criteria de basis moeten zijn voor de beoordeling van de vraag van een deelnemer om een bepaalde vorm van zorgverlening.

De inspanningsverplichting van de zijde van de zorgverzekeraar is eveneens in dit artikel geregeld. De dienstverlener is verplicht om ook aan een onverzekerde ingezetene zorg te verlenen indien dit naar zijn oordeel dringend noodzakelijk is. Indien er geen noodzaak is tot directe dienstverlening, dan wordt wel van de dienstverlener verwacht dat hij de onverzekerde ingezetene aanspoort zich te voegen bij een zorgverzekeraar. Op de dienstverlener rust de verplichting om de gegevens van de onverzekerde ingezetene door te geven aan het Uitvoeringsorgaan.

Daarnaast is de dienstverlener verplicht mee te werken aan het verstrekken van inlichtingen over onder meer de deelnemer, die zich voor een dienst bij hem aanmeldt. Dit ten behoeve van een geautomatiseerd systeem van data-analyse. De gegevensverstrekking wordt begrensd door het medisch beroepsgeheim.

Leden 6 en 7 beogen de bescherming van de deelnemer. Voor de zorgverzekeraar gelden er regels met het doel de nodige garanties te bieden, zodat de verplichtingen aan de deelnemer kunnen worden voldaan. Deze regels zijn in diverse andere regelingen vastgelegd, waarbij er onder andere ook voorzien is in toezicht. Een zorgverzekeraar die niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, zal geen zorgverzekering mogen sluiten met een deelnemer.

Artikel 13

De handhavingsactiviteiten zijn erop gericht om te bevorderen, dat onder meer dienstverleners en zorgverzekeraars zich uit eigen wil en beweging aan de regels houden. De Zorgraad hanteert een risico gebaseerde en probleemgerichte aanpak voor de toezicht- en handhaving activiteiten. Door middel van analyses wordt bepaald welke 'problemen' het belangrijkste zijn, in welke sectoren die zich kunnen voordoen en aangepakt moeten worden.

Indien de Zorgraad constateert dat de regels overtreden worden, heeft zij de keuze uit verschillende wettelijke handhavingsinstrumenten. Ingevolge de art. 17 en 18 van de Wet Nationale Basiszorgverzekering kan de Zorgraad de onderstaande wettelijke handhavingsinstrumenten inzetten:

- het geven van een aanwijzing;
- het toepassen van bestuursdwang;
- het opleggen van een last onder dwangsom;
- het opleggen van een geldboete.

De wijze waarop de Zorgraad handhaaft, is afhankelijk van de specifieke omstandigheden en de achtergrond van de overtreding. Het in te zetten instrument moet in verhouding staan tot de overtreding en moet ook het meest effectief zijn. Dat kunnen ook een samenstel van instrumenten zijn. De Zorgraad kiest dat wat het meest effectief is, en naleving optimaal bewerkstelligt. Bij geschillen tussen consumenten, zorgverzekeraars en zorgverleners treedt de Zorgraad als instantie op waar bezwaar kan worden aangetekend. In gevallen waarbij de uitvoering van de wet voor een deelnemer onder meer leidt tot uitkomsten die niet in overeenstemming zijn met de strekking van de Wet Nationale Basiszorgverzekering, is de Zorgraad bevoegd een voorlopige voorziening te treffen voor onvoorziene gevallen of ongewenste effecten.

Artikel 14

Dit artikel regelt de samenstelling en werkwijze van de Zorgraad alsmede de wijze waarop de raad voorziet in invulling van eventuele vacatures. Ook zijn bepalingen opgenomen met betrekking tot de wijze waarop vergaderingen worden uitgeschreven en wie toegang hebben tot de vergaderingen.

Artikel 15

In dit artikel wordt de samenstelling en werkwijze van het Uitvoeringsorgaan geregeld evenals de wijze waarop de raad voorziet in invulling van eventuele vacatures. De taken en bevoegdheden zijn eveneens in dit artikel opgenomen.

Artikel 16

In dit artikel zijn bepalingen opgenomen ter zake de exploitatie van de Zorgraad en de wijze waarop rekening en verantwoording wordt afgelegd.

Artikelen 17 en 18

De verplichtingen voor de dienstverlener en deelnemer zijn van dien aard, dat het nodig is geoordeeld om verschillende sancties toe te passen. De bestuurlijke sancties zijn voornamelijk bedoeld als prikkel om het gewenste gedrag te bewerkstelligen en kunnen zonder rechterlijke tussenkomst worden opgelegd. Bestuursrechtelijke sancties hebben bovendien het voordeel, dat het bestuur de sanctie zelf kan executeren zonder rechterlijke tussenkomst. In principe is dit goedkoper en het proces verloopt vaak sneller. Voor de strafrechtelijke sancties, die meer een punitief karakter hebben, is wel rechterlijke tussenkomst vereist. De procedure via de rechter is doorgaans kostbaarder en duurt veel langer. Het bestuur wil met deze sancties een duidelijk afstraffend signaal geven vooral om herhaling te voorkomen.

Gelet op de gevolgen voor met name de werknemer bij het niet naleven van de voor de werkgever gestelde verplichtingen wordt het de werkgever zwaarder aangerekend, indien hij een norm ter zake overtreedt. Hoewel in deze wet niet direct sancties zijn opgenomen voor de bestuurders van een in te stellen Uitvoeringsorgaan of de Zorgraad, biedt het regiem van de Wet Economische Delicten verschillende mogelijkheden om bestuurders bestraffend tegemoet te treden indien nodig.

Artikel 18 lid 1 duidt op verruiming van de kring van degenen die erop moeten toezien, dat een ingezetene verzekerd is ingeval die ingezetene een dienst tegen betaling verricht. De dienst mag echter niet worden verricht door een ingezetene die onverzekerd is. Er is voorzien in de omstandigheid, dat er bij het verrichten van een dienst een tussenpersoon, bijvoorbeeld een contractor, in beeld kan zijn. Op die tussenpersoon of contractor rust ook de verplichting om erop toe te zien, dat de ingezetene verzekerd is. De woorden 'al dan niet' hebben daarop betrekking.

Artikel 19

De invoering van het sociaal zekerheidsstelsel is qua uitvoering en te regelen onderwerpen complex en omvangrijk. Het is daarom mogelijk, dat niet voor alle gevallen nu al een voorziening is getroffen in deze wet of enige uitvoeringsregeling.

Dit artikel biedt de mogelijkheid om een voorlopige oplossing te creëren voor gerezen onvoorziene gevallen of ongewenste effecten, evenwel binnen het kader van deze wet. De eis is wel dat daarvan verslag wordt gedaan aan de Onderraad, die de nodige voorzieningen zal moeten treffen.

Artikel 20

Dit artikel voorziet in enige vorm van rechtsbescherming van belanghebbenden. Er is gekozen voor het toetsen - door een in te dienen bezwaarschrift - van een voor een deelnemer niet welgevallig besluit. De toetsing vindt plaats door de Zorgraad. Dit artikel laat evenwel onverlet de mogelijkheid van toegang tot de onafhankelijke rechter, indien een belanghebbende zich niet kan verenigen met het besluit van de Zorgraad.

Artikel 21

De Regering heeft met de invoering van deze wet reeds voorzieningen getroffen voor de wijze waarop onder andere de tarieven zullen worden vastgesteld. Derhalve wordt de Wet Tarieven Gezondheidszorg bij de inwerkingtreding van deze wet ingetrokken.

Paramaribo, 9 september 2014,

DESIRÉ D. BOUTERSE

Bijlage I behorende bij de WET van 9 september 2014, houdende regels over de invoering van een basiszorgverzekering (Wet Nationale Basiszorgverzekering)

DIENSTEN VERZEKERDE BASISZORGVOORZIENINGEN

Diensten huisarts en medische specialist

1. De diensten van de huisarts bestaan uit:
preventieve zorg, medische behandeling en begeleiding inclusief de toepassing van verrichtingen conform de overeengekomen huisartsen verrichtingenlijst van de zorgverzekeraar. De huisarts is verplicht poli te houden van maandag tot en met vrijdag voor minimaal 4 uren tussen 07.00 – 12.00 uur in de ochtend en minimaal 3 uren tussen 16.00 – 21.00 uur in de avond. De huisartsen moeten een wachtdienstregeling hebben voor alle ingezetenen op zaterdag en zondag voor minimaal 2 uren tussen 08.00 – 12.00 uur in de ochtend en minimaal 2 uren tussen 16.00 – 20.00 uur in de avond. Tijdens de wachtdienstregeling moeten de dienstdoende artsen beschikbaar en bereikbaar zijn.
2. Consultaties bij zorgverleners voor preventieve zorg en onderzoek alsook medicatie.
3. De specialismen die vallen onder de verzekerde basiszorgvoorzieningen zijn:
 - Algemene Chirurgie
 - Interne Geneeskunde
 - Kindergeneeskunde
 - Gynaecologie /Verloskunde
 - Anesthesiologie
 - Cardiologie
 - Dermatologie
 - Kaakchirurgie
 - KNO-heelkunde
 - Longgeneeskunde
 - Neurologie
 - Neurochirurgie
 - Oogheelkunde

- Orthopedie
 - Plastische chirurgie (op medische indicatie)
 - Psychiatrie
 - Revalidatiegeneeskunde
 - Urologie
 - Parasitologie
 - Radiologie
4. De behandeling door de medische specialist, in beginsel na verwijzing door een huisarts, geschiedt onder de volgende maximale vergoedingen en voorwaarden:
- a. neurochirurgie: maximaal SRD. 5.000,- (vijfduizend Surinaamse Dollar) per deelnemer per verzekeringsjaar;
 - b. oogchirurgie: maximaal SRD 5.000,- (vijfduizend Surinaamse Dollar) per deelnemer per verzekeringsjaar;
 - c. hypospadie: maximaal SRD 5.000,- (vijfduizend Surinaamse Dollar) per deelnemer per verzekeringsjaar;
 - d. dermatologie waaronder huidtherapie tot maximaal 6 (zes) behandelingen per deelnemer per verzekeringsjaar;
 - e. plastische chirurgie tot maximaal SRD. 5.000,- (vijfduizend Surinaamse Dollar) per verzekeringsjaar, na toestemming van de zorgverzekeraar en uitsluitend in geval van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, en bij congenitale afwijking;
 - f. kosten van medisch specialistische behandelingen door buitenlandse missies ná toestemming vooraf van de zorgverzekeraar.

Genees- en verbandmiddelen

1. De geneesmiddelen en medische verbruiksartikelen betreffen:
 - a. geneesmiddelen volgens het Formularium Geneesmiddelen van de zorgverzekeraar, welke minimaal de geneesmiddelen bevat die voorkomen in de Nationale Geneesmiddelen Klapper (N.G.K);
 - b. verbandmiddelen die voorkomen in de Medische Verbruiksartikelenklapper (M.V.K.);
 - c. AP-stomazakjes en plakkers.
2. De eigen bijdrage van de deelnemer bedraagt SRD 1,- (één Surinaamse Dollar) per geneesmiddel.

3. Vergoeding van chemotherapie geschiedt conform het Formularium Geneesmiddelen van de zorgverzekeraar tot maximaal SRD. 6.000,- (zesduizend Surinaamse Dollar) per verzekerde per verzekeringsjaar.
4. De geneesmiddelen worden op recept verstrekt via een apotheek.

Laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek, scan

1. Het aanvullend medisch onderzoek, houdt onder andere het volgende in:
 - a. Laboratoriumonderzoek;
 - b. radiologisch onderzoek;
 - c. C.T.-Scan of MRI Scan, 1x per verzekeringsjaar. Vervolgens een eigen bijdrage van 50% (vijftig procent) van het bedrag bij de tweede en derde scan.
 - d. hartkatheterisatie, 1x per verzekeringsjaar;
 - e. immunohistochemische testen, 1x per verzekeringsjaar.
2. Het aanvullend medisch onderzoek wordt aangevraagd door de huisarts of de medische specialist.

Specialistische cardiologie

1. Interventie cardiotherapie en cardio- of vaatchirurgie wordt vergoed tot maximaal SRD. 20.000,- (twintigduizend Surinaamse Dollar) per verzekeringsjaar.
2. De eigen bijdrage van de deelnemer voor een pacemaker bedraagt 50% in de kosten, 1x per verzekeringsjaar.

Ambulancevervoer

Vergoeding van 50% van de kosten tot een maximum van SRD 250,- (tweehonderdvijftig Surinaamse Dollar) van ambulancevervoer over land van en/of naar een gezondheidsinrichting op instigatie van de huisarts of behandelende specialist, indien daarop aansluitend sprake is van opname respectievelijk ontslag uit het ziekenhuis.

Opname en verpleging ziekeninrichting of verpleeghuis

1. Opname, klinische behandeling en verpleging in de 3^e klasse van een ziekenhuis tot maximaal 120 (honderdtwintig) ligdagen voor 2 verzekeringsjaren, waaronder:
 - a. opnamen ten behoeve van neonatale zorg;
 - b. intensive care.
2. Bloedproducten maximaal 10 (tien) kolven per opname.
3. Opname in het Psychiatrisch Centrum Suriname (PCS) tot een maximum van 6 (zes) weken per verzekeringsjaar, al dan niet aaneengesloten.
4. Thuiszorg bij een gehospitaliseerde deelnemer tot een maximum van 3 maanden per verzekeringsjaar.
5. Opname in het longpaviljoen tot maximaal 90 (negentig) ligdagen per verzekeringsjaar.
6. Medische behandeling op de afdeling 'Spoedeisende Hulp' alsook urgente medische behandeling door de dienstdoende weekend wachtdokter.

Para medische specialist

1. Vergoeding van consultatie van de psycholoog voor een maximum van 5 (vijf) behandelingen per verzekeringsjaar.
2. Vergoeding van consultatie van de orthopedagoog voor een maximum van 5 (vijf) behandelingen per verzekeringsjaar.
3. Behandeling door een ergotherapeut voor een maximum van 5 (vijf) behandelingen per verzekeringsjaar.
4. Behandeling door een fysiotherapeut voor een maximum van 10 (tien) behandelingen per verzekeringsjaar.
5. Behandeling door de logopedist voor een maximum van 10 (tien) behandelingen per verzekeringsjaar.
6. Consultatie van de diëtist voor een maximum van 10 (tien) behandelingen per verzekeringsjaar.

Optische zorg

1. Oogmetingen door de optometrist of opticien.
2. Vergoeding van de kosten van optische zorg tot maximaal SRD 300,- (driehonderd Surinaamse Dollar) per verzekerde per 24 (vierentwintig) maanden op voorschrift van de oogarts, opticien of optometrist.

Nierdialyse

1. Vergoeding van nierdialyse bedraagt maximaal SRD 62.500,- (tweeënzestigduizendvijfhonderd Surinaamse Dollar) per verzekeringsjaar inclusief medicamenten.
2. Vergoeding voor de aanschaf van een subclavia- of een femoraliscatheter in verband met nierdialyse tot een maximum van 50% van deze kosten.

Orthopedische kunst – en hulpmiddelen

1. Vergoeding van orthopedische kunst – en hulpmiddelen geschiedt onder de volgende voorwaarden:
 - a. vergoeding tot maximaal 75% van de aanschafkosten voor knie- en heupprothesen op voordracht van de orthopedisch chirurg en slechts na goedkeuring door de zorgverzekeraar en onder de voorwaarde dat de operatie in Suriname wordt verricht;
 - b. het inhuren van orthopedische hulpmiddelen, te weten gipsverband, spalken, orthopedische krukken en orthopedische kraag, uitsluitend op voorschrift van een orthopedisch chirurg of revalidatie arts;
 - c. vergoeding tot maximaal 50% in de kosten van hip loc, platen en schroeven.

Zwangerschap en bevalling

1. Vergoeding van kosten in verband met zwangerschap en bevalling namelijk:
 - a. prenatale controle en bevalling door de huisarts, verloskundige of de gynaecoloog inclusief de twaalf en twintig-wekenecho;
 - b. (poli)klinische bevalling in het ziekenhuis, thuis of in een kraamzorginstelling door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts of erkende vroedvrouw;
 - c. klinische bevalling door de gynaecoloog inclusief verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling conform het Partus Pakket van het ziekenhuis.
 - d. Vergoeding van consultaties aan een consultatiebureau.