

Initiatiefvoorstel krachtens artikel 78 van de Grondwet van de Republiek Suriname (S.B. 1987 no. 116, zoals gewijzigd bij S.B. 1992 no. 38), ingediend door J. Simons, A. Abdoel, D. Sumter, J. Wielzen en R. Ilahibaks allen leden van De Nationale Assemblée, houdende regels inzake de organisatie en het financieringsstelsel van de individuele gezondheidszorg (Wet Financiering Individuele Gezondheidszorg)

Paramaribo, 12 maart 2020

De initiatiefnemers:



J. Simons



A. Abdoel



D. Sumter



J. Wielzen



R. Ilahibaks

Aan: De Nationale Assemblée

DE NATIONALE ASSEMBLEE	
Ingek. 12 Maart	2020
Agenda no.	524/20
Verwezen	
Naar	

**WET van.....,
houdende regels inzake de organisatie en
het financieringsstelsel van de individuele gezondheidszorg
(Wet Financiering Individuele
Gezondheidszorg)**

-----,
ONTWERP

DE PRESIDENT VAN DE REPUBLIEK SURINAME,

In overweging genomen hebbende, dat, - mede gelet op artikel 36 van de Grondwet van de Republiek Suriname en de Raamwet Volksgezondheid (S.B. no. ...) en ter herziening van het financieringsstelsel van de individuele gezondheidszorg, het nodig is (nadere) regels ter zake vast te stellen;

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

Hoofdstuk I

Algemene bepalingen

Artikel 1

Definities

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

- a. Minister: de Minister belast met de zorg voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg;
- b. gezondheidszorg: de instandhouding en verbetering van de gezondheid van de mens via de preventie, diagnose en behandeling van ziekte, gebreken, letsels en andere lichamelijke en geestelijke beperkingen;
- c. Individuele gezondheidszorg: Individuele gezondheidszorg: de gezondheidszorg die gericht is op het individu en die verstrekt wordt te allen tijde, overal, zowel binnen als buiten de institutionele instellingen van zorg;
- d. basisgezondheidszorg: gezondheidszorg die in principe vrij toegankelijk, kosteloos en goed bereikbaar is, met als aandachtspunt de preventieve taken, zoals de opsporing en de bestrijding van (besmettelijke) ziekten. De basisgezondheidszorg heeft de volgende kenmerken: populatiegericht (gericht op de hele bevolking of groepen daaruit) en permanent;
- e. Raad voor de Financiering Gezondheidszorg: de Raad voor de Financiering Gezondheidszorg zoals geregeld in de Raamwet Volksgezondheid, verder aangeduid als de Raad;

- f. ingezetene: degene die zijn woonplaats in Suriname heeft als bedoeld in artikel 20 van de Wet op de Nationaliteit en het Ingezetenschap;
- g. patiënt: een zorggerechtigde aan wie medische, paramedische en/of verpleegkundige zorg wordt verleend.
- h. bijdrage: de verplichte bijdrage bestemd voor de financiering van de aanspraken op de zorgvoorzieningen ingevolge deze wet;
- i. bijdrageplichtige: iedere ingezetene, al dan niet in het bezit van de Surinaamse nationaliteit, die individueel verplicht is tot het doen van de bijdrage ter financiering van de individuele gezondheidszorg ingevolge artikel 6 lid 1.
- j. zorginstelling: een organisatorisch verband dat strekt tot verlening van gezondheidszorg en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel en Fabrieken (KKF), met inbegrip van de natuurlijke persoon of de rechtspersoon die verantwoordelijk is voor het beheer van de zorginstelling;
- k. zorgverlener: iedere natuurlijke persoon of al dan niet rechtspersoonlijkheid bezittende medische dienst of organisatie die beroeps- of bedrijfsmatig diensten verleent op het gebied van de gezondheidszorg aan natuurlijke- of rechtspersonen;
- l. gezondheidswerker: iedere natuurlijke persoon die beroepsmatig, al dan niet als zelfstandige, conform de eisen ingevolge deze wet diensten verleent op het gebied van de gezondheidszorg aan zorggerechtigden en patiënten;
- m. Autoriteit Gezondheidszorg: de Autoriteit Gezondheidszorg zoals geregeld in de Raamwet Volksgezondheid;
- n. Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage: het Bureau belast met de heffing en inruig van de verplichte bijdrage;
- o. Bureau Basiszorg: het Bureau Basiszorg van het Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting, dat onder meer tot taak heeft het doen van inkomensonderzoek en betaling van bij Staatsbesluit aan te duiden kosten en voorzieningen ten behoeve (groepen van) personen wat betreft medische kosten en de verplichte bijdrage;
- p. voorzieningenpakket: het pakket aan zorg en diensten, middelen, hulpmiddelen en overige tegemoetkomingen als genoemd of bedoeld in de Raamwet Volksgezondheid;
- q. geregistreerd geneesmiddel: geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in de Raamwet Volksgezondheid;
- r. medisch hulpmiddel: medisch hulpmiddel als bedoeld in de Raamwet Volksgezondheid;
- s. spoedeisende hulp: het verlenen van dringende en ongeplande medische of verpleegkundige zorg aan patiënten met acute aandoeningen of verwondingen door een huisarts of een gespecialiseerde afdeling van een ziekenhuis, alsmede ambulancezorg;
- t. werkgever en werknemer: de werkgever en werknemer als bedoeld in artikel 1613a van het Burgerlijk Wetboek;
- u. Stichting Staatsziekenfonds: de Stichting Staatsziekenfonds zoals ingesteld bij Decreet van 19 november 1980 (S.B. 1980 no. 120);

v. zelfstandige: iedere natuurlijke- of rechtspersoon die een bedrijf of beroep uitoefent als bedoeld in artikel 1 aanhef onder k. van de Wet Bedrijven en Beroepen.

2. Voor de toepassing van deze wet wordt onder zelfstandige tevens verstaan: de natuurlijke persoon die op enige wijze zelfstandig voorziet in zijn middelen van bestaan, niet zijnde werkgever, werknemer of zelfstandige als bedoeld in de Wet Bedrijven en Beroepen.

Hoofdstuk II. Recht op individuele gezondheidszorg en plicht tot zorgverlening

Artikel 2

1. Iedere bijdrageplichtige heeft recht op de verlening van gezondheidszorg die in het algemeen bestaat uit de primaire, secundaire en tertiaire individuele basisgezondheidszorg, zoals nader omschreven bij of krachtens de Raamwet Volksgezondheid.

2. De Stichting Staatsziekenfonds, hierna aangeduid als het SZF, heeft jegens de bijdrageplichtige een zodanige zorgplicht dat de bijdrageplichtige bij wie de vraag naar een vorm van individuele gezondheidszorg zich voordoet, op grond van deze wet recht heeft op zorgverlening bestaande uit:

- a. de in het voorzieningenpakket opgenomen vormen van primaire, secundaire en tertiaire gezondheidszorg en/of de overige diensten, waarop hij aanspraak kan maken op grond van de bevindingen van de zorginstelling of de zorgverlener;
- b. vergoeding van de kosten van deze in het voorzieningenpakket opgenomen gezondheidszorg of overige diensten.

3. De inhoud en omvang van het voorzieningenpakket als bedoeld in de lid 1 worden voorbereid conform de in de Raamwet Volksgezondheid omschreven procedure, waarna het voorzieningenpakket ingevolge de Raamwet Volksgezondheid wordt vastgesteld bij staatsbesluit. Tot het tijdstip waarop het voorzieningenpakket is vastgesteld, geldt vanaf de datum van de inwerkingtreding deze wet het *voorzieningenpakket "Voorzieningen Basiszorg"* dat voor de eerste maal is opgenomen in de **Bijlage 1** bij deze wet en onderdeel daarvan uitmaakt.

Individuele gezondheidszorg

Artikel 3

1. De individuele gezondheidszorg wordt geboden binnen de verschillende niveaus van gezondheidszorg; de primaire, secundaire en tertiaire gezondheidszorg, zoveel als mogelijk in de vorm van behandelpakketten, en omvat tenminste :

a. acute zorg, ter beoordeling van de dienstverlener, inhoudende:

basisgezondheidszorg in situaties waarin de verlening van medische zorg niet kan worden onthouden of uitgesteld zonder het leven van betrokkene in gevaar te brengen of diens gezondheidstoestand of validiteit ernstig en blijvend in gevaar te brengen

b. moeder- en kindzorg, inhoudende de zorg voor zwangeren, moeders van zuigelingen, het ongeboren kind en kinderen van 0 tot 5 jaar.

c. door de Minister bij beschikking aangewezen andere vormen van zorg, onder meer in het kader van de volksziekten

Dit voorzieningenpakket basisgezondheidszorg is nader uitgewerkt in het in **Bijlage I** opgenomen *voorzieningenpakket "Voorzieningen Basiszorg"* en omvat ten minste:

- Onderzoek, diagnostiek en laboratoriumonderzoek;
- Behandeling;
- verblijf/opname (indien medisch noodzakelijk);
- verpleging en verzorging, waaronder kraamzorg;
- paramedische zorg als onderdeel van de behandeling en het verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum;
- basistandzorg;
- verblijf in een zorginstelling in verband met geneeskundige zorg;
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen;
- ambulancevervoer in verband met het bovengenoemde zorgvormen.

d. Voor het verlenen van de onder a tot en met c genoemde zorg heeft de bijdragestatus van de patiënt door de zorginstelling of de zorgverlener niet vooraf te worden gecontroleerd. Alvorens aan dezelfde patiënt aansluitend andere zorgvormen kunnen worden verleend, dient vooraf te worden gecontroleerd of aan de bijdrageplicht is voldaan, volgens de bij of krachtens deze wet vastgestelde procedure.

e. Voor zorgverlening aan patiënten die (nog) niet hebben voldaan aan de bijdrageplicht geldt de in **Bijlage III** bij deze wet opgenomen instructie van de Stichting Staatsziekenfonds "*Zorg aan patiënten zonder zorgverzekering*" welke deel uitmaakt van deze wet.

2. Boven de basiszorgvoorzieningen als bedoeld in deze wet, is de ingezetene gerechtigd om bij een verzekeraar een aanvullende zorgverzekering af te sluiten.

Tevoren gesloten aanvullende zorgverzekeringen behouden hun geldigheid conform de verzekeringsovereenkomst. De bijdrageplicht gaat in dat geval in op de expiratiedatum van de verzekeringsovereenkomst.

3. Iedere zorginstelling, zorgverlener en gezondheidswerker is verplicht tot het bieden en verlenen van individuele gezondheidszorg als bedoeld in lid 1 onder a tot en met c..

4. De ingezetene heeft slechts recht op enige vorm van gezondheidszorg als bedoeld in deze wet, voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

5. Het recht op individuele gezondheidszorg en de daaruit voortvloeiende verplichtingen zijn van rechtswege opgeschort gedurende de periode waarover de Minister van Justitie en Politie ter uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan een ingezetene die gedetineerde is, alsmede gedurende de periode dat een ingezetene blijkens een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of de Minister van Justitie en Politie buiten Suriname in detentie is genomen.

6. Voor de toepassing van dit artikel wordt aan "ingezetene" gelijkgesteld: de vreemdeling in de zin van de Vreemdelingenwet 1991 aan wie verblijf in Suriname is verleend als vluchteling of asielzoeker, behoudens het bepaalde in lid 9.

7. De leden 1 tot en met 6 van dit artikel vinden geen toepassing in het geval dat zich grotere groepen van vluchtelingen, asielzoekers en migranten op Surinaams grondgebied hebben begeven, aan wie al dan niet vergunning voor verblijf is verleend. Bedoelde vluchtelingen en asielzoekers genieten onverminderd de bescherming op grond van het VN Verdrag betreffende de status van vluchtelingen (1951) met bijbehorend Protocol (1967), maar *maken geen aanspraak op vergoeding van zorgkosten* als bedoeld in deze wet.

In dat geval coördineert de Minister de vormen en financiering van medische zorg voor groepen vluchtelingen, asielzoekers en migranten, in coördinatie met het BOG (preventie, vaccinaties, controle hygiëne e.d.), het Ministerie van Justitie en Politie, het Ministerie van Buitenlandse Zaken, het orgaan verantwoordelijk voor de opvangstructuur, het VN-vluchtelingenagentschap UNHCR, de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM), op dit terrein werkzame internationale ngo's, het Surinaamse Rode Kruis, indien van toepassing andere landen en/of de internationale gemeenschap.

Zorgniveau's

Artikel 4

1. De in artikel 3 lid 1 genoemde niveaus van individuele gezondheidszorg omvatten de volgende onderdelen van gezondheidszorg:

A. De primaire gezondheidszorg is voor elke ingezetene toegankelijk en omvat de zorg met betrekking tot:

I. de preventie van gezondheidsproblemen en ziektes, onder meer:

- a. educatie over veelvoorkomende gezondheidsproblemen en -klachten en over methoden om deze te voorkomen en te controleren, alsmede gezonde voeding en voedingsgewoonten;
- b. voldoende veilig drinkwater en basis sanitaire voorzieningen;
- c. basistandzorg;
- d. persoonlijke preventie en controle van lokale, endemische ziekten;
- e. vaccinatie tegen de belangrijkste door de Minister bij beschikking aan te duiden volksziekten;

II. onderzoek en behandeling van ziekten en gezondheidsproblemen, waaronder;

- a. moeder- en kindzorg, inclusief family planning;
- b. medisch geïndiceerde gedrags- en leefstijlaanpassing met de bijbehorende behandelpakketten;
- c. het voorzien in essentiële geneesmiddelen, zoals opgenomen in de Nationale Geneesmiddelen Klapper (NGK);

III. geestelijke gezondheidszorg: door gedrags- en medisch deskundigen te bieden specialistische zorg;

IV. spoedeisende hulp bij aangewezen instellingen voor Spoedeisende Eerste Hulp, instellingen voor acute medische zorg, dan wel primaire zorgklinieken.

B. De secundaire basisgezondheidszorg betreft de meer gespecialiseerde klinische-en poliklinische zorg verstrekt binnen zorginstellingen zoals de (districts)ziekenhuizen, en omvat onder meer:

- a. interne geneeskunde
- b. algemene chirurgie;
- c. kindergeneeskunde;
- d. obstetrie en gynaecologie (o.a. zorg voor vrouwen met complicaties bij zwangerschap of bevalling);
- e. tandheelkunde en kaakchirurgie;
- f. radiologie;
- g. basisanesthesie;
- h. secundaire geestelijke gezondheidszorg: door gedrags- en medisch deskundigen te bieden specialistische zorg, met een daarmee gepaard gaande verblijf in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

C. De tertiaire gezondheidszorg; de lijst “*Voorzieningen Speciale Zorg*” zoals opgenomen in de **Bijlage II** bij deze wet, die daarvan onderdeel uitmaakt. Dit betreft de *Topklinische zorg*:

Zorg waarvoor geavanceerde apparatuur, bijzondere voorzieningen of specifieke deskundigheid nodig zijn of die erg duur of langdurig is. Aanvragen voor deze zorg worden door de Geneeskundige Commissie beoordeeld, uitgezonderd behandelingen waarvoor bij ministeriële beschikking die zorg is toegestaan op basis van de door de betreffende specialist gestelde diagnose. Dit omvat:

- a. cardiochirurgie, neurochirurgie en bijzondere oogheekkundige operaties;
- b. overige kostbare, hoog specialistische of zeer langdurige zorg, anders dan de secundaire basisgezondheidszorg;
- c. goedgekeurde medische behandelingen buiten Suriname. De Minister stelt richtlijnen vast voor de medische behandelingen buiten Suriname..

5. De inhoud en omvang van de in dit artikel genoemde vormen van individuele gezondheidszorg worden regelmatig getoetst volgens de in de Raamwet Volksgezondheid vastgelegde procedure, mede gelet op hetgeen in het betrokken vakgebied, op basis van recent medisch wetenschappelijk onderzoek en -inzichten, algemeen wordt erkend als verantwoorde en adequate zorg en dienstverlening.

Vergoedingen en tarifiering

Artikel 5

1. Ten aanzien van de zorgverlening als bedoeld in artikel 3 lid 1 is geen eigen financiële bijdrage vereist. Voor de andere zorgvormen en daarmee verband houdende specifieke diensten, genees- en hulpmiddelen, kan door het SZF boven een bepaalde drempel een bijbetaling (eigen bijdrage) verplicht worden gesteld, gehoord de Geneeskundige Commissie en de Raad voor de Financiering Gezondheidszorg, hierna aangeduid als de Raad.

2. De vergoedingen en tarifiering in verband met de zorgverlening geschieden uitsluitend op grond van overeenkomsten tussen het SZF, de zorginstellingen en zorgverleners en op basis van behandel- en preventie pakketten. Hierbij geldt:

a. Voor vergoeding van zorgverlening vallend onder de primaire basisgezondheidszorg worden door het SZF overeenkomsten gesloten met de artsen. In deze overeenkomsten zijn o.a. opgenomen het overeengekomen roulatiesysteem voor de artsen en de uitgangspunten van de wachtdienstenregeling.

b. Voor vergoeding van diensten vallend onder de secundaire basisgezondheidszorg worden door het SZF overeenkomsten gesloten met de zorginstellingen.

c. Voor vergoeding van behandelingen in de tertiaire gezondheidszorg kan het SZF van de zorginstelling vereisen dat daarover vooraf vakgroep overleg plaatsvindt en wordt per behandeling over de vergoeding beslist, gehoord de Raad.

d. artsen werkzaam in zorginstellingen, medisch specialisten en huisartsen zijn verplicht tot het vaststellen en hanteren van de protocollen voor de toepassing van behandelpakketten.

3. Het SZF hanteert bij de in lid 2 bedoelde overeenkomsten een uniform tarieven- en vergoedingensysteem. Vormen van gezondheidszorg die door of voor de ingezetene worden of kunnen worden bekostigd op grond van een overeenkomst met een buitenlandse verzekeraar en/of een in een ander land geldende wettelijke voorziening ter dekking van deze kosten worden niet vergoed.

4. Bij staatsbesluit kunnen nadere voorschriften worden vastgesteld ter uitvoering van het in dit artikel bepaalde. Deze voorschriften mogen niet leiden tot kwaliteitsverlies van het voorzieningspakket.

Hoofdstuk III Financiering individuele gezondheidszorg, bijdrageplicht

Artikel 6

1. Iedere bijdrageplichtige is verplicht tot betaling van de bijdrage ter financiering van de individuele gezondheidszorg. Met betrekking tot het in dit lid bepaalde kunnen bij staatsbesluit nadere voorschriften vastgesteld.

2. De bijdrageplicht gaat in op de eerste dag van de maand waarin de leeftijd van eenentwintig jaar wordt bereikt. Voor een minderjarige die rechtsgeldig en met machtiging van zijn wettelijke vertegenwoordiger een arbeidsovereenkomst als bedoeld in artikel 1613a van het Surinaams Burgerlijk Wetboek is aangaan, gaat de bijdrageplicht in op de aanvangsdatum van de arbeidsovereenkomst.

3. Voor de grondslag van de heffing van de bijdrage als bedoeld in artikel 5 lid 1 wordt uitgegaan van het zuiver inkomen in de zin van de "Inkomstenbelasting 1922" en, ingeval loonbelasting verschuldigd is, het zuiver loon in de zin van de "Wet Loonbelasting", waarbij wordt toegepast een percentage gelegen tussen tenminste 8% en ten hoogste 10% van de in dit lid bedoelde heffingsgrondslag. Bij de vaststelling van het percentage wordt rekening gehouden met het advies van de Raad voor de Financiering Gezondheidszorg. Bij staatsbesluit kunnen minimum- en maximum bedragen van de in lid 1 bedoelde bijdrage worden vastgesteld.

4. Onverminderd het recht op gezondheidszorg als bedoeld in artikel 2 lid 1, kunnen bij staatsbesluit groepen en categorieën van personen worden aangewezen aan wie ontheffing van de verplichte bijdrage wordt verleend, gehoord de Raad. Voor hen wordt de bijdrage geheel of gedeeltelijk van overheidswege betaald, gedurende een bij staatsbesluit te bepalen tijdvak.

5. De verplichting als bedoeld in lid 1 is niet van toepassing op de ingezetenen zijnde diplomatieke en consulaire vertegenwoordigers in de zin van de Weense Conventie inzake diplomatiek verkeer en consulaire betrekkingen.

Heffing en invordering van de bijdrage

Artikel 7

1. De in artikel 6 lid 1 bedoelde bijdrage wordt geheven en, in door het SZF te bepalen gevallen van in gebreke zijn, ingevorderd door het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage.

2. De heffing van de door de ingezetene verschuldigde bijdrage geschiedt bij wege van afdracht op aangifte, van aanslag en door inhouding op het loon.

3. Ingeval van een dienstbetrekking krachtens arbeidsovereenkomst is de verdeling van de heffing als volgt:

a. een werknemersaandeel van vijftig honderdste (50/100) van het van toepassing zijnde totale heffingsbedrag, inclusief de aanvullende bijdrage als bedoeld in artikel 4 lid 3 onder e; en

b. een werkgeversaandeel van vijftig honderdste (50/100) van het van toepassing zijnde totale heffingsbedrag. In onderling overleg kan de verdeling van de heffing als bedoeld onder a. en b. worden gewijzigd, onder de voorwaarde dat het werknemersaandeel daarbij niet hoger mag zijn dan het werkgeversaandeel;

4. Ten aanzien van zelfstandigen is het bepaalde in de leden 1 en 6 van overeenkomstige toepassing.

5. De ingezetene die niet in staat is om het heffingsbedrag te betalen, is verplicht zich zo spoedig mogelijk te melden bij het SZF ter registratie en doorverwijzing naar het Bureau Basiszorg voor de vermogenstoets, waarna wordt bepaald of betrokkene al dan niet in aanmerking komt voor gehele of gedeeltelijke ontheffing van het heffingsbedrag. Uiterlijk binnen 2 maanden na de datum waarop de betrokkene zich heeft gemeld bij het Bureau Basiszorg, beslist het Bureau over het verlenen van ontheffing. Indien het Bureau Basiszorg niet beslist binnen deze termijn wordt de goedkeuring inzake de ontheffing geacht te zijn verleend.

Indien het betreft een vreemdeling aan wie verblijf in Suriname is verleend als vluchteling of asielzoeker, dragen het Bureau Basiszorg van het Ministerie van Justitie en Politie (Onderdirectoraat Vreemdelingenzaken) zorg voor gegevens uitwisseling. Met betrekking tot het bepaalde in dit lid stelt de minister van Sociale Zaken en Volkshuisvesting bij beschikking nadere voorschriften en voorwaarden vast. De beschikking wordt bekendgemaakt in het Staatsblad van de Republiek Suriname

6. Ten aanzien van de heffing, de inhouding en de invordering van de verschuldigde bijdrage, alsmede de eventuele verrekening van de ingehouden bijdrage- bedragen met de te heffen bijdrage- bedragen, vinden de "Inkomstenbelasting 1922", de "Wet Loonbelasting" en de daarbij behorende uitvoeringsbepalingen zoveel mogelijk overeenkomstige toepassing.

Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage

Artikel 8

1. Er is een Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage. Het Bureau is gevestigd te Paramaribo en kan ook elders binnen Suriname kantoor houden. Het Bureau valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Financiën en is ondergebracht bij de Dienst der Belastingen.

2. Het SZF kan aan het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage instructies geven in het kader van de uitvoering van haar taken ingevolge deze wet.

3. Het Bureau is belast met:

a. de heffing, de inning en de invordering van de verschuldigde bijdrage als bedoeld in deze wet. Het Bureau draagt er zorg voor dat de ontvangen bedragen regelmatig worden overgemaakt naar het SZF conform artikel 16 lid 1;

b. pro-actieve controle van (groepen van) personen die de verplichte bijdrage niet kunnen betalen of voor wie van overheidswege wordt betaald. Het Bureau verwijst personen die de verplichte bijdrage niet kunnen betalen door naar het SZF en stelt het SZF daarvan in kennis

4. Ter uitvoering van het bepaalde in lid 3 worden bij staatsbesluit nadere regels gesteld.

5. De overheidsbijdrage als bedoeld in artikel 7 lid 5 komt ten laste van de begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting. De minister van Sociale Zaken en Volkshuisvesting stelt bij beschikking de procedure vast voor de betaling van de overheidsbijdragen aan het SZF.

6. De organisatiestructuur, beheer, inrichting en werkwijze, alsmede de rechtspositie en bezoldiging van het personeel van het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage, worden vastgesteld bij resolutie. De resolutie wordt bekendgemaakt in het Staatsblad van de Republiek Suriname.

Verplichtingen werkgever

Artikel 9

1. In het kader van de uitvoering van dit artikel stelt de Autoriteit Gezondheidszorg richtlijnen vast voor het door de werkgever registreren van diens werknemers en over de inhouding op het loon van het werkgevers- en werknemersaandeel van het heffingsbedrag. Deze richtlijnen worden bekendgemaakt in het Staatsblad van de Republiek Suriname.

2. De werkgever is verplicht om uitvoering te geven aan het bepaalde in artikel 7 lid 3 en zijn werknemer(s) volledig te informeren over de inhouding op het loon van het werknemersaandeel van het heffingsbedrag.
3. De werkgever is verplicht om het heffingsbedrag volgens de door het Bureau Heffing en Inning vastgestelde voorschriften over elk tijdvak van loonuitbetaling af te dragen aan de daartoe bevoegde functionarissen van het Bureau Heffing en Inning en aan de werknemer een bewijs van de inhouding en afdracht te verstrekken.
4. Bij beëindiging van de dienstbetrekking van een werknemer is de werkgever verplicht dit uiterlijk binnen een maand te melden bij het Bureau. In dat geval blijft de werkgever gehouden om het werknemersaandeel in het heffingsbedrag in te houden op het loon en het heffingsbedrag af te dragen, tot de datum waarop de dienstbetrekking is beëindigd overeenkomstig de toepasselijke wettelijke bepalingen en de door het Bureau ter zake vastgestelde voorschriften.
5. De werkgever is verplicht om aan de bevoegde functionarissen van het Bureau Heffing en Inning alle medewerking te verlenen die noodzakelijk is voor de uitvoering van het bij of krachtens deze wet bepaalde inzake de heffing en inning van de bijdrage. Het bepaalde in artikel 12 is van overeenkomstige toepassing,
6. Het is verboden een ingezetene, al dan niet door tussenkomst van een derde, tegen betaling arbeid aan te bieden, te laten verrichten of diensten te laten verlenen, indien deze niet in het bezit is van een door de Stichting Staatsziekenfonds afgegeven kaart en/of niet heeft voldaan aan zijn bijdrageplicht.

Verplichtingen werknemer

Artikel 10

1. De werknemer die van mening is dat de werkgever verzuimt het totaal verschuldigde heffingsbedrag af te dragen aan het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage, is verplicht dit onmiddellijk te melden bij het Bureau Heffing en Inning en bij het SZF. Van deze melding ontvangt de werknemer schriftelijk bewijs.
2. De werknemer is verplicht om binnen een maand na het optreden van wijzigingen in zijn persoons- en inkomensgegevens, dit door te geven aan de werkgever en de Stichting Staatsziekenfonds, met overlegging van schriftelijk bewijs, zoals een bewijs afgegeven door het Centraal Bureau voor Burgerzaken.

Verplichtingen zelfstandige

Artikel 11

1. Iedere zelfstandige is verplicht het verschuldigde heffingsbedrag te betalen en het heffingsbedrag tijdig af te dragen aan de daartoe bevoegde functionarissen van het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage.
2. Iedere zelfstandige is verplicht om binnen een maand nadat hij is opgehouden zelfstandige te zijn dit schriftelijk te melden bij het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage en het SZF, onder vermelding van de ingangsdatum.

3. Ten aanzien van de verplichtingen van de zelfstandige is het bepaalde in artikel 7 lid 5 en artikel 9 lid 3 van overeenkomstige toepassing. Voor zover van toepassing gelden alle verplichtingen van de werkgever en de werknemer ook voor de zelfstandige.

Vereisten zorginstellingen en zorgverleners

Artikel 12

Het in de Raamwet Volksgezondheid bepaalde ten aanzien van de vereisten voor zorginstellingen en zorgverleners, is van overeenkomstige toepassing op de bepalingen van deze wet.

Stichting

Staatsziekenfonds, algemeen

Artikel 13

1. De Stichting Staatsziekenfonds (SZF) is de centrale instantie belast met de uitvoering van het financieringsstelsel van de individuele gezondheidszorg en de vergoeding van kosten van medische behandelingen als bedoeld in deze wet.
2. Het SZF voert regelmatig overleg met de Raad voor de Financiering Gezondheidszorg over alle vormen van de individuele gezondheidszorg, de samenstelling van het voorzieningspakket en de behandelpakketten en de ontwikkelingen in de financiering van de individuele gezondheidszorg.
3. Het SZF is aanbieder van de financiële- en overige dienstverlening op grond van deze wet en de contracten gesloten met zorginstellingen en zorgverleners.

In dit kader draagt het SZF zorg voor:

- a. toegankelijke datasystemen en de informatie-uitwisseling met het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage, het Bureau Basiszorg en het Centraal Bureau Burgerzaken (CBB), met inachtneming van de wettelijke bepalingen inzake de bescherming van de privacy;
 - b. de registratie van alle bijdrageplichtige ingezetenen;
 - c. signalering van betalingsachterstanden van bijdrageplichtigen en informatie-uitwisseling daaromtrent als bedoeld onder a.
4. Jegens de bijdrageplichtige heeft de Stichting Staatsziekenfonds een zodanige inspanningsverplichting, dat deze gebruik kan maken van tenminste:
- a. de basiszorgvoorzieningen en de faciliteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg als bedoeld in artikel 3a leden 1 en 2;
 - b. zorg verleend door gekwalificeerde zorginstellingen waaronder de ziekenhuizen en de in hun dienst zijnde medisch specialisten, huisartsen en overige zorgverleners, waarmee de Stichting Staatsziekenfonds een overeenkomst is aangegaan;
 - c. zorg met een landelijke dekkinggraad;

d. zorg die voldoet aan de bij of krachtens deze wet gestelde kwaliteitsnormen en –eisen en geldende medisch- ethische normen.

5. Het SZF draagt zorg voor de publieke voorlichting over haar taken, bevoegdheden en werkwijze ingevolge deze wet en de dienstverlening aan de burgers.

6. Het SZF is tevens belast met de vergoeding van kosten van medische behandelingen van verzekerden als gevolg van een ongeval in het kader van de Surinaamse Ongevallen Regeling (S.O.R.) en de Wet Aansprakelijkheidsverzekering Motorrijtuigen (WAM). Met betrekking tot het in dit lid bepaalde kunnen bij Staatsbesluit nadere voorschriften worden vastgesteld.

7. Ter uitvoering van haar taken en bevoegdheden ingevolge deze wet kan het SZF richtlijnen en voorschriften vaststellen, met verzending van een afschrift daarvan aan de Minister, de Autoriteit en de Raad en bekendmaking op de website van het SZF, voor zover de informatie bestemd is voor de bijdrageplichtigen.

Procedure verzuim bijdrageplicht

Artikel 14

1. De bijdrageplichtige die niet in staat is de bijdrage zelf te betalen dient zich zo spoedig mogelijk te melden bij het SZF ter registratie. Indien de bijdrageplichtige hieraan geen gevolg geeft kan het SZF besluiten dat aan betrokkene geen huisarts wordt toegewezen. Het bepaalde in lid 4 is van overeenkomstige toepassing.

2. Indien een zorginstelling of een zorgverlener vaststelt dat een ingezetene die zich voor zorgverlening heeft aangemeld, of reeds medische zorg ontvangt, niet in het bezit is van een door het SZF afgegeven kaart en/of niet heeft voldaan aan zijn bijdrageplicht, is de zorginstelling of zorgverlener verplicht dit zo spoedig mogelijk te melden aan het SZF, onverminderd de verplichting tot het aan de ingezetene verlenen van de noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 2 lid 2.

3. De zorgverlener of de zorginstelling registreert elk consult, met inbegrip van de in lid 1 bedoelde gevallen, op de door het SZF voorgeschreven wijze en is verplicht om dit vast te leggen in het patiëntendossier.

4. Na de melding als bedoeld in lid 1 wordt deze door het SZF onderzocht. Indien de betrokkene als uitkeringsgerechtigde is- of kan worden geregistreerd bij het Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting, zendt het SZF de melding door naar het Bureau Basiszorg ter behandeling.

5. Indien het betreft een ingezetene die niet heeft voldaan aan de betaling van de verschuldigde bijdrage en niet als uitkeringsgerechtigde is geregistreerd het Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting, wordt de ingezetene wordt hiervan schriftelijk in kennis gesteld. Het bepaalde in lid 6 is van overeenkomstige toepassing.

6. Voor de ingezetene blijft de verplichting voortbestaan tot betaling van de verschuldigde bijdrage, doch in geval van betalingsachterstand of wanbetaling gaat het SZF over tot de aanmaningsprocedure ter betaling van de verschuldigde bijdrage. Voor

zover mogelijk en gewenst gaat de Stichting daarover vooraf in gesprek met de bijdrageplichtige. Indien deze tijdelijk niet in staat is tot betaling kan het SZF besluiten tot het treffen van een betalingsregeling. In de daarvoor in aanmerking komende gevallen van wanbetaling, draagt het SZF de vordering op de bijdrageplichtige over aan het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage om de vordering op de bijdrageplichtige te verhalen.

Het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage is bevoegd tot oplegging van een naheffingsaanslag en het treffen van incassomaatregelen, bij overschrijding van de aanmaningstermijn ter invordering van de verschuldigde bijdrage. Door het Bureau kan met de bijdrageplichtige een betalingsregeling worden getroffen, na overleg met het SZF.

7. Ter uitvoering van het in dit artikel bepaalde, wordt het Uitvoeringsorgaan Basiszorg als bedoeld in artikel 15 van de Wet Nationale Basiszorgverzekering met ingang van de datum van de inwerkingtreding van deze wet opgeheven en gelijktijdig bij beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid organisatorisch ondergebracht bij het Bureau Basiszorg, met vermelding van de te treffen organisatorische- en personele maatregelen. De beschikking wordt bekendgemaakt in het Staatsblad van de Republiek Suriname.

Artikel 15

1. Indien de ingezetene ook na een getroffen betalingsregeling als bedoeld in artikel 14 lid 6, binnen de aangegeven termijn niet voldoet aan de betaling van de verschuldigde bijdragen, is het Bureau bevoegd een naheffingsaanslag op te leggen van ten hoogste vijf maal het totaal bedrag van de verschuldigde bijdrage.

2. Het Bureau kan de naheffingsaanslag alsmede de kosten van invordering, bij dwangbevel doen invorderen ten gunste van het SZF.

3. Het dwangbevel wordt op kosten van de overtreder bij deurwaardersexploot betekend en levert een executoriale titel op in de zin van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Met betrekking tot het bepaalde in dit artikel stelt het Bureau richtlijnen vast.

Artikel 16

1. De middelen verkregen uit de geïnde verplichte bijdrage ingezetenen worden gestort op twee afzonderlijke bankrekeningen op naam van de Stichting Staatsziekenfonds, aan geduid als:

a. de rekening Basiszorg en operationele kosten; en

b. de rekening Bijzondere, hoog specialistische, medische behandelingen en medische behandeling in het buitenland (regeling laag frequente aandoeningen)

2. De middelen op de rekening als genoemd in lid 1 onder a dienen:

a. ter financiering van de individuele gezondheidszorg;

b. en voor het door SZF verrichten van betalingen aan de ziekenhuizen, andere zorginstellingen, de huisartsen en andere zorgverleners, alsmede de operationele kosten

van het SZF, tot een door de Raad te bepalen percentage van het rekeningsaldo per 31 december.

3. Vergoeding van zorg geschiedt uitsluitend op basis van behandel- en preventie pakketten in het kader van overeenkomsten tussen het SZF en zorginstellingen en zorgverleners.

4. In bijzondere omstandigheden kan de ingezetene in aanmerking komen voor een aanvullend renteloos voorschot met aflossingsregeling afgestemd op de individuele situatie, ten behoeve van de financiering van bijzondere incidentele medische uitgaven, medische zorg of hulpmiddelen in het kader van de persoonlijke gezondheidszorg, voor zover de ingezetene geen aanspraak kan maken op vergoeding daarvan op grond van de basisgezondheidszorgvoorzieningen volgens deze wet of enige andere wettelijke regeling.

5. De aanvraag van een renteloos voorschot wordt ingediend bij het SZF en doorgeleid naar de Minister van Financiën ter goedkeuring. Na goedkeuring verstrekt het SZF het renteloos voorschot onder daarbij te stellen voorwaarden inzake de aflossing in termijnbedragen. De looptijd van het verstrekte renteloos voorschot bedraagt ten hoogste tien jaren. Indien betrokkene binnen deze periode overlijdt wordt het renteloos voorschot kwijtgescholden. Ten aanzien van het in dit lid bepaalde stelt de Stichting Staatsziekenfonds nadere regels vast die bekendgemaakt worden in het Advertentieblad van de Republiek Suriname.

Artikel 17

1. De middelen die worden gestort op de rekening Bijzondere hoog specialistische, medische behandelingen en medische behandeling in het buitenland als bedoeld in artikel 16 lid 1 onder b. bestaan uit:

- a. een procentueel deel van de verplichte bijdrage ingezetenen ter dekking van de kosten van zeer dure/ hoog specialistische medische behandelingen;
- b. bijdragen ten laste van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid bestemd en daartoe aangeduid voor zeer dure/ hoog specialistische medische behandelingen, bijzondere zorg en medische hulpmiddelen; en
- c. overheidsbijdragen bestaande uit bij staatsbesluit nader te bepalen percentages van aan te duiden heffingen op voor de gezondheid niet essentiële, of schadelijke voedings- en genotmiddelen.

2. Ter uitvoering van het in dit artikel en artikel 16 bepaalde kunnen bij of krachtens Staatsbesluit nadere regels worden vastgesteld.

Hoofdstuk IV. Toezicht, handhaving en rechtsmiddelen Toezichthouders

Artikel 18

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast, de door de Minister van Sociale Zaken en Volkshuisvesting daartoe aangewezen ambtenaren van het Bureau Basiszorg en de door de directeur van de Stichting

Staatsziekenfonds daartoe aangewezen medewerkers van het SZF. De in dit lid aangewezen ambtenaren en medewerkers worden aangeduid als toezichthouders.

2. Bij de uitoefening van ~~zijn~~ hun taak draagt de toezichthouder een legitimatiebewijs bij zich, dat is uitgegeven door de Minister van Sociale Zaken en Volkshuisvesting of het SZF. De toezichthouder is verplicht zijn legitimatiebewijs desgevraagd aanstonds te tonen.

3. De toezichthouder maakt van zijn bevoegdheden slechts gebruik voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig is.

4. De toezichthouder is bevoegd elke plaats te betreden. Een woning wordt niet zonder toestemming van de bewoner betreden. ~~met uitzondering van een woning zonder toestemming van de bewoner.~~ Indien de woning tegen de wil van de bewoner wordt betreden dan kan dat slechts in aanwezigheid van een hulpofficier van justitie die van de betreding een proces-verbaal opmaakt. Het proces-verbaal wordt medeondertekend door de bewoner en de bewoner ontvangt terstond een afschrift van het proces-verbaal.

5. Zo nodig verschaft ~~hij~~ de toezichthouder zich toegang met behulp van de sterke arm, evenwel met inachtneming van het bepaalde in lid 4 ten aanzien van het betreden van een woning.

6. De toezichthouder is verder bevoegd:

a. zich te doen vergezellen door personen die daartoe door hem zijn aangewezen;

b. inlichtingen te vorderen;

c. van personen inzage te vorderen van het betalingsbewijs van de verplichte bijdrage, het identiteitsbewijs en het bewijs van inschrijving in het bevolkingsregister;

d. inzage te vorderen van zakelijke gegevens en bescheiden;

e. van de gegevens en bescheiden kopieën te maken. Indien het maken van kopieën niet ter plaatse kan geschieden, is hij bevoegd de gegevens en bescheiden voor dat doel voor korte tijd mee te nemen tegen een door hem af te geven schriftelijk bewijs.

7. Een ieder is verplicht aan de toezichthouder binnen de door hem gestelde redelijke termijn alle medewerking te verlenen die deze redelijkerwijs kan vorderen bij de uitoefening van zijn bevoegdheden.

8. Zij die uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift verplicht zijn tot geheimhouding, kunnen het verlenen van medewerking weigeren, voor zover dit uit hun geheimhoudingsplicht voortvloeit.

Bezwaar en administratief beroep

Artikel 19

1. Degene die bezwaar heeft tegen enige beslissing die op grond van deze wet jegens hem is genomen, kan daartegen binnen zes (6) weken na de datum waarop deze beslissing is genomen, bezwaar maken bij de instantie die of het orgaan dat het besluit heeft genomen.

2. Het bezwaar wordt schriftelijk en met vermelding van de bezwaargronden ingediend.
3. De instantie of het orgaan beslist binnen dertig dagen na datum van ontvangst van het bezwaarschrift schriftelijk en gemotiveerd op het bezwaar. De indiener van het bezwaarschrift kan door de instantie of het orgaan worden opgeroepen om ter zake te worden gehoord. Van het horen wordt een schriftelijk verslag gemaakt, dat wordt ondertekend door de instantie of het orgaan.
4. Een afschrift van de beslissing op het bezwaar, met een afschrift van het verslag van de hoorzitting, wordt door de instantie of het orgaan aan de indiener van het bezwaarschrift per post toegezonden of tegen gedagtekend ontvangstbewijs uitgereikt.
5. Indien de instantie of het orgaan niet binnen de in lid 3 genoemde termijn heeft beslist, is de indiener van het bezwaarschrift bevoegd tot het instellen van beroep bij de Minister of de President. Deze termijnoverschrijding heeft niet tot gevolg dat niet meer op het bezwaarschrift kan of hoeft te worden beslist: de instantie of het orgaan blijft gehouden alsnog uitdrukkelijk te beslissen op het bezwaarschrift.

Artikel 20

1. Tegen de beslissing op het bezwaarschrift als bedoeld in artikel 19 lid 3 is binnen dertig dagen beroep mogelijk bij de Minister of, indien het betreft een besluit van enige Minister, bij de President van de Republiek Suriname.
2. Het beroep wordt ingesteld bij een met redenen omkleed beroepschrift.
3. In het beroepschrift wordt het besluit waartegen beroep wordt ingesteld alsmede de beroepsgronden, duidelijk omschreven.
4. Een afschrift van de gemotiveerde beslissing in beroep wordt door de beroepsinstantie aan de indiener per post toegezonden of tegen gedagtekend ontvangstbewijs uitgereikt.

Bestuurlijke boete

Artikel 21

1. De directeur van de Stichting Staatsziekenfonds en de directeur van het Bureau Basiszorg zijn bevoegd tot het opleggen van een bestuurlijke boete, inhoudende de verplichting tot betaling van het bedrag van ten hoogste tienduizend Surinaamse Dollar, in geval van overtreding van de artikelen 4 lid 1, 5 lid 5, 7 leden 2 tot en met 6, 8 lid 3, 9 lid 3, 12 leden 1 tot en met 3, 17 lid 6, onder b tot en met e, en 17 lid 7.
2. Een bestuurlijke boete wordt niet opgelegd in het geval dat voor de overtreding een rechtvaardigingsgrond bestaat, zulks ter beoordeling van de in lid 1 genoemde instanties. Indien twee of meer artikelen zijn overtreden, kan voor de overtreding van elk afzonderlijk artikel een bestuurlijke boete worden opgelegd.

3. Het besluit tot oplegging van een bestuurlijke boete vermeldt de overtreding alsmede het overtreden voorschrift en zo nodig een aanduiding van de plaats waar en het tijdstip waarop de overtreding is geconstateerd.

4. De bestuurlijke boete alsmede de kosten van invordering, kunnen bij dwangbevel worden ingevorderd.

5. Het dwangbevel wordt op kosten van de overtreder bij deurwaardersexploot betekend en levert een executoriale titel op in de zin van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.

Hoofdstuk X Overgangs- en Slotbepalingen

Artikel 22

1. Aan het bepaalde in de artikelen 5 tot en met 7, 9 tot en met 11, 14, 15 en 21 lid 1 wordt geen toepassing gegeven gedurende een overgangperiode van twee jaren ingaande de datum van de inwerkingtreding van deze wet.

Gedurende deze overgangperiode wordt voor de heffingsbedragen van de verplichte bijdrage uitgegaan van een vast tarief voor de verschillende leeftijdsgroepen met een nominaal bedrag per groep, berekend volgens het systeem van de laatste premietabel zoals vastgesteld ingevolge de Wet Nationale Basiszorgverzekering, gehoord de Raad voor de Financiering Gezondheidszorg.

2. Ingaande de datum van inwerkingtreding van deze wet blijven de Wet Nationale Basiszorgverzekering, het premiebesluit en overige uitvoeringsbesluiten, alsmede het Besluit Instelling Zorgvoorzieningsfonds (S.B. 2015 no.82), van kracht, uiterlijk tot de einddatum van de overgangperiode als genoemd in lid 1, zijnde tevens de ingangsdatum van de verplichte bijdrage als bedoeld in artikel 4 lid 1, met inachtneming van lid 3 van dit artikel.

3. Onmiddellijk na het verstrijken van de overgangperiode als genoemd in lid 1, gaat voor elke ingezetene de bijdrageplicht in op de datum na die waarop diens ingevolge de Wet Nationale Basiszorgverzekering gesloten basiszorgverzekering afloopt.

4. Op grond van de Wet Nationale Basiszorgverzekering na de datum van inwerkingtreding van deze wet ingediende aanvragen en aanmeldingen, worden behandeld overeenkomstig de bepalingen van de Wet Nationale Basiszorgverzekering, tot de einddatum van de overgangperiode als genoemd in lid 1.

5. De Wet Nationale Basiszorgverzekering, uitgezonderd artikel 14 en artikel 16 leden 2 tot en met 8 van genoemde wet, de uitvoeringsbesluiten van genoemde wet en het Besluit Instelling Zorgvoorzieningsfonds, komen te vervallen op de einddatum van de overgangperiode als genoemd in lid 1.

6. Gedurende de overgangperiode als genoemd in lid 1, kunnen de verzekeraars hun gegevens en administratieve processen aanpassen op de verwerking van de mutaties in verband met de uitschrijving van bij hen verzekerden en het lopende declaratie- en betalingsverkeer met de ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgverleners.

Dit betreft ook die verzekerden die ter aanvulling van het pakket basiszorgverzekering ingevolge deze wet, een aanvullende verzekering bij een verzekeraar afsluiten. Eveneens kunnen afspraken worden gemaakt tussen de Stichting Staatsziekenfonds en de verzekeraars over de onderlinge verrekening van zorgkosten gedurende een bepaalde periode.

7. Op de einddatum van de overgangperiode als genoemd in lid 1 vervallen de artikelen 9 t/m 13 van het Decreet van 19 november 1980, houdende machtiging tot oprichting van de Stichting Staatsziekenfonds (S.B. 1980 no. 120).

8. De Ministers van Financiën, van Volksgezondheid en van Sociale Zaken en Volkshuisvesting worden gemachtigd de statuten van de Stichting Staatsziekenfonds d.d. 10 december 1980 zodanig te doen wijzigen, dat deze in overeenstemming zijn met de bepalingen van deze wet, *ingående de einddatum van de overgangperiode als genoemd in lid 1.*

Artikel 23

1. Deze wet kan worden aangehaald als: Wet Financiering Individuele Gezondheidszorg.
2. Zij wordt in het Staatsblad van de Republiek Suriname afgekondigd.
3. Zij treedt in werking met ingang van de dertigste dag volgende op die van de afkondiging, met inachtneming van de overgangperiode zoals is bepaald in artikel 22.
4. De Minister van Volksgezondheid en de Minister van Sociale Zaken en Volkshuisvesting zijn belast met de uitvoering van deze wet.

Gegeven te Paramaribo,2020

DESIRÉ D. BOUTERSE

WET van.....
houdende regels inzake de organisatie en
het financieringsstelsel van de individuele gezondheidszorg
(Wet Financiering Individuele
Gezondheidszorg

MEMORIE VAN TOELICHTING

A. ALGEMEEN

I. Doelstellingen van de wet: doelmatige, betaalbare en toegankelijke basiszorg op structurele basis

Uit artikel 36 van de Grondwet en internationale verdragen waarbij Suriname is aangesloten kan worden afgeleid dat de overheid verantwoordelijk is voor een stelsel van gezondheidszorg dat de bevolking van Suriname toegang geeft tot doelmatige, kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg.

Binnen de gezondheidszorg worden organisatorisch onderscheiden, de openbare gezondheidszorg en de individuele/persoonlijke gezondheidszorg.

In deze wet ter wijziging van het financieringsstelsel van de individuele gezondheidszorg staat de zorgverlening door de zorgverlener aan de patiënt/ ingezetene centraal, met inbegrip van alle ondersteunende activiteiten zoals activiteiten uitgevoerd door verpleegkundigen, assistenten, laboratoriumpersoneel en andere gezondheidswerkers. Vereist is dat deze zorgverleners de voorgeschreven medische, verpleegkundige of verzorgende opleiding die voldoet aan de wettelijke voorschriften hebben gevolgd en gekwalificeerd zijn om hun beroep mogen uitoefenen.

Hierbij staat centraal de verlening van goede zorg aan de patiënt, derhalve *het 'primaire proces' en niet het zorgstelsel als zodanig.*

Zoals gesteld is het begrip "zorgstelsel" dus ruimer dan de "gezondheidszorg" en omvat het naast zorgverlening ook zaken en activiteiten die (meer) op afstand staan van het primaire proces, zoals het financieringsstelsel/de regeling van de financiering, de organisatie van de kwaliteits- en veiligheidswaarborging, het toezicht door de

Toezichtsorganen, beleidsontwikkeling door het ministerie, beleidsuitvoering door de zorgorganen, opleiding en kennisontwikkeling.

Wat betreft de individuele gezondheidszorg, beoogt deze wet het toegankelijk maken van de gezondheidszorg voor een zo groot mogelijk deel van de bevolking middels één algemeen wettelijk stelsel dat daaraan optimaal kan bijdragen.

II. Visie en uitgangspunten van de wet

Voor een achterliggende en sturende marktwerking binnen de nationale gezondheidszorg, zoals dat in de huidige situatie regelmatig voorkomt, wordt in de Raamwet niet gekozen, mede gelet op bestaande gezondheidsverschillen tussen burgers, wat, zoals ook in de andere (ontwikkelings)landen, vaak samenhangt met grote verschillen in opleidingsniveau, sociaaleconomische positie, inkomen, demografische situatie en infrastructuur in de districten.

Een sturende marktwerking in de gezondheidszorg leidt er uiteindelijk toe dat van het verlenen van zorg een verdienmodel wordt gemaakt, waarbij het recht van elke ingezetene op goede en betaalbare zorg eigenlijk niet meer voorop staat.

Niet onderlinge concurrentie tussen zorginstellingen en zorgverleners en winstmaximalisatie binnen het systeem van de gezondheidszorg, maar het bevorderen van de gezondheid van alle ingezetenen en de rechten van- en aandacht voor de individuele patiënt op basis van een rechtvaardig financieringssysteem staat centraal in deze wet. Op het door de zorginstellingen kunnen voldoen aan de eisen van een gezonde economische bedrijfsvoering en -continuïteit zal toezicht worden uitgeoefend door de Autoriteit Gezondheidszorg waarbij de Autoriteit als opvolger van de Zorgraad, en de Raad voor de Financiering Gezondheidszorg, toezien op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg.

III. Stelsel individuele gezondheidszorg staat onder druk

Met de actuele demografische ontwikkelingen en -verschuivingen in Suriname, waaronder urbanisatie van bewoners vanuit het binnenland, de groei van woonkernen in het binnenland, toenemende immigratie vanuit de regio en de buurlanden, de - ook internationaal gezien - stijgende kosten van de gezondheidszorg, versnelde medisch-technologische ontwikkelingen, uitbreiding van het aantal diagnose- en behandelingsmethoden en het groter aantal nieuwe en/of kostbare medicijnen op de consumentenmarkt, neemt de behoefte aan adequate gezondheidszorg navenant toe.

Om alle inwoners van Suriname kwalitatief goede en betaalbare zorg te kunnen blijven bieden, is een optimaal presterend gezondheidszorgsysteem, waarin tevens alle belanghebbenden in de gezondheidszorg een juist en verantwoord gebruik dienen te maken van de beschikbare medische middelen en voorzieningen, een eerste vereiste.

Onder meer de PAHO wijst op het complexe verzekeringsstelsel van de gezondheidszorg afgezet tegen de relatief kleine bevolking van Suriname.

Het huidige stelsel van persoonlijke/individuele gezondheidszorg kan aanzienlijk aan presterend vermogen en sociaal- maatschappelijke rechtvaardigheid winnen door aanpassing en vernieuwing van de medische en financiële structuren en systemen binnen de gezondheidszorg.

Wat betreft de financiering van de individuele gezondheidszorg houdt dit in, dat het vanaf 1980 bestaande verzekeringsstelsel, zoals gebaseerd op de Wet Nationale Basiszorgverzekering (S.B.2014 no. 114), na afloop van een ruime overgangperiode, geleidelijk zal worden vervangen door een financieringsstelsel van de individuele gezondheidszorg op basis van een verplichte financiële bijdrage van in principe alle ingezetenen, ongeacht hun nationaliteit.

Wat betreft de noodzaak tot deze systeemwijziging kan worden verwezen naar de diverse fricties en inefficiënties welke zich de laatste jaren in toenemende mate hebben voorgedaan in het door het SZF en de verzekeringsmaatschappijen uitgevoerde verzekeringsstelsel van met name de basiszorg.

Dit blijkt onder meer uit het navolgende.

De inkomsten die via de verzekeringspremies worden verkregen zijn in toenemende mate ontoereikend om de steeds stijgende kosten van de zorg en de financieringstekorten van de overheid te dekken.

Het aantal burgers zonder een ziektekostenverzekering en mede als gevolg daarvan de toegenomen financiële lasten voor de overheid en de samenleving als zodanig, neemt aanzienlijk toe.

Zo melden zich steeds meer patiënten bij de SEH zonder een ziektekostenregeling. Ook blijkt bij de toepassing de Wet Nationale Basiszorgverzekering dat de (toetsing ten behoeve van) de verzekering van bepaalde groepen personen, zoals kinderen van 0-16 jaar en ouderen van 60+, in de praktijk moeilijk uitvoerbaar is, en het SZF zich genoodzaakt ziet om in bepaalde gevallen de premie over meerdere maanden ineens te vorderen, bijvoorbeeld bij operaties en/of (langdurige) ziekenhuisopname van onverzekerden.

De aangegeven situatie van het verzekeringsstelsel van de individuele gezondheidszorg en gebrek aan transparantie wat betreft onder meer tariefstelling, facturering en betalingen dragen er toe bij dat de kostenbeheersing in de individuele gezondheidszorg onbeheersbaar aan het worden is.

Een eenduidig, en voor alle inwoners/ ingezetenen en zorgverleners transparant financieringsstelsel, waarin alle ingezetenen onder gelijke condities recht hebben op de basiszorgvoorzieningen wordt, zeker op de langere termijn, beschouwd als een randvoorwaarde voor een duurzaam en betaalbaar basiszorgstelsel. In de nadere wettelijke financieringsregeling van de individuele gezondheidszorg zal onder meer worden aangeduid welke vormen van basiszorg daaronder vallen.

Voor voorzieningen boven het niveau van de basiszorg heeft de ingezetene ook onder de nieuwe regeling de keuzemogelijkheid tot het sluiten van een aanvullende zorgverzekering bij een verzekeringsmaatschappij.

Ook zal de mogelijkheid tot het afsluiten door bedrijven/werkgevers van collectieve zorgverzekeringsovereenkomsten voor hun werknemers blijven bestaan.

Verder wordt het volgende opgemerkt.

De beschikbare cijfers van het aantal personen in Suriname dat lijdt aan bepaalde chronische aandoeningen, zoals diabetes, hoge bloeddruk, nierziekte met als gevolg nierdialyse en hart- en vaatziekte zijn, mede als gevolg van ongezonde leefstijl en/of voedingspatronen, is zodanig alarmerend dat het preventiebeleid op het gebied van de (openbare) gezondheidszorg dient te worden aangescherpt.

In dit verband wordt onder meer gedacht aan het genereren van middelen uit fiscale heffingen op bepaalde voedings- en genotmiddelen (zoals tabak, alcohol en suikers) en

specifieke door het SZF te vergoeden behandelpakketten voor leefstijlaanpassing en/of rehabilitatie.

IV Uitgangspunten nieuw wettelijk financieringsstelsel individuele gezondheidszorg:

De burgers/ingezetenen financieren de kosten van hun individuele (persoonlijke) curatieve en preventieve zorg volgens het zgn. "single payer system".

- Elke ingezetene heeft recht op primaire- en secundaire basisgezondheidszorg, zoals aangeduid in de wet.
- de financiering van de kosten voor individuele zorgverlening verloopt rechtstreeks via het SZF en alle betalingen aan zorginstellingen en zorgverleners voor verleende individuele gezondheidszorg worden gedaan via het SZF.
- Elke ingezetene is, rekening houdend met zijn inkomen en/of vermogen, verplicht tot maandelijkse betaling van de verplichte bijdrage aan het SZF, via het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage.
- Het Bureau Heffing en Inning Zorgbijdrage is verantwoordelijk voor de heffing van en controle op de inning van de verplichte bijdrage, de door het Bureau Basiszorg verleende ontheffingen van de bijdrageplicht, en de overheidsbijdrage voor ingezetenen in geval van verleende ontheffing.
- Elke ingezetene heeft recht op een renteloos voorschot met aflossingsregeling naar zijn/haar vermogen, met een maximum termijn, ter financiering van bijzondere incidentele medische uitgaven voor of verband houdende met medische zorg of hulpmiddelen, waarop geen aanspraak kan worden gemaakt op grond van deze wet - of enige andere wettelijke regeling.
- De overheid draagt bij in de kosten van bijzondere zorg en medische hulpmiddelen, mede gefinancierd uit heffingen op voor de gezondheid niet essentiële, of schadelijke voedings- en genotmiddelen.
- De gescheiden systemen van zorgverlening en de afdracht/ inning van de wettelijk verplichte bijdragen beogen als voordeel dat de zorgverlening ongestoord kan doorgaan, terwijl de verplichte bijdragen op grotere schaal en met meer zekerheid en transparantie kunnen worden geheven en geïnd – ten opzichte van de verzekerings- en premieregeling op grond van de Wet Nationale Basiszorgverzekering.
- De secundaire zorg wordt door zorginstellingen en zorgverleners geboden en vergoeding van de kosten daarvan geschiedt uitsluitend op basis van behandelpakketten in het kader van overeenkomsten tussen het Staatsziekenfonds en deze instellingen en dienstverleners

Zoals eerder vermeld wordt in deze wet afgestapt van het verzekeringssysteem, zoals geregeld in de Wet Nationale Basiszorgverzekering. De samenleving als geheel zal de kosten opbrengen voor de gezondheidszorg deels via de inkomensafhankelijke verplichte bijdrage die geldt voor alle ingezetenen en deels de algemene middelen, met inbegrip van nader te bepalen specifieke belastingheffingen.

Het pakket basiszorgvoorzieningen waar alle ingezetenen recht op hebben zal conform de in de Raamwet Volksgezondheid vastgelegde procedure's geleidelijk worden gestandaardiseerd en uitgebreid met onder meer algemene tandheelkundige zorg (waarin ook preventie voorkomt): dat gedeelte van de geneeskunde dat zich bezighoudt

met de behandeling van de tanden en kiezen, het tandvlees enz. en mondzorg, alsmede geestelijke gezondheidszorg en paramedische behandelingen, zoals fysiotherapie.

Op de aangegeven wijze kan worden toegewerkt naar een systematisch en daadwerkelijk samenhangend patroon van dienstverlening en de financiering daarvan binnen de individuele gezondheidszorg.

V. Toezicht en controle mechanismen

A. De Autoriteit Gezondheidszorg, zijnde de opvolger van de op grond van de Wet Nationale Basiszorgverzekering ingestelde Zorgraad zoals geregeld in de Raamwet Volksgezondheid. Onder meer is bepaald dat de vergaderingen van de Autoriteit niet openbaar zijn. Het Jaarverslag en het jaarlijkse werkprogramma zijn openbare stukken t.b.v. het maatschappelijk debat.

B. De Raad voor De Financiering Tarieven Gezondheidszorg, zoals geregeld in de Raamwet Volksgezondheid;

C. Systeem van reguliere accountantsrapportage en jaarrekeningen, toepassing Wet op de Jaarrekening en IFRS.

VI. Algemene bepalingen over patiëntenrechten, geneesmiddelen, de Nationale Geneesmiddelenklapper (NGK) en hulpmiddelen zijn opgenomen in de Raamwet Volksgezondheid.

B. Artikelsgewijs

Artikel I aanhef onder c.

De individuele gezondheidszorg omvat tevens de tandheelkundige zorg. Verwezen wordt naar het **Bijlage I** opgenomen voorzieningenpakket "Voorzieningen Basiszorg".

Artikel I aanhef onder k.

Onder zorgverleners vallen onder andere de huisartsen (aangesloten bij SZF, de RGD-poli's, Medische Zending), Medisch specialisten, lab en röntgen, apotheken (SZF, particulier, Zkh, RGD) en paramedici (zoals verloskundige, fysiotherapeut, ergotherapeut, huidtherapeut, logopedist, orthopedagoog, psycholoog).

Artikel 3 lid 1 sub e:

De zorg aan patiënten zonder zorgverzekering (Bijlage II) omvat:

A. Acute Zorg aan alle patiënten door de huisarts.

Een ieder heeft recht op acute zorg, ongeacht of hij over een zorgverzekering beschikt.

Acute zorg is geneeskundige hulp in situaties waarin de verlening van medische zorg niet kan worden onthouden of uitgesteld zonder het leven van betrokkene in gevaar te brengen of diens gezondheidstoestand of validiteit ernstig en blijvend in gevaar te brengen.

Acute zorg bestaat uit:

Huisartsenzorg
Verloskundige zorg
Medicatie
Laboratorium- en beeldvormend onderzoek
Opname in een ziekeninrichting/PCS

Indien de patiënt geen zorgverzekering heeft en voor de acute zorg verwezen moet worden voor medicatie, aanvullend onderzoek, naar de SEH, voor opname in het ziekenhuis of voor acute psychiatrische hulp door PCS, kan de huisarts handelen als zijnde een SZF verzekerde. De voorwaarden zijn:

- de patiënt of diens begeleider moet zich legitimeren
- de patiënt is een ingezetene

Nadat de patiënt gestabiliseerd is, is er geen sprake meer van acute zorg en zal de patiënt de nodige stappen voor het verkrijgen van zorg moeten ondernemen.

B. Verloskundige zorg in de eerste lijn

Indien de zwangere geen zorgverzekering heeft, zal zij tot 7 dagen na de bevalling of tenminste totdat ze klinisch stabiel is, als zijnde een SZF-verzekerde behandeld worden. De zorgverlener hoort de zwangere uiterlijk 2 (twee) werkdagen na het eerste contact aan te melden bij het SZF.

De voorwaarden zijn:

- de zwangere of haar begeleider moet zich legitimeren
- de zwangere is een ingezetene

C. Acute zorg in de tweede lijn

Indien de patiënt geen zorgverzekering heeft en voor de acute zorg verwezen moet worden naar de SEH, voor medicatie, laboratorium- en beeldvormend onderzoek of voor opname in het ziekenhuis of voor acute psychiatrische hulp door PCS, kan de specialist handelen als zijnde een SZF verzekerde. De voorwaarden zijn:

- de patiënt of diens begeleider moet zich legitimeren
- de patiënt is een ingezetene
- De specialist danwel het ziekenhuis hoort de patiënt uiterlijk 2 (twee) werkdagen na het eerste contact aan te melden bij het SZF.

Nadat de patiënt gestabiliseerd is, is er geen sprake meer van acute zorg en zal de patiënt de nodige stappen voor het verkrijgen van zorg moeten ondernemen.

D. Verloskundige zorg in de tweede lijn

Indien de zwangere geen zorgverzekering heeft, zal zij tot 7 dagen na de bevalling of tenminste totdat ze klinisch stabiel is, als zijnde een SZF-verzekerde behandeld worden. De zorgverlener hoort de zwangere uiterlijk 2 (twee) werkdagen na het eerste contact aan te melden bij het SZF.

De voorwaarden zijn:

- de zwangere of haar begeleider moet zich legitimeren
- de zwangere is een ingezetene

E. Zorg voor 0-5 jarigen

Indien het kind geen zorgverzekering heeft en door de primaire danwel secundaire zorg behandeld moet worden kan de zorgverlener handelen als zijnde een SZF verzekerde. De voorwaarden zijn:

- de patiënt of diens begeleider moet zich legitimeren

-de patiënt is een ingezetene

De zorgverlener moet de patiënt uiterlijk de 2^{de} werkdag nadat de zorg verleend is aanmelden bij het SZF. Het SZF zal ervoor zorgen dat de verantwoordelijke voor de patiënt de nodige stappen voor het verkrijgen van zorg onderneemt.

Artikel 4 lid 1, onderdeel IV – C.

De Voorzieningen Speciale Zorg (**Bijlage II**) betreffen:

1. Topklinische Zorg

Zorg waarvoor geavanceerde apparatuur, bijzondere voorzieningen of specifieke deskundigheid nodig zijn of die erg duur of langdurig is. Aanvragen voor deze zorg worden door de geneeskundige commissie beoordeeld m.u.v. behandelingen waarvoor bij ministeriële beschikking die zorg is toegestaan op basis van de door de betreffende specialist gestelde diagnose.

a. Cardiochirurgie

Volledige vergoeding van cardiochirurgie.

b. Neurochirurgie

- Tumoren, aneurysmata in het hoofd en hemorragisch CVA.
- Tumoren wervelkolom

c. Bijzondere oogheelkundige operaties

- BGI (Baerveldt Glaucoom Implant),
- Vitrectomie
- Cornea transplantatie

d. Nierfunctievervangende Therapie

- Hemodialyse
- Peritoneaal Dialyse
- Transplantatie

e. Radiotherapie

Behandeling van patiënten met kanker waarbij gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling

f. Interventie radiologie

Interventieradiologie is een medische handeling door een interventieradioloog. Ze vindt plaats binnenin het lichaam van een patiënt via een klein aanprikgaatje door de huid. Er worden naalden, voerdraden en katheters bij gebruikt. De uitvoering gebeurt onder visuele controle met radiologische technieken zoals röntgendoorlichting, echografie, computertomografie (CT) en magnetic resonance imaging (MRI).

g. Dure niet-NGK middelen

Geneesmiddelen die bedoeld zijn voor de behandeling van zeldzame aandoeningen en waarbij de te verwachten gezondheidswinst de kosten voor het middel overstijgen.

h. Bijzondere operaties

Operaties die qua operatietijd, medische verbruiksmiddelen danwel gebruik van specifieke apparatuur niet vallen onder de afgesproken tarieven voor ziekenhuiszorg.

i. Buitenlandse missies/ Medische behandelingen in het buitenland

Het gaat hierbij om de behandeling van laagfrequente, complexe operaties danwel ziektes waarbij expertise en apparatuur vereist zijn, die vooralsnog niet beschikbaar zijn in Suriname.

Indien het gaat om diagnostiek die niet mogelijk is in Suriname doch van essentieel belang is voor de behandeling, kan ook een aanvraag gedaan worden bij de geneeskundige commissie van het Ministerie van Volksgezondheid.

Voor zowel de behandelingen als de diagnostiek geldt dat het om levensbedreigende aandoeningen moet gaan met een gunstige prognose (zie missive 'Armulov') of ter voorkoming van een handicap.

a. Ernstige aangeboren afwijkingen

Hiermee worden morfologische (structurele) defecten bedoeld als gevolg van een stoornis in de morfogenese en die medisch ingrijpen noodzakelijk maken om overlijden of een functionele beperking te voorkomen.

b. (Hemato-) oncologie: behandeling van bepaalde soorten kanker

c. Behandeling met radio-actief jodium

d. Overige behandelingen, die aan voornoemde beschrijving voldoen

j. Palliatieve therapie

Een behandeling die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten die te maken hebben met problemen die gerelateerd zijn aan een levens bedreigende aandoening door het voorkomen en verlichten van lijden.

Artikel 6 lid 3.

Zoals eerder vermeld zal in deze wet het verzekeringsmodel zoals geregeld in de Wet Nationale Basiszorgverzekering geleidelijk worden vervangen door een ander financieringsstelsel, waarbij de samenleving als geheel de kosten zal opbrengen voor de gezondheidszorg, deels via de inkomensafhankelijke verplichte bijdrage die geldt voor alle ingezetenen en deels de algemene middelen, met inbegrip van nader te bepalen specifieke belastingheffingen

Met betrekking tot de berekening van de heffingsgrondslag kan o.a. worden gedacht aan de volgende indicatoren:

a. door actuariële deskundigen periodiek uitgevoerde data- en risico analyse (health analytics) van de kostenontwikkelingen en financiering van de persoonlijke gezondheidszorg;

b. de Huishoud budgetonderzoeken en bevolkingsstatistieken van het Algemeen Bureau voor de Statistiek (ABS), data over de loon- en inkomensontwikkeling, de geldende minimumlonen en de nader te bepalen armoedegrenzen;

c. klantgegevens van de Stichting Staatsziekenfonds en van het Bureau Basiszorg inzake financiële bijstandsgerechtigden.

Het in dit lid bepaalde geldt, voor zover van toepassing, ook voor de categorie Landsdienaren. Voor deze categorie wordt de hoogte van het bedrag van de bijdrage en de grondslag van de heffing afzonderlijk vastgesteld bij staatsbesluit.

3. Tevens is iedere bijdrageplichtige als bedoeld in lid 1 verplicht tot betaling van een aanvullende bijdrage ter financiering van bijkomende (hoog specialistische) medische behandelingen als bedoeld in artikel 14 lid 1 onder b., volgens een bij staatsbesluit te bepalen percentage, tot ten hoogste 10% van de hoogte van de bijdrage als bedoeld in de artikel 4 leden 1 en 2.

Artikel 13 lid 2

Het doen van betalingen door het SZF aan de zorginstellingen per elke afzonderlijke verrichting bij de (para-)medische behandeling van de patiënt zal in het kader van de Wet Financiering Individuele Gezondheidszorg worden afgebouwd en vervangen door vergoeding van behandelpakket met bijbehorende tarief per patiënt.

Artikel 22 lid 8.

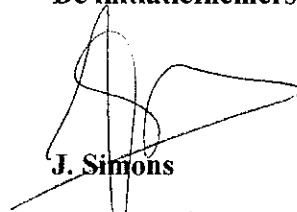
De statutaire doelomschrijving van de Stichting Staatsziekenfonds d.d. 10 december 1980 gaat ten aanzien van de financiering van de persoonlijke/individuele gezondheidszorg uit van het verzekeringsmodel; volgens de huidige statuten heeft de Stichting Staatsziekenfonds tot doel het verstrekken en/of het doen verstrekken van geneeskundige hulp in Suriname aan de bij haar ingeschrevenen, te weten de verplicht verzekerden en de vrijwillig verzekerden.

Vrijwillig verzekerden zijn volgens de statuten bedrijven met de personeelsleden, inclusief gezinsleden en personen, die het verzoek moeten doen aan het Staatsziekenfonds om toegelaten te worden als verzekerden, conform de door het Bestuur gestelde voorwaarden.

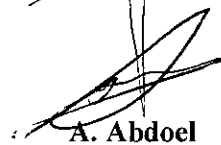
Deze statutaire bepalingen zijn thans niet meer in overeenstemming zijn met het financieringsstelsel en de toepasselijke bepalingen ingevolge deze wet en kunnen derhalve worden gewijzigd. De overige statutaire bepalingen behoeven echter niet worden gewijzigd en kunnen in de huidige vorm blijven voortbestaan.

Paramaribo, 12 maart 2020

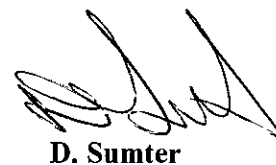
De initiatiefnemers:



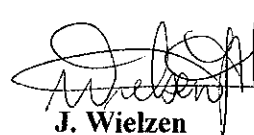
J. Simons



A. Abdoel



D. Sumter



J. Wielzen



R. Iahibaks

Bijlage 1 voorzieningenpakket “Voorzieningen Basiszorg” als genoemd in de artikelen 2 lid 3 en 3 lid 1 onder b van de Wet Financiering Individuele Gezondheidszorg.

Voorzieningen Basiszorg

2. Primaire zorg

a. Huisartsenzorg:

De huisarts heeft de volgende taken

Algemeen

Een huisarts is een arts die eerstelijnszorg biedt.

De huisarts heeft de verantwoordelijkheid:

- voor de organisatie en coördinatie van de gezondheidszorg van de bij hem/haar ingeschreven verzekerden, inclusief toepasselijke verwijzingen naar andere zorg-/dienstverleners, én

Administratieve taken

- het bijhouden van een volledig medisch dossier per verzekerde;

Diensten in het kader van de primaire en secundaire preventieve gezondheidszorg

- prenatale zorg: gebaseerd op normen en standaarden vastgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid;
- postnatale zorg;
- (laten) immuniseren van daarvoor in aanmerking komende personen volgens de voorschriften van het Ministerie van Volksgezondheid c.q. het B.O.G.;
- het geven van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding gericht op het bevorderen van een gezonde levensstijl alsook een veilig en gezond leefmilieu;
- het voorkomen van verergering van ziekten;
- klinische opsporing en juiste verwijzing voor controle op tuberculose, lepra, HIV en nader door de overheid vastgestelde overheidsprogramma's.

Public health taken

- epidemiologische surveillance functies zoals vereist volgens de rapportage-standaarden betreffende aangifteplichtige ziekten van het Ministerie van Volksgezondheid;
- inlichten van overheidsautoriteiten over ziekten die mogelijk een gevaar vormen voor de volksgezondheid;
- nauwkeurige uitvoering van instructies van het Ministerie van Volksgezondheid c.q. het B.O.G. die gegeven worden in het kader van het bevorderen van de openbare gezondheidszorg.
- ondersteunen van de maatschappelijke gezondheidszorg.

Diensten ter uitsluiting of bevestiging van ziekten

- onderzoek van ingeschreven verzekerden, verder te noemen patiënten, om het bestaan en/of de aard van de ziekten en afwijkingen vast te stellen en de bevindingen vast te leggen in een medisch dossier per patiënt;

- verlening van diensten aan patiënten en het eventueel voorschrijven van geneesmiddelen en andere maatregelen in het kader van de behandeling;
- verwijzing van patiënten op medische indicatie naar andere dienstverleners en het uitwisselen van medisch relevante informatie met hen.

Het betreft hierbij:

- algemene geneeskunde tijdens werkuren in de huisartsenpraktijk;
- verpleegkundige diensten doen uitvoeren, inclusief consultaties onder de verzekerden, spoedeisende hulp tijdens werkuren in de huisartsenpraktijk;
- geneesmiddelen (en medische verbruiksartikelen) voorschrijven
- gericht inzetten van beeldvormende diagnostiek
- gericht inzetten van laboratorium diagnostiek
- verloskundige diensten, inclusief maar niet beperkt tot pré- en postnatale consultaties, en andere gevallen, te bepalen door de huisarts.
- Zorg voor kinderen, inclusief maar niet beperkt tot de evaluatie van pasgeborenen, en andere gevallen te bepalen door de huisarts.
- Kleine chirurgische ingrepen die in een ambulante setting kunnen worden uitgevoerd met lokale anesthesie.

Diensten bij chronische ziekten

- opsporing, behandeling en controle van patiënten met hypertensie;
- opsporing, behandeling en controle van patiënten met diabetes (type 1 en 2);
- opsporing, behandeling en controle van patiënten met COPD;
- opsporing, behandeling en controle van patiënten met HIV / AIDS;
- opsporing, behandeling en controle van patiënten met acute luchtweginfecties;
- opsporing, behandeling en begeleiding van patiënten met maligniteiten;
- (mede)behandeling van patiënten met chronische psychiatrische afwijkingen, inclusief verslavingszorg (psychiatrie in de eerste lijn).

Postmortem dienstverlening

- verrichten van lijkschouwing bij de overledenen die vóór het overlijden bij de huisarts stonden ingeschreven als verzekerde
- opmaken van een overlijdensverklaring in verband met eventueel transport van het lijk naar het lijkenhuis;
- invullen van het doodsoorzakenformulier.

b. Acute eerstelijnszorg

Indien zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Alle artsen zijn verplicht acute zorg te verlenen aan patiënten, ongeacht of de patiënt bij hem/haar ingeschreven staat.

c. Verloskundige zorg

Verloskundige zorg is zorg die verleend wordt gedurende de zwangerschap, de bevalling en het kraambed. De verloskundige zorg omvat in het algemeen gesproken de volgende activiteiten binnen drie categorieën:

- Prenatale zorg: de begeleiding en controle conform protocol van de zwangere vrouw in

de periode tussen de vaststelling van de zwangerschap en de bevalling, bestaande uit een intake en spreekuurcontacten (inclusief diagnostische verrichtingen, counseling en voorlichting).

- Natale zorg: de begeleiding van de bevalling.

- Postnatale zorg: de controle conform protocol van de moeder en het kind in de eerste vier weken na de bevalling, bestaande uit een aantal nacontroles. In ieder geval dient er aandacht te zijn voor het stimuleren van de borstvoeding, kleur van de baby, controle op infectie bij moeder en kind etc.

d. Medicamenten

1. Middelen uit de Nationale Geneesmiddelen Klapper (NGK), opgesteld en periodiek aangepast door de NGK commissie van het Ministerie van Volksgezondheid.
2. Middelen die niet in de NGK voorkomen. Dit kan verder onderverdeeld worden in reguliere en dure niet-NGK middelen. De 'reguliere' niet-NGK middelen kunnen met motivatie aangevraagd worden bij de desbetreffende instantie. Er moet wel aangegeven worden waarom afgeweken wordt van de NGK. Zie onder 'Topklinische Zorg' voor wat betreft de 'dure' niet-NGK-middelen.

e. Medische (ge- en) verbruiksartikelen

(zie bijlage 1)

f. Vaccinaties

Conform het vaccinatieprogramma van het BOG

g. Laboratoriumonderzoek

Ingevolge dé verrichtingenlijsten (zie bijlage 2)

h. Beeldvormend Onderzoek

Ingevolge dé verrichtingenlijsten (zie bijlage 3)

i. Pathologie

Ingevolge dé verrichtingenlijsten (zie bijlage 4)

j. Sexuele en reproductieve gezondheidszorg

Ingevolge dé verrichtingenlijsten (zie bijlage 5)

k. Paramedische Disciplines

Voor acute danwel kortdurende aandoeningen max 10 behandelingen per 12 maanden Een bedrag per behandeling.

Voor chronische aandoeningen is het aantal onbeperkt. Een maandtarief per discipline (bedrag stellen op 4 behandelingen). De diagnose moet vastgesteld zijn door een medisch specialist. Voor de vergoeding bij de chronische indicaties moet er vooraf toestemming worden aangevraagd bij de bevoegde autoriteit.

1. Fysiotherapie

Fysiotherapie is de therapie bij klachten of belemmeringen in het bewegingsapparaat met massagetechnieken, bewegingstechnieken en fysiotechnische middelen. Voor lijst chronische indicaties zie bijlage 6.

2. Diëtetiek

Diëtetiek is het geheel van activiteiten dat tot doel heeft een bijdrage te leveren aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Bij diëtetiek is sprake van een medische indicatie, die aanpassing van de voeding noodzakelijk of wenselijk maakt.

Chronische aandoeningen:

- Diabetes type 2
- Obesitas; BMI ≥ 30
- Chronische Nierinsufficiëntie, vanaf stadium 3

3. Logopedie

Logopedie is de behandeling met als doel het herstellen en onderhouden van de communicatie in al haar facetten zoals stemgebruik, uitspraak, gehoor en taal. Daarbij kan ook aandacht zijn voor andere mondfuncties zoals slikken, drinken en eten.

4. Ergotherapie

Ergotherapie is gericht op het weer mogelijk maken van dagelijkse handelingen bij mensen die door ziekte of beperking hun (gedeeltelijke danwel volledige) zelfredzaamheid kwijt zijn.

5. Psychologie en Orthopedagogie:

Een psycholoog tracht via verschillende methoden, technieken en benaderingswijzen het **menselijk functioneren** te onderzoeken en te verklaren en desgewenst natuurlijk ook te voorkomen (preventie) of te verbeteren (interventie). Bij orthopedagogie gaat het met name om leer- en gedragsproblemen.

6. Huidtherapie

Een huidtherapeut is een paramedicus die patiënten met een zieke of beschadigde huid verzorgt. Doel van de verzorging is het opheffen, verminderen of camoufleren van de stoornis of beperking die het gevolg is van

een huidaandoening of beschadiging. Het gaat hier om de vergoeding van de behandeling bij lymfoedeem, wondverzorging (diabetische voet), acne, coagulatietherapie.

l. Opticien

Betreft een tegemoetkoming in de aanschaf van een montuur, glazen of lenzen; 1 keer in de 24 maanden. Er moet sprake zijn van een visusafwijking. Bij een veranderde sterkte bij kinderen of na een oogoperatie binnen de 24 maanden, gelden andere afspraken.

m. Thuiszorg en Verpleeghuiszorg

Betreft kortdurende zorg waarbij verpleegtechnische handelingen nog noodzakelijk zijn; de zorg is ter vervanging danwel aansluitend op ziekenhuiszorg.

n. Basistandheelkunde

Huidige voorzieningen JTV; voor alle leeftijden.

3. Secundaire Zorg

a. Ziekenhuiszorg

Ziekenhuiszorg is zorg gericht op het behandelen van acute en chronische lichamelijke en/of geestelijke aandoeningen die in met name de eerste lijn of andere zorginstelling niet kunnen worden gediagnosticeerd en/of behandeld.

Het bevat alle medisch noodzakelijke specialistische diagnostiek en zorg, zowel poliklinisch als klinisch en die niet valt onder de topklinische zorg. Indien zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Alle artsen zijn verplicht acute zorg te verlenen aan patiënten.

b. Ambulance Zorg

Ambulance zorg, zowel de zorg van het mobiel medisch team als het vervoer, ingevolge de geldende regeling

d. Medische hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is elk instrument, toestel of apparaat, elke stof of elk ander artikel dat door de fabrikant bestemd is om bij de mens te worden gebruikt om ziektes of handicaps op te sporen, te behandelen, of te verlichten of om ziektes te voorkomen.