

INFORMATIEBROCHURE ZORGVERZEKERING

**voor verzekerden
van de
Zorgverzekering Bonaire, Saba en Sint Eustatius.**

PER 1 januari 2011

In deze brochure vindt u uitgebreide informatie over de zorgaanspraken die aan de verzekerden op Bonaire, Saba en Sint Eustatius toekomen. Neemt u de brochure goed door en bewaart u de brochure goed.

In geval van twijfels en/of geschillen over uw zorgaanspraken is de tekst van het Algemene Maatregel van Bestuur Zorgverzekering BES en de Ministeriële regeling zorgaanspraken BES bepalend.

| | |
|--|-----------|
| HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN..... | 3 |
| 1.1 INLEIDING | 3 |
| 1.2 GRONDSLAGEN | 3 |
| 1.3 UITGANGSPUNT..... | 3 |
| HOOFDSTUK 2 HET ZORGVERZEKERINGSKANTOOR (ZVK)..... | 4 |
| 2.1 WAT IS HET ZVK? | 4 |
| 2.2 WAT DOET HET ZVK? | 4 |
| 2.3 Hoe kom ik in contact met het ZVK?..... | 4 |
| 2.3.1 Locaties | 4 |
| 2.3.2 Openingstijden (voorlopig)..... | 5 |
| HOOFDSTUK 3 VERZEKERDEN EN VERZEKERDEN- ADMINISTRATIE..... | 6 |
| 3.1 WIE ZIJN VERZEKERD ? | 6 |
| 3.2 WIE ZIJN NIET VERZEKERD? | 6 |
| 3.3 HOE GAAT HET IN ZIJN WERK IN DE PRAKTIJK? | 6 |
| 3.3.1 Verzekerdenadministratie..... | 6 |
| 3.3.2 Verzekeringsbewijs: bijzondere groep verzekerden..... | 6 |
| 3.3.3 Soms toestemming vóór behandeling vereist..... | 7 |
| HOOFDSTUK 4 ZORGAANSPRAKEN..... | 8 |
| 4.1 HUISARTSENZORG | 8 |
| 4.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG..... | 8 |
| 4.3 ZIEKENHUISZORG..... | 10 |
| 4.4 PARAMEDISCHE ZORG | 10 |
| 4.5 TANDHEELKUNDIGE ZORG..... | 12 |
| 4.6 FARMACEUTISCHE ZORG | 13 |
| 4.7 HULPMIDDELENZORG..... | 14 |
| 4.8 VERLOSKUNDIGE ZORG | 15 |
| 4.9 KRAAMZORG | 15 |
| 4.10 ZIEKENVERVOER..... | 16 |
| 4.11 REPATRIËRINGKOSTEN OVERLEDENE..... | 16 |
| 4.12 HULP AUDIOLOGISCH CENTRUM..... | 16 |
| 4.13 HULP ERFELIJKHEIDSADVISING..... | 17 |
| 4.14 NIET- KLINISCHE HAEMODIALYSE..... | 17 |
| 4.15 CHRONISCHE INTERMITTERENDE BEADEMING | 17 |
| 4.16 REVALIDATIE ZORG..... | 17 |
| 4.17 ONDERZOEK IN HET KADER VAN TUBERCULOSE OF TUBERCULOSE-INFECTIE | 17 |
| 4.18 HULP DOOR EEN TROMBOSEDIENT | 17 |
| 4.19 LABORATORIUM, RADIOLOGISCH, FUNCTIE- EN PATHOLOGISCH-ANATOMISCH ONDERZOEK | 18 |
| 4.20 LANGDURIGE ZORG..... | 18 |
| 4.21 MEDISCHE UITZENDINGEN | 18 |
| HOOFDSTUK 5 RECHTSBESCHERMING..... | 21 |
| 5.1 RECHTEN EN PLICHTEN..... | 21 |
| 5.1.1 Rechten van de verzekerde | 21 |
| 5.1.2 Plichten van de verzekerde | 21 |
| 5.2 KLACHTENPROCEDURE | 21 |
| 5.3 NATIONALE OMBUDSMAN | 22 |
| 5.4 BEZWAAR..... | 22 |
| 5.5 BEROEP BIJ DE RECHTER EN TUCHTRECHTSpraak..... | 22 |

HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN

1.1 Inleiding

Voor alle inwoners van de eilanden Bonaire, Saba en Sint-Eustatius (hierna: Caribisch Nederland) is per 1 januari 2011 voorzien in een nieuwe verplichte ziektekostenverzekering, de Zorgverzekering Caribisch Nederland (hierna: Zorgverzekering). Het creëren van een uniforme verzekering voor alle inwoners dient de rechtsgelijkheid en het voorkomt dat sommige mensen onverzekerd blijven.

De RCN-unit Zorgverzekeringskantoor (hierna: ZVK) voert vanaf 1 januari 2011 de publiekrechtelijke zorgverzekering zoals geregeld in het Besluit Zorgverzekering BES uit. Deze ziektezorgverzekering omvat zowel de geneeskundige zorg ('cure') als de langdurige zorg ('care' voorheen AVBZ).

1.2 Grondslagen

De Zorgverzekering vindt haar grondslag in het Besluit zorgverzekering BES (hierna: het Besluit) en de Regeling aanspraken zorgverzekering BES (Hierna: de Regeling).¹

1.3 Uitgangspunt

De ziektekostenverzekeringen op de Nederlandse Antillen zijn op dit moment in verschillende, op specifieke groepen personen gerichte regelingen ondergebracht. Deze regelingen zijn onder andere de Ziektewet en Ongevallenwet, de landelijke en eilandelijke ziektekostenregelingen inclusief AVBZ en diverse particuliere verzekeringen.

Vanaf 1 januari 2011 vervangt de Zorgverzekering CN alle bestaande regelingen en de particuliere verzekeringen voor zover deze hetzelfde dekken als de Zorgverzekering.

De verzekering voorziet zowel voor het onderdeel curatieve zorg als voor het onderdeel langdurige zorg in een inkomensafhankelijke premie, die alle verzekerden met een inkomen boven de belastingvrije som (\$ 9750 - \$12250) verschuldigd zijn. Werkgevers zijn voor hun werknemers ook premie verschuldigd. Deze premies worden door de belastingdienst geheven en geïnd.

¹ Algemene maatregel van bestuur en ministeriële regeling zorgverzekering BES zijn in de loop van december 2010 te vinden op onze website: www.RijksdienstCN.com

HOOFDSTUK 2 HET ZORGVERZEKERINGSKANTOOR (ZVK)

2.1 Wat is het ZVK?

Het ZVK is het onderdeel van de RCN dat ten behoeve van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: Onze Minister) ten dienste staat aan de uitvoering van het Besluit.

Het motto van het ZVK is: 'Zorg voor mensen in een gezonde samenleving'

Het ZVK streeft naar een optimale dienstverlening. De klanten mogen verwachten dat het ZVK:

- goed bereikbaar is via internet, telefoon, balie en post;
- begrijpelijk communiceert in zijn contacten en beslissingen;
- snel zaken afhandelt

2.2 Wat doet het ZVK?

De hoofdtaak van het ZVK is de uitvoering van het Besluit Zorgverzekering BES.

Zijn taken zijn als volgt te omschrijven.

Het ZVK:

- contracteert zorgaanbieders om zorg aan de verzekerden te verlenen;
- publiceert een lijst van de gecontracteerde zorgaanbieders waar de verzekerden terecht kunnen voor behandeling;
- doet betalingen aan zorgaanbieders en eventueel aan verzekerden;
- voorziet in de voorlichting aan verzekerden, zorgaanbieders en werkgevers;
- verleent toestemming aan zorgaanbieders voorafgaand aan bepaalde vormen van behandeling;
- doet onderzoek naar de kwaliteit van zorg.

De taken van het ZVK zijn hiermee niet- limitatief.

2.3 Hoe kom ik in contact met het ZVK?

2.3.1 Locaties

Het ZVK heeft vestigingen op Bonaire, Sint-Eustatius en Saba.

Bonaire

Zorgverzekeringskantoor Bonaire

Centrumgebied Kralendijk z/n

Kralendijk

(voormalig SVB kantoor)

Algemeen telefoonnummer voorlopig: +599 717 83 33

Faxnummer: +599 717 83 30

E-mail: infoZVK@RijksdienstCN.com of infoBonaireZVK@rijksdienstCN.com

www.RijksdienstCN.com

Sint Eustatius

Zorgverzekeringskantoor Sint-Eustatius

Mazinga Complex A, B

Fort Oranjestraat

Oranjestad

(RCN kantoor)

Algemeen telefoonnummer: +599 318 33 70

E-mail: infoZVK@RijksdienstCN.com of info.St.EustatiusZVK@rijksdienstCN.com
www.RijksdienstCN.com

Saba

Zorgverzekeringskantoor Saba

The Bottom

Saba

(RCN kantoor)

Algemeen telefoonnummer: +599 416 39 34

E-mail: infoZVK@RijksdienstCN.com of infoSaba@rijksdienstCN.com
www.RijksdienstCN.com

2.3.2 Openingstijden (voorlopig)

De kantoren zijn geopend op werkdagen van maandag tot en met vrijdag voor het publiek:

| | | |
|----------------|-------------|-------------|
| Bonaire | 08.00-12.00 | 13.00-17.00 |
| Sint Eustatius | 09.00-13.00 | |
| Saba | 08.00-12.00 | 13.30-16.00 |

De kantoren zijn telefonisch bereikbaar op werkdagen van maandag tot en met vrijdag:

| | | |
|----------------|-------------|-------------|
| Bonaire | 08.00-12.00 | 13.00-17.00 |
| Sint Eustatius | 09.00-13.00 | 14.00-15.30 |
| Saba | 08.00-12.00 | 13.30-16.00 |

HOOFDSTUK 3 VERZEKERDEN EN VERZEKERDEN-ADMINISTRATIE

De zorgverzekering CN is zonder onderscheid van toepassing op iedereen; jong en oud, werknemer of zelfstandige of uitkeringsgenietende. Niemand kan zich aan de verzekering onttrekken. Het is hierbij niet van belang of iemand al dan niet de Nederlandse nationaliteit bezit.

3.1 Wie zijn verzekerd ?

Verzekerd van rechtswege zijn degenen die rechtmatig op het grondgebied van Caribisch Nederland wonen evenals personen die rechtmatig werken op het grondgebied van Caribisch Nederland.

De kring van verzekerde personen wordt uitgebreid met personen, die op grond van de Wet toelating en uitzetting BES, een verblijfsvergunning met een permanent karakter hebben. Ook zijn studenten, jonger dan 30 jaar, die het grondgebied van Caribisch Nederland verlaten uitsluitend om elders te gaan studeren verzekerd. Daarnaast zijn verzekerd de werknemers van de op het grondgebied van Caribisch Nederland wonende of gevestigde werkgevers, die buiten het grondgebied van Caribisch Nederland worden gedetacheerd.

3.2 Wie zijn niet verzekerd?

Niet verzekerd zijn personen jonger dan 30 jaar die uitsluitend wegens studieredenen op het grondgebied van Caribisch Nederland verblijven. Datzelfde geldt voor stagiaires of praktikanen die op het grondgebied Caribisch Nederland verblijven. Deze personen blijven dus aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering of op een sociale verzekering van het land van herkomst, die dekking biedt op het grondgebied van Caribisch Nederland.

Personen die op het grondgebied van Caribisch Nederland wonen maar in dienst zijn van een Nederlandse publieke rechtspersoon of voor een in Nederland wonende of gevestigde werkgever werken, zijn ook niet verzekerd. Datzelfde geldt voor personen die tenminste drie maanden aaneengesloten buiten het grondgebied van Caribisch Nederland werken tenzij zij in dienst zijn van een werkgever in Caribisch Nederland.

3.3 Hoe gaat het in zijn werk in de praktijk?

3.3.1 Verzekerdenadministratie

Iedereen die staat ingeschreven in het bevolkingsregister van Bonaire, Saba of Sint Eustatius kan een identificatiedocument 'sedula' aanvragen. Op vertoon van dit identificatiedocument aan de gecontracteerde zorgaanbieders kan de verzekerde zijn aanspraak op zorg invoeren.

Hiervoor voert het ZVK een verzekerdenadministratie. De zorgaanbieders hebben toegang tot deze verzekerdenadministratie en kunnen zo controleren of iemand inderdaad een verzekerde is.

De zorgaanbieder brengt de verzekerde voor behandelingen c.q. verrichtingen geen kosten in rekening maar stuurt de rekening naar het ZVK ter betaling. Het ZVK betaalt deze kosten aan de zorgaanbieder.

3.3.2 Verzekeringsbewijs: bijzondere groep verzekerden

Algemeen

De verzekerde heeft recht op behandeling en/of verrichtingen van een gecontracteerde zorgaanbieder op vertoon van zijn of haar identificatiedocument, 'de sedula'

Kinderen

De verzekerde onder de 12 jaar heeft nog geen 'sedula', maar is toch verzekerd. Daarvoor moeten zijn ouders hun 'sedula' aan de zorgaanbieders tonen. Zodoende kan de zorgaanbieder via de verzekerdenadministratie de gegevens van het kind raadplegen.

Studenten

Indien de verzekerde, jonger dan 30 jaar, het eiland verlaat uitsluitend om te gaan studeren, blijft hij verzekerd bij het ZVK. De student krijgt daarvoor een zonodig een bewijs van verzekering van het ZVK. Deze brief kan worden aangevraagd bij het ZVK

Reizigers

Indien de verzekerde verblijft buiten Caribisch Nederland is hij ook verzekerd. Zorg in het buitenland wordt vergoed als die zorg redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkomst. De vergoeding bedraagt in beginsel niet meer dan wat deze in Caribisch Nederland kost. Het ZVK adviseert reizigers altijd een reisverzekering af te sluiten.

3.3.3 Soms toestemming vóór behandeling vereist

Voor sommige behandelingen en/of verrichtingen moet het ZVK vooraf toestemming verlenen aan de verzekerde. Deze toestemming dient door een zorgaanbieder te worden aangevraagd. Dit gebeurt door het indienen per email van een aanvraagformulier bij het ZVK.

Zodra het ZVK dit email ontvangt, neemt de bevoegde medewerker de aanvraag in behandeling. De aanvrager van de toestemming krijgt binnen uiterlijk 3 dagen per email een uitsluitsel over de ingediende aanvraag.

De gevallen waarin het ZVK toestemming moet verlenen worden in hoofdstuk 4 nader omschreven.

Het ZVK kan goedkeuren dat in bepaalde gevallen het vragen van toestemming achterwege kan blijven.

HOOFDSTUK 4 ZORGAANSPRAKEN

De verzekerden hebben aanspraak op de geneeskundige verzorging zoals in het Besluit en in de Regeling is geregeld. Voor de details van het aansprakenpakket wordt u verwezen naar de relevante artikelen uit de Regeling. Het aansprakenpakket is geen statisch gegeven maar kan door de Minister gewijzigd worden wanneer daar op grond van ontwikkelingen in de zorg aanleiding toe is.

Voorafgaand aan bepaalde aanspraken of vormen van behandelingen moet het ZVK toestemming verlenen.² De gevallen waarin het ZVK deze toestemming moet verlenen worden in dit hoofdstuk per aanspraak nader aangegeven.

Het aansprakenpakket omvat in ieder geval:

4.1 Huisartsenzorg

De verzekerde heeft recht op genees- en heelkundige zorg te verlenen door een huisarts.

Onder de huisartsenzorg vallen:

- het consult;
- de visite;
- het voorschrijven van recept.

Bovendien heeft de verzekerde aanspraak op bijkomend laboratorium, radiologisch, functie – en pathologisch- anatomisch onderzoek op verwijzing van een huisarts.

Geneeskundige keuringen en alternatieve geneeswijzen vallen niet onder de huisartsenzorg en maken dus geen deel uit van het aansprakenpakket.

4.2 Medisch-specialistische zorg.

Medisch-specialistische zorg betreft geneeskundige zorg, specialistische geestelijke zorg en verloskundige zorg. Deze zorg moet worden verleend door een ziekenhuis, medisch- specialist of een psychiater. De verzekerde heeft aanspraak op deze zorg alleen op verwijzing van een huisarts of een specialist. Een verloskundige mag ook verwijzen voor verloskundige zorg door een gynaecoloog.

Voorts betreft medisch-specialistische zorg in de omvang en onder de nadere voorwaarden uit de Regeling de volgende behandelingen.

1. Diverse vormen van transplantatie van weefsels en organen:
 - a. beenmergtransplantatie;
 - b. bottransplantatie;
 - c. hoornvliestransplantatie;
 - d. huidweefseltransplantatie;
 - e. niertransplantatie;
 - f. harttransplantatie;
 - g. levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
 - h. longtransplantatie;
 - i. hartlongtransplantatie;
 - j. nierpancreastransplantatie;

² Zie paragraaf 3.3.3. voor toestemmingsprocedure.

een en ander voor zover het een indicatiegebied betreft dat algemeen voor de desbetreffende vorm van transplantatie is aanvaard.

2. Behandeling van plastische- chirurgische aard tot correctie van:
 - a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - c. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltaspleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - e. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

Behandeling van plastische- chirurgische aard omvat niet:

- a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een geheel of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de in onderdeel c bedoelde behandeling;
- e. behandelingen tegem snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op circumcisie

Toestemming van het ZVK.

De kosten voor alle behandelingen van plastisch- chirurgische aard, worden door het ZVK slechts vergoed na voorafgaande toestemming.

3. Specialistische Geestelijke Gezondheid Zorg door een psychiater GGZ-zorg gepaard gaande met opname en verblijf in een instelling wordt echter aangemerkt als ziekenhuiszorg dan wel langdurige zorg
4. Psoriasisdagbehandeling door of op verwijzing van een dermatoloog
5. Second opinion van een kundige zorgverlener in de regio bij:
 - a. een levensbedreigende aandoening,
 - b. twijfel in verband met urgentie van een behandeling
 - c. operatie met onomkeerbare gevolgen
 - d. gerede twijfel over de betaalmethode
6. Medisch noodzakelijke UVB lichttherapie

4.3 Ziekenhuiszorg

De verzekerde heeft aanspraak op opname in een ziekenhuis. In verband met verloskundige zorg hebben zowel de moeder als het kind aanspraak op opname in een ziekenhuis.

De verzekerde wordt in alle gevallen opgenomen in de derde klasse, in een ruimte voorzien van een afdoend klimaatbeheersing- en insecten weringsysteem. Opname in een hogere klasse is alleen gedekt indien opname daarin medisch noodzakelijk is. De behandelende zorgaanbieder bepaalt in welke gevallen plaatsing in een hogere klasse medisch noodzakelijk is.

4.4 Paramedische zorg

De verzekerde heeft aanspraak op de volgende paramedische zorg in de omvang en onder de nadere voorwaarden uit de Regeling.

1. fysiotherapie tot ten hoogste 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
2. oefentherapie tot ten hoogste 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
3. logopedie; indien de hulp strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht;
4. ergotherapie tot maximaal 10 uren per kalenderjaar;
5. diëtisten behandeling tot maximaal 4 uren per kalenderjaar;
6. psychologische behandelingen tot 9 behandelingen per kalenderjaar inclusief intake;
7. psychotherapeutische behandelingen betreffende 25 zittingen tenzij verzekerde jonger is dan 18 jaar en 50 zittingen indien verzekerde 18 jaar en ouder is;
8. podologische behandelingen, podozolen en podotherapie;
9. medisch pedicuren voor mensen met diabetisch voet;

De oefentherapie omvat ook de oefentherapie Caesar en Mensendieck evenals de bekkenfysiotherapie.

De fysiotherapie en de oefentherapie kunnen met ten hoogste negen behandelingen worden uitgebreid op basis van een bijgesteld behandelplan.

De aanspraak op logopedie omvat stottertherapie. De aanspraak omvat niet de behandeling van dyslexie.

De verzekerde heeft geen recht op chiropractie of elektrisch ontharen.

Toestemming van het ZVK.

Paramedische zorg algemeen

De paramedische behandelingen dienen in een daarvoor bestemde praktijkruimte plaats te vinden. Het ZVK kan toestemming verlenen voor een behandeling thuis.

Fysiotherapie en oefentherapie

De toestemming voor maximaal 9 extra behandelingen kan achterwege blijven voor fysiotherapie en oefentherapie indien er een bijgesteld behandelplan door de zorgaanbieder is gemaakt.

Als de verzekerde aan een van de aandoeningen genoemd in paragraaf 4.4.1 (voorheen "lijst Borst") lijdt en deze aandoening gepaard gaat met stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit

zijn bovenop de maximaal 9+9 behandelingen meer behandelingen toegestaan na eenmalige toestemming van het ZVK.

Logopedie

Het ZVK dient voorafgaand aan een logopedie behandeling toestemming te verlenen. De aanvraag om toestemming gaat vergezeld van een deugdelijke motivering van de verwijzende arts of tandartspecialist.

Psychologische behandelingen

Het ZVK dient voorafgaand aan psychologische behandeling toestemming te verlenen.

4.4.1 Meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie

Indien de verzekerde aan een van de volgende vaak chronische aandoeningen lijdt kan hij aanspraak maken op meer behandelingen fysiotherapie of oefentherapie dan in paragraaf 4.4 zijn genoemd.

1. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipale sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval; voor een periode van maximaal drie maanden;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis, of
2. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva); voor een periode van maximaal 12 maanden
 - 8°. reumatoïde artritis of chronische reuma;
 - 9°. chronische artritiden;
 - 10°. spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
 - 11°. reactieve artritis;
 - 12°. juveniele chronische artritis;
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;

- 16°. whiplash; voor een periode van maximaal 3 maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen kan deze periode verlengd worden met maximaal 6 maanden;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit; voor een periode van maximaal 3 maanden;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld, voor een periode van maximaal 6 maanden na conservatieve behandeling;
3. of een van de volgende hartaandoeningen:
- 1°. myocard-infarct (AMI);
 - 2°. status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
 - 3°. status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
 - 4°. status na hartklepoperatie;
 - 5°. status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen, of
4. of een van de volgende aandoeningen:
- 1°. chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van een FEV1/VC kleiner dan 60%;
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling; voor een periode van maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging van de behandeling;
 - 6°. claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine; voor een periode van maximaal 12 maanden;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

4.5 Tandheelkundige Zorg

De verzekerde jonger dan 18 jaar (jeugdige) heeft recht op tandheelkundige zorg door een instelling voor jeugd tandverzorging; door een tandarts of door een tandartsspecialist.

De tandheelkundige hulp voor jeugdige verzekerden omvat in de omvang en onder de voorwaarden nader bepaald in de Regeling de volgende behandelingen.

- a. periodiek preventief onderzoek eens per jaar tenzij tandheelkundig meer nodig is;
- b. incidenteel consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie tot tweemaal per jaar, indien het betreft een verzekerde in de leeftijd vanaf 6 jaar. In bijzondere gevallen bestaat meer dan tweemaal per jaar aanspraak op fluorideapplicatie;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp (hulp bij ontsteking omgeving tand);
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp (hulp bij wortelontsteking);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewricht en –spieren);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen indien dit betreft de vervaging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd,

- dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp

Orthodontie met uitzondering van esthetische orthodontie wordt voor verzekerden jonger dan 18 jaar gedeeltelijk vergoed.

De verzekerde van 18 jaar en ouder (volwassene) heeft aanspraak op eenmalige sanering. De sanering bestaat uit een röntgenfoto, anaesthesie, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en extracties.

De tandheelkundige zorg vindt plaats in een door de tandarts ingerichte praktijkruimte en binnen de reguliere praktijken. In bijzondere gevallen kunnen er uitzonderingen hierop zijn. Indien de hulp buiten de reguliere praktijken plaatsvinden is de verzekerde een bijdrage verschuldigd ter hoogte van het bedrag aan extra kosten.

De tandheelkundige hulp omvat geen behandeling die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig is.

Toestemming van de ZVK.

De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft voorafgaand aan de volgende behandelingen toestemming van het ZVK nodig.

- tandvervangende hulp met niet- plastische materialen
- meer dan tweemaal per jaar fluoridebehandeling;
- paradontale chirurgie (chirurgie betreffende ontsteking omgeving tand);
- extractie onder narcose;
- osteotomie;
- het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

4.6 Farmaceutische zorg

De verzekerde heeft aanspraak op:

1. advies en begeleiding van de apothekers omtrent medicatie en verantwoord gebruik van geneesmiddelen;
2. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten indien de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding.

De farmaceutische zorg omvat tevens de griepvaccinatie

De verzekerde heeft slechts aanspraak op farmaceutische zorg die is voorgeschreven door een arts, tandarts, verloskundige of een persoon of instelling die zorg verleent van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard.

Bij de farmaceutische zorg worden in beginsel alleen generieke geneesmiddelen voorgeschreven op basis van een te publiceren lijst.

Verzekerden tot 21 jaar hebben tevens aanspraak op anticonceptiva. Deze voorbehoedsmiddelen zijn de anticonceptiepil, het (hormoon)spiraal, het hormoonstaafje, het pessarium, alsmede de morning-afterpil.

Per recept wordt slechts die hoeveelheid geneesmiddelen verstrekt die benodigd is voor de periode van maximaal een maand. Uitzonderingen zijn: orale anticonceptiva: één jaar, geneesmiddelen bij chronische ziekte uitgezonderd hypnotica of anxiolytica: 3 maanden, antibiotica of chemotherapeutica: vijftien dagen.

De verzekerde heeft een aanspraak op herhalingsrecepten. De farmaceutische zorg omvat niet de vergoeding van eenvoudige pijnstillers.

De verzekerde heeft geen aanspraak op geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis, gewone dieetmiddelen en/of drogisterijmiddelen.

Toestemming van het ZVK.

Het ZVK moet toestemming geven voor overschrijding van het maximum hoeveelheid medicijnen. De behandelend arts moet de medische indicatie daarvoor aangeven.

4.7 Hulpmiddelenzorg

De aanspraak op hulpmiddelen omvat de verschaffing van een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel in de omvang en onder de nadere voorwaarden uit de Regeling. De hulpmiddelen waarop de verzekerde aanspraak kan maken zijn de volgende.

- a. prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet
- b. mammaprothesen indien het gebruik ervan is aangewezen ter vervanging van een gedeeltelijk of nagenoeg geheel ontbrekende borstklier;
- c. gelaatsprothesen ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen;
- d. oogprothesen
- e. orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals zoals orthopedisch schoeisel;
- f. gezichtshulpmiddelen zoals brillen en lenzen en de vervanging hiervan;
- g. gehoorhulpmiddelen (eigen bijdrage verschuldigd);
- h. verzorgingsmiddelen zoals urineopvangzakken, voorzieningen voor stomapatiënten, catheters en incontinentiematerialen;
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden zoals pessaria en spiraaltjes;
- j. hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen zoals krukken, loophulpen, rollators, blindenstokken en –na toestemming- rolstoelen;
- k. pruiken;
- l. injectiespuiten en toebehoren
- m. uitwendige hulpmiddelen, te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. hulpmiddelen bij diabetes zoals bloedafname apparatuur, bloedglucosetestmeter, teststrips en infuuspompen;
- o. apparatuur voor positieve uitademingsdruk;

- p. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren ;
- q. schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen, zoals verbandschoenen en allergeenvrije schoenen);
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding;
- s. allergeenvrije en stofdichte hoezen zoals matras-, dekbed- en kussenhoezen;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering;
- u. prothetische voorzieningen voor de onder- of bovenkaak tenzij vallend onder tandheelkundige zorg;
- v. zuurstofapparaten dan wel zuurstofconcentratoren met toebehoren;
- w. longvibrators;
- x. vernevelaars met toebehoren;
- y. beeldschermloepen;
- z. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- aa. hulpmiddelen voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen (CPAP-apparatuur) met toebehoren;
- bb. soloapparatuur met toebehoren;
- cc. tactiële apparatuur met toebehoren;
- dd. vervanging van hoortoestellen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider (BAHA-hoortoestel);
- ee. hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen zoals trippelstoelen en loopfietsen;
- ff. inrichtingselementen van woningen zoals aangepaste meubelen, antidecubituskussens, -bedden en -matrassen.

De aanspraak op hulpmiddelen omvat ook wijzigingen of herstel hiervan behalve als deze het gevolg is van onmiskenbaar onzorgvuldig gebruik, gebruikstraining, stroomkosten van bepaalde apparatuur
 Het ZVK beslist of bepaalde hulpmiddelen in eigendom of in bruikleen worden verschaft.

Toestemming van het ZVK.

Het ZVK moet toestemming verlenen voor de aanschaf van een rolstoel.

4.8 Verloskundige zorg

De verzekerde heeft aanspraak op de volgende verloskundige zorg.

- begeleiding bij de bevalling en vergoeding bevallingskosten
- prenatale zorg
- postnatale zorg
- gynaecoloog op medische indicatie
- ziekenhuisligging voor 3 dagen tenzij meer medisch nodig is
- gebruik verloskamer
- medische- en verpleegartikelen
- vergoeding van laboratoriumkosten

4.9 Kraamzorg

De verzekerde moeder en kind hebben aanspraak op kraamverzorging thuis (24 -49 uur) of in een kraaminrichting (maximaal 3 dagen) door een kraamverzorgende of door een organisatie die het verlenen van kraamzorg ten doel heeft.

Bovendien heeft de verzekerde aanspraak op kraampakket, medische- en verpleegartikelen en op verwijzing van verloskundige of consultatiebureau een lactatiekundige.

4.10 Ziekenvervoer

De verzekerde heeft aanspraak op ziekenvervoer in de omvang en onder de nadere voorwaarden uit de Regeling.

Ziekenvervoer omvat de volgende verstrekkingen en of gevallen.

1. Medisch noodzakelijk vervoer per ambulance van of naar een zorginstelling naar of van de woning;
2. transportvergoeding anders dan per ambulance voor zover
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
3. "Air"- ambulance in geval van een noodsituatie in verband met ziekte of ongeval in verband met medische uitzendingen;
4. Vervoerskosten in verband met medische uitzendingen voor vervoer van plaats van verblijf naar plaats van bestemming en vice versa.

Toestemming van het ZVK.

Het ZVK moet voorafgaand toestemming verlenen voor de transportvergoeding. Deze kan per eiland verschillen. Het vervoer van een begeleider wordt ook vergoed als dat volgens de behandeld arts noodzakelijk is of het een minderjarige kind betreft.

4.11 Repatriëringkosten overledene

Indien de verzekerde gedurende een medische uitzending op de plaats van verblijf overlijdt, hebben de nabestaanden recht op vergoeding van de repatriëringkosten. Dat wil zeggen dat zij recht hebben op een volledige vergoeding van transportkosten van het stoffelijke overschot vanuit de plaats van verblijf naar de woonplaats van de overleden verzekerde op het grondgebied van Caribisch Nederland.

4.12 Hulp audiologisch centrum

De verzekerde heeft aanspraak op audiologisch hulp voor maximaal 6 weken.

Deze hulp omvat:

- a. onderzoek van de gehoorfunctie;
- b. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- d. psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Toestemming van het ZVK.

Het ZVK moet toestemming verlenen indien de audiologisch hulp langer dan 6 weken moet worden gegeven.

4.13 Hulp erfelijkheidsadvisering

Hulp in het kader van erfelijkheidsadvisering omvat onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultra geluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psychosociale begeleiding.

4.14 Niet- klinische haemodialyse

De niet- klinische haemodialyse houdt in:

- a. de voor de verzekerde noodzakelijke haemodialyse, daarmee verbandhoudend geneeskundig onderzoek, behandeling en farmaceutische hulp;
- b. de voor de verzekerde noodzakelijke erythropoëtine;
- c. vergoeding van de kosten verband houdende met psycho-sociale begeleiding van de verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn, een en ander te verlenen door aan het dialysecentrum verbonden deskundigen.

Voor niet-klinische dialyse dient een indicatie te bestaan.

4.15 Chronische intermitterende beademing

De chronisch intermitterende beademing omvat:

- a. het regelmatig verblijven gedurende minder dan 24 uur in een beademingscentrum ten behoeve van de mechanische beademing;
- b. het gebruik van de mechanische beademingsapparatuur ten huize van de verzekerde, dan wel in een daartoe ingerichte lokaliteit, indien de beademing aldaar plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum als bedoeld onder a.

Toestemming van het ZVK

Het ZVK dient voorafgaand aan de hulp van chronische intermitterende beademing toestemming verlenen.

4.16 Revalidatie zorg

De verzekerde heeft aanspraak op revalidatie zorg in de omvang en onder de nadere voorwaarden uit de Regeling.

Toestemming van het ZVK

Voor revalidatie zorg die langer doorloopt dan 2 maanden dient het ZVK toestemming te geven.

4.17 Onderzoek in het kader van tuberculose of tuberculose-infectie

4.18 Hulp door een Trombosedienst

De hulp door een Trombosedienst omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;

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

4.19 Laboratorium, radiologisch, functie- en pathologisch-anatomisch onderzoek

4.20 Langdurige zorg

De verzekerde met een tekort aan zelfredzaamheid heeft recht op persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding door een instelling voor thuiszorg, een verzorgingshuis, verpleeghuis of instelling voor gehandicapten. Indien de verzekerde een beschermend woonklimaat, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht nodig heeft, heeft hij recht op opname en verder verblijf in een verzorgingshuis, verpleeghuis of instelling voor gehandicapten. De echtgenoot van de verzekerde mag ook verblijven in de instelling.

Toestemming van het ZVK

Het ZVK dient op aanvraag van de behandelende arts – eventueel achteraf - toestemming te geven voor langdurige zorg.

4.21 Medische uitzendingen

De verzekerde heeft aanspraak op medische uitzending naar een arts waarmee het ZVK direct of indirect een overeenkomst heeft gesloten.

Bij medische uitzendingen dient de verzekerde zelf reis- en eventuele verblijffarrangementen te maken tenzij het ZVK daarin voorziet.

Het kantoor zal in 2011 vooralsnog de vliegtickets en de hotels voor de verzekerde (doen) boeken.

De volgende kosten worden vergoed voor de verzekerde die medisch is uitgezonden:

Naast de kosten van behandeling worden de volgende kosten vergoed voor de verzekerde die medisch is uitgezonden:

- daggeldvergoeding voor de verzekerde en, indien van toepassing, diens begeleider;
- luchthavenbelastingen
- vervoerskosten naar de luchthaven van vertrek en van de luchthaven van aankomst naar de plaats van bestemming en vice versa;
- hotelkosten;
- verblijfskosten ten behoeve van verblijf bij familie.

Het ZVK stelt de hoogte van de kostenvergoeding per eiland vast. Doorgaans zal het ZVK voor de verzekerde de vliegtickets en de hotels boeken.

Toestemming van het ZVK

Het ZVK dient vooraf aan een medische uitzending toestemming te verlenen. Deze toestemming vooraf kan achterwege blijven bij acute noodsituaties. Het ZVK toetst dan achteraf de rechtmatigheid en doelmatigheid van de medische uitzending.

Voor zover het ZVK hiervoor toestemming heeft gegeven bestaat ook aanspraak op:

- medische uitzendingen naar niet gecontracteerde zorgaanbieders
- begeleiding bij medische uitzendingen. De reis- en verblijfskosten van de begeleider worden slechts vergoed indien de verzekerde jonger dan 18 jaar is, of geestelijk gehandicapt is, of lichamelijk gehandicapt is en gebruikt maakt van een medisch hulpmiddel voor de voortbeweging of visueel gehandicapt is of ernstig ziek is en naar het oordeel van de behandelende huisarts of specialist onmogelijk zonder begeleiding kan reizen.
- begeleiding door beide ouders bij medische uitzendingen bij een ziek minderjarige verzekerde die in een terminale fase van zijn ziekte of die behandeld wordt met cytostatica of die lijdt aan leukemie of een vergelijkbare ziekte of die in andere bijzondere gevallen van levensbedreigende aard verkeerd.
- langer verblijf bij medische uitzendingen wegens medische redenen
- verlenging van zorg in het buitenland

Bijzondere gevallen

Bij het tot gelding brengen van aanspraken gelden nog enkele bijzondere regels.

Zo zijn het aanbod en de kwaliteit van de zorg in Caribisch Nederland nog in ontwikkeling. Dit betekent dat het nog niet altijd mogelijk is direct precies de wenselijke zorg te bieden. Daarom is in de regelgeving bepaald dat de aanspraak op vervoer of zorg slechts geldend kan worden gemaakt als de zorg ook redelijkerwijs kan worden geboden.

Ook is geregeld dat zorg in het buitenland alleen is verzekerd als dat medisch noodzakelijk is. En als een verzekerde zich wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder wordt de vergoeding van de kosten beperkt.

De bijzondere regels zijn:

- a. de aanspraak op zorg of vervoer kan slechts tot gelding worden gebracht voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen (art. 6, lid 6 Besluit zorgverzekering BES);
- b. de aanspraak op zorg of vervoer op de eilanden kan in beginsel slechts geldend worden gemaakt voor zover de zorg ook in redelijkheid geboden kan worden (art. 6, lid 7 Besluit zorgverzekering BES);
- c. aan de toestemming om zich te wenden tot een niet door het Zorgverzekeringskantoor gecontracteerde zorgaanbieder wordt de voorwaarde verbonden dat een vergoeding achteraf voor verleende zorg wordt verleend van maximaal 80% van het tarief dat het Zorgverzekeringskantoor aan een gecontracteerde zorgaanbieder betaalt;
- d. als bij verblijf buiten het grondgebied van de eilanden, anders dan bij medische uitzending, bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder zorg wordt ingeroepen wordt deze zorg alleen vergoed als die zorg redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkomst;

e. de onder d. bedoelde vergoeding bedraagt niet meer dan het op het desbetreffende eiland geldende tarief. Als geen tarief is vastgesteld geldt het gebruikelijke tarief in het land van behandeling. Als ook dat tarief niet is vastgesteld geldt het tarief dat in Europees Nederland maximaal in rekening wordt gebracht.

Tot zover uw zorganspraken. U kunt altijd contact opnemen met het ZVK indien u vragen heeft over uw zorganspraken.

HOOFDSTUK 5 RECHTSBESCHERMING

5.1 Rechten en plichten

Aan de verzekerde komen toe de rechten die voortvloeien uit het Besluit, de aanverwante aanvullende regelingen en uit het Burgerlijk Wetboek BES.

De verzekerde heeft zowel rechten tegenover het ZVK als rechten tegenover de zorgaanbieder.

Indien de verzekerde niet tevreden is of niet eens is met een handeling en/of een beslissing van het ZVK of van een zorgaanbieder heeft hij verschillende mogelijkheden om een klacht in te dienen en/of bezwaar te maken. Hiervoor zijn er vijf mogelijkheden die in de volgende paragrafen nader worden besproken

5.1.1 Rechten van de verzekerde

De verzekerde heeft het recht dat hij correct wordt behandeld door de medewerkers van het ZVK. Bovendien heeft de verzekerde het recht op privacy dus hij kan verwachten dat de medewerkers van het ZVK dit respecteren en met alle zorgvuldigheid omgaan met zijn gegevens.

De verzekerde heeft het recht dat hij correct wordt behandeld door de zorgaanbieder. Tevens heeft de verzekerde recht op informatie over aard, doel, gevolgen en risico's van een onderzoek en/of behandeling van de zorgaanbieder. De verzekerde heeft ook recht op informatie over de staat en vooruitzicht van zijn gezondheidstoestand. De zorgaanbieder mag geen informatie aan derden over de verzekerde verstrekken tenzij de verzekerde hiervoor uitdrukkelijk toestemming geeft. Ook tegenover de zorgaanbieder heeft de verzekerde recht op privacy.

5.1.2 Plichten van de verzekerde

De verzekerde is verplicht het ZVK te informeren over iedere omstandigheid of wijziging daarin die van invloed kan zijn op de uitvoering van het Besluit en de Regeling. De verzekerde heeft niet meer aanspraken dan die voortvloeien uit het Besluit en de Regeling. Bovendien moet de verzekerde zich als een goede verzekerde gedragen en geen misbruik maken van de zorgaanspraken die aan hem toekomen.

5.2 Klachtenprocedure

Het ZVK heeft een klachtenregeling. Indien de verzekerde vindt dat hij niet correct is behandeld door een medewerker van het ZVK kan hij een klacht hierover indienen bij het ZVK. De verzekerde kan zijn klacht mondeling dan wel schriftelijk indienen. Het ZVK neemt zo spoedig mogelijk de klacht in behandeling en de verzekerde krijgt binnen redelijke tijd een antwoord.

Is de verzekerde niet tevreden met de afhandeling dan kan hij zich wenden tot de Nationale ombudsman (zie 5.3)

Elke zorgaanbieder behoort een klachtenregeling te hebben. Indien de verzekerde vindt dat hij niet correct is behandeld door een zorgaanbieder of zijn medewerker dan kan hij een klacht indienen bij de zorgaanbieder.

Is de verzekerde niet tevreden met de afhandeling dan kan hij zich wenden tot een onafhankelijke klachtencommissie waar de zorgaanbieder zich bij dient aan te sluiten.

5.3 Nationale ombudsman

Mocht de verzekerde niet tevreden zijn met de afdoening van de klacht of de klachtbehandeling door het ZVK kan de verzekerde daarover naar de Nationale ombudsman. De Nationale ombudsman probeert zoveel mogelijk tot een overeenstemming te komen tussen het ZVK en de verzekerde. De ombudsman brengt daarover zo nodig advies uit.

De Nationale ombudsman is voor de eilanden Bonaire, Saba en Sint Eustatius te bereiken via de Rijksdienst Caribisch Nederland. Ook kan een klacht direct worden ingediend op www.nationaleombudsman.nl. Op de website van de Nationale ombudsman vindt u daarover meer informatie.

5.4 Bezwaar

De verzekerde kan in bezwaar bij het hoofd van het ZVK tegen een beslissing betreffende het verlenen van een aanspraak dan wel een opgelegde eigen bijdrage. De termijn voor het indienen van een bezwaarschrift is maximaal zes weken. De verzekerde kan het ZVK vragen om het besluit schriftelijk op te stellen. Daarbij kan zo nodig op het eerder genomen besluit worden teruggekomen.

Het bezwaarschrift moet de volgende onderdelen bevatten.

- Uw naam en adres.
- De datum en de handtekening van de belanghebbende.
- Een omschrijving tegen welke beslissing u bezwaar maakt.
- De redenen waarom u het met deze beslissing niet eens bent.

Indien de verzekerde het bezwaarschrift niet binnen de gestelde termijn indient, verklaart het ZVK het bezwaarschrift niet-ontvankelijk.

Het ZVK handelt zo spoedig mogelijk doch binnen uiterlijk 4 maanden het bewaarschrift af. Voor een goede afhandeling van het bezwaar kan het ZVK ook een hoorzitting organiseren. Het ZVK kan het bezwaar gegrond, ongegrond, deels gegrond of deels ongegrond verklaren.

5.5 Beroep bij de rechter en Tuchtrechtspraak

Mocht de verzekerde niet eens zijn met de beslissing of behandeling van het bezwaar door het ZVK staat vervolgens beroep open bij het Gerecht in Eerste Aanleg van Bonaire, Sint Eustatius of Saba en hoger beroep bij het Gemeenschappelijk Hof van Justitie van Curaçao, Aruba, Sint Maarten en van Bonaire, Sint Eustatius en Saba.

Indien de zorgaanbieder niet handelt conform de gedragsregels van zijn beroepsgroep kan de verzekerde ook een klacht indienen bij het Medisch Tuchtcollege. Dit kan het geval zijn indien de zorgaanbieder onzorgvuldig heeft gehandeld, te traag heeft opgetreden of te weinig voorlichting heeft gegeven.