



CONVENANT
inzake het

door de Minister van Bestuur, Planning en Dienstverlening voorgelegd onderwerp optimalisatie functioneren overheidsapparaat gericht op de personeelskosten alsmede de toetreding van ambtenaren tot de basisverzekering ziektekosten

Tussen de ondergetekenden,

1. de Minister van Bestuur, Planning en Dienstverlening,
2. de Centrale Commissie van Vakbonden,

hierna te noemen: de partijen,

en

3. de Voorzitter van het Centraal Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken,

is overleg gevoerd betreffende het volgend onderwerp: het toetreden tot de basisverzekering.

Overwegende dat,

- ingevolge artikel 4, eerste lid, van de Landsverordening Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken (P.B. 2008, no. 70), binnen het Centraal Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken bestaande uit de Minister en de Centrale Commissie, en onder leiding van de voorzitter, overleg moet worden gevoerd inzake alle aangelegenheden van algemeen belang voor de rechtstoestand van ambtenaren, met inbegrip van de algemene regels volgens welke het personeelsbeleid zal worden gevoerd;
- partijen overeenstemming hebben bereikt inzake de toetreding tot basisverzekering ziektekosten;

Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken

Ansinghstraat 17, Curaçao

Tel.: 5999 461-5406 / 461-5328 • Fax: 5999 461-5399

20/10/2014

- partijen het resultaat van die overeenstemming in een convenant wensen neer te leggen als bedoeld in artikel 10, derde lid, van de Landsverordening Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken;

Komen partijen overeen:

Artikel 1

1. Met ingang van 1 november 2014 treedt het overheidspersoneel toe tot de basisverzekering ziektekosten op de wijze zoals is voorzien in artikel 12.9, tweede lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten (P.B. 2013, no. 3). Dat impliceert dat per die datum de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten overheidsdienaren zal worden ingetrokken.
2. In verband met de toetreding, bedoeld in het eerste lid, zal voor het overheidspersoneel een aanvullende ziektekostenvoorziening worden getroffen als bedoeld in artikel 3.2, tweede lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten (P.B. 2013, no. 3). Met die aanvullende voorziening zal worden bewerkstelligd dat op het moment van de toetreding die aanvullende voorziening samen met de basisverzekering ziektekosten in totaliteit gelijkwaardig is aan de in de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten overheidsdienaren neergelegde voorziening onmiddellijk voorafgaande aan de toetreding. Ten bewijze hiervan ontvangt het overheidspersoneel een legitimatiebewijs.
3. Als bijlage is opgenomen een lijst van punten waarop de basisverzekering ziektekosten verschilt van de voorziening van de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten.

Artikel 2

Indien zich onvoorziene omstandigheden voordoen die wezenlijke gevolgen hebben voor de uitvoering van dit convenant zullen partijen hierover met elkaar in overleg treden.

Artikel 3

Dit convenant treedt inwerking op 8 oktober 2014

2/3



Aldus overeengekomen op 8 oktober 2014, te Curaçao en in 6-voud opgemaakt.

De Minister van Bestuur, Planning en Dienstverlening,



Etienne van der Horst

Namens de Centrale Commissie van Vakbonden,

ABVO
Wendy E. Calmes



NABP
Ronaldo C. Abrahams

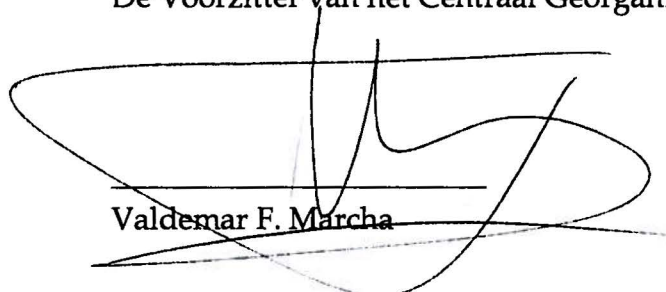


SAP
Marco A. Lacle



STAF
Willem H. van Lamoen

De Voorzitter van het Centraal Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken



Valdemar F. Marcha

Bijlage (1):

- een lijst van punten waarop de basisverzekering ziektekosten verschilt van de voorziening van de Regeling vergoeding behandelings- en verplegingskosten.

PAKKETVERGELIJKING OVERHEIDSDIENAREN,-GELIJKGESTELDEN EN BVZ-VERZEKERDEN 22-09-2014 *

	Overheidsdienaren	BVZ verzekerden	Bijzonderheden
Huisartsen-zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Vrije artsenkeuze voor zowel 90 als 100 procent verzekerden. 	<ul style="list-style-type: none"> • BVZ-verzekerden zijn gebonden aan één huisarts. • Eén keer per jaar, in de maand september kunnen BVZ-verzekerden van huisarts veranderen 	<ul style="list-style-type: none"> • . • .
Specialisten-zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Vrije specialistenkeuze voor zowel 90 als 100 procent verzekerden. • Een verwijfsbrief is 6 maanden geldig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem 	<ul style="list-style-type: none"> • In geval van een verwijzing naar een dialyse-arts, komt de vervolg halfjaarlijkse verwijfsbrief te vervallen. • De kosten verbonden aan plastisch chirurgische behandelingen worden slechts vergoed na voorafgaande machtiging van de medisch adviseur. • Een verwijzing naar een oogarts of kinderarts behoeft geen administratieve verwijfsbrief voor de overheidsdienaren en gelijkgestelden, maar wel voor de BVZ-verzekerden.
Tandheelkundige-zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Vrije tandartskeuze voor zowel 90 als 100 procenters. • Er is sprake van een beperkte voorschot-regeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van beperkte tandartskeuze, aangezien niet alle tandartsen BVZ tarieven accepteren. • Tandheelkundige-zorg komt in aanmerking bij onderstaande leeftijdsgrenzen: 0 t/m 17 jaar; vanaf 18 t/m 59 jaar dat kunnen aantonen dat ze een inkomen van NAF 12.000,- per jaar genieten, met vooraf goedkeuring van SVB. vanaf 60 jaar en hoger. • Men heeft geen recht op voorschot. 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialistische kaakbehandeling geschiedt door een kaakchirurg. Verwijfsbrief van de tandarts is vereist. • De BVZ-verzekerden worden ingeschreven bij een BVZ-tandarts van hun keuze.
Geneesmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekerde heeft recht op alle door een arts of specialist voorgeschreven geneesmiddelen, voor zover ze niet op de negatieve lijst voorkomen. • Receptregel is n.v.t. 	<ul style="list-style-type: none"> • De verzekerde heeft recht op alle door een arts of specialist voorgeschreven geneesmiddelen, voor zover ze niet op de negatieve lijst voorkomen. • De verzekerde betaalt NAF 1,- eigen bijdrage per receptregel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voor geneesmiddelen die op de negatieve lijst voorkomen, kunnen worden vergoed als er vooraf een machtiging wordt aangevraagd.

	voor boven vermelde verzekerde.		
Ziekenhuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> • Overheidsdienaren in de schalen 1 t/m 5 hebben recht op 3^{de} klas ziekenhuisligging. • Overheidsdienaren in de schalen 6 en hoger hebben recht op 2^{de} klas ziekenhuisligging. • Overheidsdienaren in de schalen 10 en hoger hebben recht op 1^{ste} klas ziekenhuisligging tegen betaling van een aanvullende premie van NAF 10.00 per maand. 	<ul style="list-style-type: none"> • BVZ-verzekerden hebben recht op 3^{de} klas ziekenhuisligging. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opname is mogelijk voor alle categorieën, aanmelden bij Ligdagendienst. • De FZOG-verzekerden die reeds recht hebben op 2^{de} klas, handhaven dit recht, maar de extra uitgaven voor verschil 3^e en 2^e klasse lopen niet via de BVZ maar via de overheid voor de ziekenhuizen. Specialisten kunnen geen 2^e klas FZOG declareren.
Laboratorium-radiologisch -, functie en pathologisch-anatomisch onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Men heeft vrije keus en kan in alle erkende instellingen terecht voor diagnostisch onderzoek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem 	
Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar en Mensendieck. Chiropractie	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerden hebben vrije keuze fysiotherapie op basis van 9 behandelingen. • Verlenging via de verwijzer na machtiging vd medisch adviseur. • Chiropractie wordt op basis van 6 beh. vergoed. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eerste 4 behandelingen vrij, daarna met machtigingsaanvraag en behandelplan. • Chiropractie: 1^{ste} behandeling vrij, daarna met machtigingsaanvraag en behandelingsplan. 	Verwijzing door de geneeskundige is noodzakelijk voor de 3 categorieën.

Handwritten blue ink signatures and initials, including a large stylized signature and several smaller initials.

Diëtistenzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Diëtistenzorg wordt vergoed op basis van maximaal 9 consulten. • Verlenging via de verwijzer na machtiging van de medisch adviseur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eerste vier behandelingen vrij, daarna machtigingsaanvraag en behandelplan. • Verlenging via de verwijzer na machtiging van de medisch adviseur. 	Verwijzing door de geneeskundige is noodzakelijk voor de 3 categorieën.
Logopedie	<ul style="list-style-type: none"> • Logopedie wordt vergoed op basis van maximaal 9 consulten. • Verlenging via de verwijzer na machtiging van de medisch adviseur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopedie vanaf 1^{ste} behandeling machtigingsaanvraag en vooraf goedkeuring. • Verlenging via de verwijzer na machtiging van de medisch adviseur. 	Verwijzing door de geneeskundige is noodzakelijk voor de 3 categorieën.
Podotherapie	Verzekerden hebben recht op vrije podotherapie-zorg.	Idem	<ul style="list-style-type: none"> • Medisch pedicuren worden in zeer speciale en uitzonderlijke gevallen na machtiging vooraf vergoed voor de overheidsdienaren, gelijkgestelden en BVZ-verzekerden. • Verwijzing door de geneeskundige is noodzakelijk voor de 3 categorieën.
Psychologie	Verzekerden hebben recht op maximaal 9 behandelingen inclusief de intake en met mogelijkheid voor verlenging na aanvraag.	<ul style="list-style-type: none"> • Eerste behandeling (intake gesprek) vrij, daarna behandelplan en 5 behandelingen met mogelijkheid voor verlenging na aanvraag. 	Verwijzing door de geneeskundige is noodzakelijk voor de 3 categorieën.

Thuiszorg	Thuiszorg waaronder wijkverpleegkundige zorg, gezinshulp en transport vallen, die verstrekt worden door de thuiszorgorganisaties, worden op aanvraag van de behandelende medicus na verkregen machtiging van de medisch adviseur vergoed.	<ul style="list-style-type: none"> • Thuiszorg waaronder wijkverpleegkundige zorg en transport. • Gezinshulp komt niet in aanmerking. • Geen machtiging vooraf nodig. 	
Kunst- en hulpmiddelen	<p>Onder kunst- en hulpmiddelen worden verstaan voorzieningen ter verbetering van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het gezichtsvermogen (waaronder brillen en contactlenzen). Montuur NAF 200,- met witte glazen; • het gehoor; • de voortbeweging(steunkousen, prothesen, looprek, rolstoel) en • het gebruik van de ledematen (beugels, spalken, orthesen); • de verzorging en verpleging van de patiënt in de thuissituatie (hydraulisch bed, rolstoel, bad/postoel, etc.). 	<p>Onder kunst- en hulpmiddelen worden verstaan voorzieningen ter verbetering van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het gezichtsvermogen (waaronder brillen en contactlenzen). Montuur NAF 90, - met witte glazen bij onderstaande leeftijdsgrenzen: • 0 t/m 17 jaar; vanaf 18 t/m 59 jaar dat kunnen aantonen dat ze een inkomen van NAF 12.000,- per jaar genieten, met vooraf goedkeuring van SVB; vanaf 60 jaar en hoger. • het gehoor; • de voortbeweging(steunkousen, prothesen, looprek, rolstoel) en • het gebruik van de ledematen (beugels, spalken, orthesen); • de verzorging en verpleging van de patiënt in de thuissituatie (hydraulisch bed, rolstoel, bad/postoel, etc.). 	Machtiging vooraf door de medisch adviseur van SVB is vereist m.u.v. brillen.
Vervoer	Ambulance voor spoed Vervoer	Idem	

Handwritten signatures and scribbles in blue and black ink, located in the bottom left corner of the page.

Verloskundige Hulp, bevallingskosten en kraamzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Bevallingskosten en kraamzorg worden in de tweede klasse van de "Fundashon Duna Lus" vergoed. • Verloskundige hulp wordt vergoed. • Indien er sprake is van medische indicatie wordt de verzekerde naar een gynaecoloog verwezen. • Ingeval van een thuisbevalling wordt slechts de verloskundige vergoed. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bevallingskosten (totaal pakket incl. thuiskraamzorg) bij "Fundashon Duna Lus" komen in aanmerking. • Verloskundige hulp wordt vergoed. • Indien er sprake is van medische indicatie wordt de verzekerde naar een gynaecoloog verwezen. • Ingeval van een thuisbevalling wordt slechts de verloskundige vergoed. 	
Medische uitzending	<ul style="list-style-type: none"> • Medische uitzending wordt zowel voor de 90 als 100 procent verzekerden vergoed. • Vliegtuig ongeval van uitzending naar het buitenland. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medische uitzending wordt voor de BVZ-verzekerden vergoed. • Vliegtuig ongeval van uitzending naar het buitenland. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buitenlandse uitzending kan slechts door een medisch specialist worden aangevraagd en niet door een huisarts. • Begeleider komt ook in aanmerking indien noodzakelijk. • Bij een acuut geval in het Buitenland worden de medisch noodzakelijke onvermijdelijke kosten vergoed voor de Overheidsdienaren en gelijkgestelden doch niet voor de BVZ-verzekerden.

*Informatiebronnen : PB 1986 no. 165 zoals gewijzigd, circulaires en richtlijnen van voorheen Stichting BZV voor de Overheidsdienaren en Gelijkgestelden. PB 2013 no. 3, 4 en 6 en richtlijnen van SVB voor de BVZ-verzekerden.