



## Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 december 2010, nr. Z/VV-3038488, houdende regels voor de toepassing van het Besluit van 22 december 2010 houdende regels voor een zorgverzekering voor de bevolking van Bonaire, Sint Eustatius en Saba (Regeling aanspraken zorgverzekering BES)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 6, tweede en derde lid, 8, vierde tot en met zevende lid, 10, zesde lid en 18 van het Besluit zorgverzekering BES;

Besluit:

### HOOFDSTUK 1. AANSPRAKEN ALS BEDOELD IN ARTIKEL 6, TWEEDE EN DERDE LID, VAN HET BESLUIT ZORGVERZEKERING BES

#### § 1. Algemene bepalingen

##### Artikel 1.1.1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *Minister*: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *specialist*: een arts die bevoegd is tot uitoefening van het desbetreffende specialisme;
- c. *tandarts-specialist*: een persoon die bevoegd is tot het verlenen van tandheelkundig-specialistische zorg;
- d. *huisarts*: een arts die bevoegd is tot uitoefening van de huisartsengeneeskunde;
- e. *paramedicus*: een persoon die bevoegd is tot het verlenen van paramedische zorg;
- f. *verloskundige*: een persoon die bevoegd is tot het verlenen van verloskundige zorg;
- g. *psycholoog*: een persoon die bevoegd tot het verlenen van psychologische zorg;
- h. *het besluit*: het Besluit zorgverzekering BES;
- i. *BES-eilanden*: de eilanden bedoeld in artikel 1, onderdeel k, van het besluit;
- j. *Zorgverzekeringskantoor BES*: Zorgverzekeringskantoor BES bedoeld in artikel 1, onderdeel c, van het besluit;
- k. *geneesmiddel*: geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening BES;
- l. *eigen bijdrage*: een bijdrage in de kosten bedoeld in artikel 6, vierde lid, van het besluit;
- m. *ter hand stellen*: het rechtstreeks verstrekken of doen bezorgen van een geneesmiddel aan de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd.

##### Artikel 1.1.2

De inhoud en omvang van de zorg of diensten, omschreven in de artikelen 1.2.1 tot en met 1.13.4 wordt bepaald door het totaal aan zorg dat de zorgverlenende personen en instellingen kunnen bieden, hetgeen nader wordt omschreven in de overeenkomsten bedoeld in artikel 8 van het besluit en wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

##### Artikel 1.1.3

Indien op grond van deze regeling toestemming dient te worden verkregen van het Zorgverzekeringskantoor BES, hoeft deze niet te worden gevraagd indien het Zorgverzekeringskantoor BES en de desbetreffende zorgaanbieder voor de noodzakelijke zorgverlening handlingsprotocollen zijn overeengekomen en de zorg, of, in voorkomend geval, de zorg waarvoor de verzekerde door de behandelend zorgaanbieder naar een andere zorgaanbieder wordt verwezen, wordt verleend door een zorgaanbieder met wie of waarmee het Zorgverzekeringskantoor BES een overeenkomst heeft gesloten als bedoeld in artikel 8 van het besluit.



## § 2. Huisartsenzorg en eerstelijnspsychologische zorg

### Artikel 1.2.1

1. Huisartsenzorg omvat genees- en heelkundige zorg te verlenen door een huisarts, waaronder in iedere geval valt:
  - a. consult, visite of het voorschrijven van een recept;
  - b. bijkomend laboratorium.
2. Huisartsenzorg omvat niet:
  - a. geneeskundige keuringen;
  - b. alternatieve geneeswijzen.

### Artikel 1.2.2

Eerstelijnspsychologische zorg omvat door een huisarts, specialist of verpleeghuisarts voorgeschreven behandeling door een vrijgevestigde psycholoog, gedurende maximaal negen eerstelijnspsychologische behandelingen, inclusief het intakegesprek.

## § 3. Medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg

### Artikel 1.3.1

1. Medisch-specialistische zorg omvat geneeskundige-, heelkundige en specialistische geestelijke zorg te verlenen door een medisch specialist, een psychiater, een ziekenhuis, een audiologisch centrum, een dialysecentrum, een beademingscentrum of een trombosedienst.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, is tevens begrepen diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek, radiologisch-, functie- en pathologisch-anatomisch onderzoek.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid omvat niet:
  - a. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging;
  - b. ooglaseren;
  - c. acnébehandeling op verwijzing van een dermatoloog.
4. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, bestaat slechts aanspraak op verwijzing van de huisarts van de verzekerde of op verwijzing van de specialist naar wie de verzekerde is verwezen. Indien het verloskundige zorg betreft, bestaat eveneens aanspraak op die zorg op verwijzing van de verloskundige.

### Artikel 1.3.2

1. Voor zover de medisch-specialistische zorg behandelingen van plastisch-chirurgische aard omvat, is deze slechts onder de zorg begrepen indien die strekt ter correctie van:
  - a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - c. verlamde of verslaptte 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
  - e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
  - a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - b. liposuctie van de buik;
  - c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan als gevolg van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
  - d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
  - e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
  - f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
  - g. behandelingen gericht op circumcisie.
3. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op plastisch chirurgische behandelingen is voorafgaande toestemming van het Zorgverzekeringskantoor BES vereist.



### Artikel 1.3.3

1. Transplantaties van weefsels en organen omvatten ten laste van de verzekering van de ontvanger tevens:
  - a. medisch-specialistische zorg in verband met de selectie van donoren;
  - b. medisch-specialistische zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal;
  - c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van postmortaal transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
  - d. de zorg waarop aanspraak bestaat krachtens deze regeling, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
  - e. voor zover beschikbaar het vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de in onderdeel d bedoelde hulp;
  - f. het vervoer van en naar het grondgebied van de BES-eilanden, gemaakt door een daarbuiten woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde op het grondgebied van de BES-eilanden en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor buiten het hiervoor genoemde grondgebied, met uitzondering van de verblijfskosten op het grondgebied van de BES-eilanden en gederfde inkomsten.
2. Bij de vergoeding van de aan de in het eerste lid, onderdelen a, b en c, omschreven zorg verbonden kosten, wordt ten gunste van de donor, indien hij voor een hogere dan de laagste klasse is verzekerd, rekening gehouden met de voorwaarden van die verzekering.

### Artikel 1.3.4

De verzekerde heeft recht op een second opinion door een ter zake kundige zorgverlener in de geografische nabijheid van de verzekerde, in geval van een levensbedreigende aandoening, twijfel omtrent de urgentie van een behandeling, een operatie met onomkeerbare gevolgen, of bij gerede twijfel over de behandelingsmethode.

### Artikel 1.3.5

1. Voor zover de medisch-specialistische zorg hulp door een audiologisch centrum betreft, omvat deze zorg:
  - 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.
2. Op hulp door een audiologisch centrum bestaat slechts aanspraak indien de verzekerde naar het centrum is verwezen door zijn huisarts, een bedrijfsarts, een kinderarts of een keel-, neus- en oorarts.
3. Indien de zorg, bedoeld in het eerste lid, plaatsvindt op verwijzing van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien het Zorgverzekeringskantoor BES met de verwijzende bedrijfsarts schriftelijk afspraken heeft gemaakt over de kwaliteit en doelmatigheid van de verwijzing, de wijze waarop afstemming en overleg plaatsvinden met personen of instellingen die aan de verzekerde zorg verlenen of kunnen verlenen, en de controle op de naleving van de afspraken.
4. Indien hulp door een audiologisch centrum langer dan zes weken is aangewezen, wordt tijdig vóór het verstrijken van die periode door het audiologisch centrum, of door de arts bedoeld in het tweede lid, toestemming aan het Zorgverzekeringskantoor BES gevraagd. Bij de aanvraag wordt een deugdelijke motivering van het audiologisch centrum overgelegd.
5. Het vierde lid is niet van toepassing indien de hulp op basis van een protocol kan worden voortgezet.

### Artikel 1.3.6

Voor zover de medisch-specialistische zorg hulp in het kader van erfelijkheidsadviesing betreft, omvat



deze zorg onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, het geven van erfelijkheidsadviezen en daarmee verband houdende psychosociale begeleiding.

#### **Artikel 1.3.7**

1. Voor zover de medisch-specialistische zorg niet-klinische haemodialyse door een dialysecentrum betreft, omvat die zorg:
  - a. de voor de verzekerde noodzakelijke haemodialyse, daarmee verbandhoudend geneeskundig onderzoek, behandeling en farmaceutische hulp, waaronder de voor de verzekerde noodzakelijke erythropoëtië;
  - b. vergoeding van de kosten verband houdende met psycho-sociale begeleiding van de verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn, een en ander te verlenen door aan het dialysecentrum verbonden deskundigen.
2. Voor zover de haemodialyse plaatsvindt in een dialysecentrum of in een ruimte voor gemeenschappelijk verblijf omvat de zorg, bedoeld in het eerste lid, tevens verblijf aldaar gedurende een deel van het etmaal, alsmede de daarmee samenhangende verpleging en verzorging.
3. Een indicatie voor niet-klinische haemodialyse wordt geacht aanwezig te zijn indien en zolang de verzekerde in verband met een verloren gegane nierfunctie langdurig en regelmatig haemodialyse dient te ondergaan en redelijkerwijze daartoe niet gedurende dag en nacht in een ziekenhuis behoeft te verblijven.

#### **Artikel 1.3.8**

1. Voor zover de medisch-specialistische zorg chronisch intermitterende beademing door of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum betreft, omvat deze zorg:
  - a. het regelmatig verblijven gedurende minder dan 24 uur in een beademingscentrum gepaard gaande met mechanische beademing en hiermede verbandhoudende medisch-specialistische en farmaceutische hulp, verpleging en verzorging;
  - b. beademing met gebruik mechanische beademingsapparatuur ten huize van de verzekerde of in een daartoe ingerichte lokaliteit en hiermee verbandhoudende medisch-specialistische en farmaceutische hulp.
2. Een indicatie voor chronisch intermitterende beademing wordt geacht aanwezig te zijn indien en zolang in verband met het tekortschieten van de ademhalingsfunctie van de verzekerde een langdurig en regelmatig terugkerende mechanische beademing redelijkerwijze is aangewezen.
3. De chronische intermitterende beademing wordt, indien zulks niet is voorzien bij protocol, tijdig door of namens de verzekerde aangevraagd bij het Zorgverzekeringskantoor BES. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivering van de behandelende arts. Tevens dient een verklaring van een beademingscentrum te worden overgelegd waaruit blijkt dat het de beademing in het centrum zal verlenen dan wel de verantwoordelijkheid op zich neemt voor beademing buiten het centrum.
4. Alvorens een beschikking op de ingediende aanvraag te nemen, stelt het Zorgverzekeringskantoor BES vast of een indicatie als bedoeld in het tweede lid bestaat.
5. Het Zorgverzekeringskantoor BES neemt zoveel mogelijk na overleg met het beademingscentrum een beschikking op de in het derde lid bedoelde aanvraag. Indien deze beschikking de toestemming van het Zorgverzekeringskantoor BES inhoudt, wordt bij de beschikking tevens aangegeven of de beademing in of vanwege het beademingscentrum zal worden verleend.

#### **Artikel 1.3.9**

Voor zover de medisch-specialistische zorg hulp door een trombosedienst betreft, omvat de zorg op voorschrift van de behandelend arts:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de dienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- c. het aan de verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de apparatuur, bedoeld onder c, en het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;



- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

#### **Artikel 1.3.10**

De verzekerde heeft aanspraak op medisch noodzakelijke Ultraviolet B lichttherapie.

#### **Artikel 1.3.11**

1. Ziekenhuiszorg omvat opname en verblijf gedurende het etmaal in een ziekenhuis gepaard gaande met medisch-specialistische zorg, verpleging, verzorging, paramedische zorg of farmaceutische zorg.
2. Op opname en verblijf in een ziekenhuis bestaat aanspraak zolang de verzekerde redelijkerwijs op medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis is aangewezen.
3. Indien de verzekerde op grond van het tweede lid in verband met verloskundige zorg in een ziekenhuis verblijft, heeft zowel de moeder als het kind aanspraak op opname en verblijf in dat ziekenhuis.
4. De aanspraak is beperkt tot opname in de derde klasse, in een ruimte voorzien van een afdoende klimaatbeheersings- en insectenweringsstelsel. Indien opname in een hogere klasse medisch noodzakelijk is omvat de aanspraak ook opname in een dergelijke klasse.

#### *§ 4. Paramedische zorg*

#### **Artikel 1.4.1**

Paramedische zorg omvat:

- a. door een huisarts of specialist voorgeschreven fysiotherapie en oefentherapie, te verlenen door fysiotherapeuten en oefentherapeuten Caesar en Mensendieck, met als doel genezing, verbetering, vermindering van pijn dan wel behoud van een zo goed mogelijke lichamelijke toestand;
- b. door een huisarts, specialist of tandarts-specialist voorgeschreven logopedie, te verlenen door logopedisten met als doel herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen;
- c. door een huisarts, specialist of verpleeghuisarts voorgeschreven advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal tien uren per kalenderjaar, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen;
- d. door een arts of tandarts voorgeschreven voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten gedurende maximaal vier behandeluren per jaar, te verlenen door een diëtist;
- e. door een huisarts of medisch specialist voorgeschreven podotherapie, inclusief podozolen.

#### **Artikel 1.4.2**

1. De verzekerde heeft slechts aanspraak op behandelingen fysiotherapie en oefentherapie, indien het Zorgverzekeringskantoor BES daartoe toestemming heeft verleend en de verzekerde lijdt aan:
  - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
    - 1°. cerebrovasculair accident;
    - 2°. ruggemergaandoening;
    - 3°. multipole 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 zeventien 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;
    - 11°. spierziekte;
    - 12°. myasthenia gravis, of
  - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
    - 1°. aangeboren afwijking;
    - 2°. progressieve scoliose;
    - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan tweeëntwintig 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);
  - 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;
  - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
  - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld, of
  - c. 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
  - d. 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;
    - 6°. claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
    - 7°. weke delen tumoren;
    - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Fysiotherapie en oefentherapie, bedoeld in het eerste lid, omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen per indicatie.
  3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
  4. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan in het eerste lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen per indicatie per kalenderjaar, dat bij ontoereikend resultaat kan worden uitgebreid met ten hoogste negen behandelingen op basis van een behandelplan.
  5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, 10°, en onderdeel b, 17°, bestaat aanspraak op behandelingen gedurende een periode van maximaal drie maanden.
  6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, 18°, bestaat aanspraak op behandeling gedurende een periode van maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
  7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, 7°, en onderdeel d, 6°, bestaat aanspraak op behandelingen gedurende een periode van maximaal twaalf maanden.
  8. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, 5°, bestaat aanspraak op behandelingen gedurende een periode van maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging van de behandeling.
  9. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, 16°, bestaat aanspraak op behandelingen gedurende een periode van maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
  10. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, 7°, bestaat aanspraak



op behandeling gedurende een periode van maximaal twee jaren na bestraling.

11. De verzekerde die lijdt aan een van de aandoeningen, genoemd in het eerste lid, heeft slechts aanspraak op meer behandelingen indien de aandoening gepaard gaat met stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit.

#### **Artikel 1.4.3**

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

#### **Artikel 1.4.4**

1. Indien de kosten van podotherapie per kalenderjaar meer bedragen dan \$ 200 betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter hoogte van het verschil tussen die kosten en dat bedrag.
2. Indien de kosten van de podozolen meer bedragen dan \$ 330, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter hoogte van het verschil tussen die kosten en dat bedrag.

#### **Artikel 1.4.5**

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

#### **Artikel 1.4.6**

1. De verzekerde heeft geen aanspraak op chiropractie.
2. De verzekerde heeft geen aanspraak op elektrisch ontharen.

### *§ 5. Tandheelkundige zorg*

#### **Artikel 1.5.1**

1. Tandheelkundige zorg aan de verzekerde die de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt, omvat:
  - a. periodiek preventief onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - b. incidenteel consult;
  - c. het verwijderen van tandsteen;
  - d. fluorideapplicatie vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - e. sealing;
  - f. parodontale hulp;
  - g. anesthesie;
  - h. endodontische hulp;
  - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
  - j. gnathologische hulp;
  - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
  - l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
  - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg zijn van een ongeval;
  - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
2. Tandheelkundige zorg aan de verzekerde die de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt, omvat:
  - a. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak;
  - b. chirurgische tandheelkundige hulp en het daarbij behorende röntgenonderzoek te verlenen door een tandarts-specialist, met uitzondering van parodontale chirurgie, ongecompliceerde extracties en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
  - c. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en daarmee verband houdende chirurgi-



sche hulp alsmede het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak en de verstrekking dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

3. De verzekerde heeft aanspraak op andere tandheelkundige behandelingen als bedoeld in het eerste of tweede lid, indien die behandelingen noodzakelijk zijn met het oog op een ernstige aangeboren of verworven tandheelkundige of lichamelijke of geestelijke aandoening, hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan en het Zorgverzekeringskantoor BES voor het tot gelding brengen van die aanspraak voorafgaand toestemming heeft verleend.

#### **Artikel 1.5.2**

1. De aanspraak op tandheelkundige hulp wordt tot gelding gebracht in een daartoe door de tandarts ingerichte praktijkruimte, tenzij bij protocol anders is bepaald.
2. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat is voorafgaande toestemming van het Zorgverzekeringskantoor BES vereist.
3. De verzekerde heeft geen aanspraak op tandheelkundige hulp indien hij de aanwijzingen van de tandarts niet opvolgt of de mondhygiëne ernstig verwaarloost. De tandarts informeert het Zorgverzekeringskantoor BES hierover.

### *§ 6. Farmaceutische zorg*

#### **Artikel 1.6.1**

1. Farmaceutische zorg omvat:
  - a. terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers, gevestigd op de BES-eilanden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen, opgenomen in een door het Zorgverzekeringskantoor BES vast te stellen formularium.
  - b. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten indien de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding, en indien de verzekerde lijdt aan een:
    - 1°. ernstige stofwisselingsstoornis,
    - 2°. ernstige voedselallergie,
    - 3°. ernstige resorptiestoornis,
    - 4°. via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ernstige ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
  - a. geneesmiddelen waarvan de toepassing niet strekt tot een rationele therapie;
  - b. geneesmiddelen die vervangen kunnen worden door een gelijkwaardig, maar goedkoper middel;
  - c. geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
  - d. anticonceptiva, tenzij:
    - 1°. de verzekerde jonger is dan eenentwintig jaar,
    - 2°. het middel dient ter behandeling van endometriose, of
    - 3°. het middel dient ter behandeling van menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarden zoals gehanteerd in de richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroepen;
  - e. geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn.

#### **Artikel 1.6.2**

1. De verzekerde heeft slechts aanspraak op farmaceutische zorg indien de zorg is voorgeschreven door een arts, tandarts of verloskundige wiens zorg de verzekerde ingevolge deze regeling heeft ingeroepen.
2. De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op geneesmiddelen voor een periode van ten hoogste:
  - a. één jaar indien het orale anticonceptiva betreft;





- b. drie maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van een chronische ziekte, met uitzondering van hypnotica of anxiolytica;
  - c. vijftien dagen indien het geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
  - d. één maand in de overige gevallen.
3. In afwijking van het eerste lid heeft de verzekerde die wordt ingesteld op een voor hem nieuwe medicatie, aanspraak op aflevering van geneesmiddelen voor een periode van vijftien dagen.
  4. Het tweede en derde lid zijn niet van toepassing voor zover in een protocol dat is overeengekomen tussen de desbetreffende zorgverlener en het Zorgverzekeringskantoor BES langere perioden zijn overeengekomen.

## *§ 7. Hulpmiddelenzorg*

### **Artikel 1.7.1**

1. Hulpmiddelenzorg omvat de verschaffing van functionerende hulpmiddelen, bestaande uit:
  - a. prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet als omschreven in artikel 1.7.5;
  - b. mammaprothesen als omschreven in artikel 1.7.6;
  - c. gelaatsprothesen als omschreven in artikel 1.7.7;
  - d. oogprothesen als omschreven in artikel 1.7.8;
  - e. orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals als omschreven in artikel 1.7.9;
  - f. gezichtshulpmiddelen als omschreven in artikel 1.7.10;
  - g. gehoorhulpmiddelen als omschreven in artikel 1.7.11;
  - h. verzorgingsmiddelen als omschreven in artikel 1.7.12;
  - i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 1.7.13;
  - j. hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen als omschreven in artikel 1.7.14;
  - k. pruiken als omschreven in artikel 1.7.15;
  - l. injectiespuiten en toebehoren als omschreven in artikel 1.7.16;
  - 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 als omschreven in artikel 1.7.17;
  - o. apparatuur voor positieve uitademingsdruk als omschreven in artikel 1.7.18;
  - p. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren als omschreven in artikel 1.7.19;
  - q. schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen, als omschreven in artikel 1.7.20;
  - r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 1.7.21;
  - s. allergeenvrije en stofdichte hoezen als omschreven in artikel 1.7.22;
  - t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 1.7.23;
  - u. zuurstofapparatuur als omschreven in artikel 1.7.24;
  - v. longvibrators;
  - w. vernevelaars met toebehoren;
  - x. beeldschermloepen;
  - y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
  - z. CPAP-apparatuur als omschreven in artikel 1.7.25;
  - aa. soloapparatuur als omschreven in artikel 1.7.26;
  - bb. tactiellesapparatuur als omschreven in artikel 1.7.27;
  - cc. vervanging van BAHA-hoortoestellen als omschreven in artikel 1.7.28;
  - dd. inrichtingselementen van woningen als omschreven in artikel 1.7.29;
  - ee. hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie als omschreven in artikel 1.7.30;
  - ff. Verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen zijn aangewezen.
2. De aanspraak op hulpmiddelen omvat in voorkomende gevallen wijziging of herstel van hulpmiddelen.
3. Het Zorgverzekeringskantoor BES bepaalt of middelen in eigendom dan wel in bruikleen worden verschafft.
4. De verzekerde is voor in bruikleen verschafte hulpmiddelen geen eigen bijdrage verschuldigd.



#### **Artikel 1.7.2**

De verzekerde is gehouden het hem in eigendom verschaft middel goed te verzorgen. De verzekerde heeft geen aanspraak op herstel of vervanging van het desbetreffende middel, indien herstel of vervanging het gevolg is van onmiskenbaar onzorgvuldig gebruik.

#### **Artikel 1.7.3**

1. Indien de aanspraak op enig in deze regeling genoemd middel of de hoogte van de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage afhankelijk is gesteld van de leeftijd van verzekerde, wordt diens leeftijd telkens beoordeeld naar het moment waarop de verzekerde zich wendt tot de leverancier.
2. Een in deze paragraaf geregelde eigen bijdrage wordt betaald aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij het Zorgverzekeringskantoor BES anders heeft bepaald.

#### **Artikel 1.7.4**

1. Indien een middel in bruikleen wordt verschaft, kan het Zorgverzekeringskantoor BES van de verzekerde een redelijke waarborgsom vragen. Over de waarborgsom wordt door Zorgverzekeringskantoor BES geen rente vergoed.
2. De verschaffing in bruikleen omvat tevens vergoeding van de kosten van vervoer van het hulpmiddel naar en van de woning van de verzekerde, van het regelmatig technisch onderhoud ervan, alsmede van de voor het gebruik, ontsmetting en reiniging van de apparatuur benodigde chemicaliën.
3. Het Zorgverzekeringskantoor BES kan hierover afspraken maken met de leverancier.

#### **Artikel 1.7.5**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel a, omvatten:

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

#### **Artikel 1.7.6**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel b, omvatten:

- a. de gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen voor uitwendige toepassing ter vervanging van een geheel of nagenoeg geheel ontbrekende borstklier;
- b. ten behoeve van een verzekerde afzonderlijk vervaardigde mammaprothese indien het gebruik van gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen niet mogelijk of redelijkerwijs niet verantwoord is.

#### **Artikel 1.7.7**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel c, omvatten ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothesen ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.

#### **Artikel 1.7.8**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel d, omvatten:

- a. volledige oogprothesen bij het ontbreken van de oogbol;
- b. scleraschalen;
- c. scleralenzen, al dan niet voorzien van een ingekleurde iris en pupil en al dan niet met visuscorrectie, bij een ernstig misvormd oog of na traumatische veranderingen van een oog.

#### **Artikel 1.7.9**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel e, omvatten:

- a. korsetten voor afwijkingen aan de wervelkolom;
- b. orthopedische beugelapparatuur;
- c. verstevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur voor langdurig gebruik, waarbij de

versteving een functioneel onderdeel vormt van de orthese en een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van een niet verstevede orthese, met dien verstande dat daaronder slechts een kniebrace valt indien sprake is van:

- 1°. een al dan niet gecombineerd letsel van de knie waarbij de kruisbanden of de collateraal banden zijn gescheurd;
  - 2°. eenzijdige gonartrose, voor zover sprake is van een standafwijking van minimaal 10 graden varus/valgusstand;
- d. kappen ter bescherming van de schedel indien er sprake is van een schedeldefect of indien door frequente evenwichts- of bewustzijnsstoornissen grote kans op vallen bestaat;
- e. tracheacanules;
- f. stemprothesen of spraakversterkers, al dan niet gecombineerd;
- g. breukbanden;
- h. orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 1, van de bijlage bij deze regeling, en de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met confectieschoenen, te weten:
- 1°. volledig individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel, indien tevens niet kan worden volstaan met semi-orthopedische schoenen of met een voorziening aan confectieschoenen;
  - 2°. volledig individueel vervaardigde orthopedische binnenschoenen;
  - 3°. semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing;
  - 4°. orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, tenzij het uitsluitend een verhoging betreft van de gehele buitenzool van minder dan 3 cm.
2. Onder langdurig gebruik, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, valt niet preventief gebruik in verband met het beoefenen van sport.
3. De verzekerde betaalt voor hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel h, subonderdelen 1° en 3°:
- a. indien hij zestien jaar of ouder is, een eigen bijdrage van \$ 180 per paar;
  - b. indien hij jonger is dan zestien jaren, een eigen bijdrage van \$ 90 per paar.

#### **Artikel 1.7.10**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel f, omvatten:

- a. brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 2, van de bijlage bij deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel;
- b. contactlenzen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 2, van de bijlage bij deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel;
- c. bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking voor zover van andere therapieën geen resultaat is verkregen of te verwachten is en voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria als bedoeld in onderdeel 3, van de bijlage bij deze regeling;
- d. bijzondere optische hulpmiddelen, bestemd voor rechtstreekse waarneming, met inbegrip van montuur, statief of verlichting, indien deze met het hulpmiddel één geheel vormen en de verzekerde een dusdanig verlies van gezichtsvermogen heeft dat redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een middel als bedoeld in onderdeel a of b.

#### **Artikel 1.7.11**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel g, omvatten:

- a. electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken en de verschaffing en vervanging van oorstukjes, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 4, van de bijlage bij deze regeling;
  - b. ringleidingen, bestaande uit een snoer en versterker met zonodig een tafelmicrofoon dan wel infraroodapparatuur of FM-apparatuur voor geluidsoverdracht, bestaande uit een ontvanger en een zender, al dan niet met inductiespoel of hoofdtelefoon, of in kinbeugel-uitvoering, met zonodig een tafelmicrofoon, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 5, van de bijlage bij deze regeling;
  - c. een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen alsmede verschaffing en vervanging van oorstukjes.
2. Als een bijzondere uitvoering van een elektro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, wordt beschouwd:



- a. een cros-uitvoering;
  - b. een bicros-uitvoering;
  - c. een beengeleider-uitvoering;
  - d. een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
  - e. een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
  - f. een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.
3. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan \$ 660 en een toestel voor de eerste keer wordt verstrekt, dan wel korter dan zes jaar geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaren of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.
  4. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan \$ 785 en een toestel langer dan zes, maar korter dan zeven jaren geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaren of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.
  5. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan \$ 900 en een toestel zeven jaren of langer geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag. Voor een verzekerde van jonger dan zestien jaren geldt de gebruiksduur van zeven jaren of langer geleden niet.
  6. Indien sprake is van een hoortoestel in cros-, bicros- of beengeleideruitvoering, opgenomen in een brilmontuur, wordt het bedrag, genoemd in het derde, vierde en vijfde lid, vermeerderd met \$ 85.

#### Artikel 1.7.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel h, omvatten:
  - a. urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan het been of bed;
  - b. voorzieningen voor stomapatiënten, te weten:
    - 1°. systemen ter bevestiging op een stoma voor de opvang van faeces of urine, bestaande uit opvangzakjes en kleefplaten, daarbij benodigde hulp- en verbindingstukken, opvulmaterialen, reinigingsgaasjes, wegwerpzakjes, spoelapparatuur met toebehoren, stomapluggen, stomapleisters en indikmiddelen;
    - 2°. noodzakelijke huidbeschermende middelen, voor zover daarop niet reeds aanspraak bestaat op grond van artikel 1.6.1;
    - 3°. afdekpleisters en katheters bestemd voor een continentstoma;
    - 4°. stomabeschermers, niet zijnde verbandmiddelen, voor een gelaryngectomeerde;
  - c. stompkousen;
  - d. katheters met blaaspoelvroestoffen, al dan niet met toebehoren;
  - e. incontinentie-absorptiematerialen als omschreven in het tweede lid;
  - f. spoelapparatuur voor anaalpoelen, zondig met toebehoren, indien sprake is van ernstige problemen met de ontlasting ten gevolge van anatomische of functionele afwijkingen van de darm of anus dan wel de zenuwvoorziening daarvan;
  - g. slijmuitzuigapparatuur voor het wegzuigen van slijm uit het mond- of keelgebied, zondig met toebehoren.
2. Incontinentie-absorptiematerialen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, omvatten:
  - a. inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie voor verzekerden van vijf jaar en ouder, indien sprake is van:
    - 1°. incontinentie voor faeces die langer bestaat dan twee weken;
    - 2°. incontinentie voor urine, niet zijnde enuresis nocturna, die langer bestaat dan twee maanden;
    - 3°. ondersteuning van bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining ten laste van de zorgverzekering voor de behandeling van urine-incontinentie, niet zijnde enuresis nocturna, voor de duur van deze behandeling;
    - 4°. ziektebeelden waarvan mag worden aangenomen dat de incontinentie niet vanzelf geneest, of waarbij bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet helpen;
  - b. inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie voor verzekerden van drie of vier jaar, indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;
  - c. anaaltampons;
  - d. beschermende onderleggers, indien het verlies van bloed, exsudaat, vocht, urine of faeces dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door het gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.



#### **Artikel 1.7.13**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel i, omvatten uitsluitend voor verzekerden jonger dan eenentwintig jaar:

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

#### **Artikel 1.7.14**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, onderdeel j, omvatten:

- a. krukken, loophulpen met drie of vier poten, loopprekken, rollators en loopwagens, indien de verzekerde hier langdurig op is aangewezen om te kunnen lopen, niet kan worden volstaan met een eenvoudiger hulpmiddel en sprake is van:
  - 1°. evenwichtsstoornissen,
  - 2°. functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten, of
  - 3°. stoornissen in het uithoudingsvermogen dan wel vormen van lichamelijke zwakte, waarbij de verschaffing van een loophulpmiddel strekt tot behoud van de zelfredzaamheid of ter voorkoming van opname in een instelling;
- b. serveerwagens indien de verzekerde hier langdurig op is aangewezen, niet volstaan kan worden met een eenvoudiger hulpmiddel en sprake is van een hand- of armfunctiestoornis;
- c. blindentaststokken;
- d. stoelen voorzien van een trippelfunctie, indien de verzekerde langdurig op dit middel is aangewezen, en
  - 1°. de verzekerde zich binnenshuis alleen zittend kan verplaatsen en niet beschikt over een in huis bruikbare rolstoel,
  - 2°. de verzekerde voldoet aan de voorwaarde voor een hulpmiddel als bedoeld in onderdeel a, maar dit niet kan gebruiken vanwege een gestoorde hand- of armfunctie, of
  - 3°. zich niet zonder gebruik van de handen staande kan houden;
- e. loopfietsen indien de verzekerde langdurig op dit middel is aangewezen, sprake is van functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten en de verzekerde niet kan volstaan met een eenvoudiger loophulpmiddel.

#### **Artikel 1.7.15**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel k, omvatten haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar, indien de verzekerde van een blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid zodanige psychische bezwaren ondervindt, dat het gebruik van een haarwerk redelijkerwijs is aangewezen.
2. Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid hoger zijn dan \$ 510 betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

#### **Artikel 1.7.16**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel l, omvatten injectiespuiten met toebehoren, indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van dit middel noodzakelijk maken.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering, indien de verzekerde ten gevolge van een ernstige motorische handicap dan wel een verminderd gezichtsvermogen redelijkerwijs niet kan volstaan met een injectiespuit of injectie-pen in een niet aangepaste uitvoering.

#### **Artikel 1.7.17**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel n, omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:
  - a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
  - b. bloedglucosetestmeters, indien de verzekerde aangewezen is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips;
  - c. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien tevens voldaan is aan een van de zorginhoudelijk criteria, vermeld in onderdeel 6, van de bijlage bij deze regeling.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, omvat tevens een aan een



handicap aangepaste uitvoering indien de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in een niet aangepaste uitvoering.

#### **Artikel 1.7.18**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel o, omvatten aangezichtsmaskers, dan wel mondstukken, met aanzetstukken bestaande uit een weerstandsbuis en een, in- en uitademingsweg scheidend, ademventiel, waarbij deze hulpmiddelen dienen om bij het uitademen een positieve druk te bewerkstelligen ter bevordering van de sputumproductie.

#### **Artikel 1.7.19**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel p, omvatten draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien sprake is van continue parenterale toediening in de thuissituatie van een geneesmiddel dat valt onder de farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 1.6.1, met uitzondering van insuline.

#### **Artikel 1.7.20**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel q, omvatten:
  - a. verbandschoenen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 7, van de bijlage bij deze regeling;
  - b. allergeenvrije schoenen, indien er sprake is van een allergie.
2. Indien de aanschaffingskosten van het hulpmiddel, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan \$ 190 betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.
3. De verzekerde betaalt voor een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, een bijdrage van:
  - a. indien hij zestien jaar of ouder is, \$ 180 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en \$ 430;
  - b. indien hij jonger is dan zestien jaren, \$ 90 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en \$ 340.

#### **Artikel 1.7.21**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel r, omvatten, indien het gebruik om medische redenen aangewezen is:
  - a. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;
  - b. uitwendige voedingspompen met toebehoren;
  - c. uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding;
  - d. eetapparaten.
2. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid omvatten geen voedings-, genees- en verbandmiddelen.

#### **Artikel 1.7.22**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel s, omvatten een allergeenvrije en stofdichte matrashoes, een dekbedhoes en een kussenhoes, indien uit de resultaten van laboratoriumonderzoek of een huidtest blijkt dat sprake is van een allergie voor uitwerpselen van huisstofmijt.

#### **Artikel 1.7.23**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel t, omvatten:
  - a. computers met bijbehorende apparatuur voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte voor informatie en communicatie of bediening van huishoudelijke hulpmiddelen geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
  - b. schrijfmachines voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
  - c. rekenmachines in een uitvoering, aangepast aan een lichamelijke handicap;
  - d. invoer- en uitvoerapparatuur en de daartoe benodigde programmatuur, noodzakelijke upgrades daarvan, alsmede accessoires voor een computer, een schrijfmachine en een rekenmachine, aangepast aan een lichamelijke handicap;



- e. computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten;
  - f. bladomslagapparatuur;
  - g. opname- en voorleesapparatuur voor gehandicapten, zijnde:
    - 1°. memorecorders voor visueel gehandicapten;
    - 2°. daisy-spelers of daisy-programmatuur voor visueel gehandicapten, dyslectici en motorisch gehandicapten;
    - 3°. voorleesapparatuur voor zwartdrukinformatie voor visueel gehandicapten;
  - h. telefoons en een telefoneerhulpmiddel, zijnde:
    - 1°. hulpmiddelen voor het kiezen van telefoonnummers;
    - 2°. telefoonhoornhouders;
    - 3°. met omgevingsbesturingsapparatuur te bedienen telefoons;
    - 4°. teksttelefoons of beeldtelefoons voor auditief gehandicapten, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in de onderdelen 8 en 9, van de bijlage bij deze regeling;
  - i. spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige spraakhandicap;
  - j. signaleringsapparatuur en een alarmeringssysteem, zijnde:
    - 1°. wek- en waarschuwingsinstallaties ten behoeve van auditief gehandicapten indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 10, van de bijlage bij deze regeling;
    - 2°. persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.
2. Indien de aanschaffingskosten van faxapparatuur als bedoeld in het eerste lid, onderdeel h, subonderdeel 4, hoger zijn dan \$ 125 betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

#### **Artikel 1.7.24**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.2, eerste lid, onderdeel u, omvatten:

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

#### **Artikel 1.7.25**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel z, omvatten hulpmiddelen met toebehoren voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 11, van de bijlage bij deze regeling.

#### **Artikel 1.7.26**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel aa, omvatten solo-apparatuur met toebehoren, indien er sprake is van een indicatie, vermeld in onderdeel 12, van de bijlage bij deze regeling, alsmede indien de verzekerde:

- a. de apparatuur gebruikt voor het volgen van her- of bijscholing, dan wel niet tot het reguliere onderwijs behorende beroepsopleidingen in klassikaal- of groepsverband,
- b. de apparatuur gebruikt voor het volgen van regulier onderwijs of,
- c. de apparatuur gebruikt voor het volgen van speciaal onderwijs in klassikaal- of groepsverband dat niet specifiek gericht is op dove en slechthorende leerlingen,
- d. de apparatuur gebruikt tijdens het op medische gronden noodzakelijk ondergaan van een groepsgewijze therapeutische behandeling, of
- e. de apparatuur gebruikt bij het in een gestructureerd en georganiseerd verband verrichten van betaalde of niet betaalde werkzaamheden.

#### **Artikel 1.7.27**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel bb, omvatten tactilleesapparaten met toebehoren en vergoeding van de kosten, voor zover andere hulpmiddelen voor het lezen van zwartschrift voor de visueel gehandicapte niet doelmatig zijn en de verzekerde in staat is met het apparaat om te gaan.

#### **Artikel 1.7.28**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel cc, omvatten vervanging van BAHA-hoortoestellen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in onderdeel 4, van de bijlage bij deze regeling en een luchtgeleidingstoestel redelijkerwijs niet kan worden aangepast.



#### **Artikel 1.7.29**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel dd, omvatten, indien de verzekerde langdurig daarop is aangewezen:
  - a. aan functiebeperkingen aangepaste tafels;
  - b. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, indien sprake is van problemen bij het zitten en niet kan worden volstaan met een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen en niet uitsluitend sprake is van vetzucht, reuzen- of dwerggroei, waarbij de stoelen zijn voorzien van een of meer van de volgende functies of aanpassingen:
    - 1°. specifieke polstering;
    - 2°. abductiebalk;
    - 3°. arthrodese-zitting;
    - 4°. pelottes voor zijwaartse steun;
  - c. anti-decubitus zitkussens;
  - d. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;
  - e. anti-decubitus bedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;
  - f. dekenbogen, onrusthekken, bedgalgen, papegaaien en portalen;
  - g. bedverkorters en -verlengers.
2. Onder de in het eerste lid, onderdeel b, bedoelde hulpmiddelen zijn hulpmiddelen begrepen in een uitvoering met:
  - 1°. zwenkwielen, beremming of hoog/laag-mechanisme begrepen, indien het hulpmiddel op diverse plaatsen of met een verschillende werkhoogte moet worden gebruikt;
  - 2°. een sta-op-systeem, indien de verzekerde niet zelfstandig kan opstaan uit het hulpmiddel.
3. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid, onderdelen d tot en met g, zijn slechts als hulpmiddelen aangewezen, indien het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid en met de verschaffing opneming in een instelling wordt voorkomen, dan wel indien de verzekerde is aangewezen op verpleging.

#### **Artikel 1.7.30**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1.7.1, eerste lid, onderdeel ee, omvatten hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie, indien de verzekerde als gevolg van blijvende, ernstige lichamelijke functiebeperkingen in arm-, hand- en vingerfunctie aangewezen is op professionele hulp bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen.

#### *§ 8. Verloskundige zorg*

#### **Artikel 1.8.1**

1. Verloskundige zorg bestaat uit de begeleiding van de bevalling, alsmede de pre- en postnatale zorg door een verloskundige, huisarts of medisch specialist.
2. Verloskundige zorg en bevallingszorg in het ziekenhuis worden volledig vergoed op basis van de derde klasse in een ruimte voorzien van een afdoende klimaatbeheersings- en insectenweringssysteem. Indien op grond van een medische indicatie verpleging in een hogere klasse noodzakelijk is, wordt zulks eveneens volledig vergoed.
3. De met de bevalling samenhangende ziekenhuiskosten worden vergoed, met inbegrip van de ligdagen in het ziekenhuis, overeenkomstig de artikelen 1.3.11 en 1.9.1. Onder de aanspraak bij bevalling valt in ieder geval:
  - a. drie ligdagen, tenzij op medische indicatie meer dagen is vereist;
  - b. het gebruik verloskamer;
  - c. medische- en verpleegartikelen;
  - d. laboratoriumonderzoek.
4. Kosten van verblijf in een hotel voorafgaande aan de feitelijke bevalling of een dergelijk verblijf na de bevalling komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij het Zorgverzekeringskantoor BES daarvoor vooraf toestemming heeft gegeven.
5. In geval van een thuisbevalling worden de kosten van de verloskundige vergoed.





## § 9. Kraamzorg

### Artikel 1.9.1

1. Kraamzorg ten huize van de verzekerde, verleend door een kraamverzorgende onder verantwoordelijkheid van de huisarts of de verloskundige, of door een organisatie die het verlenen van kraamzorg ten doel heeft, omvat verzorging van moeder en kind gedurende ten minste 24 en ten hoogste 49 uren, verdeeld over ten hoogste acht dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.
2. Kraamzorg in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 1.3.11, omvat verzorging, verpleging en verblijf van moeder en kind in de laagste klasse gedurende ten hoogste drie dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.
3. Indien de verzekerde bij verblijf als bedoeld in het tweede lid, in plaats van de laagste klasse in een hogere klasse wenst te liggen, moet deze het verschil tussen de laagste en de hogere klasse zelf betalen aan de kraaminrichting of het ziekenhuis.
4. Op de kraamzorg, bedoeld in het eerste en tweede lid, bestaat aanspraak voor zover moeder en kind, gelet op hun behoefte, daarop naar het oordeel van de in het eerste lid bedoelde huisarts, verloskundige of organisatie, redelijkerwijs zijn aangewezen.
5. Indien de verzekerde gedurende een deel van de periode, bedoeld in het eerste lid, verblijft in een ziekenhuis op grond van een opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 1.3. 10, behoudt zij op de resterende kraamzorg, bedoeld in het eerste lid, aanspraak.

### Artikel 1.9.2

De kraamzorg omvat tevens:

- a. vergoeding van een kraampakket, medische en verpleegartikelen;
- b. vergoeding van zorg door een lactatiekundige op verwijzing van verloskundige of consultatiebureau.

## § 10. Ziekenvervoer

### Artikel 1.10.1

1. Het ziekenvervoer omvat medisch noodzakelijk vervoer per ambulance:
  - a. naar een ziekenhuis waar hij ten laste van de verzekering wordt opgenomen of gaat verblijven;
  - b. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering zorg verleend zal krijgen;
  - c. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a, b of c.
2. In afwijking van het eerste lid omvat het vervoer van een verzekerde vanuit het buitenland naar een instelling dan wel naar zijn of een andere woning binnen het grondgebied van de BES-eilanden slechts het vervoer binnen het desbetreffende BES-eiland van de luchthaven of haven af, behoudens ingeval het vervoer verband houdt met een verleende verstrekking buiten het eiland waar de verzekerde woont, waarvoor het Zorgverzekeringskantoor BES de verzekerde nog tijdens diens verblijf op het laatstbedoelde eiland toestemming heeft gegeven, dan wel waarvoor de behandeling plaatsvindt op basis van een protocol.
3. In afwijking van het eerste lid omvat het vervoer van een verzekerde naar zijn woning buiten het grondgebied van de BES-eilanden slechts het vervoer binnen het eiland waar de verzekerde verblijft tot aan de luchthaven of haven.

### Artikel 1.10.3

1. De verzekerde heeft aanspraak op een door het Zorgverzekeringskantoor BES, eventueel per eiland verschillend, vast te stellen transportvergoeding voor ziekenvervoer anders dan per ambulance, voor zover:
  - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
  - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;



- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
2. De aanspraak op grond van het eerste lid bestaat voor verzekerden, bedoeld in de onderdelen c en d, uitsluitend vervoer naar of van een persoon of instelling als bedoeld in artikel 1.10.1, eerste lid.

#### **Artikel 1.10.4**

De verzekerde heeft slechts aanspraak op de in artikel 1.10.3 bedoelde transportvergoeding indien zulks is voorzien bij protocol, dan wel indien het Zorgverzekeringskantoor BES daarvoor vooraf toestemming heeft gegeven.

#### **Artikel 1.10.5**

1. In afwijking van artikel 1.10.3 bestaat ook aanspraak op transportvergoeding in andere gevallen of voor andere groepen van verzekerden als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a tot en met d van dat artikel, indien zulks is voorzien bij protocol, dan wel indien volgens een verklaring van de behandelende arts de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het Zorgverzekeringskantoor BES daarvoor vooraf toestemming heeft gegeven.
2. Het Zorgverzekeringskantoor BES kan toestemming als bedoeld in het eerste lid niet weigeren indien het weigeren van die toestemming voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

#### **Artikel 1.10.6**

De transportvergoeding omvat mede het vervoer van een begeleider, indien volgens een schriftelijke verklaring van de behandelende arts begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van minderjarige kinderen. In bijzondere gevallen kan het Zorgverzekeringskantoor BES vervoer van twee begeleiders toestaan.

#### **Artikel 1.10.7**

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

#### **Artikel 1.10.8**

In geval van medische uitzending als bedoeld in de artikelen 1.13.1 en 1.13.2 wordt het vervoer van de plaats van verblijf naar de plaats van bestemming en vice versa van de verzekerde en van zijn begeleider volledig vergoed.

### *§ 11. Repatriëring van overleden verzekerden*

#### **Artikel 1.11.1**

De nabestaanden van een verzekerde die met toepassing van artikel 1.13.1 of 1.13.2 van deze regeling, buiten de het grondgebied van de BES-eilanden verblijf hield en die gedurende dat verblijf is overleden, hebben jegens het Zorgverzekeringskantoor BES recht op volledige vergoeding van transportkosten van het stoffelijk overschot vanuit de plaats van verblijf naar de vroegere woonplaats op de BES-eilanden.

### *§ 12. Langdurige zorg*

#### **Artikel 1.12.1**

1. Landurige zorg omvat:
  - a. persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding door een door het Zorgkantoor BES aangewezen instelling voor thuiszorg, een verzorgingshuis, verpleeghuis of instelling voor gehandicapten ten huize van een verzekerde in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid of op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap;
  - b. opname en verder verblijf in een verzorgingshuis, verpleeghuis of instelling voor gehandicapten in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een



verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap indien de verzekerde is aangewezen op een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht.

2. De echtgenoot van een persoon met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking die op grond van een besluit van de Indicatiecommissie bedoeld in artikel 1.12.3, dan wel, zolang deze niet is ingesteld, die met toestemming van het Zorgverzekeringskantoor BES in een instelling verblijft, heeft aanspraak op verblijf in dezelfde instelling. Hij behoudt aanspraak op verblijf in die instelling na het overlijden van zijn echtgenoot danwel na het vertrek van zijn echtgenoot naar een andere instelling.
3. De verzekerde, die een pensioen ontvangt ingevolge de Wet algemene ouderdomsverzekering BES is voor het verblijf, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, een aan de instelling te betalen eigen bijdrage verschuldigd gelijk aan dat pensioen.
4. Geen eigen bijdrage is verschuldigd indien de achterblijvende partner, kinderen of overige gezinsleden van de verzekerde van diens pensioen afhankelijk zijn voor de voorziening in de kosten van levensonderhoud.
5. Aanspraak op langdurige zorg bestaat, behoudens indien sprake is van een spoedgeval, in beginsel slechts na toestemming van het Hoofd Zorgverzekeringskantoor BES.

#### **Artikel 1.12.2**

1. Het verblijf in een verpleeghuis of in een instelling voor gehandicapten omvat tevens:
  - a. farmaceutische zorg;
  - b. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met in de instelling gegeven zorg;
  - c. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
  - d. het individueel gebruik van een rolstoel indien dat gebruik is aangewezen in verband met het ontbreken van de loopfunctie dan wel in verband met blijvende of langdurige loopfunctiestoornissen.
2. Het individueel gebruik van een rolstoel omvat mede de voor de verzekerde noodzakelijke aanpassing en vervanging alsmede het noodzakelijke onderhoud en herstel van de hem in gebruik gegeven rolstoel. Indien de verzekerde daarop is aangewezen, kan een tweede exemplaar in een andere uitvoering worden verstrekt.
3. Indien het verblijf in een instelling eindigt, wordt de verzekerde in de gelegenheid gesteld de bij hem in gebruik zijnde rolstoel in eigendom te verwerven tegen betaling van een bedrag dat gelijk is aan de aanschafprijs, met inbegrip van de prijs van de daaraan naderhand aangebrachte wijzigingen, een en ander verminderd met de kosten van afschrijving.
4. Bij de toepassing van het derde lid geldt een afschrijvingstermijn van drie jaren voor elektrisch aangedreven rolstoelen en van vijf jaren voor niet-elektrisch aangedreven rolstoelen.
5. De verzekerde heeft slechts aanspraak op een rolstoel indien het Zorgverzekeringskantoor BES daartoe vooraf toestemming heeft verleend.

#### **Artikel 1.12.3**

1. Het Hoofd Zorgverzekeringskantoor BES kan, desgewenst voor een of meer van de BES-eilanden afzonderlijk, een Indicatiecommissie instellen, die tenminste bestaat uit een arts, een verpleegkundige en een maatschappelijk werker.
2. De Indicatiecommissie heeft tot taak het beoordelen van door het Zorgverzekeringskantoor BES aan haar voorgelegde aanvragen van verzekerden voor zorg en het uitbrengen van advies aan het Zorgverzekeringskantoor BES of en in welke mate de verzekerde naar aard, inhoud en omvang op de zorg is aangewezen.

#### **Artikel 1.12.4**

1. Doventolkzorg omvat zorg door een doventolk bij het voeren van een gesprek in de leefsituatie gedurende maximaal 30 uren dan wel, indien de verzekerde doofblind is, gedurende maximaal 168 uren per kalenderjaar.
2. In afwijking van het eerste lid bestaat aanspraak op meer uren, indien het niet verlenen van meer uren voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.



3. Aanspraak op zorg door een doventolk bestaat slechts indien op het wooneiland van de verzekerde een doventolk werkzaam is en de zorg minimaal 30 minuten duurt.

### *§ 13. Medische uitzendingen*

#### **Artikel 1.13.1**

1. Onder medische uitzending wordt verstaan: uitzending voor medisch onderzoek of behandeling van een verzekerde van één van de BES-eilanden naar een medisch centrum of een medisch specialist daarbuiten, op verwijzing van een huisarts of medisch specialist.
2. Zo mogelijk wordt verwezen naar zorgaanbieders met wie of waarmee het Zorgverzekeringskantoor BES een overeenkomst heeft gesloten als bedoeld in artikel 8, tweede lid, van het besluit.
3. Behoudens acute noodsituaties, en behoudens indien zulks is voorzien bij protocol, dient voor medische uitzending zo mogelijk vooraf toestemming van het Zorgverzekeringskantoor BES te worden verkregen. In gevallen waarin zulks niet mogelijk is gebleken, wordt de rechtmatigheid en doelmatigheid van de medische uitzending achteraf door het Zorgverzekeringskantoor BES beoordeeld.
4. Het derde lid is niet van toepassing indien de verzekerde wordt verwezen naar een zorgaanbieder met wie of waarmee een overeenkomst als bedoeld in artikel 8, tweede lid, van het besluit is gesloten. In dat geval controleert het Zorgverzekeringskantoor achteraf de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitzending.
5. In geval van een medische uitzending naar een zorgaanbieder met wie of waarmee het Zorgverzekeringskantoor BES geen overeenkomst als bedoeld in artikel 8, tweede lid, van het besluit heeft gesloten, faciliteert het Zorgverzekeringskantoor BES de financiële afwikkeling daarvan door rechtstreekse betaling van de geconsulteerde zorgaanbieder. In dat geval worden de in rekening gebrachte kosten vergoed.
6. Bij een medische uitzending is de verzekerde verantwoordelijk voor het maken van reis- en eventuele verblijfsarrangementen bij de verzekerde, tenzij het Zorgverzekeringskantoor BES anders heeft bepaald.

#### **Artikel 1.13.2**

Een medische uitzending ten behoeve van het verkrijgen van langdurige zorg als bedoeld in artikel 1.12.1 is mogelijk indien uitstel van deze zorg naar het oordeel van het Zorgverzekeringskantoor BES onaanvaardbaar is. De verzekerde wordt voor de toepassing van dit artikel geacht het ingezetenschap van het eiland waar vandaan de uitzending plaats vindt, te hebben voortgezet, indien en voor zolang het verblijf in een instelling als bedoeld in dit hoofdstuk verband houdt met:

- a. het ontbreken van een dergelijke instelling op het grondgebied van het BES-eiland waarvan de verzekerde ingezetene is;
- b. een wachtlijst voor plaatsing in een dergelijke instelling op het grondgebied van het BES-eiland waarvan de verzekerde ingezetene is.

#### **Artikel 1.13.3**

1. Onder medische uitzending zijn de reis- en verblijfkosten van één begeleider van de verzekerde gedurende een reis begrepen indien de huisarts of behandelend medisch specialist daartoe heeft geadviseerd en er sprake is van vergezellen van een verzekerde die:
  - a. jonger is dan achttien jaar;
  - b. die geestelijk gehandicapt is;
  - c. die lichamenlijk gehandicapt is en gebruik maakt van een medisch hulpmiddel om zich voort te bewegen;
  - d. die visueel gehandicapt is; of
  - e. die ernstig ziek is en naar het oordeel van de behandelend huisarts of specialist onmogelijk zonder begeleiding kan reizen. De behandelend arts vraagt daartoe voorafgaande toestemming van het Zorgverzekeringskantoor BES.
2. In afwijking van het eerste lid is begeleiding van de minderjarige verzekerde door beide ouders toegestaan indien deze:
  - a. zich bevindt in een terminale fase van zijn ziekte;
  - b. behandeld wordt met cytostatica;
  - c. lijdt aan leukemie of een vergelijkbare ziekte, of



- d. in andere bijzondere gevallen van levensbedreigende aard, op advies van de behandelend arts, en, behoudens indien zulks is voorzien bij protocol, na voorafgaande toestemming hiervoor van het Zorgverzekeringskantoor BES.

#### **Artikel 1.13.4**

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

#### *§ 14. Bijzondere bepalingen*

#### **Artikel 1.14.1**

1. Bij verblijf buiten het grondgebied van een van de BES-eilanden anders dan in geval van medische uitzending als bedoeld in artikel 1.13.1 en 1.13.2, bestaat, indien zorg wordt ingeroepen in afwijking van het bepaalde in artikel 8, tweede lid van het besluit, aanspraak op een vergoeding wegens kosten van geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 6, eerste lid, van het besluit, indien deze zorg redelijkerwijze niet kon worden uitgesteld tot de terugkomst op dat grondgebied.
2. De in het eerste lid bedoelde vergoeding bedraagt ten hoogste het bedrag van de in rekening gebrachte kosten, maar niet meer dan het op het grondgebied van de het BES-eiland waar de verzekerde woont voor de desbetreffende zorg gebruikelijke tarief, of, bij gebreke van een dergelijk tarief, van het tarief dat daarvoor op het grondgebied van het land van behandeling pleegt te worden vergoed aan of ten behoeve van de verzekerden van dat land. Indien ook een dergelijk tarief niet kan worden vastgesteld bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat op het grondgebied van Nederland in Europa voor de desbetreffende zorg in rekening pleegt te worden gebracht.
3. Indien in deze regeling is bepaald dat de verzekerde voor de verleende zorg een bijdrage in de kosten is verschuldigd, wordt deze bijdrage in mindering gebracht op de in het eerste en tweede lid bedoelde vergoeding.

### **HOOFDSTUK 2. NADERE REGELS BETREFFENDE INHOUD EN PRIJS VAN DE OVEREENKOMSTEN, ALSMEDE VERGOEDING VAN KOSTEN VAN ZORG, BEDOELD IN ARTIKEL 8, VIERDE TOT EN MET ZEVENDE LID, EN ARTIKEL 10, ZESDE LID, VAN HET BESLUIT ZORGVERZEKERING BES**

#### **Artikel 2.1**

1. Indien met zorgaanbieders geen overeenstemming kan worden bereikt over een redelijke vergoeding voor de aan de verzekerden te verlenen zorg, kan het Zorgverzekeringskantoor BES de hoogte van de bedragen die ten behoeve van de uitvoering van de verzekering ingevolge dit besluit maximaal vergoed worden vaststellen, op basis van de bedragen die gebruikelijk zijn op de plaats waar de zorgaanbieder werkt. Hierbij mag het Zorgverzekeringskantoor BES rekening houden met verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders onderling.
2. Deze vergoedingsbedragen kunnen per eiland verschillend worden vastgesteld.
3. De overeenkomstig het eerste lid vastgestelde vergoedingsbedragen behoeven de goedkeuring van de Minister.



## Artikel 2.2

1. Indien een verzekerde ingevolge artikel 10, vierde lid, van het besluit toestemming heeft gekregen om zich voor zijn aanspraak op een verstrekking te wenden tot een zorgaanbieder binnen het grondgebied van de BES-eilanden met wie voor de verlening van zorg geen overeenkomst is gesloten, is de vergoeding gelijk aan de in rekening gebrachte kosten, doch bedraagt niet meer dan het op het grondgebied van het BES-eiland waar de verzekerde woont voor de desbetreffende zorg gebruikelijke tarief, of, bij gebreke van een dergelijk tarief, van het tarief dat daarvoor op het grondgebied van de BES-eilanden door het Zorgverzekeringskantoor BES pleegt te worden vergoed. Indien ook een dergelijk tarief niet kan worden vastgesteld bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
2. De kosten van het met het verlenen van die zorg samenhangende noodzakelijke vervoer, bedoeld in artikel 6, eerste lid, onderdeel j., van het besluit en artikel 1.10.1 van deze regeling, worden vergoed.
3. Indien in deze regeling is bepaald dat de verzekerde voor de verleende zorg een bijdrage in de kosten is verschuldigd, wordt deze bijdrage in mindering gebracht op de in het eerste en tweede lid bedoelde vergoeding.

## Artikel 2.3

1. Onverminderd het bepaalde in de artikelen 1.13.1 en 1.13.2 van deze regeling wordt aan een verzekerde een vergoeding verstrekt voor kosten van zorg als omschreven in deze regeling, die buiten het grondgebied van de BES-eilanden is verleend en anders dan op de in artikel 10, tweede lid, van het besluit omschreven wijze is verkregen als gevolg van de navolgende omstandigheden:
  - a. indien door het Zorgverzekeringskantoor BES, dan wel de indicatiecommissie, bedoeld in artikel 1.12.3 van deze regeling is vastgesteld dat betrokkene is aangewezen op de zorg, bedoeld in artikel 6, onderdeel k, van het besluit en betrokkene anders dan met het oogmerk om zorg te verkrijgen buiten het grondgebied van de BES-eilanden verblijft, gedurende ten hoogste dertien weken per kalenderjaar;
  - b. indien zorg wegens onvoorziene omstandigheden noodzakelijk wordt en gelet op de gezondheidstoestand van betrokkene en het te verwachten verloop daarvan, niet kan worden uitgesteld tot de verzekerde is teruggekeerd op het grondgebied van het BES-eiland waar hij woont, gedurende een periode van ten hoogste dertien weken. Deze termijn kan door het Zorgverzekeringskantoor BES worden verlengd indien de verzekerde om medische redenen niet naar het grondgebied van dat BES-eiland vervoerd kan worden;
  - c. wegens het volgen van een studie of uitoefening van bedrijf of beroep, al dan niet in dienstbetrekking zolang betrokkene blijft behoren tot de kring van verzekerden, bedoeld in artikel 5 van het besluit;
  - d. indien betrokkene behoort tot het huishouden van de verzekerde bedoeld in onderdeel c.
2. Het in het vorige lid in de onderdelen b, c en d bepaalde, ten aanzien van zorg bedoeld in artikel 6, onderdeel k, van het besluit, is slechts van toepassing indien door het Zorgverzekeringskantoor BES, dan wel de Indicatiecommissie, bedoeld in artikel 1.12.3 van deze regeling, gehoord de behandelend arts, is vastgesteld dat de verzekerde op de desbetreffende zorg is aangewezen en in welke omvang de verzekerde op de desbetreffende zorg is aangewezen.
3. Behoudens in geval van toepassing van artikel 1.13.2 van deze regeling, is de vergoeding voor de in het eerste lid bedoelde zorg gelijk aan de in rekening gebrachte kosten tot het op het grondgebied van de BES-eilanden voor de verleende zorg geldende tarief, en bij het ontbreken van een zodanig tarief tot het bedrag dat aldaar voor de desbetreffende zorg in rekening pleegt te worden gebracht.

Indien de zorg bestaat uit zorg, waarvoor geen zodanig tarief geldt of waarvoor geen tarief bestaat dat daarvoor in rekening pleegt te worden gebracht, bedraagt de vergoeding niet meer dan het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
4. Indien zorg wordt verleend in het geval, bedoeld in het eerste lid, onderdelen b tot en met d, wordt het met het verlenen van die zorg samenhangende noodzakelijke vervoer, bedoeld in artikel 6, eerste lid, onderdeel j, van het besluit en artikel 1.10.1 van deze regeling, vergoed.
5. Indien in deze regeling is bepaald dat de verzekerde voor de verleende zorg een bijdrage in de kosten is verschuldigd, wordt deze bijdrage in mindering gebracht op de vergoeding.



## HOOFDSTUK 3. TOEPASSING ARTIKEL 18 VAN HET BESLUIT ZORGVERZEKERING BES

### Artikel 3.1

Voor zover in het besluit en deze regeling aanspraken zijn opgenomen op zorg die op een of meer van de BES-eilanden nog niet beschikbaar is, stimuleert het Zorgverzekeringskantoor BES zo mogelijk en doelmatig, de ontwikkeling daarvan.

## HOOFDSTUK 4. OVERGANGS- EN SLOTBEPALINGEN

### Artikel 4.1

Zolang niet anders wordt bepaald bestaat;

- a. voor verzekerden van 18 jaar en ouder eenmalig sanering van het gebit met behulp van röntgenfoto's, anesthesie, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en extracties;
- b. voor verzekerden van 18 jaar en jonger en van verzekerden van wie de door de behandelend tandarts gemotiveerde aanvraag om een behandeling bij het Zorgverzekeringskantoor BES is ingediend voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt, aanspraak op orthodontie uitsluitend indien het geen esthetische correctie betreft. De vergoeding bedraagt maximaal \$ 2500 voor de gehele verzekeringsduur voor vaste apparatuur en \$ 500 voor de uitneembare apparatuur.

### Artikel 4.2

In het jaar 2011 bestaat aanspraak op:

- a. brillen en contactlenzen anders dan bedoeld in artikel 1.7.10, tot een bedrag van maximaal \$ 170 per twee kalenderjaren voor verzekerden van achttien jaar en ouder en van maximaal \$ 170 per kalenderjaar voor verzekerden jonger dan achttien jaar;
- d. voor verzekerden van 18 jaar en ouder negen behandelingen fysiotherapie en oefentherapie anders dan de behandelingen, bedoeld in artikel 1.4.2.

### Artikel 4.3

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag waarop het Besluit zorgverzekering BES in werking treedt.
2. Indien het Besluit zorgverzekering BES na 1 januari 2011 in werking treedt, werkt deze regeling terug tot en met 1 januari 2011.

### Artikel 4.4

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling aanspraken zorgverzekering BES.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers.*



## BIJLAGE

### 1. Orthopedisch schoeisel

Zorginhoudelijke criteria voor orthopedisch schoeisel zijn:

- a. ontbreken van delen van de voet, waarop bij gaan en staan gesteund wordt;
- b. ernstige objectiveerbare anatomische afwijkingen en functiestoornissen van de voet bestaande uit:
  - 1°. afwijkingen van de asstand in bovenste of onderste spronggewricht of andere steunende voetgewrichten;
  - 2°. afwijkingen van de lengte-breedte-verhouding, onder meer ten gevolge van arthrosis of arthritis;
- c. afwijkingen ten gevolge van sensibiliteits- of circulatiestoornissen;
- d. functioneel of anatomisch beenlengteverschil van vier cm. of meer;
- e. het dragen van bijzondere typen beugels of binnenschoenen, waardoor een afwijkende voetvorm of functie ontstaat als aangegeven onderdeel b of c;
- f. bijzondere individuele zorgvragen.

### 2. Brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, en contactlenzen

Zorginhoudelijke criteria voor vervanging van brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, en contactlenzen zijn:

- a. hoornvliesonregelmatigheden ten gevolge van keratoconus dan wel ten gevolge van littekens na hoornvliestransplantatie, na ontstekingen van de cornea zoals bijvoorbeeld herpes of na cornea perforatie;
- b. sterke graden van brekingsafwijkingen als regel van meer dan 10 dioptrieën;
- c. bijzondere individuele zorgvragen.

### 3. Bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking

Zorginhoudelijke criteria voor bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking zijn:

- a. keratitis sicca en pemphigoid;
- b. keratitis bullosa;
- c. indolente cornea-ulceraties;
- d. cornea-etsingen;
- e. keratitis-neuroparalytica;
- f. cornea-dystrophieën;
- g. status na cornea-operaties en cornea-traumata;
- h. bijzondere individuele zorgvragen.

### 4. Hoortoestel

Zorginhoudelijke criteria voor hoortoestellen zijn:

- a. voor één hoortoestel, dat het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) bedraagt en dat het verstaan van spraak, in stilte aangeboden, met normale sterkte (55 dB) door toepassing van het hoortoestel ten minste 20% toeneemt.
- b. voor twee hoortoestellen, dat de winst van spraakverstaanbaarheid ten minste 10% bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel, dan wel het richtinghoren hersteld wordt tot een hoek van 45 graden;
- c. bijzondere individuele zorgvragen.

### 5. Ringleiding, infrarood-apparatuur en FM-apparatuur voor geluidsoverdracht

Zorginhoudelijke criteria voor ringleidingen, infrarood-apparatuur en FM-apparatuur voor geluidsoverdracht zijn:

- a. indien sprake is van een toondrempelverlies op het beste oor van 40 dB gemiddeld over 500, 1000 en 2000 Hz (zogenoemd Fletcherindex), of 50 dB gemiddeld over 1000, 2000 en 4000 Hz op het beste oor, of
- b. indien er volgens de meetmethode van Plomp sprake is van een hinderlijk verlies voor spraakverstaan in ruis van minimaal 3 dB, waarbij er rekening mee dient te worden gehouden dat dit met name bij jonge kinderen moeilijk of niet te meten is.





## 6. Draagbare insuline-infuuspomp

Zorginhoudelijke criteria voor een draagbare insuline-infuuspomp voor continue subcutane insuline injectie zijn:

- dat bij optimale zelfregulatie de bloedsuikerwaarden bij herhaling onaanvaardbare schommelingen vertonen, zijnde schommelingen groter dan 10 mmol/l, of dat geen HbA1c-gehalte van minder dan 10% of een HbA1c-gehalte van minder dan 8% bereikt kan worden;
- dat ondanks goede gemiddelde instelling en zelfregulatie geregeld hypoglycaemieën optreden of dat goede gemiddelde instelling slechts kan worden bereikt door drie of meer injecties per dag;
- lijden aan diabetes en zwanger willen worden of in verwachting zijn en bij wie met maximaal twee injecties per dag geen optimale gemiddelde instelling kan worden bereikt ondanks goede instructie, motivatie en begeleiding;
- het lijden aan diabetes met pijnlijke en progressieve neuropathie, indien optimale zelfregulatie niet tot voldoende verbetering leidt;
- het leiden aan diabetes met groeistoornissen dan wel verlate puberteit, indien optimale zelfregulatie niet tot voldoende verbetering leidt;
- bijzondere individuele zorgvragen.

## 7. Verbandschoenen

Zorginhoudelijke criteria voor verbandschoenen zijn:

Huiddefecten, huidulcera, sensibiliteits- en circulatiestoornissen aan de voet, alsmede in de herstelperiode na partiële amputaties, traumatische beschadigingen of operatieve ingrepen aan de voet.

## 8. Teksttelefoon of faxapparatuur

Zorginhoudelijke criteria voor teksttelefoons of faxapparatuur zijn:

- Er is een toon-drempelverlies op het beste oor van 70dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 en 4000 Hz; of
- het verstaan van spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55dB), zelfs door toepassing van een hoortoestel, bedraagt met het beste oor niet meer dan 50%;
- bijzondere individuele zorgvragen.

## 9. Beeldtelefoon

Een indicatie voor een beeldtelefoon is aanwezig:

- indien een indicatie voor een teksttelefoon of faxapparatuur aanwezig is, maar deze telefoon of apparatuur voor de verzekerde niet bruikbaar is, en de verzekerde de Nederlandse of een voor de BES-eilanden gangbare gebarentaal voldoende beheerst;
- bijzondere individuele zorgvragen.

## 10. Wek- en waarschuwingsinstallatie

Een indicatie voor wek- en waarschuwingsinstallatie is aanwezig:

- indien er sprake is van een toondrempelverlies op het beste oor van 60 dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 en 4000 Hz;
- bijzondere individuele zorgvragen.

## 11. CPAP-apparatuur

Een indicatie voor 'continuous positive airway pressure' (CPAP)-apparatuur is aanwezig, indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- er is sprake van een klinisch relevant obstructief slaap-apneu syndroom. Dit is het geval als sprake is van hinderlijke klachten overdag die potentieel toe te schrijven zijn aan het obstructief slaap-apneu syndroom (OSAS). Voorbeelden hiervan zijn vergrote slaperigheid en moeheid overdag, concentratiestoornissen, stemmingsstoornissen en verhoogde prikkelbaarheid. Bovendien moet de diagnose OSAS bij polysomnografisch onderzoek zijn bevestigd. Dit is het geval als er sprake is van een apneu-hypopneu index groter of gelijk aan 15, of een apneu-index groter dan 10, of een respiratoire arousal index groter dan 10. Bij hoge pretest waarschijnlijkheid op OSAS is polygrafie voldoende. De polygrafie dient dan minimaal te bestaan uit meting van het ademhalingspatroon, zuurstofsaturatie, snurkgeluid en slaaphouding;
- er is een indicatie voor CPAP-apparatuur met verlaagde expiratedruk indien er sprake is van OSAS en voor de behandeling van de verzekerde CPAP met een druk van meer dan 15 cm. H<sub>2</sub>O noodzakelijk is, maar door de verzekerde niet goed wordt verdragen;
- conservatieve maatregelen zijn of worden nagestreefd. Het gaat hierbij met name om gewichtsreductie, neusdoorgankelijkheid-verbeterende maatregelen en verbetering van de slaaphygiëne



- 
- (onder meer het vermijden van het gebruik van tabak of alcohol voor de nachtslaap en het vermijden van slapen in rugligging);
- d. er moet sprake zijn van een succesvolle proefaanpassing. Dat wil zeggen dat een afdoende verbetering van de polysomnografische en klinische afwijkingen tijdens CPAP-behandelingen is geconstateerd en dat sprake is van acceptatie van de CPAP-behandeling door de patiënt.

## **12. Solo-apparatuur**

Zorginhoudelijke criteria voor solo-apparatuur zijn:

- a. er is sprake van een toondrempelverlies op het beste oor van 40 dB gemiddeld over 500, 1000 en 2000 Hz (zogenoemde Fletcherindex), of 50 dB gemiddeld over 1000, 2000 en 4000 Hz op het beste oor.
- b. er is volgens de meetmethode van Plomp sprake van een hinderlijk verlies voor spraakverstaan in ruis van minimaal 3 dB, waarbij er rekening mee dient te worden gehouden dat dit met name bij jonge kinderen moeilijk of niet te meten is.



## TOELICHTING

### A. Algemeen

De zorgverzekering BES is geregeld in een algemene maatregel van bestuur. Daarin is de bevoegdheid gegeven bij ministeriële regeling nadere invulling te geven aan de omvang van de zorg en de voorwaarden die aan het invoeren daarvan kunnen worden gesteld.

Met betrekking tot het aansprakenpakket en de uitvoeringsorganisatie is gezocht naar aanknopingspunten in de aansprakenpakketten en uitvoering van de bestaande publiekrechtelijke ziektekostenregelingen in de Nederlandse Antillen, afgezet tegen Zwv- en AWBZ-aanspraken. Uitgangspunt is daarbij, dat wat er niet in het Nederlandse pakket is opgenomen, ook niet in het pakket van de zorgverzekering BES wordt opgenomen, tenzij zwaarwegende argumenten als bijvoorbeeld het volksgezondheidsbelang voorsnog anders rechtvaardigen.

Bij de omschrijving van de aanspraken is er, vanwege de wezenlijk met Nederland verschillende zorg- en marktomstandigheden voor gekozen, de formulering van de aanspraken in beginsel niet naar Zwv-model (functioneel) te omschrijven, omdat functionele omschrijvingen bij het ontbreken van marktwerking geen zin hebben. Wat de formulering betreft is op hoofdlijnen aangesloten bij het model van de Ziekenfondswet, die tussen 1964 en 2006 in Nederland heeft bestaan. Net zoals in de regelgeving van de voormalige Ziekenfondswet en de huidige AWBZ is wat de omschrijving van de aanspraken betreft, gekozen voor getrapte regelgeving. Dat betekent dat het verzekerde risico (de behoefte aan bepaalde vormen van zorg of met die zorg verband houdende diensten als verpleging, verzorging, verblijf en vervoer in algemene termen in het Besluit zorgverzekering BES is opgenomen. De nadere afbakening en de voorwaarden waaronder de zorg ter voorkoming van overmatige, onnodige, en niet-efficiënte zorgconsumptie, dient te worden ingeroepen, is neergelegd de onderhavige (ministeriële) Regeling aanspraken zorgverzekering BES. Indien nog een verdere uitwerking van de voorwaarden en indicaties waaronder die aanspraken kunnen worden verleend noodzakelijk was, is deze neergelegd in een bijlage die van de regeling deel uitmaakt.

Op onderdelen kan de samenstelling van het aansprakenpakket voorsnog afwijken van de aanspraken zoals die in Nederland gelden. Dat kan het gevolg zijn van verschillen in gezondheidssituatie tussen de Nederlandse en de Antilliaanse bevolking (relatief hoog percentage chronisch zieken, obesitas, babysterfte), verschillen in de infrastructuur van de gezondheidszorg en de geringe omvang, gekoppeld aan het relatief hoge risico, van de verzekeringsmarkt, waardoor de commerciële verzekeringsmaatschappijen het voorsnog niet interessant vinden om aanvullende verzekeringen op de BES-eilanden aan te bieden. Bij de besluitvorming over het aansprakenpakket heb ik mij mede laten leiden door de adviezen die hierover van het Zorgverzekeringskantoor BES zijn ontvangen.

Het Besluit Zorgverzekering BES, waarop deze regeling is gebaseerd, voorziet in de mogelijkheid van de invoering van eigen bijdragen, zowel voor de curatieve zorg, als voor de langdurige zorg. Van deze grondslag wordt echter bij de introductie van de zorgverzekering BES bij de curatieve zorg voorsnog in beginsel geen gebruik gemaakt. Wel wordt in de periode van de eerste twee jaar na de invoering van de zorgverzekering BES de optie van de invoering van eigen bijdragen nader verkend. Waar op de BES-eilanden in het kader van de uitvoering van de Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten eigen betalingen golden, worden deze in beginsel ook opgelegd voor de langdurige zorg met verblijf bedoeld in artikel 6, onderdeel k, van het Besluit.

Omdat de onderhavige Regeling aanspraken zorgverzekering BES is geënt op de (jarenlang gefunctioneerd hebbende) voormalige ziekenfondsregelgeving en de huidige AWBZ-regelgeving, zal ik niet voorzien in een uitgebreide artikelsgewijze toelichting van deze regeling met bijlage. Wanneer een aanspraak voorsnog afwijkt van de aanspraak op zorg zoals deze in Nederland geldt, wordt hieraan in deze toelichting wel aandacht geschonken. In onderdeel B, Bijzonderheden, hieronder worden de bijzonderheden van de regeling nader toegelicht.

### B. Bijzonderheden

#### Hoofdstuk 1. Aanspraken als bedoeld in artikel 6, tweede en derde lid, van het Besluit zorgverzekering BES

##### *Artikelen 1.1.2 en 1.1.3 (algemene bepalingen)*

##### *Artikel 1.1.2*

In artikel 1.1.2 van de regeling is aangegeven dat de aard en omvang van de zorg mede afhankelijk is van de beschikbaarheid daarvan op de BES-eilanden. Deze kan per zorgvorm en per eiland verschillen. Daarnaast dient te zorg te voldoen aan het zogeheten gebruikelijkheids criterium.



### **Artikel 1.1.3**

Voor het verkrijgen van een verstrekking is in een aantal in de regeling opgenomen bepalingen de voorafgaande toestemming van het Zorgverzekeringskantoor BES vereist. Dat is een (administratieve) belasting zowel voor het Zorgverzekeringskantoor als voor de betrokken zorgaanbieder en de verzekerde. Op de BES-eilanden wordt gestreefd naar het zoveel mogelijk verantwoordelijkheid neerleggen bij de zorgprofessional. Uiteraard moet het wel toetsbaar zijn of deze handelt volgens het gebruikelijkheidscriterium. Invulling van dat criterium vindt in het algemeen plaats door het werken volgens protocollen en richtlijnen en het achteraf toetsen daarvan. Als een zorgaanbieder werkt volgens afgesproken protocollen en richtlijnen en instemt met toetsing achteraf, worden zijn beslissingen door het Zorgverzekeringskantoor BES voor juist aangenomen, tenzij uit toetsing achteraf het tegendeel blijkt. De toetsing kan worden uitgevoerd door het Zorgverzekeringskantoor BES zelf, dan wel in zijn opdracht door derden, zoals een door zorgaanbieders en Zorgverzekeringskantoor BES aan te wijzen toetsingscommissie.

### **Artikel 1.2.1 (huisartsenzorg)**

In artikel 1.2.1 is de aanspraak op huisartsenzorg nader omschreven. In Nederland is er om logistieke redenen voor een aparte regeling van de griepvaccinatie gekozen. Aansluitend bij de gewenste regeling op de BES, is er hiervoor gekozen de griepvaccinatie gewoon als onderdeel van de aanspraak op huisartsenzorg te laten en daar niet van uit te sluiten. Het vaccin zelf valt onder de in deze regeling geregelde farmaceutische zorg.

### **Artikel 1.2.2 (eerstelijnspsychologische zorg)**

In deze bepaling is de eerstelijnspsychologische zorg omschreven.

### **Artikelen 1.3.1. tot en met 1.3.19 (medisch specialistische zorg)**

In de artikelen 1.3.1 tot en met 1.3.9 is de aanspraak op medisch-specialistische zorg nader uitgewerkt. De medisch specialistische zorg omvat ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De aanspraak op in-vitrofertilisatie omvat, net als in Nederland drie pogingen. Artikel 1.3.1 betreft de algemene omschrijving van deze zorg. De artikelen 1.3.2 tot en met 1.3.9 bevatten verbijzonderingen.

Artikel 1.3.2 beschrijft de plastisch-chirurgische behandelingen die wel en die niet onder de aanspraak vallen. Conform de Nederlandse aanspraken is ook in het BES-pakket een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uitgesloten, waaronder sterilisatie bij mannelijke en vrouwelijke verzekerden.

Artikel 1.3.3 regelt de vergoedingen bij transplantaties van weefsels en organen ten behoeve van de donor, terwijl in artikel 1.3.4 de aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen is omschreven.

In artikel 1.3.4 is het recht op een second opinion apart omschreven.

Artikel 1.3.6 omschrijft de erfelijkheidsadvisering die onder de zorgverzekering BES valt. De omschrijving is ontleend aan de omschrijving zoals die bij de ziekenfondsverzekering werd gehanteerd.

Artikel 1.3.7 betreft de niet-klinische haemodialyse door een dialysecentrum. De aanspraak maakt deel uit van het Nederlandse basispakket, alsmede van de ziektekostenverzekeringen die op de BES van toepassing waren. De aanspraak voor de zorgverzekering BES is gebaseerd op het voormalige Besluit niet-klinische haemodialyse ziekenfondsverzekering. Omdat dialyse thuis (nog) niet mogelijk is op de BES-eilanden, is thuisdialyse niet als aanspraak opgenomen.

Artikel 1.3.8 regelt de aanspraak op chronisch intermitterende beademing. De aanspraak maakt deel uit van het Nederlandse basispakket, alsmede van de ziektekostenverzekeringen die op de BES van toepassing waren. De omschrijving van de zorgverzekering BES is ontleend aan het voormalige Besluit niet-klinische haemodialyse ziekenfondsverzekering.

Artikel 1.3.9 regelt de aanspraak hulp door een trombosedienst. De aanspraak maakt deel uit van het Nederlandse basispakket, alsmede van de ziektekostenverzekeringen die op de BES van toepassing waren. De omschrijving van de aanspraak voor de zorgverzekering BES is ontleend aan het voormalige Besluit hulpverlening door trombosediensten ziekenfondsverzekering.

Artikel 1.3.10 van de regeling regelt de vergoeding van UVB lichttherapie. Deze behandeling is in het Nederlandse basispakket opgenomen, maar niet in het aansprakenpakket van de ziektekostenregelin-



gen die op de BES hebben gegolden. Het Zorgverzekeringskantoor BES adviseert de opneming van deze aanspraak in het pakket, in verband met de aansluiting op het Nederlandse. Ik heb daarin bevestigd voor zover het betreft medisch noodzakelijke lichttherapie.

### **Artikel 1.3.11 (ziekenhuiszorg)**

In artikel 1.3.11 is de aanspraak op opneming in een ziekenhuis geregeld. Zowel om budgettaire redenen als om redenen van gelijke behandeling is ervoor gekozen de aanspraak te beperken tot opneming en verpleging in de derde klasse van een ziekenhuis. Weliswaar was voor de inwerkingtreding van het besluit een aantal groepen van de bevolking verzekerd voor een hogere klasse, maar een dergelijke aanspraak voor de gehele bevolking van de BES-eilanden kan niet worden gerealiseerd, alleen al vanwege het geringe zorgaanbod van 'klasse-kamers'. Er wordt wel gestreefd naar een verbetering van de behuizing in de derde klasse. Daartoe is in de aanspraak opgenomen dat de derde klasse dient te zijn voorzien van een afdoende klimaatbeheersings- en insectenweringsstelsel. Dat houdt in dat er in de verpleegruimte ten minste een regelbare airco aanwezig is alsmede een horschstelsel.

Onder de ziekenfondsregelgeving was de vergoeding voor ziekenhuiszorg in Nederland beperkt tot opneming in de laagste (derde) klasse. Gelet op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor de doelmatigheid van de te verzekeren zorg is deze bepaling niet op grond van de Zvw getroffen. Erop gelet dat het merendeel van de verpleegruimten in Nederland bestaat uit 'derde-klasse' ruimten is er geen reden om voor de BES-eilanden verpleging in een hogere dan de derde klasse als algemeen geldende aanspraak in het pakket op te nemen. Indien het evenwel medisch noodzakelijk is dat een verzekerde wordt verpleegd in een klassekamer, is de aanspraak daarop aangepast. Onder de opneming in een ziekenhuis valt ook de opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Omdat er op de BES geen sprake is van twee verzekeringen zoals in Nederland is het verblijf in deze bepaling niet beperkt tot 365 dagen. In Nederland valt immers het eerste jaar onder de zorgverzekering en het verdere verblijf onder de AWBZ-verzekering.

### **Artikelen 1.4.1 tot en met 1.4.7 (paramedische zorg)**

In de artikelen 1.4.1 en tot en met 1.4.2 is de aanspraak op paramedische zorg nader omschreven. Paramedische hulp maakt deel uit van de ziektekostenregelingen op de BES.

De inhoud en omvang van de Voor verzekeren vanaf de leeftijd van 18 jaar komt fysiotherapie en oefentherapie alleen ten laste van de verzekering indien er sprake van behandeling van bepaalde aandoeningen. De eerste negen behandelingen bij die aandoeningen komen voor deze verzekerden niet voor rekening van de verzekering.

De inhoud en omvang van de fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing waarop aanspraak bestaat komt overeen met hetgeen in Nederland onder de zorgverzekering valt. Er zijn twee uitzonderingen. Ingeval van fysiotherapie en oefentherapie voor de behandeling van chronische aandoeningen komen de eerste negen behandelingen niet voor rekening van de BES-verzekering, terwijl dat er in Nederland twaalf zijn. Daarnaast is voor het jaar 2011 geregeld dat verzekerden van 18 jaar en ouder tevens recht hebben op negen behandelingen fysiotherapie en oefentherapie anders dan geregeld in de artikel 1.4.2. Dit overgangsrecht is geregeld in artikel 4.1.

Artikel 1.4.4 van de regeling voorziet in vergoeding van podotherapie en podozolen. Deze maakten deel uit van de ziektekostenregelingen op de BES, maar is niet voorzien in het Nederlandse basispakket. In Nederland is het wel mogelijk zich hiervoor aanvullend te verzekeren, op de BES niet. Ik heb daarom besloten deze behandelingen vooralsnog als aanspraak in de zorgverzekering BES op te nemen.

Artikel 1.4.5 voorziet in vergoeding van medisch pedicuren in verband met diabetische voet. Deze behandeling maakt geen deel uit van het Nederlandse basispakket, noch maakte deze deel uit van de ziektekostenregelingen op de BES. In verband met het in vergelijking met Nederland (3,4% van de bevolking) hoge percentage diabeten op de BES (7% op Bonaire, 12% op St. Eustatius en 7% op Saba), in combinatie met het ontbreken van de mogelijkheid van aanvullende verzekering, heb ik besloten deze behandeling vooralsnog als aanspraak in het verstrekkingspakket van de zorgverzekering BES op te nemen.

Behandeling door een pedicure of podotherapeut in verband met diabetische voet maakt net als in Nederland onderdeel uit van de medisch specialistische zorg en valt dus ook onder de aanspraken.

Voor de duidelijkheid is in artikel 1.4.6 geregeld dat chiropractie en ontharing niet onder de BES-verzekering valt. Dat is ook in Nederland zo.

### **Artikelen 1.5.1 en 1.5.2 (tandheelkundige zorg)**

Artikel 1.5.1 voorziet in een omschrijving van de aanspraak op tandheelkundige zorg. De aanspraken



uit de ziektekostenverzekeringen op de BES verschilden sterk: van vrijwel niets voor de regelingen die werden uitgevoerd door de SVB en het Fonds Ziektekostenverzekering overheidsgepensioneerden, tot relatief uitgebreid in de regelingen uitgevoerd door BZV en Saba Health Care. Hoewel de in het algemeen slechte conditie van de gebitten op de BES-eilanden het zou rechtvaardigen de aanspraak op tandheelkundige zorg ook voor volwassenen open te stellen, heb ik besloten dat niet te doen en de aanspraak conform de Nederlandse situatie te beperken tot uitgebreide tandheelkundige hulp voor jongeren. Wel is in afwijking met de regeling in Nederland voorsnog voor volwassenen geregeld dat er aanspraak bestaat op eenmalige sanering van het gebit (artikel 4.1). Het derde lid betreft de zogenoemde bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is bij bijzondere tandheelkundige aandoeningen zoals schisis of vergelijkbare zeer ernstige afwijkingen of die noodzakelijk is in verband met een lichamelijke of geestelijke handicap. Voorwaarde voor die extra zorg is dat de verzekerde zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan én het Zorgverzekeringskantoor vooraf toestemming heeft gegeven.

### **Artikelen 1.6.1 en 1.6.2 (farmaceutische zorg)**

De artikelen 1.6.1 tot en met 1.6.2 omschrijven de aanspraak op farmaceutische zorg en de voorwaarden daarvoor.

De kosten van de huidige farmaceutische zorg op de BES-eilanden en met name op Bonaire, zijn in vergelijking tot Nederland, zeer hoog, met name omdat men nu verplicht is duur in te kopen op Curaçao. Nu de BES-eilanden deel uitmaken van Nederland kan dat niet worden aanvaard. Het doelmatigheidsaspect vraagt – gezien de geringe schaalgrootte en de geografische spreiding – om herinrichting van de onder farmaceutische zorg te leveren prestaties. Daarom wordt de farmaceutische zorg heringericht. De aanspraak op geneesmiddelen wordt nader ingevuld in een door het Zorgverzekeringskantoor BES vast te stellen formularium. Daarmee is de toegankelijkheid gewaarborgd van farmaceutische zorg, die effectief en veilig is en tegen een voor de BES omstandigheden aanvaardbare prijs doelmatig kan worden gebruikt. Op geleide van de voortgang van deze herinrichting is de nadere invulling van de aanspraak op een administratief zo eenvoudig en transparant mogelijk manier geregeld.

Anticonceptiva (waaronder voor de toepassing van deze bepaling worden verstaan pil, prikpil en morningafter-pil) worden conform de aanspraak in Nederland, verstrekt voor verzekerden jonger dan 21 jaar.

Geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn vallen niet onder de aanspraak. Indien evenwel de verstrekking daarvan medisch noodzakelijk is kan daarvan worden afgeweken bij een protocol dat is overeengekomen tussen de desbetreffende zorgverlener en het Zorgverzekeringskantoor BES.

Het Hoofd Zorgverzekeringskantoor BES kan op basis van artikel 1.6.2. bij protocol overeenkomen dat om redenen van doelmatigheid herhalingsrecepten zijn toegestaan.

### **Artikelen 1.7.1 tot en met 1.7.30 (hulpmiddelenzorg)**

De artikelen 1.7.1. tot en met 1.7.30 regelen de aanspraak van de verzekerden op hulpmiddelenzorg. Hierbij is aangesloten bij het aansprakenregime van de Zvw, met dien verstande dat niet is overgenomen de globalere omschrijvingen die sinds 1 januari 2006 voor bepaalde hulpmiddelen op grond van de Zvw zijn ingevoerd en die als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening/handicap hebben.

### **Artikelen 1.8.1 (verloskundige zorg)**

In artikelen 1.8.1. is de aanspraak op verloskundige zorg geregeld.

Ingevolge de ziektekostenregelingen die op de BES van toepassing waren omvatte de aanspraak drie ligdagen in het ziekenhuis na de bevalling, tenzij op medische indicatie een langer verblijf nodig is. Ik heb besloten hier het BES-pakket aan te houden.

### **Artikelen 1.9.1 en 1.9.2 (kraamzorg)**

De artikelen 1.9.1 en 1.9.2 regelen de aanspraak op kraamzorg. In artikel 1.9.2 van de regeling is voorzien in een vergoeding van de kosten van het kraampakket en van een lactatiekundige op verwijzing van een verloskundige of consultatiebureau. Beide behandelingen maken geen deel uit van het Nederlandse basispakket en ook niet van het aansprakenpakket ingevolge de ziektekostenregelingen die op de BES van toepassing waren. Met het oog op het beleid van het terugdringen van de relatief hoge babysterfte en de onmogelijkheid voorsnog tot het sluiten van een aanvullende verzekering op de BES, heb ik besloten voorsnog deze verstrekkingen in het aansprakenpakket op te nemen.



### **Artikelen 1.10.1 tot en met 1.10.8 (ziekenvervoer)**

In de artikelen 1.10.1 tot en met 1.10.8 is de aanspraak op ziekenvervoer geregeld. De omschrijving van de aanspraken komen op hoofdpunten overeen met die van de Nederlandse zorgverzekering. In verband met de bijzondere omstandigheden op de BES (kleine eilanden, een niet goed ontwikkelde medische infrastructuur) is in artikel 1.10.7 van de regeling voorzien dat ambulancevervoer mede vervoer per air-ambulance in noodgevallen inhoudt. Voor ziekenvervoer wordt vooralsnog geen eigen bijdragen opgelegd. In het jaar na invoering van het besluit wordt gezien of eigen betalingen worden onderzocht of een eigen bijdrage zinvol is en zo ja, tot welk bedrag. Het is niet de bedoeling om voor ambulancevervoer of voor medische uitzendingen een eigen bijdrage te gaan invoeren.

### **Artikel 1.11.1 (repatriëring overleden verzekerden)**

In dit artikel wordt specifiek voor de BES geregeld dat de nabestaanden van een verzekerde die tijdens een medische uitzending buiten zijn wooneiland is overleden, recht hebben op een vergoeding van de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot.

### **Artikelen 1.12.1 tot en met 1.12.6 (langdurige zorg)**

In deze artikelen wordt de aanspraak op langdurige zorg geregeld en nader uitgewerkt. De inhoud en omvang komt overeen met de aanspraken op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is geregeld. Gekozen is voor een voorzieningsgerichte omschrijving van de zorg.

In artikel 1.12.1 is zowel de extramurale zorg als de intramurale zorg omschreven. Bij de extramurale zorg gaat het om persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding die geleverd kan worden door een thuiszorginstelling, verzorgingshuis, verpleeghuis of een instelling voor gehandicapten afhankelijk van de afspraken die het Zorgverzekeringskantoor BES met de instellingen maakt. Daarnaast bestaat aanspraak op opname en verder verblijf in een verzorgingshuis, verpleeghuis of instelling voor gehandicapten. Voor wat betreft de eigen bijdrage bij verblijf is aangesloten bij de bestaande regeling daarvoor in de voormalige Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten, zij het dat in de onderhavige regeling is voorzien in een uitzondering van de eigen bijdrage indien de verzekerde een achterbeleven partner of gezinsleden heeft die van het ouderdomspensioen afhankelijk zijn.

### **Artikel 1.12.3 (de indicatiecommissie)**

Artikel 1.12.3 regelt de instelling, samenstelling en taken van een indicatiecommissie die door het Hoofd Zorgverzekeringskantoor BES kan worden ingesteld. Deze heeft ten doel de vorm van langdurige zorg aan te wijzen waaraan de verzekerde gelet op de situatie waarin hij verkeert, behoefte heeft.

### **Artikelen 1.13.1 tot en met 1.13.4 (medische uitzendingen)**

Veel zorg is op het moment van inwerkingtreding van de zorgverzekering BES niet op de eilanden zelf aanwezig. Daarom vinden er veelvuldig medische uitzendingen plaats.

Artikel 1.13.1 regelt de voorwaarden waaronder medische uitzendingen kunnen plaatsvinden. Reis- en verblijfskosten van een verzekerde, alsmede, indien de reis voor de verzekerde vanwege zijn leeftijd of gezondheidssituatie begeleiding vereist, van in beginsel één begeleider, worden vergoed.

Het begrip medisch centrum omvat mede dialyse centra en audiologische centra.

Het Zorgverzekeringskantoor BES kan in beginsel de daarvoor in aanmerking komende zorgaanbieders buiten de BES contracteren. Deze contracten dienen dan wel te voldoen aan de bepalingen van artikel 8 van het besluit. Als dat niet mogelijk is en de verwijzing is wel medisch noodzakelijk vergoedt het Zorgverzekeringskantoor BES de in rekening gebrachte kosten.

Het Zorgverzekeringskantoor BES dient in beginsel vooraf toestemming te worden gevraagd. Dat is niet nodig als gewerkt wordt volgens protocol en de betrokkene wordt verwezen naar een zorgaanbieder met wie of waarmee een overeenkomst is gesloten.

De kosten van medische uitzendingen zullen op termijn beperkt kunnen worden. Het is de bedoeling dat de zorg waar mogelijk op de eilanden zelf gerealiseerd gaat worden. De medische infrastructuur zal daartoe worden verbeterd.

Artikel 1.13.2 betreft medische uitzending in verband met langdurige medische zorg. Weliswaar heeft een verzekerde in beginsel slechts recht op zorg indien deze ook beschikbaar is in het wooneiland, maar in gevallen waarin de zorg die als aanspraak is opgenomen in de regeling wel noodzakelijk maar niet aanwezig is, kan het aangewezen zijn dat de verzekerde hiervoor naar buiten zijn wooneiland wordt verwezen. Dan kan zich een probleem voordoen met de voortzetting van zijn verzekering. Immers, in beginsel wordt een persoon die buiten de BES wordt opgenomen in een instelling voor



langdurige medische zorg, geacht zijn woonplaats daarheen te hebben verplaatst. Gevolg daarvan zou zijn dat hij zonder nadere regeling niet langer zou zijn verzekerd voor de zorgverzekering BES. Dat zou een ongewenst en niet beoogd gevolg zijn van de medische uitzending. Daarom is voorzien in handhaving van de verzekering in geval er wel een instelling op het wooneiland aanwezig is, maar geen plaats beschikbaar heeft, of in gevallen waarin in het geheel geen instelling aanwezig is die de zorg kan verlenen.

Artikel 1.13.3 regelt in welke gevallen een vergoeding van de kosten van begeleiding kan worden verleend, terwijl artikel 1.13.4 regelt welke bijkomende kosten verband houdend met de medische uitzending worden vergoed.

#### ***Artikel 1.14.1 (vergoeding van kosten buiten de BES anders dan in geval van medische uitzending)***

In artikel 1.14.1 wordt voorzien in een mogelijkheid van vergoeding van kosten die door een verzekerde tijdens een tijdelijk verblijf buiten de BES zijn gemaakt in verband met onmiddellijk noodzakelijke medische zorg. De vergoeding wordt gebaseerd op het tarief dat voor die zorg op de BES geldt. Eventuele meerkosten komen dus voor rekening van de verzekerde zelf. Het sluiten van een reisverzekering voor vertrek is daarom aan te bevelen.

### **Hoofdstuk 2. Nadere regelingen betreffende de inhoud en prijs van overeenkomsten en vergoeding van kosten van zorg in bijzondere omstandigheden**

#### ***Artikel 2.1 (vaststellen vergoedingsbedragen)***

De taak de bedragen vast te stellen voor de vergoeding van zorg die ingevolge de zorgverzekering BES kan worden verleend, is opgedragen aan het Zorgverzekeringskantoor BES. De vergoedingsbedragen komen in beginsel in onderhandeling tussen het Zorgverzekeringskantoor BES over de overeenkomsten, tot stand. Indien het niet mogelijk is met zorgaanbieders hierover tot overeenstemming te komen, kan het Zorgverzekeringskantoor BES een maximumvergoedingsbedrag vaststellen. Het Zorgverzekeringskantoor BES kan onderscheid maken in zijn vergoedingsbedragen, afhankelijk van de kwaliteit van de zorgaanbieder. Het Zorgverzekeringskantoor BES gaat bij het vaststellen van de beloningsstructuur uit van drie componenten: abonnement, kwaliteit en productie. De zorgaanbieder die alleen wil presteren tegen een hogere vergoeding dan het Zorgverzekeringskantoor BES bereid is te betalen krijgt geen overeenkomst. Indien maximumvergoedingstarieven worden vastgesteld door het Zorgverzekeringskantoor BES behoeven deze de goedkeuring van de minister. Het jaar 2011 zal worden beschouwd als overgangsjaar.

#### ***Artikel 2.2 (kostenvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg binnen de BES-eilanden)***

In artikel 2.2 van de regeling wordt geregeld dat wanneer een verzekerde toestemming krijgt zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder binnen de BES, de vergoeding wordt gemaximeerd tot bedragen die in de BES passend zijn te achten, gelet op wat met wel gecontracteerde zorgaanbieders is overeengekomen, dan wel passend gelet op de op de BES geldende salarissen en beloningsstructuren. In geval voor die behandeling toestemming wordt verkregen wordt ook het noodzakelijke vervoer vergoed overeenkomstig de daaraan gestelde bepalingen. Eventueel verschuldigde eigen betalingen worden op de vergoeding in mindering gebracht.

#### ***Artikel 2.3 (vergoeding voor zorg buiten de BES)***

In artikel 2.3 van de regeling wordt geregeld in welke gevallen door het Zorgverzekeringskantoor BES vergoeding kan worden verleend voor zorg die is ingeroepen door een verzekerde buiten de BES. Daarbij is de vergoeding aan een maximum tijdsduur gebonden, behoudens wanneer de verzekerde en zijn eventuele gezinsleden buiten de BES verblijven in verband met het werk van de verzekerde. Behalve indien sprake is van medische uitzending is de vergoeding gemaximeerd tot het tarief dat gebruikelijk is op de BES.

Doel van dit artikel is te voorkomen dat de kosten van de zorgverzekering BES door de mogelijkheden om ook buiten de BES zorg te krijgen, uit de hand lopen. Daarnaast wordt hiermee het voorkomen van oneigenlijk gebruik beoogd, alsmede het behoud van een controlemogelijkheid op de kosten. Het gaat bij de toepassing van dit artikel om geïndiceerde zorg, waarvan de vergoeding is gemaximeerd tot de op de BES gebruikelijke tarieven.

### **Hoofdstuk 3. Toepassing artikel 18 van het Besluit en artikel 3.1 van de regeling.**

In artikel 18 van het besluit is geregeld dat met betrekking tot de ontwikkeling van de zorg en de zorgverlening nadere regels kunnen worden gesteld. In artikel 3.1 is daartoe geregeld dat het





Zorgverzekeringskantoor BES indien zulks mogelijk en doelmatig is, de ontwikkeling stimuleert van vormen van zorg die wel een aanspraak zijn maar die nog niet op één of meer van de BES-eilanden beschikbaar zijn. Dit mede tegen de achtergrond van artikel 6, zevende lid, van het Besluit, op grond waarvan de aanspraken op zorg in beginsel slechts geldend worden gemaakt voor zover de zorg in redelijkheid ook geboden kan worden. Deze bepaling laat uiteraard onverlet dat wanneer bepaalde, medisch noodzakelijke zorg niet op het eiland aanwezig is, betrokkene voor een medische uitzending in aanmerking kan komen.

#### **Hoofdstuk 4. Overgangs- en slotbepalingen**

##### **Artikel 4.1**

In artikel 4.1. is in verband met de tandheelkundige mondsituatie op de BES voorzien dat voornamelijk voor volwassenen aanspraak bestaat op een eenmalige sanering van het gebit met behulp van röntgenfoto's, anesthesie, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en extracties. Daarna moet men in staat worden geacht het gebit zodanig goed te verzorgen dat men verdere tandheelkundige controles en behandelingen, behoudens zeer bijzondere medische situaties, zelf kan bekostigen. Omdat het naar verwachting niet zal lukken iedereen binnen een jaar te saneren is deze overgangsbepaling niet beperkt tot een jaar. Daarnaast is ten behoeve van de jeugdigen voorzien in handhaving voornamelijk van de regeling voor orthodontie zoals deze voor 1 januari 2011 bestond voor een deel van de verzekerden.

##### **Artikel 4.2**

Bij wijze van overgangsrecht is geregeld dat in het jaar 2011 aanspraak bestaat op:

- a. brillen en contactlenzen anders dan bedoeld in artikel 1.7.10, tot een bedrag van maximaal \$ 170 per twee kalenderjaren voor verzekerden vanaf 18 jaar, en van maximaal hetzelfde bedrag per kalenderjaar voor verzekerden jonger dan achttien jaar;
- b. voor verzekerden van 18 jaar en ouder negen behandelingen fysiotherapie en oefentherapie anders dan de behandelingen, bedoeld in artikel 1.4.2.

Gedurende het overgangsjaar zullen de mogelijkheden worden verkend voor een eventuele aanvullende verzekering waarin deze voorzieningen een plaats kunnen krijgen.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers.*