



Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 24 juni 2021, kenmerk 2376482-1010624-ZJCN, houdende wijziging van de Regeling aanspraken zorgverzekering Bes

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 6, tweede lid, en 10, zesde lid, van het Besluit Zorgverzekering Bes,

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling aanspraken zorgverzekering Bes wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1.1 wordt onder vervanging van de punt in onderdeel m. door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd luidende:

n. *in-vitrofertilisatiepoging*: zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- 1°. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- 2°. de follikelpunctie;
- 3°. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- 4°. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

B

Artikel 1.2.2, tweede lid, komt te luiden:

2. Eerstelijnspsychologische zorg omvat niet hulp bij werk- en relatieproblemen en ernstige hulpvragen die naar verwachting meer dan negen behandelingen vergen.

C

Artikel 1.3.1, derde lid, onderdeel d, komt te luiden:

- d. ooglaseren, ten behoeve van refractiecorrectie;.

D

In artikel 1.3.4 wordt het tweede lid vervangen door vijf leden, luidende:

2. De second opinion vindt plaats binnen het Caribisch deel van het Koninkrijk.
3. In afwijking van het tweede lid, kan een second opinion buiten het Caribisch deel van het Koninkrijk plaatsvinden indien hier binnen de geografische nabijheid van de verzekerde geen mogelijkheid voor is.
4. Een second opinion betreft een éénmalig consult uitsluitend op basis van de gegevens uit het door verzekerde verstrekte dossier.
5. De verwijzer dient een aanvraag in bij het Zorgverzekeringskantoor BES voor een second opinion met een onderbouwing van de gronden.
6. Een second opinion en het daarmee samenhangende noodzakelijke ziekenvervoer, worden slechts vergoed indien daartoe voorafgaand toestemming is verkregen van het Zorgverzekeringskantoor BES.



E

In artikel 1.3.6 wordt na 'onderzoek naar en van' ingevoegd 'ernstige'.

F

Aan artikel 1.3.10 wordt na 'noodzakelijke Ultraviolet B lichttherapie' toegevoegd:

'bij hiervoor gevoelige dermatosen en indien voorgeschreven door een specialist'.

G

Artikel 1.4.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 6°, wordt na 'zeventien jaar' ingevoegd 'voor de duur van maximaal twaalf maanden'.
2. In het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10°, wordt na 'motorische uitval' ingevoegd 'voor een periode van maximaal drie maanden'.
3. In het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 6°, wordt na '(capsulitis adhaesiva)' ingevoegd 'voor een periode van maximaal twaalf maanden'.
4. In het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 10°, wordt na 'whiplash' ingevoegd 'voor een periode van maximaal drie maanden, met dien verstande dat wanneer na drie maanden nog sprake is van trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen deze periode kan worden verlengd met maximaal zes maanden'.
5. In het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 11°, wordt na 'bekkeninstabiliteit' ingevoegd 'voor een periode van maximaal drie maanden'.
6. In het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 12°, wordt na 'worden behandeld' ingevoegd 'voor een periode van maximaal zes maanden'.
7. In het eerste lid, onderdeel c, subonderdeel 4°, wordt na 'stadium 3 Fontaine' ingevoegd 'voor een periode van maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in een instelling'.
8. In het eerste lid, onderdeel c, subonderdeel 5°, wordt na 'tumoren' ingevoegd 'voor een periode van maximaal twee jaren na bestraling'.
9. Het vijfde tot en met het tiende lid vervalt onder vernummering van het elfde tot en met het veertiende lid tot het vijfde tot en met het achtste lid.

H

Artikel 1.4.3 komt te luiden:

Artikel 1.4.3

1. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op logopedie, is voorafgaande toestemming van het Zorgverzekeringskantoor BES vereist.
2. De aanvraag voor toestemming omvat:
 - a. een diagnose op basis waarvan logopedie is geïndiceerd;
 - b. een deugdelijke motivering van de op deze diagnose gebaseerde behandelindicatie en behandeldoelstelling van de verwijzende arts of tandarts-specialist.
3. De aanspraak op logopedische zorg omvat niet zorgvragen die betrekking hebben op taalproblemen die door middel van regulier onderwijs kunnen worden verholpen, zoals tweetaligheid of taalachterstanden bij verzekerden tot achttien jaar.

I

Aan artikel 1.4.5 wordt een zin toegevoegd luidende: 'De aanvraag voor toestemming is voorzien van



een onderbouwde diabetische voet risico classificatie, bedoeld in de Richtlijn Diabetische voet van de Federatie Medisch Specialisten.’.

J

Artikel 1.5.1. wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt na ‘omvat’ ingevoegd ‘in andere gevallen dan het derde lid’.

3. Het tweede lid wordt als volgt gewijzigd:

a. Na ‘omvat’ wordt ingevoegd ‘in andere gevallen dan het derde lid’.

b. In onderdeel b wordt na ‘tandheelkundige hulp’ ingevoegd ‘van specialistische aard’ en vervalt de zinsnede ‘te verlenen door een tandarts-specialist’.

c. Onderdeel c vervalt onder verlettering van onderdeel d tot onderdeel c.

4. Het derde lid komt te luiden:

3. De verzekerde heeft aanspraak op andere tandheelkundige behandelingen dan bedoeld in het eerste of tweede lid, indien die behandelingen noodzakelijk zijn:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat 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. Hieronder is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

5. In het vierde lid wordt na ‘drieëntwintig jaar’ ingevoegd ‘in andere gevallen dan het derde lid’.

6. Er worden twee leden toegevoegd luidende:

5. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het derde lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
6. Voor het tot gelding brengen van de aanspraken bedoeld in het derde, vierde en vijfde lid is voorafgaand toestemming nodig van het Zorgverzekeringskantoor BES.

K

Artikel 1.7.13, onderdeel b, komt te luiden:

- b. koperhoudende spiraaltjes, hormoonhoudende spiraaltjes, -ringen en -staafjes.

L

In artikel 1.7.14, onderdeel a, vervalt de eerste komma.

M

In artikel 1.7.15, eerste lid, wordt na ‘gedeeltelijke kaalhoofdigheid’ ingevoegd ‘als gevolg van een medische aandoening of een medische behandeling,’.



N

Artikel 1.9.1, wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid vervalt 'in de laagste klasse'.
2. Het derde lid vervalt.

O

Artikel 1.12.1, derde lid, komt te luiden:

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, met dien verstande dat het bedrag bedoeld in artikel 1 van de Regeling AOV en AWW bijdragen aan zorginstellingen BES hierbij buiten beschouwing wordt gelaten en dat aan de instelling niet meer wordt betaald dan de te zijnen laste komende kosten van verzorging en verpleging bedragen.

P

Artikel 1.12.4, eerste lid, komt te luiden:

1. Doventolkzorg omvat zorg door een doventolk voor verzekerden met een auditieve beperking ter ondersteuning bij het deelnemen aan het maatschappelijke verkeer gedurende maximaal 30 uren dan wel, indien verzekerde doofblind is, gedurende 168 uren per kalenderjaar.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juli 2021.

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

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis*



TOELICHTING

1. Algemeen

Met deze regeling worden de Regeling aanspraken zorgverzekering BES per 1 juli 2021 gewijzigd.

Het gaat om de volgende wijzigingen van de Regeling aanspraken zorgverzekering BES:

1. Het opnemen van een definitie van het IVF proces, waardoor duidelijk is wat er wel en niet onder valt (1.1.1);
2. Verduidelijking van hetgeen niet vergoed wordt onder eerstelijnspsychologische zorg (1.2.2);
3. Verduidelijking van de ooglasers behandeling die niet vergoed wordt als er sprake is van een refractiecorrectie (1.3.1);
4. Verduidelijking van de mogelijkheden tot het aanvragen en uitvoeren van een second opinion (1.3.4);
5. Verduidelijking erfelijkheidsadvisering alleen bij ernstige aandoeningen (1.3.6);
6. Verduidelijking van de vergoeding van lichttherapie (1.3.10);
7. Verduidelijking van de perioden waarin aanspraak bestaat op vergoeding van fysio- en oefentherapie (1.4.2);
8. Verduidelijking van de aanspraak op logopedie (1.4.3);
9. Opnemen van de voorwaarde van een classificatie bij de aanvraag voor een vergoeding van een medische pedicure (1.4.5);
10. Verduidelijking van de aanspraak op tandheelkundig zorg (1.5.1);
11. Uitbreiding van de vergoeding voor hulpmiddelen om zwangerschap te voorkomen (1.7.13);
12. Haarwerken worden alleen vergoed bij (gedeeltelijke kaalhoofdigheid) als gevolg van een medische aandoening of een medische behandeling;
13. Verwijderen van het woord 'klasse' bij kraamzorg (1.9.1);
14. Wijziging in de eigen bijdrage van een verzekerde voor het verblijf in een instelling (1.12.1);
15. Verduidelijking van de aanspraak op doventolkzorg (1.12.4).

Bovenstaande wijzigingen zijn aangebracht naar aanleiding van het advies van het Zorgverzekeringskantoor BES en zijn bedoeld om discussie tussen het Zorgverzekeringskantoor BES en de verzekerde te voorkomen met betrekking tot het vergoeden van zorg. Door een aantal artikelen te specificeren ontstaat er daarnaast geen willekeur in de vergoedingen, maar wordt er een duidelijke lijn getrokken over hetgeen vergoed wordt en hetgeen niet vergoed wordt.

De regeling treedt per 1 juli 2021 in werking. Dit is conform de vaste verandermomenten zoals vastgelegd in de Aanwijzingen voor de regelgeving. Aan de minimum invoeringstermijn van twee maanden wordt niet voldaan. Voor een groot deel betreffen de wijzigingen echter reparatieregelgeving en verduidelijkingen.

De verwachting is dat de regeldruk door de genoemde wijzigingen niet toeneemt, maar juist veel uitzoekwerk scheelt, omdat de vergoedingen verduidelijkt zijn. Daarbij zorgt het voor gelijke behandeling van alle verzekerden. Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het wel (positieve) gevolgen voor de regeldruk heeft, maar die in omvang beperkt zijn en toereikend in beeld zijn gebracht.

2. Artikelsgewijs

A

Met deze wijziging wordt gedefinieerd wat precies onder een IVF-behandeling valt. Deze definitie komt overeen met de definitie in het Besluit Zorgverzekering. Hiermee is duidelijk dat het ongedaan maken van sterilisatie geen onderdeel uitmaakt van een IVF-behandeling en daarmee niet voor vergoeding aanmerking komt.

B

Om in aanmerking te komen voor vergoeding door ZJCN voor eerstelijns psychologische zorg moet er een duidelijke diagnose (stoornis) volgens de DSM V worden gesteld. Alleen psychische klachten zijn niet voldoende om gebruik te maken van verzekerde zorg. Ernstige klachten die naar verwachting meer dan negen behandelingen vergen, vallen niet onder de eerstelijns psychologische zorg, maar onder medisch-specialistische zorg.



C

Ter verduidelijking van artikel 1.3.1, derde lid, onderdeel d, is opgenomen dat ooglaseren ten behoeve van refractiecorrectie, om ervoor te zorgen dat een verzekerde geen bril of lenzen meer nodig heeft, niet vergoed wordt door het Zorgverzekeringskantoor BES. Overige ooglaserbehandelingen kunnen wel vergoed worden.

D

Wanneer een verzekerde twijfels heeft over een behandeling bij een zorgverlener, kan in overleg met de betreffende zorgverlener en het Zorgverzekeringskantoor BES een second opinion worden aangevraagd bij een andere zorgverlener. De zorgverlener waar een second opinion wordt aangevraagd moet in beginsel wel een contract hebben afgesloten met Zorgverzekeringskantoor BES en daarbij moet worden voldaan aan de in artikel 1.3.4 gestelde eisen. Daarnaast is het van belang dat de zorgverlener waar een second opinion wordt aangevraagd zich bevindt binnen het Caribisch deel van het Koninkrijk om in aanmerking te komen voor vergoeding. Wanneer de verzekerde geen second opinion kan laten uitvoeren in diens geografische nabijheid, kan de verzekerde buiten het Caribisch deel van het Koninkrijk een second opinion laten uitvoeren. Hiervoor moet het Zorgverzekeringskantoor BES toestemming verlenen.

E

Medisch-specialistische zorg omvat onderzoek naar en van ernstige erfelijke afwijkingen. Bij de beoordeling of er sprake is van een ernstige afwijking, wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse richtlijnen die hiervoor zijn opgesteld door de Federatie Medisch Specialisten. Onder ernstige erfelijke afwijkingen worden onder meer verstaan diverse vormen van erfelijke kanker en de Ziekte van Huntington.

F

Ter verduidelijking is opgenomen dat behandelingen van gevoelige dermatosen met lichttherapie voorgeschreven dienen te worden door een specialist.

G

Uit het oogpunt van de leesbaarheid zijn de termijnen genoemd in de 5^{de} tot en met de 10^{de} lid opgenomen in de eerdere leden die over de aanspraken gaan.

H

Logopedie is de zorg die noodzakelijk is wanneer er problemen zijn met stem, taal, spraak, gehoor of slikken. Om voor vergoeding van logopedie in aanmerking te komen is artikel 1.4.3 verduidelijkt, zodat de aanvrager weet aan welke eisen de aanvraag moet voldoen. Daarnaast wordt logopedische zorg niet vergoed wanneer er problemen zijn met het leren van de taal, tweetaligheid of een taalachterstand. Deze problemen hebben veelal geen medische oorzaak en moeten op een andere manier worden verholpen.

I

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van een medische pedicure is het van belang dat de verwijzer een goedkeuringsaanvraag indient bij het Zorgverzekeringskantoor BES welke is onderbouwd met een diabetische voet risico classificatie, ook bekend als (gemodificeerde) Sims en Simm's classificatie, conform de richtlijn 'Diabetische voet' van de Federatie Medisch Specialisten. Deze classificatie is een model dat is ontwikkeld om het 'stadium' van voetproblemen bij diabetes aan te geven. Hoe hoger de classificatie, hoe groter het risico op het ontstaan van voetwonden. Het model wordt onder andere gebruikt om te bepalen welke zorg nodig is.

J

De paragraaf en artikelen die betrekking hebben op tandheelkundige zorg zijn verduidelijkt en aangepast aan de in Europees Nederland geldende wet- en regelgeving.

K

De vergoeding van hulpmiddelen ter voorkoming van een zwangerschap is uitgebreid. Er zijn nu meer hulpmiddelen beschikbaar ten opzichte van een aantal jaar geleden, waardoor het noodzakelijk is ook



de andere hulpmiddelen te vergoeden. Zo hebben vrouwen voldoende keuzemogelijkheden.

L

Ter verduidelijking is de komma uit artikel 1.7.14, onderdeel a, komen te vervallen. Zo wordt duidelijk dat rollators niet vergoed worden volgens de Regeling aanspraken zorgverzekering BES.

M

In de praktijk is het voorgekomen dat pruiken werden aangevraagd zonder dat er een medische indicatie aanwezig was. Het belang van een strakke omschrijving in onderhavige Regeling vergt dat er een specificering komt door het opnemen van de oorzaak van de blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid welke de verzekerde als psychisch bezwarend ervaart.

N

Tot een aantal jaar terug werd kraamzorg nog ingedeeld in een aantal klassen. Dit is nu niet meer van toepassing. Iedereen heeft recht op dezelfde soort kraamzorg. Daardoor komt het woord 'klasse' te vervallen in artikel 1.9.1.

O

Door wijziging in artikel 1.12.1 sluit deze weer aan op artikel 14 lid 1 van de Wet algemene ouderdomsverzekering BES en de Regeling AOV en AWW bijdragen aan zorginstellingen BES. Met de laatstgenoemde regeling, die in samenspraak met VWS is opgesteld, wordt geregeld dat niet het volledige pensioenbedrag naar de zorginstelling gaat, maar dat een deel bij de belanghebbende blijft (bestemd voor 'zak- en kleedgeld').

P

De vergoeding van een doventolk is verduidelijkt en sluit aan op vergoeding in Europees Nederland.

Dit artikel is verder gespecificeerd om duidelijker te maken dat het ter ondersteuning is en niet de bedoeling is om, bijvoorbeeld, een doventolk aanwezig te hebben wanneer de verzekerde actief deelneemt aan het maatschappelijk verkeer.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis*