



## **Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 november 2023, kenmerk 3709959-1055640-ZJCN, houdende wijziging van de Regeling vaststelling premiepercentages werknemer en werkgever BES in verband met de premiepercentages voor 2024 en de Regeling aanspraken zorgverzekering BES in verband met het zorgpakket BES 2024 en enkele wijzigingen van technische aard**

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Handelende in overeenstemming met de Minister van Financiën;

Gelet op de artikelen 6, tweede lid, 10, zesde lid, 11, vierde lid, en 12, derde lid, van het Besluit zorgverzekering BES;

Besluit:

### **ARTIKEL I**

De **Regeling aanspraken zorgverzekering BES** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.4.1a, eerste lid, wordt '1 augustus 2023' vervangen door '1 januari 2025'.

B

Artikel 1.4.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 6, komt te luiden:

6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en jonger is dan zeventien jaar;

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

9. Fysiotherapie of oefentherapie omvat tevens een valpreventieve beweeginterventie voor personen met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden.

C

In artikel 1.9.1 wordt 'verdeeld over ten hoogste acht dagen' vervangen door 'verdeeld over ten hoogste zes weken'.

D

Artikel 1.13.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel a, wordt 'daggeldvergoeding' vervangen door 'tegemoetkoming voor dagelijkse levensbehoeften'.

2. In het eerste lid, onderdeel e, wordt 'hotelkosten' vervangen door 'accommodatiekosten'.

3. De eerste zin van het derde lid komt te luiden: 'De kosten van verblijf als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, e en f, worden slechts vergoed zolang het verblijf om medische redenen is aangewezen in verband met het medisch onderzoek of de medische behandeling.'



E

De laatste zin van artikel 1.14.1, tweede lid, komt te luiden: '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.'

F

Artikel 2.2 wordt vervangen door twee artikelen, luidende:

#### **Artikel 2.2**

1. Een verzoek tot toestemming als bedoeld in artikel 10, vierde lid, van het besluit, bevat ten minste de volgende gegevens:
  - a. een verwijfsbrief van de behandelend arts waarin uiteengezet is waarom de verzekerde de aangevraagde zorg dient te krijgen;
  - b. een duidelijk gespecificeerde offerte van de niet gecontracteerde zorgaanbieder met een exacte omschrijving van de behandeling en de totale kosten daarvan.
2. Het Zorgverzekeringskantoor BES verleent geen toestemming indien:
  - a. er geen diagnose of indicatie voor de behandeling aanwezig is;
  - b. de behandeling niet doelmatig is;
  - c. de verzekerde voor dezelfde aandoening al wordt behandeld, tenzij de behandeling deel uitmaakt van een behandeltraject waarvoor toestemming als bedoeld in artikel 10, vierde lid van het besluit is verleend; of
  - d. het een verzoek om een second opinion betreft dat niet voldoet aan artikel 1.3.4.

#### **Artikel 2.2a**

1. Indien een verzekerde ingevolge artikel 10, vierde lid, van het besluit en artikel 2.2 van deze regeling toestemming heeft om zich te wenden tot een zorgaanbieder met wie voor de verlening van de betreffende zorg geen overeenkomst is gesloten, is de vergoeding gelijk aan de in rekening gebrachte kosten, maar 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, het tarief dat daarvoor op het grondgebied van de BES-eilanden door het Zorgverzekeringskantoor BES wordt 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. In aanvulling op het eerste lid worden de kosten van het met de binnen het grondgebied van de BES-eilanden verleende zorg samenhangende noodzakelijke ziekenvervoer, bedoeld in artikel 6, eerste lid, onderdeel j, van het besluit en artikel 1.10.1 van deze regeling, vergoed.
3. Indien 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.

G

In de aanhef van artikel 2.3, eerste lid, wordt 'de artikelen 1.13.1 en 1.13.2' vervangen door 'de artikelen 1.13.1, 1.13.2 en 2.2a'.

#### **ARTIKEL II**

In de artikelen 1 en 2 van de **Regeling vaststelling premiepercentages werknemer en werkgever BES** wordt '2023' vervangen door '2024'.

#### **ARTIKEL III**

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2024.
2. Artikel I, onderdeel A, werkt terug tot en met 1 augustus 2023.

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

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. van Ooijen*

## TOELICHTING

### 1. Algemeen

Met deze regeling wordt, na ingewonnen advies van het Zorgverzekeringskantoor BES, de Regeling aanspraken zorgverzekeringen BES (Raz BES) met ingang van 1 januari 2024 gewijzigd zodat aangesloten wordt bij de aanpassingen van het zorgpakket in Europees Nederland. Er wordt ten eerste aangesloten bij een aanpassing van het Besluit zorgverzekering in verband met de inzet op valpreventieve beweeginterventies en de flexibilisering van de kraamzorg.<sup>1</sup> Voorts wordt aangesloten bij een wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de verlenging van de voorwaardelijke toelating van paramedische herstelzorg voor COVID-19.<sup>2</sup>

Daarnaast is van de gelegenheid gebruik gemaakt om enkele correcties en wetstechnische verbeteringen aan te brengen in Raz BES. Belangrijkste wijzigingen zijn:

- het vervallen van de termijn voor aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie wegens motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel bij verzekerden die jonger zijn dan zeventien jaar;
- aanpassingen in de terminologie met betrekking tot de vergoeding van kosten tijdens medische uitzendingen en spoedzorg;
- de codificatie van de voorwaarden voor het verkrijgen van toestemming als bedoeld in artikel 10, vierde, van het Besluit zorgverzekering BES.

### 2. Wijzingen in het pakket

#### 2.1 Paramedische herstelzorg voor COVID-19 patiënten

Een deel van de mensen met ernstige klachten of beperkingen tijdens hun herstel na Covid-19 heeft extra zorg nodig om goed te herstellen. De huisarts of medisch specialist kan beoordelen of iemand in aanmerking komt voor eerstelijns paramedische herstelzorg. Deze herstelzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtiek en logopedie. Zowel in Europees Nederland als ook in Caribisch Nederland, is deze herstelzorg, die mono- of multidisciplinair kan worden ingezet, sinds 18 juli 2020 tijdelijk toegelaten tot het basispakket (Stcrt. 2020, 39509 respectievelijk Stcrt. 2020, 65241). Eén van de voorwaarden in Europees Nederland is deelname aan onderzoek naar de effectiviteit van paramedische herstelzorg. Deze voorwaarde geldt niet voor COVID-19 patiënten in Caribisch Nederland. In 2021 werd in zowel Europees Nederland als Caribisch Nederland besloten tot verlenging van de voorwaardelijke toelating tot 1 augustus 2022 (Stcrt. 2021, 32870 respectievelijk Stcrt. 2021, 40090), zodat ook patiënten die in de tweede en derde golf in het najaar van 2020 en het eerste kwartaal 2021 ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt paramedische herstelzorg vergoed konden krijgen. Gezien het voortduren van de pandemie is in zowel Europees Nederland als Caribisch Nederland besloten tot verdere verlenging van de voorwaardelijke toelating tot 1 augustus 2023 (Stcrt. 2022, 18206 respectievelijk Stcrt. 2023, 1436). Daardoor kon paramedische herstelzorg (onder voorwaarden) ook vergoed worden voor patiënten die na de derde golf ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt of nog door zullen maken.

Op basis van een onderzoek naar de effectiviteit van paramedische herstelzorg zal het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) een duiding en advies uitbrengen met betrekking tot de definitieve vergoeding vanuit de zorgverzekering in Europees Nederland. Deze beoordeling wordt verwacht in het eerste kwartaal van 2024. Het Zorginstituut zal naar verwachting eind 2023 op basis van de uitkomsten van dat onderzoek een oordeel kunnen geven over de effectiviteit van deze zorg. Voor zover deze zorg effectief is, valt dat niet automatisch volledig onder het basispakket in Europees Nederland. De vergoeding van paramedische zorg in Europees Nederland kent beperkingen, bijvoorbeeld wat betreft de aandoeningen waarvoor fysiotherapie en oefentherapie deel uitmaken van het basispakket. Indien het wenselijk wordt geacht dergelijke beperkingen weg te nemen, is een wijziging van het Besluit zorgverzekering nodig. Dat loopt mee in de jaarlijkse aanpassingen van het basispakket ten behoeve

<sup>1</sup> Besluit van 12 september 2023, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2024 (Stb. 2023, 300).

<sup>2</sup> Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 juli 2023, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de verlenging van de voorwaardelijke toelating van paramedische herstelzorg voor COVID-19 (Stcrt. 2023, 20603).

van het jaar 2025. Daarom is de voorwaardelijke toelating van deze zorg in Europees Nederland verlengd tot 1 januari 2025.<sup>3</sup>

Om dezelfde aanspraken te realiseren voor inwoners van Caribisch Nederland wordt de aanspraak op herstellende zorg met onderhavige regeling ook verlengd voor verzekerden in Caribisch Nederland. De aanspraak geldt met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2023. Hiermee wordt aangesloten bij de periode in Europees Nederland. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek in Europees Nederland wordt besloten of de aanspraak in Caribisch Nederland wordt verlengd.

## **2.2 Vervallen termijn voor aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie en inzet op valpreventie**

In de Raz BES is een specifieke beperking opgenomen voor de aanspraak op behandelingen fysiotherapie en oefentherapie wegens motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel bij verzekerden die jonger zijn dan zeventien jaar. Het gaat om de termijn van maximaal twaalf maanden. Dit wijkt af van de aanspraak zoals vastgesteld in Europees Nederland. Op basis van de huidige formulering lijkt er geen expliciete aanspraak te bestaan op behandelingen die langer dan twaalf maanden duren. Dit is onwenselijk omdat het een specifieke doelgroep betreft, voornamelijk bestaande uit personen in ontwikkeling. Deze groep is vaak langdurig afhankelijk van fysiotherapie om cruciale ontwikkelingsstappen te kunnen maken of om hun functies te behouden. De motivatie achter de beperking lijkt voort te komen uit de behoefte om regelmatig te toetsen of een voortdurende behandeling nog steeds zinvol is voor de verzekerden. Hiervoor is het niet nodig om een beperking in de regeling op te nemen. De maximale termijn van twaalf maanden komt derhalve te vervallen.

Verder is in Europees Nederland geconstateerd dat de stijging van het aantal valongevallen met (het risico op) letsel voor een extra belasting zorgt van de (langdurige) zorg. Daarom is meer inzet op valpreventie de komende jaren noodzakelijk. Niet alleen voor het beperken van de druk op zorg, maar ook omdat het letsel als gevolg van een val vooral voor ouderen veel impact heeft op hun kwaliteit van leven.

In 2020 is het Zorginstituut gevraagd om te beoordelen of valpreventie bij ouderen effectief is en om die reden onder de te verzekeren zorg kan vallen. Het Zorginstituut heeft in zijn beoordeling van 1 april 2022 onder meer aangegeven dat een trainingsprogramma (meer precies: valpreventief beweeginterventie) een belangrijk en effectief onderdeel is van valpreventie. Ouderen komen voor een trainingsprogramma onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut in aanmerking als sprake is van een hoog valrisico in combinatie met onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen. Zonder die onderliggende of bijkomende problemen zouden de ouderen met een hoog valrisico de valpreventieve beweegprogramma's via de gemeente kunnen volgen. Het Zorginstituut concludeerde dat alleen een trainingsprogramma onder begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut in Europees Nederland onder de zorgverzekering valt, namelijk onder «zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden», zoals omschreven in artikel 2.6 Besluit zorgverzekering. De voorwaarden en beperkingen in dat artikel belemmeren echter de daadwerkelijke vergoeding van deze valpreventieve trainingsprogramma's. Het Besluit zorgverzekering is gewijzigd om de vergoeding van deze valpreventieve beweeginterventies in Europees Nederland mogelijk te maken.<sup>4</sup>

Gezien de bevindingen van het Zorginstituut en het feit dat er geen redenen zijn om af te wijken van het advies van het Zorginstituut, zou de aanspraak op valpreventieve beweeginterventies ook voor verzekerden in Caribisch Nederland moeten gelden. Met onderhavige regeling worden valpreventieve beweeginterventies daarom ook opgenomen in het zorgpakket van Caribisch Nederland.

## **2.3 Kraamzorg**

De beroepsgroep in Europees Nederland heeft aangegeven dat er behoefte is aan een meer flexibele inzet van kraamzorg, ook voor een langere periode dan tot en met de 10e dag na de bevalling waarop de aanspraak ingevolge artikel 2.11 Besluit zorgverzekering begrensd is. In 2021 is het Zorginstituut advies gevraagd omtrent een andere inrichting van de aanspraak op kraamzorg, waaronder het loslaten van de grens op de 10e dag. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat flexibilisering mogelijk is door de grens te verplaatsen van de 10e dag naar 6 weken vanaf de bevalling. Dit loopt synchroon met de periode waarin de verloskundige nog verantwoordelijk is voor de zorg aan ouder en kind,

<sup>3</sup> Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 juli 2023, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de verlenging van de voorwaardelijke toelating van paramedische herstellende zorg voor COVID-19 (Stcrt. 2023, 20603).

<sup>4</sup> Besluit van 12 september 2023, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2024 (Stb. 2023, 300).



waarna in de nieuwe situatie zowel de verloskundige zorg als kraamzorg ook formeel worden afgesloten. De periode van tien dagen na de bevalling zal in Europees Nederland per 1 januari 2024 verlengd worden naar zes weken.<sup>5</sup>

In Caribisch Nederland geldt een periode van ten hoogste 8 dagen. Ook op andere punten, zoals het minimale en maximale aantal uur, verschilt de aanspraak op kraamzorg in Caribisch Nederland ten opzichte van Europees Nederland. Hoewel de demografische en culturele context enigszins verschilt van Europees Nederland is er geen dwingende reden aanwezig om de voorgestelde wijziging in het pakket van Europees Nederland niet tevens van toepassing te verklaren op het pakket op de BES-eilanden. De behoeften en rechten van moeders en baby's op deze eilanden verdienen dezelfde overweging en zorg. De periode van 8 dagen wordt derhalve verlengd naar ten hoogste zes weken.

## **2.4 Terminologie vergoeding medische uitzending en spoedzorg**

Met deze regeling worden ten aanzien van de vergoeding bij een medische uitzending de termen 'daggeldvergoeding' en 'hotelkosten' vervangen door andere termen. Deze wijziging is om meerdere redenen belangrijk. De term 'hotelkosten' wordt vervangen door de term 'accommodatiekosten' omdat het verblijf van verzekerden niet altijd in een hotel plaatsvindt. Er wordt ook van andere vormen van verblijf gebruik gemaakt, zoals studio's, appartementen of vergelijkbare faciliteiten. Door deze wijziging wordt de regeling flexibeler en in lijn gebracht met de realiteit van diverse verblijfsopties. De term 'daggeldvergoeding' wordt vervangen door 'tegemoetkoming voor dagelijkse levensbehoeften' omdat het om een vergoeding gaat dat gerelateerd is aan de dagelijkse levensbehoeften van verzekerden tijdens hun verblijf, zoals maaltijden en incidentele uitgaven. Door dit te verhelderen, wordt de regeling transparanter. Uitgangspunt is dat de vergoeding bij een medische uitzending alleen betrekking heeft op noodzakelijke ondersteuning teneinde in de basisbehoeften te kunnen voorzien tijdens een medische uitzending. Daarnaast wordt verduidelijkt wat onder de kosten van verblijf wordt verstaan.

Tevens wordt de wijze waarop de vergoeding van kosten op grond van artikel 1.14.1, tweede lid, (spoedzorg) wordt vastgesteld gelijkgetrokken met de wijze waarop de vergoeding op grond van artikel 2.2a (nieuw) wordt vastgesteld. In het bijzonder betreft dit de laatste volzin. Hierbij dient te worden gekeken naar een vergoeding van ten hoogste het tarief dat in redelijkheid als passend kan worden beschouwd in de Nederlandse marktomstandigheden, in plaats van het tarief dat doorgaans wordt berekend voor de desbetreffende zorg op het grondgebied van Nederland binnen Europa.

## **2.5 Voorwaarden toestemmingsverzoek, bedoeld in artikel 10, vierde lid, van het besluit**

Verzekerden kunnen op grond van artikel 10, vierde lid, van het besluit de Minister verzoeken om toestemming voor het consumeren van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit kan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder binnen of buiten het grondgebied van de BES-eilanden betreffen. Artikel 10, zesde lid, onderdelen c en d, van het besluit bepalen dat voorwaarden kunnen worden gesteld waaraan de verzekerde moet voldoen, wil toestemming in de zin van artikel 10, vierde lid, van het besluit kunnen worden verleend kan worden geregeld in welke gevallen geen toestemming wordt verleend. Deze voorwaarden worden op dit moment al gehanteerd en zijn gepubliceerd op de website van de Rijksdienst Caribisch Nederland. Met onderhavige regeling worden de voorwaarden gecodificeerd in het nieuwe artikel 2.2. Bij het verlenen van toestemming zal telkens een balans gevonden moet worden tussen enerzijds het waarborgen van toegankelijke en passende zorg en anderzijds kostenbeheersing.

Tevens regelt deze regeling de vergoeding van zorg met toestemming bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders, zowel binnen als buiten het grondgebied van de BES-eilanden, in het nieuwe artikel 2.2a. De vergoeding van de kosten van het met het verlenen van de zorg binnen het grondgebied van de BES-eilanden samenhangende ziekenvervoer, bedoeld in artikel 6, eerste lid, onderdeel j, van het besluit en artikel 1.10.1 van deze regeling, blijft gehandhaafd.

Naar aanleiding van de eerdergenoemde wijzigingen, wordt artikel 2.3 ook aangepast.

## **3. Financiële gevolgen**

Vanaf 2024 is er een bedrag voor valpreventie en paramedische herstellzorg opgenomen in de meerjarenbegroting. De dekking komt uit bestaande middelen. De andere wijzigingen hebben geen

<sup>5</sup> Besluit van 12 september 2023, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2024 (Stb. 2023, 300).



financiële gevolgen omdat de wijzigingen op zichzelf geen materiële wijzigingen brengen in de aanspraken.

#### **4. Regeldruk**

De verwachting is dat deze regeling geen gevolgen heeft voor de regeldruk.

#### **Artikelsgewijs**

##### **Artikel I**

##### *Onderdeel A*

Artikel 1.4.1a betreft de vergoeding van directe herstellzorg van patiënten met ernstige COVID-19. Met deze wijziging wordt de vergoeding verlengd tot 1 januari 2025, met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2023.

##### *Onderdeel B*

Artikel 1.4.2, eerste lid, onder a, subonderdeel 6, van de Raz BES regelt de aanspraak op fysiotherapie- en oefentherapiebehandelingen wegens motorische retardatie of ontwikkelingsstoornissen van het zenuwstelsel, voor verzekerden jonger dan zeventien jaar. Er geldt voor deze aanspraak in Caribisch Nederland nu nog beperking van maximaal twaalf maanden. Deze beperking geldt niet voor Europees Nederland. Het verschil in zorgdekking tussen Europees Nederland en Caribisch Nederland is niet te rechtvaardigen. Dit is toegelicht in paragraaf 2.2 van het algemeen deel van deze toelichting. Om die reden komt de beperking van twaalf maanden te vervallen. Daarnaast is de bepaling genderneutraal geformuleerd.

Zoals toegelicht in paragraaf 2.2 van het algemeen deel van deze toelichting, is de aanspraak op fysio- en oefentherapie, omschreven in artikel 1.4.2 van de Raz BES, uitgebreid ten behoeve van valpreventie. Valpreventie bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk de valrisicotest, de valanalyse en een advies op maat met de in te zetten interventies om het hoge valrisico weg te nemen of te verminderen. Het Zorginstituut is nagegaan welke onderdelen in Europees Nederland nu al onder het basispakket (kunnen) vallen. De conclusies gelden ook voor Caribisch Nederland.

De valrisicotest, die bestaat uit een beperkt aantal overzichtelijke vragen, en de valanalyse, die bestaat uit een multifactoriële risicobeoordeling, maken volgens het Zorginstituut reeds deel uit van het Europees Nederlandse basispakket: dit is geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten plegen te bieden of zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden. Ook in Caribisch Nederland vallen de valrisicotest en de valanalyse dus onder geneeskundige zorg als bedoeld in de artikelen 1.2.1 en 1.3.1 Raz BES. Overigens zou de valrisicotest ook in het sociaal domein kunnen worden afgenomen. De valanalyse valt voor alle verzekerden met een hoog valrisico binnen het basispakket, ongeacht de plek waar de valrisicotest is afgenomen.

Verschiedende onderdelen van het advies op maat met bijbehorende interventies, zoals staaroperaties bij visusproblemen, ergotherapie of medicatiebewaking, maken volgens het Zorginstituut momenteel ook al deel uit van het basispakket. Dit geldt ook voor Caribisch Nederland. Er zijn ook onderdelen, zoals woningaanpassingen, die op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 in Europees Nederland tot de verantwoordelijkheid van de gemeente behoren. In Caribisch Nederland is het Besluit maatschappelijke ondersteuning en bestrijding huiselijk geweld en kindermishandeling BES in voorbereiding, waarmee maatschappelijke ondersteuning onder de verantwoordelijkheid van de Minister of de bestuurscolleges komen te vallen.

Valpreventieve beweeginterventies zijn volgens het Zorginstituut aan te merken als zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten plegen te bieden. Mits effectief, zouden deze interventies vergoed kunnen worden uit hoofde van de zorgverzekering. In Caribisch Nederland is de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie geregeld in artikel 1.4.1, onderdeel a, en artikel 1.4.2. Gelet op de huidige voorwaarden en beperkingen is voor het vergoeden van valpreventieve beweeginterventies wel een wijziging van artikel 1.4.2 van de Raz BES nodig. Daartoe zijn valpreventieve beweeginterventies apart opgenomen in dat artikel. Dit impliceert ook dat de beperking ten aanzien van de eerste twintig behandelingen, bedoeld in artikel 1.4.2, tweede lid, niet van toepassing is wanneer bij een verzekerde met een in artikel 1.4.2, eerste lid, onderdeel a vermelde aandoening door middel van een valrisicotest een hoog valrisico is vastgesteld. Er geldt wel een andere beperking: er wordt maximaal één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden vergoed.

## Onderdeel C

Kraamzorg die in een periode van ten hoogste 8 dagen na de bevalling is verleend, maakt deel uit van het basispakket. Zoals toegelicht in paragraaf 2.3 van het algemeen deel van deze nota van toelichting, is deze periode verlengd naar zes weken.

## Onderdeel D

Artikel 1.13.4 regelt welke kosten worden vergoed bij een medische uitzending. In het eerste lid zijn de termen 'daggeldvergoeding' en 'hotelkosten' gewijzigd. In plaats van 'daggeldvergoeding' is gekozen voor de term 'tegemoetkoming voor dagelijkse levensbehoeften'. Dit maakt duidelijk dat het gaat om een vergoeding die gerelateerd is aan de dagelijkse levensbehoeften van verzekerden tijdens hun verblijf, zoals maaltijden en incidentele uitgaven. De term 'hotelkosten' is gewijzigd in 'accommodatiekosten', zodat naast de kosten van een verblijf in een hotel ook de kosten van verblijf in bijvoorbeeld studio's, appartementen of vergelijkbare faciliteiten kunnen worden vergoed. Dit sluit beter aan bij de realiteit van diverse verblijfsopties.

In het derde lid is verduidelijkt wat onder de kosten van verblijf wordt verstaan, namelijk de kosten, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, e en f.

## Onderdeel E

Artikel 1.14.1 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland anders dan in geval van medische uitzending en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot de terugkomst op het grondgebied van de BES-eilanden (spoedzorg). Het tweede lid bepaalt de vergoeding voor dergelijke zorg. De laatste zin in het tweede lid is gewijzigd omwille van de consistentie. De vaststelling van de tarieven ten behoeve van de vergoeding zal op dezelfde manier verlopen als bij de zorg die wordt ingeroepen op grond van het nieuwe artikel 2.2a. De terminologie is daarom gelijk getrokken.

## Onderdelen F en G

Artikel 10, vierde lid, van het besluit regelt de bevoegdheid voor de Minister om aan een verzekerde toestemming te verlenen voor zorg bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Een verzoek om toestemming als bedoeld in artikel 10, vierde lid, van het besluit zal in de praktijk vaak worden ingediend indien de zorg wel beschikbaar is in Caribisch Nederland, maar deze naar de mening van de verzekerde niet doelmatig of doeltreffend is. Artikel 10, zesde lid, van het besluit bevat een delegatiegrondslag voor het stellen van nadere regels over onder andere de voorwaarden waaronder toestemming wordt verleend, in welke gevallen geen toestemming wordt verleend en de hoogte van de vergoeding. Deze nadere regels zijn opgenomen in de artikelen 2.2 en 2.2a.

In artikel 2.2 is geregeld welke gegevens een verzoek tot toestemming in ieder geval moet bevatten en in welke gevallen geen toestemming op grond van artikel 10, vierde lid, van het besluit wordt verleend. In het eerste lid is geregeld dat een verzoek tot toestemming in ieder geval een verwijsbrief van de behandelend arts en een offerte van de niet gecontracteerde zorgaanbieder bevat. Indien ook andere gegevens en bescheiden nodig zijn om een beslissing tot het verlenen van toestemming te kunnen nemen, worden die meegestuurd. Het tweede lid betreft een codificatie van de voorwaarden die op dit moment al door het Zorgverzekeringskantoor worden gehanteerd. Het regelt ten eerste dat er geen toestemming wordt verleend indien er naar het oordeel van het Zorgverzekeringskantoor geen diagnose of indicatie voor de behandeling aanwezig is. Er wordt dus geen toestemming verleend indien het verzoek bijvoorbeeld een diagnostisch beeldvormend of laboratoriumonderzoek betreft zonder dat reeds een diagnose is gesteld of een behandeling is geïndiceerd door de behandelend arts. Ten tweede moet de behandeling waarvoor toestemming wordt gevraagd doelmatig zijn. Het uitgangspunt is dat een behandeling niet doelmatig is als voor dezelfde aandoening reeds een doeltreffende behandeling of diagnostiek heeft plaatsgevonden bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Ten derde wordt geen toestemming verleend indien de verzekerde voor dezelfde aandoening al wordt behandeld, tenzij het een behandeling betreft in een lopend behandeltraject en dit traject is gestart met toestemming als bedoeld in artikel 10, vierde lid van het besluit. Deze weigeringsgrond zorgt ervoor dat niet van een aanspraak op zorg in natura overgestapt kan worden naar een aanspraak op restitutie en andersom.

Tot slot bestaat alleen aanspraak op een second opinion onder de voorwaarden, bedoeld in artikel 1.3.4. Indien er toestemming wordt gevraagd voor een second opinion die niet aan deze voorwaarden voldoet, wordt er geen toestemming verleend.

Het nieuwe artikel 2.2a betreft de vergoeding voor zorg met toestemming als bedoeld in artikel 10, vierde lid, van het besluit bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zowel binnen als buiten het grondgebied van de BES-eilanden. De wijze hoe deze vergoeding wordt vastgesteld blijft gehand-



---

haafd. Reis-, verblijf- en vervoerskosten worden niet vergoed.

Artikel 2.3 is gewijzigd in verband met herstructurering van de artikelen over de vergoeding van zorg waarvoor toestemming als bedoeld in 10, vierde lid, van het besluit is verkregen.

### **Artikel II**

De premiepercentages voor de inkomensafhankelijke premie van de verzekerde en de door de werkgever verschuldigde premie ten behoeve van de zorgverzekering BES, blijven in 2024 ongewijzigd. Deze regeling vervangt het jaartal '2023' door '2024'.

### **Artikel III**

De regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2024 en werkt wat betreft de paramedische herstellzorg (artikel I, onderdeel A) terug tot met 1 augustus 2023. Het met terugwerkende kracht in werking laten treden van artikel I, onderdeel A, is noodzakelijk, omdat de huidige aanspraak per 1 augustus 2023 is komen te vervallen.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. van Ooijen*