

Regeling houdende nadere regels met betrekking tot de aanspraak op zorg ingevolge het Besluit zorgaanspraken AWBZ en wijziging van andere regelingen in verband met invoering van dat besluit alsmede wijziging van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet

(Regeling zorgaanspraken AWBZ [Versie geldig vanaf: 05-04-2006])

Geschiedenis: Staatscourant 2003, 245; Staatscourant 2004, 194; Staatscourant 2005, 56; Staatscourant 2005, 229; Staatscourant 2005, 248; Staatscourant 2006, 66

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op artikel 2, derde lid, van de Wet voorzieningen gehandicapten, artikel 1p van de Ziekenfondswet, de artikelen 2, vierde lid, 13, eerste lid, 17 en 18 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en artikel 16 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering;

Besluit:

HOOFDSTUK I. Definitiebepaling

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. het Besluit: het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- b. intramurale zorg: zorg waarbij sprake is van opnemings- of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht;
- c. extramurale zorg: zorg die niet behoort tot de intramurale zorg;
- d. lidstaat: een lidstaat van de Europese Unie, een andere staat die partij is bij de overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, alsmede Zwitserland.

HOOFDSTUK II. De aanspraken

Artikel 2

1. Indien het verblijf van de verzekerde in een instelling wordt beëindigd in verband met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering, bestaat nog gedurende een periode van ten hoogste acht dagen aanspraak op tandheelkundige zorg.

2. Tot negen weken na beëindiging van het verblijf in een instelling bestaat aanspraak op de levering en het aanbrengen van een nieuwe of overgezette tandheelkundige prothese, zijnde een plaat-, overkappings-, opbouw- of frameprothese, alsmede van kronen of bruggen, indien deze

tandheelkundige hulp voor het beëindigen van het verblijf was aangevangen. De zorgverzekeraar kan, gehoord de adviserend tandarts, een langere termijn van ten hoogste tweeënvijftig weken vaststellen.

3. De verzekerde die in verband met een psychiatrische aandoening in een instelling verblijft, kan zijn aanspraak op tandheelkundige zorg pas tot gelding brengen met ingang van de dag waarop zijn verblijf een periode van tweeënvijftig weken heeft overschreden. Voor de berekening van deze periode worden de dagen van onderbreking wegens weekeind- en vakantieverlof in aanmerking genomen.

4. In afwijking van het derde lid heeft de verzekerde aanspraak op tandheelkundige zorg met ingang van de dag waarop hij in verband met een psychiatrische aandoening in een instelling verblijft, indien de aanvang van het verblijf plaatsvindt binnen zesentwintig weken na beëindiging van zijn verblijf in een instelling en gedurende dat verblijf artikel 15, aanhef en onderdeel d, van het Besluit op hem van toepassing was.

Artikel 3

1. 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.

2. De aanspraak op het individueel gebruik van een rolstoel bestaat indien dat gebruik is aangewezen in verband met het ontbreken van de loopfunctie dan wel in verband met blijvende of langdurige loopfunctiestoornissen.

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.

Artikel 4

1. Bij doventolkzorg als bedoeld in artikel 12 van het Besluit, bestaat aanspraak op maximaal 30 uren zorg door een doventolk, dan wel indien de verzekerde doofblind is, aanspraak op 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 de zorg minimaal 30 minuten duurt.

Artikel 5

1. Onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten omvat onderzoek naar het voorkomen van Phenylketonurie, Congenitale Hypothyreoïde en Androgenitaal Syndroom, uitgevoerd door een laboratorium dat daartoe door het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu is aangewezen.

2. Aanspraak op het onderzoek, bedoeld in het eerste lid, bestaat voor de zuigeling die de leeftijd van twee maanden nog niet heeft bereikt, en in zeer bijzondere gevallen voor oudere zuigelingen.

3. Het onderzoek, bedoeld in het eerste lid, vindt in de regel plaats op de leeftijd van vier tot en met zeven dagen van betrokkene.

4. Het laboratoriumonderzoek, bedoeld in het eerste lid, wordt uitgevoerd volgens de onderzoeksmethoden, vastgesteld door het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, dat tevens voor dit laboratoriumonderzoek wordt aangewezen als referentie-instituut.

Artikel 6

1. Het vaccinatieprogramma van het Besluit omvat toediening van de hierna aangegeven vaccins, afgeleverd door of vanwege het Nederlands Vaccin Instituut, aan de daartoe opgeroepen verzekerden:

a. in de leeftijd van 2-15 maanden: gecombineerd Difterie-, Kinkhoest-, Tetanus-, Poliomyelitis-vaccin gemengd met Haemophilus influenzae type b-vaccin alsmede geconjugerd pneumokokkenvaccin;

b. in de leeftijd van 3-16 maanden: gecombineerd Difterie-, Kinkhoest-, Tetanus-, Poliomyelitis-vaccin gemengd met Haemophilus influenzae type b-vaccin alsmede geconjugerd pneumokokkenvaccin;

- c. in de leeftijd van 4-17 maanden: gecombineerd Difterie-, Kinkhoest-, Tetanus-, Poliomyelitis-vaccin gemengd met Haemophilus influenzae type b-vaccin alsmede geconjugueerd pneumokokkenvaccin;
 - d. in de leeftijd van 11-23 maanden: gecombineerd Difterie-, Kinkhoest-, Tetanus-, Poliomyelitis-vaccin gemengd met Haemophilus influenzae type b-vaccin alsmede geconjugueerd pneumokokkenvaccin;
 - e. in de leeftijd van 14-23 maanden: gecombineerd Bof-, Mazelen-, Rubella-vaccin alsmede geconjugueerd meningokokken C-vaccin;
 - f. geboren in het vierde kalenderjaar, voorafgaande aan het lopende kalenderjaar: gecombineerd Difterie-, Tetanus-, Polio-vaccin alsmede Kinkhoest-vaccin;
 - g. geboren in het negende kalenderjaar, voorafgaande aan het lopende kalenderjaar: gecombineerd Difterie-, Tetanus-, Polio-vaccin alsmede gecombineerd Bof-, Mazelen-, Rubella-vaccin.
- 2.** Het vaccinatieprogramma omvat tevens toediening van het hepatitis B-vaccin, afgeleverd door of vanwege het Nederlands Vaccin Instituut, aan daartoe opgeroepen
- a. in de leeftijd van 2-15 maanden, 3-16 maanden, 4-17 maanden en 11-23 maanden indien ten minste één van de ouders afkomstig is uit een ander land dan een land genoemd in bijlage 1;
 - b. in de leeftijd van 0-1 maanden, 2-15 maanden, 3-16 maanden, 4-17 maanden en 11-23 maanden indien de moeder van de verzekerde HbsAg-positief is.
- 3.** In bijzondere gevallen ter beoordeling door of namens de desbetreffende entadministratie kan de toediening van de vaccins, genoemd in het eerste en tweede lid, aan een verzekerde van een andere leeftijd dan daar genoemd worden aangemerkt als te geschieden in het kader van de uitvoering van het vaccinatieprogramma.
- 4.** Als entadministraties die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de vaccinaties worden de entadministratie, vermeld in de bijlage 2 van deze regeling, voor het daarbij aangegeven gebied aangewezen.

HOOFDSTUK III. Procedurele voorwaarden en vergoedingen

Artikel 6a

- 1.** Voor het verkrijgen van aanspraak op vergoeding van kosten voor extramurale zorg in een andere lidstaat dan Nederland behoeft de verzekerde geen toestemming van de zorgverzekeraar.
- 2.** De vergoeding voor deze zorg is gelijk aan de gemaakte kosten voor deze zorg en bedraagt niet meer dan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Artikel 6b

- 1.** Een zorgverzekeraar kan aan een verzekerde toestemming verlenen zich voor intramurale zorg te wenden tot een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder in een andere lidstaat dan Nederland indien de zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat dat voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is.
- 2.** Een zorgverzekeraar kan aan een verzekerde toestemming verlenen zich voor intra- of extramurale zorg te wenden tot een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland of een andere staat dan een lidstaat, indien de zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat dat voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is.
- 3.** De vergoeding voor deze zorg is gelijk aan de gemaakte kosten voor deze zorg en bedraagt niet meer dan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Artikel 7

- 1.** De verzekerde heeft slechts aanspraak op de zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 9, 12 en 13, eerste lid, van het Besluit, indien binnen twee weken na de aanvang van de zorg door of namens hem aan het uitvoeringsorgaan is gemeld met ingang van welke datum de zorg is aangevangen, welke zorg wordt geleverd en wie die zorg levert.

2. De verzekerde heeft slechts aanspraak op psychotherapeutische behandeling van meer dan vijftig zittingen, indien uiterlijk op de twintigste zitting door of namens hem aan de zorgverzekeraar gemeld is, dat hij wegens een persoonlijkheidsstoornis hierop aangewezen is.
3. De verzekerde heeft slechts aanspraak op de zorg, bedoeld in artikel 8, vierde lid, van het Besluit, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend, en de indicatie is gesteld en de zorg wordt verleend overeenkomstig de voorwaarden uit het 'Indicatie- en behandelingsprotocol voor volwassenen' van het Nederlands Psychoanalytische Instituut te Amsterdam.
4. De verzekerde heeft slechts aanspraak op zorg, bedoeld in artikel 12 van het Besluit, indien hij aan de zorgverzekeraar een verklaring van de huisarts of behandelend keel-, neus- en oorarts heeft overgelegd waaruit blijkt dat hij op die zorg is aangewezen.
5. Het vierde lid is niet van toepassing indien de verzekerde:
 - a. dovenonderwijs volgt of heeft gevolgd,
 - b. ingevolge de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten voor zorg door een doventolk in de werk- en onderwijssituatie vergoeding ontvangt, of
 - c. op grond van artikel 1p van de Ziekenfondswet zoals die bepaling op 31 december 2005 luidde, zorg door een doventolk heeft ontvangen.

Artikel 7a

De verzekerde heeft geen aanspraak op zorg als bedoeld in de artikelen 4 tot en met 8 van het Besluit gedurende het reizen of het tijdelijk verblijven buiten Nederland, voorzover deze door een instelling als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, onder 1°, van de wet wordt verleend.

Artikel 8

1. Onverminderd artikel 7 heeft de verzekerde slechts aanspraak op de zorg, bedoeld in artikel 2, onderdelen a en b, van het Zorgindicatiebesluit op verwijzing van de huisarts, de bedrijfsarts of de behandelende medisch specialist van de verzekerde.

2.

Indien de zorg, bedoeld in het eerste lid, plaatsvindt op verwijzing van een bedrijfsarts, bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien de zorgverzekeraar met de verwijzende bedrijfsarts of de arbodienst waaraan deze bedrijfsarts is verbonden, schriftelijk afspraken heeft gemaakt over de kwaliteit en doelmatigheid van de verwijzing, de wijze waarop afstemming en overleg plaatsvindt met zorgaanbieders die aan de verzekerde zorg verlenen of kunnen verlenen, en de controle op de naleving van de afspraken.

Artikel 9

De verzekerde heeft slechts aanspraak op tandheelkundige zorg die nodig is met het oog op een ernstige aangeboren of verworven tandheelkundige aandoening of een lichamelijke of geestelijke aandoening, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

Artikel 10

1. De verzekerde heeft slechts aanspraak op een rolstoel als bedoeld in artikel 3, indien de zorgverzekeraar daartoe vooraf toestemming heeft verleend.

2. Voorafgaande toestemming is niet vereist voor zover het aanpassingen of herstel van een rolstoel betreft waarvan de kosten minder bedragen dan:

- a. EUR 1 000, indien het een elektrisch aangedreven rolstoel betreft; en
- b. EUR 500, indien het een niet-elektrisch aangedreven rolstoel betreft.

Artikel 11

Dit hoofdstuk is niet van toepassing indien de zorg wordt verleend onder verantwoordelijkheid, waaronder begrepen de financiële verantwoordelijkheid, van de Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak.

HOOFDSTUK IV. Wijziging van andere regelingen

Artikel 12

[Vervallen.]

Artikel 13

[Vervallen.]

Artikel 14

[Vervallen.]

HOOFDSTUK V. Overgangs- en slotbepalingen

Artikel 15

De verzekerde die verblijft in een instelling als bedoeld in artikel 9 van het Besluit in verband met een psychiatrische aandoening dan wel in een instelling als bedoeld in artikel 13 van het Besluit, behoudt aanspraak op dat verblijf gedurende vier weken nadat een indicatiebesluit als bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is vastgesteld waaruit blijkt dat hij geïndiceerd is voor verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 9 van het Besluit in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening, mits dat voortgezette verblijf verband houdt met een tekort aan plaatsingsmogelijkheden.

Artikel 16

In afwijking van artikel 6, eerste lid, wordt het pneumokokkenvaccin voor het eerst toegediend bij verzekerden die op of na 1 april 2006 zijn geboren.

Artikel 17

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 april 2003.

Artikel 18

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling zorgaanspraken AWBZ.

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

De staatssecretaris voornoemd,
C. Ross-van Dorp

Bijlage 1. van de Regeling zorgaanspraken AWBZ
Lijst van de landen, bedoeld in artikel 6, tweede lid, onderdeel a

Andorra
Australië
Bahamas
Barbados
België
Bermuda
Canada
Chili
Colombia
Costa Rica
Cuba
Cyprus
Denemarken
Duitsland
El Salvador
Estland
Finland
Frankrijk
Hongarije
Ierland
Luxemburg
Mexico
Monaco
Nederland
Nicaragua
Nieuw-Zeeland
Noorwegen
Oostenrijk
Paraguay
Peru
San Marino
Sri Lanka
Slowakije
Tsjechië
Uruguay
IJsland
Verenigd Koninkrijk
Verenigde Staten
Zweden
Zwitserland

**Bijlage 2. van de Regeling zorgaanspraken AWBZ
Lijst van de entadministratie, bedoeld in artikel 6, vierde lid, met het
daarbij aangegeven verantwoordelijkheidsgebied**

1. Stichting Entadministratie Noord Nederland voor de provincies Groningen, Friesland en Drenthe;
2. Stichting Entorganisatie voor Overijssel en Flevoland voor de provincies Overijssel en Flevoland;
3. Stichting Provinciale Entadministratie Gelderland voor de provincie Gelderland;
4. Stichting Entadministratie Utrecht & Noord-Holland voor de provincies Utrecht en Noord-Holland, met uitzondering van de gemeente Amsterdam;
5. Stichting regionale Entadministratie Zuid-Holland voor de provincie Zuid-Holland, met uitzondering van de gemeente Rotterdam;
6. Stichting Provinciale Kraamzorg & Entadministratie Zeeland;
7. Stichting Provinciale Entadministratie Noord-Brabant voor de provincie Noord-Brabant;
8. Stichting Provinciale Entadministratie Limburg voor de provincie Limburg;
9. Gemeentelijke gezondheidsdienst te Amsterdam voor de gemeente Amsterdam;
10. Gemeentelijke gezondheidsdienst te Rotterdam voor de gemeente Rotterdam.