

Regeling geneeskundige verzorging politie 1996

BIZ

21 december 1995/Nr. EA95/U3813
Directoraat-Generaal voor Openbare
Orde en Veiligheid/Directie Politie

De Minister van Binnenlandse Zaken,
Gelet op artikel 7, eerste lid, van het
Besluit geneeskundige verzorging poli-
tie 1994,

Besluit:

Vast te stellen de Regeling geneeskun-
dige verzorging politie 1996.

Regeling geneeskundige verzorging politie 1996

§1 Definities

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:
actiefdienende deelnemer: de deel-
nemer, die als zodanig wordt aange-
merkt ingevolge het Besluit;
administrateur: de administrateur,
bedoeld in artikel 11, vierde lid, van
het Besluit;
alarmcentrale: de alarmcentrale waar-
mee de Dienst een overeenkomst heeft
afgesloten;
apotheker: een apotheker, die ingevol-
ge de bepalingen van de Wet op de
geneesmiddelenvoorziening, in
Nederland is gevestigd;
audiologisch centrum: een inrichting
als zodanig erkend (of voorlopig
erkend) krachtens de Beschikking
audiologische hulp ziekenfondsverze-
kering;
*beademing, chronische intermitteren-
de* -: het regelmatig terugkerende ver-
blijf van minder dan 24 uur in een
beademingscentrum ten behoeve van
mechanische beademing in een door
de bevoegde overheidsinstantie
erkend beademingscentrum, alsmede
het gebruik van de mechanische
beademingsapparatuur ten huize van
de patiënt, dan wel in een daartoe
ingerichte lokaliteit, indien aldaar de
beademing plaatsvindt vanwege en
onder verantwoordelijkheid van een
zodanig centrum;
Besluit: het Besluit geneeskundige ver-
zorging politie 1994;

Commissie: de commissie, bedoeld in
artikel 11, eerste lid, van het Besluit;
dagverpleging: een aantal uren duren-
de vorm van verpleging in een zieken-
huis, voorzienbaar en noodzakelijk in
verband met het op dezelfde dag
plaatsvinden van een onderzoek of
behandeling door een specialist of
tandarts-specialist;
deelnemer: de deelnemer bedoeld in
de artikelen 2 en 13 van het Besluit;
DGVP-Zorgservice: de thuiszorgcentra-
le waarmee de Dienst ter zake een
overeenkomst heeft afgesloten;
Dienst: de Dienst geneeskundige ver-
zorging politie, bedoeld in artikel 10,
eerste lid, van het Besluit;
farmaceutisch adviseur: de farmaceu-
tisch adviseur, bedoeld in artikel 12
van het Besluit;
fysiotherapeut: degene aan wie op
grond van de artikelen 3, 36 of 37 van
het Fysiotherapeutenbesluit de
bevoegdheid tot het uitoefenen van
fysiotherapeut is toegekend;
gepensioneerde deelnemer: de deel-
nemer, die als zodanig wordt aange-
merkt ingevolge het Besluit;
gezinsleden: de personen bedoeld in
artikel 3 van het Besluit;
*haemodialyse, chronisch intermitteren-
de* -: het regelmatig terugkerende ver-
blijf, geneeskundige en farmaceutische
hulp daarbij inbegrepen, van minder
dan 24 uur in een door de bevoegde
overheidsinstantie erkend dialysecen-
trum (Besluit niet klinische haemodia-
lyse ziekenfondsverzekering, alsmede
het bepaalde inzake de vergoeding
van kosten met betrekking tot thuis-
dialyse, dan wel haemodialyse in een
daartoe ingerichte lokaliteit, indien de
dialyse plaatsvindt vanwege en onder
verantwoordelijkheid van een zodanig
centrum;
heilgymnast-masseur: degene die
krachtens artikel 41 van de Wet op de
paramedische beroepen de bevoegd-
heid tot het uitoefenen van heilgym-
nastiek en massage heeft behouden;
herstellingsoord: een inrichting tot ver-
der herstel van zieken of gehandicap-
ten, aangesloten bij het Verbond van
Nederlandse Herstellingsoordorganisa-
ties;
hoogleraar: een hoogleraar in de

geneeskunde of tandheelkunde, voor
zover hij in een universiteitskliniek de
medische praktijk uitoefent;
huidtherapeut: degene die in het bezit
is van het diploma van de SOHU en is
opgenomen in het register van de
Nederlandse Vereniging van
Huidtherapeuten;
huisarts: een in Nederland in de woon-
of verblijfplaats van de patiënt of in de
onmiddellijke omgeving daarvan
gevestigde arts, ingeschreven in het
register van erkende huisartsen van de
Koninklijke Nederlandse Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst die
op de gebruikelijke wijze de algemene
praktijk uitoefent en geneeskundige
en heelkundige hulp verleent, naar de
omvang en aard bepaald door hetgeen
in de kring van de beroepsgenoten
gebruikelijk is;
*inrichting voor revalidatiedagbehande-
ling*: een inrichting als zodanig erkend
(of voorlopig erkend) krachtens het
Besluit revalidatie dagbehandeling zie-
kenfondsverzekering;
kraamcentrum: een door de Commissie
als zodanig erkende instelling met het
doel thuis zorg te verlenen aan
kraamvrouwen en pasgeborenen;
kraaminrichting: een door de bevoeg-
de overheidsinstantie erkende inrich-
ting, beheerd en geëxploiteerd met
het doel gelegenheid te bieden voor
normale bevallingen;
kraamzorg: de zorg verleend door een
aan DGVP-Zorgservice verbonden
kraamverzorgster waarbij deze ten
huize van de deelnemer verblijft en
zowel moeder als kind en mogelijk ook
de huishouding verzorgt;
logopedist: degene die op grond van
artikel 3 van het Logopedistenbesluit
de bevoegdheid bezit het beroep van
logopedist uit te oefenen;
machtiging: een door of namens de
administrateur gegeven schriftelijke
verklaring, dat de kosten voor vergoe-
ding in aanmerking komen;
manueel therapeut: degene die lid is
van de Vereniging van Manueel thera-
peuten, dan wel is ingeschreven in het
Register van Manueel therapeuten
zoals dit is vastgesteld door de
Registratiecommissie van
Manueeltherapeuten, dan wel lid is

van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde, dan wel lid is van de Nederlandse Associatie Orthopedische Manuele Therapie;

medisch adviseur: de medisch adviseur, bedoeld in artikel 12 van het Besluit;

mondhygiënist: een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die bevoegd is tot het uitoefenen van het beroep van mondhygiënist, als bedoeld in het Mondhygiënistenbesluit;

oefentherapeut César: degene aan wie op grond van artikel 3 van het Besluit oefentherapeuten César 1980 de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep van oefentherapeut César is toegekend;

oefentherapeut-Mensendieck: degene aan wie op grond van artikel 3 van het Besluit oefentherapeuten Mensendieck 1979 de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep van oefentherapeut Mensendieck is toegekend;

orthoptist: degene vermeld in artikel 3 van het Orthoptistenbesluit aan wie het bewijs van bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep van orthoptist is uitgereikt;

polikliniek: een polikliniek als bedoeld in artikel 2.6. van de Richtlijn ex. art. 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen derde druk, juli 1986;

postnatale zorg: de in het kader van de bevalling verleende zorg aan de moeder door een verloskundige, huisarts of specialist, vanaf de eerste dag van de bevalling tot in totaal zes weken daarna;

prenatale zorg: de in het kader van de zwangerschap verleende zorg aan de aanstaande moeder, door een verloskundige, huisarts of specialist, vanaf de achtentwintigste week voor de (vermoedelijke) datum van bevalling;

regeling: de Regeling geneeskundige verzorging politie 1996;

sanatorium: een inrichting, als zodanig erkend (of voorlopig erkend) krachtens het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering;

schoonheidsspecialiste: een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialiste die een opleiding tot huidtherapeute heeft gevolgd dan wel in het bezit is van het STIVAS-B diploma;

specialist: een in Nederland gevestigde arts, ingeschreven in het register van erkende medische specialisten van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die zich beweegt op het terrein van het medisch specialisme, waarvoor regis-

tratie is verkregen, en die geneeskundige en heelkundige hulp verleent, naar de omvang en aard bepaald door hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is;

tandarts: een in Nederland gevestigde tandarts, die als tandarts is ingeschreven in het register van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;

tandarts-specialist: een in Nederland gevestigde tandarts, die als tandarts-specialist is ingeschreven in het register van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, die zich beweegt op het terrein van het specialisme, waarvoor registratie is verkregen;

tandheelkundig adviseur: de tandheelkundig adviseur, bedoeld in artikel 12 van het Besluit;

tandprotheticus: een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die als zodanig is ingeschreven in het register van tandprotheticici, als bedoeld in de Wet inzake de tandprotheticici;

trombosediens: een dienst als zodanig erkend (of voorlopig erkend) krachtens het Besluit hulpverlening door trombosediens ziekenfondsverzekering;

verloskundige: een in Nederland gevestigde verloskundige, die krachtens de Wet regelende de uitoefening van de geneeskunst de bevoegdheid bezit tot het verlenen van verloskundige raad en bijstand;

verloskundige hulp: de leiding van de bevalling, alsmede de pre- en postnatale zorg, door een verloskundige, huisarts of specialist;

ziekenhuis: een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling, als zodanig erkend krachtens het Besluit Ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering, alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos en niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of sanatorium;

ziekenvervoer: te onderscheiden in medisch noodzakelijk vervoer met een auto- of helicopterambulance, taxi of (huur)auto en niet-medisch noodzakelijk vervoer met een openbaar middel van vervoer of een taxi of (huur)auto.

§2 Indeling in groepen

Artikel 2

2.1. Voor de toepassing van deze regeling worden onverminderd het bepaalde in het tweede en het vijfde lid, de

deelnemers met een schaalbedrag lager of gelijk aan het maximum van salarisschaal 8 van Bijlage I behorende bij het Besluit bezoldiging politie of lager of gelijk aan het maximum van salarisschaal 8 van het Bezoldigingsbesluit LSOP ingedeeld in groep A. De deelnemers met een schaalbedrag hoger dan voornoemde maxima worden ingedeeld in groep B.

2.2. De deelnemer die als gepensioneerde deelnemer wordt aangemerkt en zijn gezinsleden blijven ingedeeld in de groep, waarin hij als actiefdienende deelnemer was ingedeeld, tenzij hij in groep B was ingedeeld en schriftelijk aan de administratie van de Dienst te kennen geeft in groep A ingedeeld te willen worden. Deze schriftelijke kennisgeving aan de administratie kan niet worden herroepen.

2.3. De gepensioneerde deelnemer, ingedeeld in groep B, die opnieuw de hoedanigheid van actiefdienende deelnemer verkrijgt en als gevolg daarvan zou behoren te worden ingedeeld in groep A, blijft, indien hij zijn inschrijving als gepensioneerde deelnemer handhaaft, ingedeeld in groep B.

2.4. Indien van een echtpaar beide echtelieden deelnemer zijn in de zin van het Besluit en zij behoren te worden ingedeeld in verschillende groepen, worden zij en hun gezinsleden ingedeeld in groep B.

2.5. De beslissing van de deelnemer, die op grond van het bepaalde in het eerste lid in groep A behoort te worden ingedeeld, maar voor 31 december 1988 heeft gekozen ingedeeld te blijven in groep B, is onherroepelijk.

§3 Vergoedingen voor behandelingen binnen Nederland

Artikel 3

3.1. Behoudens het bepaalde in artikel 39 worden de deelnemer voor geneeskundige behandeling en verzorging binnen Nederland van hem of zijn gezinslid de vergoedingen en tegemoetkomingen toegekend overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 5 tot en met 33 en 36 tot en met 41. Indien het gezinslid aanspraak heeft op vergoeding van of tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige behandeling en verzorging op grond van een verzekering, bedoeld in artikel 3, eerste lid, onder f, van het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994, worden de deelnemer aanvul-

lende vergoedingen en tegemoetkomingen verstrekt voor zover het betreft de kosten voor geneeskundige behandeling en verzorging die zijn opgenomen in de bijlage bij deze regeling.

§4 Vergoedingen voor behandelingen buiten Nederland

Artikel 4

4.1. Indien de deelnemer of het gezinslid zich buiten Nederland bevindt, zonder naar het buitenland te zijn vertrokken met het oogmerk aldaar een medische behandeling te ondergaan, worden de kosten voor:

a. niet klinische hulp: vergoed met inachtneming van de in deze regeling genoemde eigen bijdragen en maximale vergoedingen;

b. klinische hulp: volledig vergoed, indien en onder voorwaarde dat de alsdan noodzakelijk geworden ziekenhuisopname is gemeld aan de Alarmcentrale.

4.2. Behandelingen en behandelingsmethoden in het buitenland, die naar aard en de omvang in Nederland niet kunnen worden gerekend te behoren tot geneeskundige of heelkundige hulp, zoals deze gebruikelijk is in de kring van medische beroepsgenoten, komen niet voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten in aanmerking.

4.3. De Commissie kan, na advies van de medisch adviseur, besluiten een vergoeding van of een tegemoetkoming in de kosten toe te kennen in die bijzondere gevallen, waarin de geneeskundige behandeling en verzorging niet in Nederland en niet in het land van vestiging kan plaatsvinden.

§5 Geneeskundige verstrekkingen en vergoedingen

Artikel 5 (Huis)arts

5.1. Voor de hulp van een huisarts, zoals omschreven in artikel 1., wordt 80% van de kosten vergoed. De vergoeding van de kosten wordt berekend naar de geldende tarieven voor honoraria zoals deze met de Landelijke Huisartsen Vereniging zijn overeengekomen.

De maximale eigen bijdrage bedraagt f 30,- per kalenderkwartaal voor een deelnemer van groep A en f 45,- per kalenderkwartaal voor een deelnemer van groep B.

5.2. Verloskundige hulp door een huis-

arts wordt vergoed overeenkomstig het bepaalde in artikel 10.

5.3. Van de kosten van het consulteren van andere (alternatief praktiserende) artsen, dan die bepaald in het eerste lid, wordt – ongeacht de tijdsduur van het consult f 40,- vergoed tot in totaal f 400,- per gezinslid per kalenderkwartaal.

Artikel 6 (Niet klinische) hulp door een specialist

6.1. Behoudens plastische chirurgische behandeling (zie hiervoor Artikel 8) en behoudens kaakchirurgische hulp als bedoeld in Artikel 33, lid 15, wordt voor de niet-klinische hulp van een specialist 90% van de kosten vergoed. Het betreft hulp van een specialist of in een polikliniek, of ten huize van de specialist of ten huize van de patiënt. In geval van poliklinische radiotherapeutische behandeling worden de kosten vergoed.

6.2. Per kalenderkwartaal bedraagt de eigen bijdrage per deelnemer ingedeeld in groep A ten hoogste f 30,- en per deelnemer ingedeeld in groep B ten hoogste f 45,-.

6.3. Schriftelijke verwijzing door de huisarts is voorwaarde voor vergoeding. Voor het verkrijgen van een brilvoorschrift kan een oogarts zonder schriftelijke verwijzing van een huisarts of van een specialist worden geconsulteerd.

Artikel 7 (Niet klinische) hulp door een hoogleraar

7.1. 90% van de kosten (inclusief de hooglerarentoeslag) wordt vergoed voor een poliklinisch consult van een medisch of tandheelkundig hoogleraar, indien een medisch respectievelijk tandheelkundig specialist van hetzelfde vakgebied als de hoogleraar die beoogd wordt, vooraf schriftelijk heeft doen blijken, dat hij deze hulp nodig oordeelt. Slechts op deze voorwaarde kan machtiging voor hooglerarenconsult worden verleend.

7.2. Indien geen machtiging vooraf is verleend, wordt bij de vaststelling van de vergoeding uitgegaan van het consult-honorarium, zonder de hooglerarentoeslag.

7.3. Per kalenderkwartaal draagt de deelnemer ingedeeld in groep A ten hoogste f 30,- en de deelnemer in groep B ten hoogste f 45,- bij.

Artikel 8 Plastische chirurgie

8.1. De kosten van plastische chirurgie,

betreffende consult, behandeling en verpleging, ongeacht in het kader van welk specialisme deze hulp wordt verleend, hetzij poliklinisch dan wel klinisch, komen slechts voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten in aanmerking, na voorafgaande machtiging. Bij het verzoek om machtiging dient een aan de medisch adviseur gerichte verklaring te worden overgelegd van de behandelende specialist, waarin de aard en de ernst van de afwijking vermeld staat en de voorgenomen toe te passen behandeling (met de daarbij behorende Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg-verrichtingencode). Machtiging wordt verleend, indien de medisch adviseur een medisch somatische noodzaak aanwezig acht.

8.2. Voor reconstructieve plastische chirurgie, die er geheel dan wel overwegend op gericht is functieverlies van organen of weefsels op te heffen of te verminderen zonder dat hierbij sprake is van een belangrijk esthetisch aspect, worden de kosten, na vooraf verleende machtiging, vergoed zonder specifieke eigen bijdrage.

8.3. In geval van plastische chirurgie waarbij deels beoogd wordt somatische klachten en functieverlies te verminderen en deels esthetische overwegingen zijn is er sprake van een gemengde indicatie. Betreffende deze plastische chirurgie worden, na vooraf verleende machtiging, de kosten van verpleging en behandeling (hetzij klinisch, dan wel poliklinisch) gedeeltelijk vergoed met inachtneming van de hieronder te noemen bijzondere eigen bijdragen.

8.3.1. Voor een plastisch chirurgische operatie met een gemengde indicatie aan het gezicht of hals wordt 90% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet meer dan f 500,- ten laste van de deelnemer zal blijven.

8.3.2. Voor plastisch chirurgische operatie tot vergroting of verkleining van borsten of het aanbrengen van inwendige mammaprothesen wordt 80% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet meer dan f 1000,- ten laste van de deelnemer zal blijven. Hiervan uitgezonderd zijn de kosten van mammareconstructie in geval van voorafgaande maligniteit. De vergoeding is dan 100%.

8.3.3. Voor een plastische operatie met een gemengde indicatie, elders op het lichaam, wordt 50% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet

meer dan f 1750,- ten laste van de deelnemer zal blijven.

8.4. Geen aanspraak op vergoeding of tegemoetkoming in de kosten bestaat voor plastisch-chirurgische operaties of ingrepen, die beogen de betrokkene in een betere lichamelijke toestand te brengen, dan die van vergelijkbare leeftijdgenoten dan wel het doel hebben tatoeëringen of andere kunstmatig aangebrachte veranderingen aan het menselijk lichaam te verwijderen. Evenmin wordt er een vergoeding gegeven voor het laten verwijderen van overtollig vet en esthetische chirurgie.

8.5. De deelnemer is gehouden op eerste uitnodiging door de administratie van de Dienst het maximale bedrag dat ingevolge van het bepaalde onder 8.3. voor zijn rekening zal blijven, binnen 21 dagen aan de comptabele van de Dienst over te maken.

Artikel 9 Farmaceutische hulp

9.1. Onder farmaceutische hulp valt de verstrekking van:

(9.1.1.)

a. – geneesmiddelen;
b. – homeopatische en antroposofische middelen

c. – bloedprodukten.

(9.1.2.) – dieetpreparaten;

(9.1.3.) – verbandmiddelen;

9.1.1. a. Geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd.

b. Homeopatische en antroposofische geneesmiddelen: produkten als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopatische farmaceutische produkten.

c. Bloedprodukten als bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusies.

9.1.2. Bepaalde dieetpreparaten, bestemd voor medische toepassing, voor zover wordt voldaan aan een aantal voorwaarden.

Dieetmiddelen ter vermagering en voedingsmiddelen-additieven worden niet vergoed.

Indien er sprake is van de noodzaak van een permanent gebruik van sondevoeding, wordt na afgegeven machtiging een volledige vergoeding van de kosten hiervan en van de bijbehorende toedieningsystemen gegeven.

9.1.3. Verbandmiddelen bestemd voor patiënten met chronische ziekten of aandoeningen.

9.2. Vergoeding:

9.2.1. Geneesmiddelen:

De vergoeding van geneesmiddelen, overeenkomstig de in het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering opgenomen aanspraken, op de beide voorwaarden dat

(1) deze op recept zijn voorgeschreven door een arts, een arts-specialist, een tandarts, een tandarts-specialist of een verloskundige en

(2) afgeleverd zijn door een Nederlandse apotheek vindt plaats volgens de regelgeving van het zogeheten geneesmiddelen vergoedings systeem (GVS). Dit is het systeem waarbij door de overheid voor een bepaalde groep (onderling vergelijkbare) geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Tot de GVS-vergoedingslimiet wordt de prijs van een geneesmiddel 100% vergoed. Boven deze grens komt het verschil tussen de limiet en de prijs van het geneesmiddel voor eigen rekening van de verzekerde.

9.2.2. Homeopatische en antroposofische geneesmiddelen:

Voor homeopatische en antroposofische geneesmiddelen, mits:

(1) op voorschrift van een in Nederland gevestigde arts of specialist;

(2) afgeleverd door een Nederlandse apotheek wordt een vergoeding gegeven van 90% van de kosten tot een maximum van f 400,- per verzekerde per kalenderjaar.

9.2.3. Bloedprodukten:

Voor bloedprodukten, mits afgeleverd door een Nederlandse apotheek en geleverd op voorschrift van een arts of specialist, wordt een vergoeding gegeven van 100%.

9.2.4. Dieetpreparaten:

Voor dieetpreparaten, voor zover deze zijn opgenomen in het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering wordt een vergoeding verleend van 100%.

Vereisten zijn dat (1) de preparaten op recept van huisarts of specialist zijn voorgeschreven, (2) deze door een Nederlandse apotheek worden afgeleverd en (3) eerst hiervoor een machtiging is afgegeven.

9.2.5. Verbandmiddelen:

Voor verbandmiddelen, mits verstrekt op voorschrift van een arts of specialist en afgeleverd door een Nederlandse apotheek, wordt een vergoeding gegeven van 100%.

9.3. Handverkoopartikelen:

9.3.1. Handverkoopartikelen (zelfzorgmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn) worden niet vergoed.

Artikel 10 Verloskundige hulp

10.1. Voor verloskundige hulp wordt 100% van de kosten vergoed, onder aftrek van een eigen bijdrage van f 125,-.

10.2. Deze vergoeding wordt ook uitgekeerd, indien de verloskundige hulp is verleend in een ziekenhuis – zonder dat er sprake is van een medische indicatie – of in een kraaminrichting.

De vergoeding wordt eveneens verstrekt bij een doodgeborene.

10.3. In het geval dat tijdens de zwangerschap een indicatie gaat ontstaan voor zwangerschapsbegeleiding door een gynaecoloog, worden de reeds door de huisarts of verloskundige in rekening gebrachte kosten vergoed met inachtneming van een eigen bijdrage van 15% van deze kosten tot een maximum van het bij 10.1. genoemde bedrag.

Artikel 11 Kraamzorg thuis

11.1. Voor benodigde kraamzorg dient men zich telefonisch in verbinding te stellen met DGVP Zorgservice. Andere dan via de DGVP Zorgservice betrokken kraamzorg komt niet voor enige vergoeding in aanmerking.

11.2. Voor kraamzorg thuis wordt voor ten hoogste 64 uren, verdeeld over een periode van tien dagen, beginnend met de dag van de bevalling, de door het kraamcentrum gedeclareerde kosten voor 100% vergoed, onder aftrek van een eigen bijdrage van f 6,- per uur.

11.3. In het geval de kraamvrouw, na een opname in een ziekenhuis of een kraaminrichting voor langer dan 24 uur, deze instelling verlaat binnen de onder 11.2. gestelde periode van 10 dagen, wordt de kraamzorg vergoed die gedurende het resterende deel van deze periode nog wordt verleend, met inachtneming van de genoemde eigen bijdragen.

11.4. De deelnemer dient zich voor het verkrijgen van kraamzorg uiterlijk vijf maanden voor de vermoedelijke datum van bevalling te melden tot de DGVP Zorgservice.

11.5. Een deelnemer krijgt f 50,- uitgekeerd voor elke dag van de periode van ten hoogste tien dagen, indien de vergoeding voor kraamzorg waarop men recht heeft, niet wordt geclaimd.

11.6. De in dit artikel genoemde vergoedingen gelden ook in geval van een doodgeborene.

Artikel 12 Kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting

12.1. In het geval van een poliklinisch bevalling in een ziekenhuis of een kraaminrichting en deze instelling binnen 24 uur na de bevalling verlaten wordt, wordt van de door het ziekenhuis of kraaminrichting in rekening gebrachte kosten, overeenkomstig het tarief voor een poliklinische bevalling (M9-tarief), ten hoogste f 750,- vergoed.

Het betreffende tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer.

12.2. In het geval een kraamvrouw in verband met de bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting is opgenomen zonder dat daarvoor een medische indicatie aanwezig was, worden over een periode van ten hoogste tien dagen, die aanvangt op de dag van de bevalling, de door de inrichting in rekening gebrachte kosten vergoed, onder aftrek van f 48,- per dag, met dien verstande dat ten hoogste f 337,- per dag wordt vergoed.

12.3. Voor verpleging en behandeling in een ziekenhuis in verband met een klinische bevalling op medische indicatie, wordt een vergoeding gegeven overeenkomstig het bepaalde in artikel 18, met dien verstande, dat de deelnemer voor de dag van de bevalling en de negen daarop volgende dagen of zoveel korter dan de opname in het ziekenhuis duurt dezelfde eigen bijdrage verschuldigd is als met hem verrekend zou worden, wanneer hij een beroep had gedaan op interne kraamzorg, omschreven onder 11.2.

12.4. De vergoeding wordt eveneens verstrekt bij een doodgeborene.

Artikel 13 Paramedische verrichtingen

13.1. Onder paramedische verstrekkingen vallen de hieronder te noemen vormen van therapie:

13.1.1. fysiotherapie, waaronder wordt begrepen:

- bewegings- en oefentherapie, door een fysiotherapeut of heilgymnast-masseur;
- massagetherapie, door een fysiotherapeut of heilgymnast-masseur;
- fysische therapie in engere zin, waarmee het toepassen van thermische, elektrische, chemische en kinetische middelen wordt bedoeld;

13.1.2. oefentherapie volgens de methode Mensendieck

13.1.3. oefentherapie volgens de methode César

13.1.4. logopedische en foniatrische behandeling door een logopedist

13.1.5. orthoptische behandelingen

13.1.6. injecties toegediend door een wijkverpleegkundige

13.1.7. hulp verleend door de trombo-sediensdienst

13.1.8. behandeling door een chiropractor

13.1.9. behandeling door een oedeemtherapeut

13.1.10. behandeling door een podotherapeut bij diabetici

13.1.11. behandeling door een manueel therapeut

13.1.12. groepstherapie ter behandeling van stotteren

13.2. De kosten van de tijdens een verpleging in een ziekenhuis toegepaste paramedische behandelingen, genoemd onder 13.1.1. t/m 13.1.3. en 13.1.8. t/m 13.1.11. worden voor zover deze in het kader van de indicatie van de ziekenhuisopname worden uitgevoerd, volledig vergoed. Aan het aantal te vergoeden paramedische behandelingen is tijdens een ziekenhuisopname geen limiet gesteld.

13.3. Wanneer men niet in het ziekenhuis is opgenomen worden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, een heilgymnast/masseur, een Mensendieck- of Césartherapeut voor 90% vergoed, met dien verstande dat een deelnemer ingedeeld in groep A ten hoogste f 30,- per kalenderkwartaal zelf bijdraagt en de deelnemer uit groep B ten hoogste f 45,- per kalenderkwartaal zelf bijdraagt.

Het aantal te vergoeden behandelingen is beperkt tot negen per indicatie per jaar.

Voor deze negen behandelingen volstaat een verwijzing door de huisarts of een specialist; hiervoor is derhalve geen machtiging noodzakelijk. Wanneer naar het oordeel van de arts of behandelend specialist na de eerste reeks van negen behandelingen voortzetting van therapie noodzakelijk wordt geacht, dient hiervoor machtiging aangevraagd te worden. Hiertoe is herbeoordeling door de arts of behandelend specialist noodzakelijk. Deze machtiging kan worden verstrekt indien een op een speciaal formulier (opvraagbaar bij de Dienst) een behandelplan wordt ingediend, waarin de aard en ernst van de afwijking, het aantal en de soort voorgenomen verdere behandelingen en het reeds

behaalde behandelingsresultaat staan vermeld.

Dit behandelplan zal door de medisch adviseur worden beoordeeld.

Uitsluitend indien de medisch adviseur de medische noodzaak onderkent kan de behandeling voor rekening van de Dienst worden voortgezet.

13.4. Voor vergoeding van een reeks van 24 behandelingen door een logopedist volstaat de verwijzing door de huisarts of een specialist. De vergoeding bedraagt 90%, met dien verstande dat een deelnemer uit groep A niet meer dan f 30,- per kalenderkwartaal en een deelnemer uit groep B niet meer dan f 45,- per kalenderkwartaal zelf dient bij te dragen.

Voor vergoeding van de kosten van een langduriger behandeling na de eerste reeks van 24 behandelingen is machtiging vereist. Hiertoe dient door de logopedist een behandelplan te worden ingediend.

13.5. De kosten van behandelingen, genoemd onder 13.1.5. t/m/ 13.1.7. worden volledig vergoed, mits deze door een arts of een specialist zijn voorgeschreven. Hiervoor is geen machtiging vereist.

13.6. Huur van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen komt maximaal 3 maanden in enige periode van 12 maanden voor vergoeding in aanmerking.

13.7. Niet vergoed worden: de kosten van aankoop van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen, huur van sauna, solarium, hoogtezon en zonnebank.

13.8. Haptonomische therapie, mits verricht door een fysiotherapeut, wordt beschouwd als een vorm van fysiotherapie. De vergoeding wordt toegekend naar het tarief voor oefentherapie en massage door een fysiotherapeut. Het maximum aantal te vergoeden haptonomische behandelingen is negen. Vergoeding overeenkomstig artikel 13.3.

13.9. In de kosten van chiropractische behandeling wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van 90% tot een maximum van f 67,50 per behandeling. Per kalenderjaar worden maximaal 9 behandelingen vergoed mits de behandelaar lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie.

13.10. In de kosten van een op verwijzing van een medisch specialist uitgevoerde oedeemtherapie wordt een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van f 60,- per behande-

ling. Per kalenderjaar worden maximaal 20 behandelingen vergoed.

13.11. In de kosten van een medisch specialist uitgevoerde podo-therapeutische behandeling, wordt alleen ten aanzien van patiënten met diabetes mellitus een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van f 150,- per kalenderjaar, exclusief de vergoeding voor de levering van de speciale zolen.

13.12. In de kosten van een op verwijzing van de huisarts of een specialist uitgevoerde manuele therapie door een manueel therapeut, wordt een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van f 67,50 per behandeling.

Per kalenderjaar worden maximaal 9 behandelingen vergoed.

13.13. Eerst nadat 24 logopedische behandelingen onvoldoende resultaat hebben opgeleverd worden van de kosten van individuele stottertherapie anders dan door een logopedist 90% van de kosten vergoed tot een maximum van f 30,- per behandeling. Voor een groepstherapie ter behandeling van stotteren wordt een tegemoetkoming gegeven van 90% van de kosten tot een maximum van f 700,- voor de gehele cursus. Deze vergoeding wordt slechts één maal per verzerde verleend. Machtiging wordt eerst verleend nadat 24 logopedische behandelingen onvoldoende soelaas hebben geboden.

Artikel 14 Bijzondere medische verrichtingen, onderzoeken en behandelingen

14.1. Voor diagnostische verrichtingen, die verband houden met geneeskundige onderzoeken, indien deze althans door huisarts of specialist zijn voorgescreven en in omvang beperkt zijn tot die verrichtingen die in hun kring gebruikelijk zijn, worden de kosten 100% vergoed.

14.2. Kosten van zogeheten periodiek geneeskundig onderzoek, medische check-ups, rijbewijs- en sportkeuringen worden niet vergoed.

14.3. Erfelijkheidsonderzoek, erfelijkheidsadvisering en onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten omvatten onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van prenataal en postnataal chromosomenonderzoek en prenatale en postnatale biochemische diagnostiek. In dit onderzoek is mede begrepen:

(a). afnemen of uitnemen van het te onderzoeken materiaal;

(b). lichamelijk onderzoek van de (vermoedelijke) dragers van erfelijke afwijkingen;

(c). stamboomonderzoek ter bepaling van de vererving van een afwijking;

(d). enzymologisch biochemisch (basis)diagnostisch bloedonderzoek.

Het erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek, op verwijzing van een huisarts of een specialist. De lijst van erkende centra is opvraagbaar bij de Dienst. De kosten van en verband houdend met erfelijkheidsonderzoek, erfelijkheidsadvisering en enzymologisch biochemisch onderzoek worden volledig vergoed, indien vooraf hiervoor machtiging is verleend, waartoe een degelijke onderbouwing van de verwijzende arts vereist is.

14.4. De kosten van het gebruik van een operatie- of behandelkamer in een erkend ziekenhuis worden volledig vergoed.

14.5. Na voorafgaande machtiging kan een tegemoetkoming worden gegeven van f 50,- per dag, met een maximum van f 1.500,- per jaar in de kosten van behandelingen van patiënten lijdend aan psoriasis respectievelijk aan de ziekte van Bechterev in door de Commissie te bepalen kuuroorden of speciale behandelcentra.

14.6. Na verleende toestemming door de medisch adviseur wordt een vergoeding van maximaal f 1100,- per kuur van 8 weken gegeven voor de huur van een UVB-lichtcabine. Deze cabine dient te worden uitgezet door een organisatie waarmee de Dienst een overeenkomst heeft gesloten. De deelnemer dient hiertoe contact op te nemen met de Dienst.

Artikel 15 Hulpmiddelen

15.1. Hoofdingeling van de hulpmiddelen

- prothesen (15.3.1.)
- mammaprothesen (15.3.2.)
- gelaatsprothesen (15.3.3.)
- oogprothesen (15.3.4.)
- orthesen (15.3.5.)
- verzorgingsmiddelen (15.3.6.)
- pessaria (15.3.7.)
- hulpmiddelen voor mobiliteit van personen (15.3.8.)
- pruiken (15.3.9.)
- injectiespuiten + naalden (15.3.10.)
- elastische kousen (15.3.11.)
- hulpmiddelen bij diabetes (15.3.12.)

- apparatuur voor positieve uitademingsdruk (15.3.13.)

- draagbare infuuspompen met toebehoren (15.3.14.)

- schoenvoorzieningen (15.3.15.)

- hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (15.3.16.)

- inrichtingselementen van woningen (15.3.17.)

- hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering (15.3.18.)

- zuurstofapparatuur met toebehoren (15.3.19.)

- longvibratoren (15.3.20.)

- vernevelaars met toebehoren (15.3.21.)

- uitwendige elektrostimulatoren tegen chronische pijn (15.3.22.)

- solo-apparatuur met toebehoren (15.3.23.)

- tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.24.)

15.2. Algemene voorwaarden t.a.v. verstrekking en vergoeding

Tenzij anders vermeld is vergoeding voor de in 15.3 vermelde hulpmiddelen één maal per twee kalenderjaren mogelijk.

Globaal kan een indeling worden gemaakt in hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt en hulpmiddelen die in bruikleen ter beschikking worden gesteld.

Hulpmiddelen, omvatten een reeks van verscheidene artikelen. Deze worden onder 15.3. opgenoemd. Betreffende de vergoeding ervan kan een onderscheid gemaakt worden in:

- (a) middelen die voor 100% vergoed worden;
- (b) middelen waarvoor een eigen bijdrage geldt;
- (c) middelen waarvoor een maximale vergoeding is vastgesteld;
- (d) middelen die in bruikleen worden verstrekt.

15.3. Nadere indeling en daarbij geldende specifieke voorwaarden.

De afzonderlijke hulpmiddelen:

15.3.1. Prothesen

15.3.1.1. Middelen:

- Prothesen voor schouder, arm of hand, al dan niet bekrachtigd.
- Algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen.
- Prothesen voor voet of been.

15.3.1.2. Verstrekkingvoorwaarden: Voor een bekrachtigde uitvoering is

<p>een verklaring schriftelijke toelichting van een revalidatie-arts nodig.</p> <p>15.3.1.3. Vergoeding: Het vergoedingspercentage is 100%.</p> <p>15.3.2. (Uitwendige) Mammaprothesen</p> <p>15.3.2.1. Middelen: – Vloeistofhoudende prothese; – Niet-vloeistofhoudende prothese.</p> <p>15.3.2.2. Verstrekkingvoorwaarden: Vergoeding is één maal per kalenderjaar mogelijk.</p> <p>15.3.2.3. Vergoeding: Het vergoedingspercentage is 100%.</p> <p>15.3.3. Gelaatsprothesen</p> <p>15.3.3.1. Middelen: Dit zijn prothesen die ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk worden gemaakt, ter bedekking van een defect aan het aangezicht of een gedeelte ervan.</p> <p>15.3.3.2. Verstrekkingvoorwaarden: Een door een specialist toegelichte aanvraag is voor de aanschaf noodzakelijk.</p> <p>15.3.3.3. Vergoeding: Het vergoedingspercentage is 100%.</p> <p>15.3.4. Oogprothesen</p> <p>15.3.4.1. Middelen: a. volledige oogprothese; b. scleraschaal; c. scleralens.</p> <p>15.3.4.2. Verstrekkingvoorwaarden: Voor de onder b/ en c. genoemde prothesen is een voorschrift van de behandelende oogarts noodzakelijk.</p> <p>Vergoeding: Het vergoedingspercentage is 100%.</p> <p>15.3.5. Orthesen</p> <p>15.3.5.1. Middelen: a. Korset voor afwijkingen aan de wervelkolom; b. Orthopedische beugelapparatuur; c. Verstevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur waarop de verzekerde langdurig is aangewezen. d. Kap ter bescherming van de schedel in geval van een schedeldefect; e. Tracheaanule; f. Stemprothese of spraakversterker, al dan niet gecombineerd; g. Breukband of buikbreukband; h. Volledig individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel of binnenschoenen en semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing. i. Orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen; j. Verhoging van de gehele buitenzool</p>	<p>van confectieschoenen, van tenminste 3 cm;</p> <p>k. Wiggen; l. Steunzolen; m. Podo-therapeutische zolen.</p> <p>15.3.5.2. Verstrekkingvoorwaarden: – Voorschrift van een arts is noodzakelijk. – Verstrekking is één maal per kalenderjaar mogelijk. – De onder c. bedoelde hulpmiddelen die worden voorgeschreven en aangeschaft ter preventie van (sport)blesures of moeten dienen ter ondersteuning bij kortdurende postoperatieve revalidatie, komen niet voor vergoeding in aanmerking. – Bij eerste aankoop van orthopedische schoenen (h.) kan eenmalig een extra vergoeding voor een reserve paar worden toegekend. – Voor de onder i. bedoelde verstrekking wordt uitsluitend een vergoeding verleend indien het een verhoging van de gehele buitenzool betreft vanaf drie cm. – Ten behoeve van personen die de leeftijd van zestien jaar nog niet bereikt hebben, kan ten aanzien van het maximum te vergoeden aantal afgeweken worden.</p> <p>15.3.5.3. Vergoeding: – Het vergoedingspercentage is 100%. – Voor de onder h. genoemde middelen blijft f 120,- per paar voor eigen rekening.</p> <p>15.3.6. Verzorgingsmiddelen</p> <p>15.3.6.1. Middelen: a. Draagurinaal b. Voorzieningen voor stomapatiënten, niet zijnde verbandmiddelen c. Stompkousen; d. Catheters, al dan niet met toebehoren; e. Incontinentie-absorptiematerialen, met inbegrip van anale tampons; f. Drukpakken voor de behandeling van brandwonden;</p> <p>15.3.6.1. Verstrekkingvoorwaarden: Bij de eerste aanschaf dient een machtiging te worden aangevraagd. Vervanging kan zonder toestemming van de Dienst plaatsvinden. De onder b. bedoelde middelen dienen te worden aangeschaft bij een leverancier waarmee de Dienst ter zaken een overeenkomst heeft afgesloten. Voor de onder e. genoemde middelen kan geen aanspraak gemaakt worden indien sprake is van normale, fysiologische vorm van incontinentie bij kinderen beneden de leeftijd van zeven jaar,</p>	<p>dan wel wanneer er alleen sprake is van enuresis nocturna (nachtelijke incontinentie).</p> <p>Per aflevering maximaal voor één maand.</p> <p>Vergoeding: Het vergoedingspercentage is 100%</p> <p>15.3.7. Pessaria</p> <p>15.3.7.1. Verstrekkingvoorwaarden: Voorschrift van een arts is noodzakelijk.</p> <p>15.3.7.2. Vergoeding: Het vergoedingspercentage is 100%</p> <p>15.3.8. Hulpmiddelen voor mobiliteit van personen</p> <p>15.3.8.1. Middelen: a. Loophulpmiddelen, die niet aan het lichaam bevestigd zijn, waarop de verzekerde langdurig is aangewezen, te weten krukken, rollators en loophulpen met drie of vier poten en looprekjes. b. Serveerwagens; c. Blindenstokken.</p> <p>15.3.8.2. Verstrekkingvoorwaarden: Aanspraak op deze verstrekking bestaat bij een loopfunctiestoornis (a.), dan wel een handfunctiestoornis (b.) Er is vooraf toestemming van de Dienst nodig. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts.</p> <p>Vergoeding: Het vergoedingspercentage is 100%; Loophulpmiddelen en serveerwagens worden in bruikleen verstrekt.</p> <p>15.3.9. Pruiken</p> <p>15.3.9.1. Verstrekkingvoorwaarden: Uitsluitend indien de verzekerde door ziekte of door het gebruik van bepaalde geneesmiddelen kaalhoofdig is, wordt voor een geheel of gedeeltelijke pruik een vergoeding gegeven. Bij de eerste aanschaf dient een machtiging bij de Dienst te worden aangevraagd. Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden.</p> <p>15.3.9.2. Vergoeding: Het vergoedingspercentage is 100% van de kosten tot een maximum van f 485,-. Vergoeding eenmaal per kalenderjaar.</p> <p>15.3.10. Injectiespuiten + naalden</p> <p>15.3.10.1. Verstrekkingvoorwaarden: Bij de eerste aanschaf dient een machtiging bij de Dienst te worden aangevraagd. Vervanging kan zonder toestemming van de Dienst plaatsvinden. Aanspraak bestaat bij bepaalde aan-</p>
--	--	---

doeningen die een langdurig gebruik van deze toedienings-hulpmiddelen noodzakelijk maken (zoals suikerziekte).

15.3.10.2. Vergoeding:

Het vergoedingspercentage is 100% Vergoeding wordt toegekend in overeenstemming met een redelijk verbruik van deze middelen.

15.3.11. Elastische kousen

15.3.11.1. Verstrekkingvoorwaarden: Bij de eerste aanschaf dient een schriftelijke toelichting van de behandelend arts aan de Dienst te worden overgelegd. Vervanging kan zonder toestemming van de Dienst plaatsvinden.

Aanspraak bestaat op elastische kousen (voor benen of armen) met een drukwaarde van meer dan 3.3. kilopascal per cm² (drukwaarde II, III of IV).

15.3.11.2. Vergoeding:

Het vergoedingspercentage is 100% Per negen maanden wordt maximaal twee paar vergoed.

15.3.12. Hulpmiddelen bij diabetes mellitus

15.3.12.1. Middelen:

a. Apparatuur voor het zelf afnemen van bloed;
b. Testmateriaal voor het zelf bepalen van het glucosegehalte.

15.3.12.2. Verstrekkingvoorwaarden: Bij de eerste aanschaf dient een schriftelijke toelichting van de behandelend arts aan de Dienst te worden overgelegd. Vervanging kan zonder toestemming van de Dienst plaatsvinden. Bedoelde middelen worden slechts vergoed bij insuline-afhankelijke suikerziekte.

In geval van ernstige visusafwijkingen, waarbij het gebruik van de standaarduitvoering van het testhulpmiddel (b.) niet bruikbaar is, bestaat aanspraak van het in bruikleen verstrekken van elektronisch bloedsuiker meetapparaat.

15.3.12.3. Vergoeding:

Het vergoedingspercentage is 100%

15.3.13. Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

15.3.13.1. Middelen:

a. Aangezichtsmasker;
b. Mondstuk met aanzetstukken, bestaande uit een weerstandsbuis en een in- en uitademingsweg scheidend ademventiel;
c. CPAP-apparaat.

15.3.13.2. Verstrekkingvoorwaarden: Voor a en b dient de eerste aanvraag

vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende longarts of kinderarts.

Voor c. dient de indicatie gesteld te zijn door een specialist, verbonden aan een ziekenhuis waar men gespecialiseerd is in slaaponderzoek.

Vervanging kan zonder toestemming van de Dienst plaatsvinden.

15.3.13.3. Vergoeding:

Het vergoedingspercentage is 100% tot een maximum vergoeding van f 251,-.

Het in c. bedoelde middel wordt in bruikleen verstrekt.

15.3.14. Draagbare infuuspompen met toebehoren

15.3.14.1. Verstrekkingvoorwaarden:

Aanspraak bestaat slechts bij een beperkt aantal indicaties. De eerste aanvraag dient dan ook vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende specialist.

15.3.14.2. Vergoeding:

Het middel wordt in bruikleen verstrekt.

15.3.15. Niet-orthopedische schoenvoorzieningen

15.3.15.1. Middelen:

a. Verbandschoenen.
b. Allergeenvrije schoenen.

15.3.15.2. Verstrekkingvoorwaarden:

De verstrekking van verbandschoenen (a.) is beperkt tot bepaalde indicaties. De indicatie dient bij de eerste aanschaf uit een voorschrift van de behandelend arts te blijken.

De verstrekking van allergeenvrije schoenen (b.) vindt alleen plaats bij een door een dermatoloog of allergoloog vastgestelde allergie. De aard van de allergie moet bij de eerste aanvraag worden beschreven.

15.3.15.3. Vergoeding:

De vergoeding voor a. is 100% tot een maximum van f 279,-; Voor het onder b. bedoelde middel bestaat een eigen bijdrage voor verzekeren van f 120,-. Van het verschil tussen de aanschafkosten minus de eigen bijdrage wordt een maximumbedrag van f 378,- vergoed. Vergoeding één maal per kalenderjaar.

15.3.16. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

15.3.16.1. Middelen:

a. Niet-klinisch ingebrachte sonde.
b. Uitwendige voedingspomp.
c. Uitwendig toebehoren voor het toedienen van parenterale voeding.

d. Eetapparaat.

15.3.16.2. Verstrekkingvoorwaarden: De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts.

De kosten van genees- en verbandmiddelen zijn niet inbegrepen.

15.3.16.3. Vergoeding:

Het vergoedingspercentage voor a. en c. is 100%.

De middelen b. en d. worden in bruikleen verstrekt.

15.3.17. Inrichtingselementen van woningen

15.3.17.1. Middelen:

a. Aan een handicap aangepaste stoel;
b. Aan een handicap aangepaste tafel;
c. Anti-decubitus zitkussen;
d. Bed in speciale uitvoering + matras;
e. Anti-decubitus bed, matras en overtrek;
f. Dekenboog;
g. Onrusthek, bedgalg en portaal;
h. Bedverkort en -verlenger;
i. Allergeen- en stofdichte matras en kussenhoes.

15.3.17.2. Verstrekkingvoorwaarden:

Aanspraak bestaat indien men langdurig op deze middelen is aangewezen en vooraf toestemming is verleend door de Dienst. Voor de onder d. t/m h. genoemde middelen geldt dat het gebruik moet strekken tot behoud van de zelfstandigheid en opname in een instelling wordt voorkomen, of indien sprake is van een indicatie voor verpleging. Voor het onder i. genoemde middel moet een specialist de allergie hebben vastgesteld. De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts.

15.3.17.3. Vergoeding:

Het vergoedingspercentage is 100%.

15.3.18. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

15.3.18.1. Middelen:

a. Computers voor lichamelijk gehandicapten.
b. Schrijfmachines voor gehandicapten.
c. Rekenmachines voor lichamelijk gehandicapten.
d. Invoer- en uitvoerapparatuur voor onder de bij a. t/m c. genoemde hulpmiddelen.
e. Computerprogrammatuur voor visueel gehandicapten.
f. Bladomslagapparatuur.
g. Cassette- en memorecorders voor visueel gehandicapten.

h. Telefoons en telefoonhulpmiddelen.	Het middel wordt in bruikleen verstrekt.	e. uitvoering met één uitwendige microfoon met één aansluiting;
i. Spraakvervangende hulpmiddelen bij ernstige spraakhandicap.		f. uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting;
j. Signaleringsapparatuur en alarmringssystemen.	<i>15.3.23. Solo-leepparatuur met toebehoren</i>	g. in het schedelbeen verankerd.
15.3.18.2 Verstrekkingvoorwaarden: De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts.	15.3.23.1. Verstrekkingvoorwaarden: De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van een audiologisch centrum.	Ringleidingen. Deze bestaan uit snoer en versterker met eventueel een tafelmicrofoon dan wel infrarood-apparatuur voor geluidsoverdracht.
Aanspraak op de middelen onder a. bestaat alleen indien de gehandicapte voor communicatie of bediening van huishoudelijke hulpmiddelen nageenog geheel op deze hulpmiddelen is aangewezen.	Vergoeding: Het middel wordt in bruikleen verstrekt.	16.2. Verstrekkingvoorwaarden: Bij aanschaf is een schriftelijke toelichting met audiogram vereist van een audiologisch centrum of een KNO-arts. Vervanging van oorstukjes en batterijen valt ook onder de verstrekking.
Voor middelen onder b. geldt dat de gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten nageenog geheel op deze middelen is aangewezen.	<i>15.3.24. Tactiel leesapparatuur met toebehoren</i>	16.3. Vergoeding: De vergoedingen worden, met uitzondering voor oorstukjes en batterijen, slechts eenmaal in een periode van vijf kalenderjaren toegekend. Reparatiekosten worden niet vergoed, indien deze meer dan de helft bedragen van de vervangingswaarde. Ten behoeve van personen die de leeftijd van achttien jaar nog niet bereikt hebben kan worden afgeweken van de hierboven genoemde termijn van vijf jaar, indien huisarts of specialist eerdere vervanging noodzakelijk acht. Voor gehoorhulpmiddelen, met uitzondering van het onder (g) bedoelde toestel, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van 100% met inachtneming van een van de uitvoering afhankelijke bovengrens. Voor eigen rekening van de verzekerde blijven de kosten van een hoortoestel boven het bedrag van f 1350,-. Bij de aanschaf van twee hoortoestellen is de maximale vergoeding f 2700,-. Indien het toestel is opgenomen in een brilmontuur blijven voor eigen rekening van de verzekerde de kosten boven het bedrag van f 1485,-. Van de kosten van de bij de aanschaf van het hoortoestel behorende batterijen, accu's, snoeren en oorstukjes, alsmede van de vervanging van oorstukjes en batterijen wordt een tegemoetkoming gegeven van 100%. Het onder (g) bedoelde hoortoestel wordt in bruikleen verstrekt.
15.3.18.3. Vergoeding: De in dit artikelid genoemde hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt.	15.3.24.1. Uitkeringsvoorwaarden: De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts en een advies van ' Het Loo Erf'. Vergoeding: Het middel wordt in bruikleen verstrekt.	
<i>15.3.19. Zuurstofapparatuur met toebehoren</i>	<i>15.3.25. Bruikleenartikelen</i>	
15.3.19.1 Verstrekkingvoorwaarden: Voor deze verstrekking heeft de Dienst een overeenkomst gesloten met een leverancier van medicinale gassen. Om voor de verstrekking in aanmerking te komen dient de deelnemer contact op te nemen met de Dienst.	Indien bij de verstrekking wordt aangegeven dat het middel in bruikleen wordt verstrekt dient hiertoe een bruikleenovereenkomst met de Dienst te worden afgesloten. Voor enkele bruikleenartikelen kan een waarborgsom van f 250,- worden gevraagd.	
Vergoeding: Het middel wordt in bruikleen verstrekt.	<i>15.3.26. Reparatie</i>	
<i>15.3.20. Longvibratoren</i>	De kosten van reparaties van de in dit artikel genoemde middelen, die de helft van de vervangingswaarde van het middel niet te boven gaan, worden vergoed.	
15.3.20.1. Verstrekkingvoorwaarden: De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts.	Voor de reparatie van een pruik worden de kosten tot een maximumbedrag van f 245,- vergoed.	
Vergoeding: Het middel wordt in bruikleen verstrekt.	<i>Artikel 16 Gehoorhulpmiddelen</i>	
<i>15.3.21. Vernevelaars met toebehoren</i>	16.1. Middelen:	
15.3.21.1. Verstrekkingvoorwaarden: De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts.	Hoortoestellen:	
Vergoeding: Het middel wordt in bruikleen verstrekt.	Electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebruikt, ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede de zogenaamde gehoorlepels of gehoor-slangen die het geluid via mechanische weg versterken, waarbij als bijzondere uitvoering van een electro-akoestisch hoortoestel wordt beschouwd een:	
<i>15.3.22. Uitwendige zenuwstimulatoren tegen chronische pijn</i>	a. cros-uitvoering;	
15.3.22.1. Verstrekkingvoorwaarden: De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts.	b. bicros-uitvoering	
Vergoeding:	c. beengeleider-uitvoering;	
	d. uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;	
	<i>Artikel 17 Gezichtshulpmiddelen (optische hulpmiddelen)</i>	
	17.1.1. Middelen:	
	a. Bril (montuur en glazen);	
	b. Contactlenzen;	
	c. Bandagelenzen;	
	d. Bijzondere optische hulpmiddelen.	
	17.1.2. Verstrekkingvoorwaarden: De aanvraag dient vergezeld te gaan	

van een voorschrift (waarop de visussterkte van de ogen vermeld staat) van een opticien, optometrist, huisarts of oogarts.

Voor bijzondere optische hulpmiddelen geldt tevens dat de verzekerde een dusdanig verlies van gezichtsvermogen heeft, dat redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een van de optische hulpmiddelen als genoemd onder a t/m c. De aanvraag dient vergezeld te gaan met een schriftelijke toelichting van de oogarts.

Vergoeding:

Vergoedingstermijn: 1x per 2 kalenderjaren

Montuur:

100% van de kosten tot een maximum van f 125,-. Indien uit het voorschrift blijkt dat het gebruik van twee brillen (zowel voor afstand als nabij) noodzakelijk wordt geacht, wordt de vergoeding verdubbeld.

Brilleglazen:

100% van de kosten tot een maximum van:

- f 40,- per glas voor enkelvoudige glazen met een sferische sterkte tussen $S = -6$ en $S = +6$ en een cilindrische sterkte tussen $C = -4$ en $C = +4$;
- f 100,- per glas voor andere enkelvoudige glazen;
- f 150,- per glas voor andere dan enkelvoudige glazen.

Indien prismatische of lenticulaire glazen zijn voorgeschreven worden de extra kosten voor het aanbrengen van deze voorziening vergoed.

De vertrekingsperiode van twee kalenderjaren kan worden bekort, indien uit medisch voorschrift blijkt dat een verandering van brilglassterkte noodzakelijk wordt geacht.

Contactlenzen:

Voor contactlenzen wordt per paar hetzelfde bedrag vergoed dat voor een bril met overeenkomstige sterkte zou worden vergoed. Er wordt geen maximum aan de vergoeding gesteld, indien er van één van de volgende medische indicaties sprake is:

- ernstige hoornvliesonregelmatigheden;
- anisometropie van meer dan 4 D;
- brekingsafwijkingen van meer dan 10 D;
- anatomische defecten, die het dragen van een bril onmogelijk maken.

Voor wegwerp-contactlenzen wordt een vergoeding gegeven van maximaal f 175,- per kalenderjaar. Contactlensvloeistoffen worden slechts vergoed indien er sprake is van een van de hier-

boven genoemde medische indicaties voor contactlenzen. De maximale vergoeding is f 100,- per kalenderjaar per verzekerde.

Bandagelenzen, zonder visuscorrecterende werking:

Bandagelenzen worden volledig vergoed. Er gelden geen beperkingen ten aanzien van de verstrekkingstermijn.

Bijzondere optische hulpmiddelen:

Deze zijn bestemd voor rechtstreekse waarneming, met inbegrip van montuur, statief of verlichting, indien deze met het hulpmiddel één geheel vormen. Van deze categorie bijzondere optische hulpmiddelen is de TV-loupe een bruikleenartikel, voor de overige van deze middelen geldt een vergoedingspercentage van 100%.

17.2. Aanvullende voorwaarden bij de aanschaf van optische hulpmiddelen.

- Het voorschrift van de opticien, optometrist, huisarts of oogarts mag niet ouder zijn dan drie maanden op de datum van levering van het betreffende optische hulpmiddel en dient de visussterkte te vermelden.
- Reparatiekosten van optische hulpmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Ten behoeve van personen die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt kan worden afgeweken van de vermelde verstrekkingstermijn indien de huisarts of specialist vervinging binnen die termijn noodzakelijk acht.

Artikel 18 Verpleging en behandeling in een ziekenhuis

18.1. Behoudens het bepaalde in artikel 8, ten aanzien van plastische chirurgie, worden de kosten van behandeling en verpleging in een ziekenhuis vergoed onder de volgende bepalingen:

- voor deelnemers en hun gezinsleden ingedeeld in groep A, worden de kosten vergoed van ziekenhuisopneming in de laagste klasse. Indien de opneming in een hogere klasse plaatsvindt, worden de kosten vergoed tot het bedrag, dat voor verpleging in de laagste klasse zou zijn berekend;
- voor deelnemers en hun gezinsleden ingedeeld in groep B, worden de kosten vergoed van de ziekenhuisopneming in de laagste tweede klasse. Indien opneming plaatsvindt in een hogere klasse, worden de kosten vergoed tot het bedrag dat voor verpleging en behandeling in de laagste tweede klasse zou zijn berekend;

c. voor kinderen van deelnemers, die opgenomen worden in de kinderafdeling van een ziekenhuis worden, de daaraan verbonden kosten vergoed.

18.2. Er bestaat vrije keuze uit de ziekenhuizen die in de woon- of verblijfplaats van de betrokkene of in de omgeving daarvan gevestigd zijn. Op medische gronden kan de medisch adviseur opneming toestaan in een ziekenhuis, dat buiten de bedoelde locaties is gevestigd.

18.3. Voor ziekenhuisopneming ten behoeve van plastische chirurgie worden de kosten slechts vergoed na vooraf verkregen machtiging van de Dienst.

18.4. De vergoedingen worden alleen toegekend, indien en voor zo lang de behandelende arts verpleging en behandeling op medische gronden noodzakelijk acht en de medisch adviseur deze mening kan delen.

Artikel 19 Verpleging en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis

De vergoeding voor verpleging en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis vindt plaats conform de bepalingen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten.

Artikel 20 Psychotherapie en psychiatrische deeltijdbehandeling

De vergoeding voor psychotherapie en psychiatrische deeltijdbehandeling geschiedt conform de richtlijnen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Artikel 21 Verpleging, behandeling of verblijf in een:

- Sanatorium: (21.1)
- Herstellingsoord: (21.2)
- Therapeutisch astmakamp: (21.3)
- Ronald MacDonalhuis: (21.4)
- Instituut voor stottertherapie: (21.5)

21.1. Sanatorium:

Voor verpleging en behandeling in een sanatorium worden de kosten volledig vergoed.

21.2. Herstellingsoord:

Indien er sprake is van in medisch opzicht bijzondere omstandigheden, zoals in het geval van het ontbreken van doelmatige verzorging thuis en noodzakelijke controle bij het herstel na ziekte of operatie, herstel na psychische overbelasting of het leren omgaan met een verworven handicap, wordt in de kosten van een verblijf in een erkend herstellingsoord een tegemoetkoming gegeven van 90% tot

een maximum van f 90,- per dag voor een periode van maximaal zes weken. De in medisch opzicht bijzondere omstandigheden dienen voor de noodzakelijke machtiging, ten behoeve van de medisch adviseur, door huisarts of specialist aannemelijk te worden gemaakt.

21.3. Therapeutisch astma-kamp:
Voor een verblijf in een therapeutisch astma-kamp voor jongeren tot zestien jaar, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van f 30,- per dag gedurende maximaal één maand, na daartoe vooraf verkregen machtiging.

21.4. Ronald MacDonaldshuis:
Voor het verblijf van deelnemers en/of hun gezinsleden in een Ronald MacDonaldshuis of een instelling van soortgelijke aard, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van 90% tot een maximum van f 25,- per dag gedurende maximaal één maand.

21.5. Instituut voor stottertherapie:
In de kosten van verblijf in een instituut voor stottertherapie wordt een tegemoetkoming gegeven van 90%, tot een maximum van f 30,- per dag.

Artikel 22 Revalidatiezorg

22.1. Omschrijving van revalidatiezorg. Revalidatiezorg omvat onderzoek, behandeling en advisering van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke of revalidatie-technische aard, volgens de algemeen aanvaarde standaard, al dan niet gepaard gaande met verzorging, verpleging of verblijf in een instelling gedurende het etmaal of een deel daarvan, gericht op het voorkomen of verhinderen van een handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen van het bewegingsapparaat, teneinde de verzekerde in staat te stellen een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden welke, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk zijn.

22.2. Indeling van de revalidatiezorg en de daarbij geldende voorwaarden en vergoedingen.

22.2.1. Klinische revalidatie. Bij opnemings in een revalidatie-centrum of in een ziekenhuis met het speciale doel een patiënt daar te revalideren, spreekt men van klinische revalidatie.

Ten aanzien van de voorwaarden en vergoedingen hiervoor, wordt verwezen naar de regelgeving (in artikel 18)

aangaande verpleging en behandeling in een ziekenhuis.

22.2.2. Poliklinische revalidatie/ Revalidatie-dagbehandeling.

In geval van verzorging en behandeling gedurende een deel van een etmaal in een inrichting van tijdelijk of blijvend gehandicapten, zonder dat er sprake is van (klinische) opnemings spreekt men van revalidatie-dagbehandeling. De kosten worden volledig (100%) vergoed, indien een revalidatie-arts deze behandeling nodig acht en daarvan schriftelijk, ten behoeve van de medisch adviseur heeft doen blijken. In de aanvraag dient te worden aangegeven hoeveel revalidatiebehandelingen (RBU's) noodzakelijk worden geacht. Machtiging vooraf is noodzakelijk.

Artikel 23 Haemodialyse

23.1 Chronisch intermitterende haemodialyse, die door een specialist is voorgeschreven, wordt volledig vergoed. De haemodialyse kan plaats vinden in een dialysecentrum of in een daartoe onder verantwoordelijkheid van het dialysecentrum ingerichte ruimte, bijvoorbeeld ten huize van de patiënt.

Artikel 24 Mechanische beademing

Chronisch intermitterende beademing, die door een specialist is voorgeschreven, wordt volledig vergoed. De beademing kan plaatsvinden in een beademingscentrum of in een daartoe onder verantwoordelijkheid van het beademingscentrum ingerichte ruimte, bijvoorbeeld ten huize van de patiënt.

Artikel 25 Sterilisatie

Voor een ingreep tot sterilisatie van een man of vrouw worden de kosten vergoed overeenkomstig het bepaalde in artikel 6 wanneer het een poliklinische ingreep betreft en overeenkomstig het bepaalde in artikel 18, wanneer het een klinische ingreep betreft.

Artikel 26 Behandeling in verband met ongewenste infertiliteit

26.1. Verstrekkingen:

- a. In vitro fertilisatie (I.V.F.);
- b. Gametes Intra Fallopian Transfer (GIFT-methode);
- c. Intra cytoplasmatic sperm injection (ICSI);
- d. Kunstmatige inseminatie met zaadcellen van eigen echtgenoot of partner (K.I.E.)
- e. Kunstmatige inseminatie met donor-sperma (K.I.D.).

26.2. Uitkeringsvoorwaarden:

Uitsluitend wordt vergoeding verleend in het geval van ongewenste onvruchtbaarheid bij een kinderloos (echt)paar van beiderlei kunne.

Er dient met betrekking tot elk van de onder 26.1. genoemde behandelingen van te voren bij de medisch adviseur machtiging te worden aangevraagd, die kan worden verleend na het aantonen van een medische indicatie door de behandelende gynaecoloog.

26.3. Vergoeding:

Met inachtneming van het in het 26.4 gestelde, worden de in 26.1 genoemde geneeskundige onderzoeken en behandelingen voor 90% vergoed.

26.4. Beperkingen:

Er komen maximaal drie behandelingen I.V.F. of G.I.F.T. of I.C.S.I. voor vergoeding in aanmerking. Deze drie behandelingsmethoden worden ten aanzien van het maximaal te vergoeden aantal van drie, tezamen gerekend.

Van elk van deze drie behandelingsmethoden wordt de vergoeding berekend naar het door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde tarief voor I.V.F.

De derde fase van deze vormen van behandelen (de bevruchting van de eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium) dient plaats te hebben in een ziekenhuis, dat beschikt over een krachtens de Wet ziekenhuisvoorzieningen vereiste vergunning voor het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's als onderdeel van een I.V.F.-behandeling. Er komen maximaal 12 behandelingen met kunstmatige inseminatie voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 27 Gezichtsbehandelingen

27.1 Verstrekkingen:

- a. ontharing;
- b. camouflagetherapie;
- c. acne behandeling.

27.2 Uitkeringsvoorwaarden:

Voor behandelingen in het gezicht wordt uitsluitend vergoeding verleend indien de medisch adviseur de noodzaak van een behandeling aanwezig acht en vooraf machtiging heeft verleend.

27.3 Vergoeding:

a. 90% van de kosten tot maximaal f 600,- per jaar, voor het laten verwijderen van overmatige haargroei in het aangezicht van vrouwen.

Verwijdering van overmatige beharing

elders op het lichaam komt niet voor een vergoeding in aanmerking.
b. eenmalig 90% van de kosten tot ten hoogste f 350,- voor zogenoemde camouflage therapie (inclusief de daarbij behorende cosmetica) in geval van ontsieringen in het gezicht als gevolg van littekens, pigmentverschuivingen (vitiligo), wijnvlekken (haemangiomen), of huidvertekeningen bij lupus erythematoses discoides (L.E.D.).
c. 90% in de kosten van acne-behandeling door een schoonheidsspecialiste of een huidtherapeute, op voorschrift van een dermatoloog bij ernstige vormen van acne, tot een maximum van f 40,- per behandeling. Per kalenderjaar worden maximaal in totaal 15 behandelingen vergoed.

Artikel 28 Transplantatie

28.1. Indien een deelnemer of een gezinslid in een ziekenhuis is opgenomen voor het ondergaan van een orgaan- of weefseltransplantatie, worden de kosten van verpleging en behandeling van de ontvanger vergoed met inachtneming van het bepaalde in artikel 18, ten aanzien van verpleging en behandeling in een ziekenhuis.

28.2. Voorts worden de kosten vergoed die verbonden zijn aan de selectie van donoren en het verkrijgen van donormateriaal, betreffende:

- klinische en niet-klinische specialistische hulp;
- verpleging en behandeling in een ziekenhuis;
- laboratorium-onderzoek;
- operatieve verwijdering van het donormateriaal;
- conservering;
- vervoer van donor of donormateriaal.

28.3. Ten aanzien van de donoren, bedoeld in het tweede lid, wordt bij verpleging en behandeling in een ziekenhuis rekening gehouden met de rechten waarop zij als ziekenfondswet-verzekerde, of particulier dan wel publiekrechtelijk verzekerde tegen ziektekosten, aanspraak kunnen maken.

Artikel 29 Vervoer van patiënten

29.1. Voor een tegemoetkoming in of vergoeding van de kosten ter zake van vervoer van patiënten, komt alleen vervoer in aanmerking dat in direct verband staat met ziekte of ongeval, waarvan de behandelkosten door de Dienst of krachtens de Algemene Wet

Bijzondere Ziektekosten worden vergoed of een tegemoetkoming wordt uitgekeerd.

29.2. Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

a. Medisch noodzakelijk vervoer:

Dit betreft vervoer van patiënten, die wegens ziekte of gebrek geen gebruik kunnen maken van een openbaar vervoermiddel. Om de noodzakelijke machtiging te krijgen voor een vergoeding ten behoeve van medisch noodzakelijk vervoer dient de huisarts of een specialist de aanvraag voor een dergelijke machtiging met voldoende duidelijke medische redenen te onderbouwen.

b. Niet-medisch noodzakelijk vervoer: Dit betreft vervoer van patiënten, die geen medische redenen hebben om niet van een openbaar vervoermiddel gebruik te maken.

29.3. Vergoeding of tegemoetkoming in de kosten wordt verleend indien vervoer plaatsvindt van de patiënt met een ambulance, ziekenauto, (huur)auto, taxi of openbaar vervoermiddel:

- naar en/of van het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar de patiënt een onderzoek of behandeling zal ondergaan;
- naar en/of van de volgende dichtstbijzijnde inrichtingen of personen:
 - a. een polikliniek;
 - b. een specialist of tandarts-specialist;
 - c. een fysiotherapeut, therapeut Mensendieck, therapeut César of logopedist;
 - d. een instrumentmaker voor het aanmeten of passen van een orthopedisch hulpmiddel;
- met uitzondering van de vergoeding voor vervoer per ambulance of ziekenauto geldt, dat ten aanzien van het aantal kilometers waarover de vergoeding wordt berekend, ongeacht de afgelegde afstand, nooit meer dan over een retourafstand van 40 km. de vergoeding zal plaatsvinden;
- medisch noodzakelijke repatriëring van een patiënt of vervoer naar het land van vestiging van een stoffelijk overschot, indien dat vervoer, in de onderscheidenlijk gevallen, tot stand is gekomen via bemiddeling door de Alarmcentrale.

- voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten van regelmatig plaatsvindend vervoer van een patiënt naar en/of van een polikliniek of specialist niet gevestigd in de onmiddellijke nabijheid van de woon- of verblijf-

plaats van de patiënt, is voorafgaande machtiging vereist.

Wanneer in het onderhavige geval mogelijk sprake is van medisch noodzakelijk vervoer, zal, ter beoordeling van de medisch adviseur, door de huisarts of specialist met voldoende ter zake doende medische redenen dienen te worden aangetoond, dat het onmogelijk is van een openbaar vervoermiddel gebruik te maken.

Voor vergoeding van kosten van regelmatig plaatsvindend vervoer van een in een ziekenhuis opgenomen patiënt, voor behandeling of nader onderzoek in een ander ziekenhuis dan waarin de patiënt is opgenomen, is geen machtiging vereist. Deze kosten worden volledig vergoed.

29.4. De volgende vergoedingen of tegemoetkomingen worden verleend indien sprake is van:

- a. vervoer per ambulance: 100% vergoeding
- b. medisch noodzakelijk vervoer per taxi: 90% vergoeding
- c. medisch noodzakelijk vervoer van de patiënt per (huur)auto: f 0,40 per km
- d. vervoer van de patiënt of het stoffelijk overschot naar het land van vestiging (zie ook: 29.3.): 100% vergoeding
- e. niet-medisch noodzakelijk vervoer per (huur)auto of taxi, uitsluitend voor een erkende bestemming buiten de woon- of verblijfplaats: f 0,20 per km
- f. vervoer van de patiënt per openbaar middel van vervoer, uitsluitend voor een bestemming buiten de woon- of verblijfplaats: 90% van de kosten berekend naar de goedkoopste reisgelegenheid.

29.5. Bij gebruikmaking van een (huur)auto of taxi, in geval van niet-medisch noodzakelijk vervoer, of bij gebruikmaking van een openbaar vervoermiddel, wordt de vergoeding, als bedoeld onder 29.4.e., respectievelijk 29.4.f., eveneens verleend in de kosten van een begeleider, indien de patiënt 15 jaar of jonger is. In bijzondere gevallen kan van deze leeftijdsgrens worden afgeweken, zulks ter beoordeling van de medisch adviseur.

29.6. Indien vervoer heeft plaatsgevonden om te voldoen aan de oproep van de administrateur, de medisch adviseur of de tandheelkundig adviseur, wordt een vergoeding van de reiskosten gegeven, berekend naar de tarieven van de goedkoopste reisgelegenheid per openbaar vervoer.

Artikel 30 Aanvullende thuiszorg
 1. Voor ten hoogste 8 uren per etmaal, wordt voor zogeheten aanvullende verzorging door een verpleegkundige of een ziekenverzorgende, ten huize en ten behoeve van een terminale patiënt een vergoeding van de kosten gegeven, indien deze hulp noodzakelijk wordt geacht door de behandelende arts en dit door deze schriftelijk kenbaar is gemaakt, onder het voorbehoud van een daartoe strekkende machtiging.

2. De in het eerste lid bedoelde verzor-

ging wordt verleend door DGVP-Zorgservice.

§ 6 Verstrekkingen en vergoedingen van tandheeskundige kosten

Artikel 31 Tandprotheticus en mondhygiënist

1. Kosten van prothetische voorzieningen door een tandprotheticus worden als volgt vergoed:

Artikel 33 Bijzondere bepalingen ten aanzien van tandheeskundige behandelingen

33.1. De in artikel 32 vermelde tegemoetkomingen of vergoedingen zijn inclusief de materiaal- en techniekkosten van de in artikel 32 genoemde verrichtingen.

33.2. Voor de verrichtingen genoemd onder C30, C10, C20, C25 en C40 alsmede de eventueel hierbij in rekening gebrachte toeslagen genoemd onder C80 tot en met C83, wordt per kalenderjaar in totaal tot ten hoogste vijf maal een vergoeding of tegemoetkoming toegekend.

33.3. In één kalenderjaar wordt een vergoeding of tegemoetkoming toegekend voor het plaatsen van ten hoogste 6 meervlaksinlays, kronen of brugdelen als bedoeld in artikel 32 onder R12, R13, R20, R25, R26, R27, R40 of R45.

Ingeval van een aangeboren defect of bij een ongeval kan vergoeding toegekend worden voor het plaatsen van meer dan zes elementen, indien hiertoe, voor het begin van de behandeling, machtiging is verleend.

Ingeval van agenesie, schisis of amelogenesis imperfecta worden, indien hiertoe, voor het begin van de behandeling, machtiging is verleend, de kosten vergoed.

33.4. Voor het toekennen van de vergoedingen of tegemoetkomingen voor een flap-operatie, alsmede voor T19, is voorafgaande machtiging vereist. Indien er sprake is van een flap-operatie uitgebreid per sextant (T47) waarbij regeneratietechniek wordt toegepast, wordt voor het gebruik van regeneratiemateriaal een tegemoetkoming in de kosten verleend van 90% tot een maximum van f 150,- per gebruikt membraan.

33.5. Ingeval een tandarts of een specialist poliklinische tandheeskundige chirurgische hulp van een specialist of een hoogleraar in de tandheeskunde nodig oordeelt en daarvan schriftelijk heeft doen blijken, is het bepaalde in de artikelen 6 en 7 van deze regeling van overeenkomstige toepassing.

33.6. Ten aanzien van tandheeskundige verrichtingen, vermeld in artikel 32 onder H, Chirurgische ingrepen, en onder T, Parodontologie, die zijn uitgevoerd door een tandarts-specialist, zijn eveneens de artikelen 6 en 7 van deze regeling van overeenkomstige toepassing.

33.7. Voor gebitsregulatie op grond van een tandheeskundige indicatie wordt, mits de behandeling wordt aangevangen voordat de deelnemer of het

Verrichting	Vergoeding
	90% van de kosten tot een maximum van:
a. boven- of onderprothese onder individuele afdruk	f 360,-
b. boven- of onderprothese met individuele afdruk	f 445,-
c. rebasen indirect zonder randopbouw	f 81,-
d. rebasen indirect met randopbouw	f 108,-
e. reparatie prothese: breuk, scheur, vastzetten van elementen zonder afdruk	f 29,-
f. reparatie prothese: breuk, scheur, vastzetten van elementen met afdruk	f 34,-

2. Kosten van preventie en mondhygiëne door mondhygiënist worden als volgt vergoed:

Verrichting	Vergoeding
	90% van de kosten tot een maximum van:
a. instructie mondhygiëne en/of voorlichting voeding met of zonder kleurtest	f 20,- (maximaal 2x per kalenderjaar M30 daarin begrepen)
b. kleurtest	f 8,50 (maximaal 2x per kalenderjaar M39 daarin begrepen)
c. controlebezoek mondhygiëne	f 14,25
d. gebitsreiniging:	(maximaal 2x per kalenderjaar M50/M55/M59 daarin begrepen)
1. beperkt	f 14,25
2. gemiddeld	f 25,50
3. uitgebreid	f 51,-

Artikel 32 Tandheeskundige behandelingen

Benevens het bepaalde in artikel 33 worden voor de hierna vermelde hulp door een tandarts de volgende vergoedingen of tegemoetkomingen toegekend tot ten hoogste de vermelde percentages en bedragen:

	Vergoedingspercentage
C Consultatie en diagnostiek	90%
30 eerste bezoek nieuwe patiënt	
10 periodieke controle	
20 periodieke controle of consult, inclusief kleine verrichtingen	

25 specifiek consult			
40 uitgebreid consult ten behoeve van opstellen van behandelingsplan			
toeslagen:			
80 huisbezoek			
81 weekenddienst			
82 avondbehandeling			
83 nachtbehandeling			
<i>X Röntgendiagnostiek</i>	80%		
intra-orale foto:			
11 1e foto			
12 2e en volgende foto			
20 opbeetfoto, transcraniale opname			
30 status per kaak			
panoramische foto:	80%		
40 orthopantomogram			
45 status X opname			
<i>M Preventie/mondhygiëne (max. 2x per kalenderjaar)</i>	90%		
30 instructie mondhygiëne en/of voorlichting voeding, zonder kleurtest			
35 instructie mondhygiëne inclusief kleurtest			
39 kleurtest			
fluoride applicatie:			
10 methode I			
20 methode II			
gebitsreiniging:			
50 beperkt			
55 gemiddeld			
59 uitgebreid			
<i>A Anaesthesie</i>	80%		
10 geleidings- en/of infiltratie-anaesthesie			
15 oppervlakte anaesthesie			
<i>V Restauraties door middel van plastische materialen</i>	80%		
50 droogleggen van elementen door middel van cofferdam			
60 indirecte pulpa overkapping			
70 parapulpaire stift			
80 1e wortelstift			
85 volgende wortelstift in hetzelfde element			
10 pitvulling			
11 eenvlaksrestauratie			
12 tweevlaksrestauratie			
13 drievlaksrestauratie			
14 kroon van plastisch materiaal			
15 directe labiale veneering			
20 etsen ten behoeve van composiet			
21 etsen in combinatie met etsbare onderlaag			
30 sealing 1e element			
35 sealing volgende element in zelfde zitting			
<i>E Pulpabehandeling (Endodontie)</i>	80%		
wortelkanaalbehandeling éénkanaalig element:			
10 zilverstift, point of pointsectie			
20 pasta			
wortelkanaalbehandeling meerkanalig element:			
15 zilverstift, point of pointsectie			
25 pasta			
30 mortaalamputatie			

gezinslid de leeftijd van 18 jaren heeft bereikt, gedurende ten hoogste drie jaren een tegemoetkoming toegekend. Na dit tijdvak wordt een tegemoetkoming slechts toegekend, indien voor de voortzetting van de behandeling machtiging is verleend.

33.8. Voor het toekennen van de vergoeding voor gebitsregulatie, indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling is voorafgaande machtiging vereist.

33.9. Voor het toekennen van de vergoedingen of de tegemoetkomingen voor een gnathologische behandeling is, onder overlegging van een behandelingsplan, voorafgaande machtiging vereist.

Uitsluitend wanneer er sprake is van kaakgewrichtsklachten – CMD – wordt vergoeding voor een splint verleend. Een machtiging voor orthodontische behandeling van gnatologische klachten wordt, gehoord een centrum voor bijzondere tandheelkunde, slechts aan de orthodontist afgegeven.

33.10. Indien in verband met een kaakchirurgische behandeling een machtiging als omschreven in respectievelijk het achtste lid is verkregen en de gebitsregulerende behandeling, door welke omstandigheid dan ook, niet binnen twee jaren wordt gevolgd door de gemachtigde kaakchirurgische behandeling, is de deelnemer verplicht de reeds vergoede bedragen van de gebitsregulatie terug te betalen. De administrateur kan in overleg met de deelnemer de termijn van terugbetaling vaststellen.

33.11. Voor gnathologische behandeling door een erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde wordt een tegemoetkoming toegekend overeenkomstig het bepaalde in artikel 6 van deze Regeling. Eveneens wordt deze vergoeding verleend indien de hulp wordt verleend onder de verantwoordelijkheid van een Nederlandse universiteit, eventueel met inschakeling van de tandarts.

33.12. Uitsluitend voor tandheelkundige behandeling van patiënten, die geestelijk en/of lichamelijk gehandicapt zijn en waarvoor voorafgaand machtiging tot behandeling is ver-

leend, wordt 90% van de kosten vergoed.

33.13. Voor de verrichtingen H70 t/m H85 is een machtiging vereist, welke voor H80 en H85 eventueel achteraf kan worden verkregen.

35 amputatie	
40 directe pulpa-overkapping	
60 vitaalamputatie	
70 extra zitting	
75 initiële wortelkanaalbehandeling, per element tijdens waarneming	
80 pulpabehandeling bij melkelementen	
<i>R Inlays, kronen, bruggen (inclusief techniekkosten)</i>	70%
	tot een maximum van
12 tweevlaksinlay (zie artikel 33, lid 3)	f 290,-
13 drievlaksinlay (zie artikel 33, lid 3)	f 380,-
20 gegoten metalen kroon (zie artikel 33, lid 3)	f 450,-
25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein, partiële omslijping of schouderbevelpreparatie, gegoten metalen kroon met kunstharvenster (zie artikel 33, lid 3)	f 450,-
26 jacketkroon met schouderpreparatie (zie artikel 33, lid 3)	f 450,-
27 jacketkroon zonder schouderpreparatie (zie artikel 33, lid 3)	f 430,-
brugwerk:	
brugtussendeel (zie artikel 33, lid 3):	
40 1e dummy	f 300,-
45 2e en volgende in hetzelfde tussendeel, per dummy	f 155,-
29 roestvrijstalen kroon, kunstharconfectiekroon	70%
46 intra-coronaire brugverankering opbouw:	
31 opbouw plastisch materiaal	
32 gegoten opbouw volgens indirecte methode	
33 gegoten opbouw volgens directe methode etsbrug: zie artikel 33, lid 14)	80%
60 1 dummy met bevestiging aan 2 elementen	
61 etsbrug met preparatie	
65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	
66 toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee diversen:	
55 gipsslot	
71 vernieuwen porselein facet, reparatie metaal/porselein kroon in de mond	
72 vernieuwen facet van plastisch materiaal	
73 aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in facet	
74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties	
75 opnieuw vastzetten etsbrug	
77 verwijderen oud kroon- en brugwerk	
78 indirecte labiale veneering zonder preparatie	
79 indirecte labiale veneering met preparatie	
<i>G Gnathologie (zie artikel 33, lid 9 en 11) (inclusief techniekkosten)</i>	80%
beetregistratie:	
10 eenvoudige beetregistratie volgens middelwaarde door middel van face- of earbow	
initiële behandeling:	
16 therapeutische positiebepaling	
30 planmatig inslijpen van occlusie en articulatie	
39 instructie spierfunctie/oefeningen	
spalktherapie (splinttherapie):	80%
41 relaxatie c.q. stabilisatiesplint	
42 repositiesplint	
45 vervolgccontrole per zitting, na tweede correctie	
49 gegoten occlusale spalk/splint	

33.14. Voor het verkrijgen van een vergoeding van meer dan 2 dummy's in een etsbrug is een machtiging vereist.

33.15. Voor het toekennen van de vergoeding of de tegemoetkoming voor een tandheelkundig implantaat is voorafgaande machtiging vereist. Deze machtiging wordt uitsluitend afgegeven voor tandheelkundig implantaten voor een tandeloze onderkaak. Per verzekerde worden slechts 4 implantaten verstrekt. Mocht de machtiging worden afgewezen zal ook geen tegemoetkoming in de kosten van de benodigde kaakchirurgische voorbehandeling ten behoeve van de tandheelkundige implantaten worden verleend. Indien de behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde plaatsvindt dan wel wordt uitgevoerd door een vrijgevestigd kaakchirurg wordt voor de berekening van het honorarium en de suprastructuur uitgegaan van het tarief dat het Centrum dan wel de vrijgevestigd kaakchirurg ingevolge een Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorgbeschikking in rekening mag brengen. Indien de behandeling in een ziekenhuis dan wel in een aan een ziekenhuis verbonden polikliniek plaatsvindt wordt voor de materiaalkosten van de implantaten geen vergoeding verstrekt. In de overige gevallen zal vergoeding van de materiaalkosten conform de vergoeding als genoemd in artikel 32 onder Z plaatsvinden.

33.16. De tegemoetkoming voor een boven- en onderprothese wordt slechts eenmaal in de vier kalenderjaren verstrekt.

§7 Procedures bij aanmelding en wijziging van omstandigheden

Artikel 34 Aanmelding

34.1. Bij indiensttreding is de actiefdienende deelnemer verplicht het aan hem door de administratie van zijn korps verstrekte aanmeldingsformulier in te vullen en ondertekend in te leveren bij de administratie van zijn korps. Deze zendt dit formulier zo spoedig mogelijk toe aan de administratie van de Dienst.

34.2. Iedere deelnemer ontvangt een

exemplaar van het Besluit en van deze regeling.

Artikel 35 Melding van wijzigingen

35.1. De deelnemer is verplicht binnen

<i>H Chirurgische ingrepen (zie artikel 33, lid 6)</i>	90%
(inclusief anaesthesie)	
10 extractie	
15 volgende extractie in dezelfde zitting en in het zelfde kwadrant	
20 hechten, per alveole	
gecompliceerde extractie:	
30 zonder mucoperiostale opklap	
35 met mucoperiostale opklap	
41 frelunum extirpatie	
apexresectie per radix:	
42 zonder afsluiting	
43 met ante- of retrograde afsluiting	
44 primaire antrumafsluiting	
50 repositie 1e element	
55 repositie buurelement	
59 fractuur	
60 marsupialisatie	
65 primaire sluiting	
70 correctie kaak enkelzijdig	
75 correctie kaak dubbelzijdig	zie art. 33, lid 13
80 alveolotomie enkelzijdig	
85 alveolotomie dubbelzijdig	
<i>P Uitneembare prothetische voorzieningen</i>	90%
noodprothese: (zie artikel 33 lid 16)	
45 noodprothese van zes of meer elementen	
eenmalig tot een maximum van	f 270,-
60 uitgebreid onderzoek naar het functioneren van de bestaande prothese	
65 planmatig inslijpen van de bestaande prothese	
partiële kunsttharsprothese:	
10 1 t/m 4 elementen tot een maximum van	f 275,-
15 5 t/m 14 elementen tot een maximum van	f 515,-
16 extra voor individuele afdruk met randopbouw	
18 extra voor gegoten ankers per stuk	
69 uitbreiding prothese met element of anker	
precisie verankering:	
31 Richmond-kap	
frameprothese:	
34 1 t/m 4 elementen tot een maximum van	f 900,-
35 5 t/m 14 elementen tot een maximum van	f 1105,-
40 prothesetarief verhoogd met per immediaat te vervangen element	
volledige prothese: (zie artikel 33, lid 16)	
21 bovenprothese volledig tot een maximum van	f 750,-
25 onderprothese volledig tot een maximum van	f 750,-
30 volledige boven- en onderprothese tot een maximum van	f 1500,-
diversen:	
14 individuele afdruk met randopbouw	
29 overkapt element	
36 extra voor individuele afdruk zonder randopbouw	
71 rebasen indirect zonder randopbouw	
72 rebasen indirect met randopbouw	
73 rebasen direct zonder randopbouw	
74 rebasen direct met randopbouw	
reparaties:	
66 breuk(en), scheur, opnieuw vastzetten van elementen zonder afdruk	
68 breuk(en), scheur, opnieuw vastzetten van elementen	

acht dagen schriftelijk kennis te geven van:

- eigen huwelijk of dat van een gezinslid;
- geboorte van een gezinslid;
- adoptie van een gezinslid;
- overlijden van een gezinslid;
- verhuizing;
- echtscheiding of scheiding van tafel en bed;
- het aanvaarden van een betrekking door een gezinslid waardoor het:
 - aanspraak kan maken op geneeskundige verzorging of vergoeding c.q. tegemoetkoming in de premie voor een ziektekostenverzekering;
 - op grond van de Ziekenfondswet recht heeft op geneeskundige verzorging of dat recht kan verkrijgen door aanmelding bij een ziekenfonds;
 - op grond van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren aanspraak kan maken op geneeskundige verzorging of vergoeding van de daaraan verbonden kosten.
- ziekte of ongeval waarvoor met betrekking tot de kosten eventueel rechten tegenover derden gelden;
- het verkrijgen, het herkwijgen of het vervallen van het recht op kinderbijslag voor een eigen kind, een aangehuwd kind of een pleegkind;
- het beëindigen van de omstandigheden waardoor de personen, bedoeld in artikel 3, eerste lid, onder e. van het Besluit als gezinslid zijn ingeschreven.

35.2. De gepensioneerde deelnemer is bovendien verplicht de Dienst schriftelijk in kennis te stellen van het vervallen van het pensioen of het wachtgeld, bedoeld in artikel 1 van het Besluit, dan wel van het intrekken van de verklaring van herplaatsbaarheid.

35.3. De actiefdienende deelnemer zendt de kennisgeving, voorzover dit betreft de aanmelding als deelnemer, het ingedeeld worden in een andere categorie, het overplaatsen naar een andere regio, het wijzigen van de arbeidsduur, of het einde van het deelnemerschap, in via de administratie van zijn korps waaronder ook wordt begrepen het Landelijk Selectie- en Opleidingsinstituut Politie. De overige wijzigingen, zoals omschreven in het eerste lid, worden door de deelnemer zelf aangemeld door middel van een formulier van wijziging (model 8).

35.4. Van verplaatsing buiten de regio, herplaatsing, bevordering, voorzover de deelnemer daardoor in groep B wordt ingedeeld, ontslag, vermissing, overlijden, pensionering, op wachtgeld

met afdruk 69 bijplaatsen van elementen en/of ankers, uitbreiden van partiële prothese, met afdrukken	
<i>T Parodontologie (zie artikel 33, lid 4 en 6)</i>	90%
diagnostiek:	
10 pocketstatus	
15 parodontiumstatus	
16 gingivitiscore of bloedingsscore	
17 plaquescore	
18 bacteriologisch onderzoek	
19 uitgebreid bacteriologisch onderzoek (zie artikel 33, vierde lid)	
niet-chirurgische behandelingen:	90%
20 initiële parodontale behandeling per sextant	
25 scaling en rootplanning per element	
30 spalken van elementen per verbinding	
41 gingivectomie per element	
43 gingivectomie per sextant	
flap-operaties:	90%
45 flap-operatie in één interdentale ruimte	
46 flap-operatie per sextant	
47 flap-operatie uitgebreid per sextant	
48 gingiva transplantaat	
49 tuberplastiek	
50 tuber- of retornolaarplastiek met wigvormige excisie	
<i>O Gebitsregulatie (Orthodontie)</i>	
1. Indien tandheelkundige indicatie aanwezig (zie artikel 33, lid 7)	80%
A. Diagnostiek:	
001 Modelanalyse	
B. Röntgendiagnostiek:	
011 Röntgenschedelprofielfoto	
012 Cephalometrische analyse (tracing) exclusief foto	
C. Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur:	
021 Aanvangstoelag uitneembare apparatuur	
022 Overgangstoelag van uitneembaar naar partieel vast	
023 Overgangstoelag van uitneembaar naar volledig	
024 Behandelingsmaandtarief t/m 24 behandelings- maand	
025 Behandelingsmaandtarief 25e behandelings- maand en volgende maanden	
D. Behandeling met partieel vaste apparatuur:	
031 Aanvangstoelag partieel vaste apparatuur	
032 Overgangstoelag van partieel vast naar volledig vast	
033 Behandelingsmaandtarief t/m 24e behandelingsmaand	
034 Behandelingsmaandtarief 25e behandelingsmaand en volgende maanden	
E. Behandeling met volledige vaste apparatuur in boven- en onderkaak	
041 Aanvangstoelag volledig vaste apparatuur	
042 Behandelingsmaandtarief t/m 24e behandelings- maand	
043 Behandelingsmaandtarief 25e behandelings- maand en volgende maanden	

stelling, militaire dienst, non-activiteit zonder behoud van bezoldiging en van verlof voor de duur van langer dan 12 maanden zonder behoud van bezoldiging, geeft de chef van het korps waartoe de deelnemer behoort of heeft behoord, zo spoedig mogelijk kennis aan de administratie van het korps.

35.5. De administratie van het korps draagt zorg dat de ingevolge het vierde lid aan hem verstrekte gegevens op een daartoe door de Dienst verstrekt formulier (model 8a) binnen 8 dagen aan de administratie van de Dienst wordt gezonden. Tevens verstrekt de administratie deze gegevens aan de ambtenaar belast met de berekening van de bezoldiging.

§9 Machtigingen, declaraties, vergoedingen en tegemoetkomingen

Artikel 36 Het aanvragen van machtigingen

36.1. De deelnemer is verplicht zowel voor zichzelf als voor zijn gezinsleden indien voor de toekenning of tegemoetkoming vooraf verstrekking van een machtiging is vereist, vooraf zorg te dragen voor de aanvraag van de machtiging. De aanvraag geschiedt met behulp van een daarvoor door de Dienst verstrekt formulier, ondertekend door de behandelende geneesheer of tandarts.

36.2. Indien een machtiging naar tijdsduur beperkt is of voor een bepaald aantal behandelingen is verleend en verlenging noodzakelijk is, moet de deelnemer er voor zorg dragen, dat tijdig een verlenging van de machtiging wordt gevraagd.

36.3. Indien de deelnemer ten genoegen van de administrateur aantoont, dat het niet tijdig aanvragen van de machtiging of van de verlenging van de machtiging, het gevolg is van omstandigheden die het hem redelijkerwijs onmogelijk maakten aan zijn verplichtingen te voldoen, kunnen bij wijze van uitzondering de in het eerste lid bedoelde vergoedingen of tegemoetkomingen worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch adviseur of van de tandheelkundig adviseur de machtiging of de verlenging daarvan alsnog kan worden verleend.

Artikel 37 Inzenden van rekeningen

37.1. De administrateur keert de vergoedingen of tegemoetkomingen uit.

F. Diversen

O53 Behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)

O54 Controle bezoek

2. Indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling (zie artikel 33, lid 8), uitgezonderd de kaakchirurgische ingrepen, vermeld onder H Chirurgische ingrepen en onder T Parodontologie code T45 tot en met T49 bedraagt de vergoeding voor de onder O genoemde verstrekkingen 90% van de kosten.

3. Indien in samenhang met een gnathologische behandeling (zie artikel 33, lid 9 en 11) bedraagt de vergoeding voor de onder O genoemde verstrekkingen 90% van de kosten.

4. Indien ten behoeve van schisispatiënten bedraagt de vergoeding voor de onder O genoemde verstrekkingen 90% van de kosten.

J Georganiseerde jeugd tandverzorging 90%

Z Implantaten

I. Implantologie tandarts-algemeen practicus: 90%

I10 Implantatieplanning

I13 Eerste implantaat

I14 Elk volgend implantaat zelfde kaak

I15 Plaatsing permuscale opbouw bij 2-fase implantaat

I25 Overheadkosten per permucosaal implantaat

I30 Mucoperiostale opklap eenvoudig per sextant

I31 Mucoperiostale opklap gecompliceerd per sextant

I50 Controlebezoek na implantatie

I55 Aanpassen bestaande prothese

I60 Voorbereiding praktijkruimte ten behoeve van implantatie

Per implantaat wordt een vergoeding verleend van 90% van de materiaalkosten tot een maximum van f 450,- per implantaat.

II. Kosten van de suprastructuur:

De kosten van de suprastructuur worden vergoed tot 90% van de kosten tot een maximum van f 1500,-.

III. Behandeling in een centrum voor Bijzondere Tandheelkunde en M.F.P.:

Indien de behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde plaatsvindt, is er grond voor het honorariumdeel uit te gaan van het uurtarief dat het Centrum ingevolge een Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg-beschikking in rekening mag brengen; dit is van toepassing voor de honorariumkosten en de suprastructuur.

Het vergoedingspercentage voor deze niet-klinische behandeling bedraagt 90% der kosten tot maximaal de onder de punten I en II genoemde bedragen.

Indien de plaatsing van de implantaten in de praktijk van een vrijgevestigde kaakchirurg plaatsvindt, dan wel in de praktijk van een tandarts-algemeen practicus, dan vindt – indien de tandheelkundig adviseur voor de behandeling een machtiging heeft afgegeven – vergoeding overeenkomstig de bovenstaande bepalingen plaats.

37.2. Ter verkrijging van de hem toekomende vergoedingen of tegemoetkomingen zendt de deelnemer de desbetreffende rekeningen, in de daarvoor bestemde declaratie-enveloppe, toe aan de administrateur van de Dienst. De rekeningen dienen te zijn vergezeld van het daartoe bestemde declaratieformulier, dat volledig moet zijn ingevuld. Over rekeningen die ouder zijn dan twee jaar, dan wel op nota's van jongere datum – maar betrekking hebbend op behandelingen welke, gerekend van de datum van indiening af, meer dan twee jaar geleden werden ondergaan – wordt geen vergoeding of tegemoetkoming toegekend. Bij iedere afrekening ontvangt de deelnemer een nieuw declaratieformulier met enveloppe. Op duplicaatrekeningen, herinneringsrekeningen en fotokopieën worden geen vergoedingen of tegemoetkomingen uitgekeerd.

37.3. In alle gevallen waarin machtiging is vereist, moet die machtiging bij de rekening worden overgelegd.

37.4. Nota's voor specialistische hulp moeten vergezeld zijn van de schriftelijke verwijzing, bedoeld in de artikelen 6, 7, 8 of 32, vijfde lid, van deze regeling.

37.5. De rekeningen van tandartsen dienen te zijn vergezeld van het in overleg met de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde tot stand gekomen specificatieformulier. Op een rekening zonder specificatieformulier dan wel een specificatieformulier zonder rekening wordt geen vergoeding toegekend, tenzij het een door de tandarts gebruikte (computer)rekening betreft met een specificatie, die overeenkomt met het eerder bedoelde specificatieformulier.

37.6. Uitkering van de vergoeding of tegemoetkoming voor kraamzorg, verleend door een kraamcentrum, geschiedt slechts op rekeningen, die door dat kraamcentrum zijn afgegeven.

37.7. Wanneer een verstrekking alleen dan voor vergoeding of tegemoetkoming in aanmerking komt, indien deze is voorgeschreven door een huisarts of specialist, dient dit voorschrift bij de rekening te worden overgelegd.

37.8. Voor uitkering van de vergoeding of tegemoetkoming voor vervoer per openbaar vervoermiddel moeten de op dat vervoer betrekking hebbende vervoerbewijzen worden overgelegd.

Artikel 38 Rekeningen van opnemings in een ziekenhuis of inrichting

Rekeningen voor verpleging in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis en een sanatorium, alsmede de nota's voor verzorging in een inrichting voor revalidatiedagbehandeling of psychiatrische dag- of nachtbehandeling kunnen door die inrichtingen rechtstreeks aan de administrateur worden gezonden. Deze keert aan de inrichtingen overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 8 en 18 t/m 22 vergoedingen of tegemoetkomingen uit. Eventuele overige kosten blijven voor rekening van de deelnemer.

Artikel 39 Aanvullende bepalingen ten aanzien van vergoedingen of tegemoetkomingen

39.1. Toe te kennen vergoedingen of tegemoetkomingen kunnen nooit meer bedragen dan de werkelijke kosten.

39.2. Indien een in deze regeling opgelegde verplichting niet wordt nageleefd is de Dienst tot generlei vergoeding of tegemoetkoming verplicht.

39.3. Indien de medisch adviseur of de tandheilkundig adviseur van oordeel is dat enigerlei verstrekking zonder medische c.q. tandheilkundige noodzaak wordt gegeven of reeds gegeven is, stelt deze zich in verbinding met de betreffende (voorschrijvende) hulpverlener en/of met de deelnemer. Indien in verband met het bovenstaande, de bevindingen van de medisch adviseur of van de tandheilkundig adviseur daartoe aanleiding geven, kan de Commissie beslissen dat de vergoeding of tegemoetkoming geheel of gedeeltelijk niet (meer) zullen worden toegekend. Van deze beslissing wordt de deelnemer zo spoedig mogelijk in kennis gesteld.

39.4. Geen aanspraak op vergoeding of tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige behandeling en verzorging kan worden gemaakt, indien:

- a. de ziekte of het letsel van de deelnemer of het gezinslid door deze opzettelijk is veroorzaakt of aan diens grove schuld te wijten is;
- b. de ziekte of het letsel van de deelnemer of het gezinslid het gevolg is van de beroepsmatige uitoefening van enige vorm van sport;
- c. deze wordt ondergaan buiten het land van vestiging van de deelnemer of het gezinslid, wanneer althans de reis naar de plaats van behandeling mede is ondernomen met de bedoeling

de geneeskundige behandeling en verzorging aldaar te ondergaan, tenzij vóór de aanvang van de reis van de deelnemer of het gezinslid een machtiging daartoe is verstrekt en de Commissie een beslissing heeft genomen in de zin van het derde lid van artikel 4 van deze regeling.

39.5. Indien de deelnemer of een gezinslid zich schuldig maakt aan gedragingen waardoor de genezing wordt belemmerd, kan de Commissie bepalen, dat de vergoedingen of tegemoetkomingen niet of slechts gedeeltelijk worden toegekend.

39.6. Indien de deelnemer of een gezinslid als gevolg van wangedrag uit een ziekenhuis of inrichting, waarin hij is opgenomen, wordt verwijderd, vervallen hierna voor hetzelfde ziektegeval de aanspraken op vergoedingen of tegemoetkomingen voor verpleging en behandeling in een dergelijke inrichting.

Artikel 40 Geen aanspraken op vergoeding of tegemoetkoming

Geen aanspraken bestaan op vergoedingen of tegemoetkomingen voor verpleging en behandeling in verzorgingstehuizen, rusthuizen, vakantie- en gezondheidskolonies, kleuterhuizen en inrichtingen voor dagverblijf met uitzondering van inrichtingen voor psychiatrische dagbehandeling (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en voor revalidatie-dagbehandeling. Evenmin bestaat aanspraak op een vergoeding of tegemoetkoming voor hulp van een gezinsverzorgster en behandeling in een privé-kliniek voorzover voor de gedeclareerde kosten geen vastgesteld Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg-tarief bestaat.

Artikel 41 Preventieve geneeskundige maatregelen

Voor kosten voortvloeiende uit preventieve geneeskundige maatregelen worden geen vergoedingen of tegemoetkomingen toegekend, behalve:

1. wanneer de behandelende arts schriftelijk heeft verklaard dat de deelnemer of het gezinslid ernstig gevaar voor besmetting van zijn omgeving oplevert en, de medisch adviseur deze mening delend, vooraf machtiging tot het treffen van preventieve geneeskundige maatregelen is verleend;
2. wanneer in individuele gevallen de behandelende arts schriftelijk te kennen heeft gegeven een preventieve

geneeskundige maatregel nodig te achten en vooraf machtiging hiertoe is verleend.

Artikel 42 Hardheidsbepaling

De Commissie is bevoegd voor bepaalde gevallen of groepen van gevallen tegemoet te komen aan onbillijkheden van overwegende aard, die zich bij de toepassing van de Regeling mochten voordoen.

§10 Overgangs- en slotbepalingen

Artikel 43

Voor aanspraken ontstaan onder de vigeur van de Regeling geneeskundige verzorging politie 1991 vinden vergoedingen dan wel tegemoetkomingen plaats op grond van het bepaalde in de Regeling geneeskundige verzorging politie 1991.

Artikel 44

Deze regeling treedt in werking op 1 januari 1996.

Artikel 45

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling geneeskundige verzorging politie 1996.

Artikel 46

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

Artikel 47

De Regeling geneeskundige verzorging politie 1991 wordt ingetrokken.

's-Gravenhage, 21 december 1995.

De Minister van Binnenlandse Zaken, voor deze,
de directeur-generaal voor Openbare Orde en Veiligheid,
H.C.J.L. Borghouts.

Toelichting

Algemeen

De Regeling geneeskundige verzorging politie 1991 was om twee redenen aan revisie toe. Ten eerste wordt vanaf 1 januari 1996 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geen vergoeding meer verstrekt voor hulpmiddelen, revalidatiezorg, farmaceutische hulp, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek. Ten tweede zijn in de oude Regeling geneeskundige verzorging politie 1991 enige artikelen geschrapt en diende een en ander voor

de deelnemer leesbaarder te worden gemaakt.

Artikel 3

In dit artikel is opgenomen de reeds in de Staatscourant geplaatste wijziging die per 1 januari 1996 van kracht zou worden, en op basis waarvan de op de bijlage voorkomende verstrekkingen staan vermeld, die voor aanvullende vergoeding in aanmerking komen.

Artikelen 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 21, 29, 31 en 32

In deze artikelen treden ten opzichte van de Regeling geneeskundige verzorging politie 1991 wijzigingen op in eigen bijdragen. Sommige eigen bijdragen zijn verhoogd, andere daarentegen zijn verlaagd.

Bijlage als bedoeld in artikel 3 van de Regeling geneeskundige verzorging politie 1996:

- a. consulteren van andere (alternatief praktizerende) artsen;
- b. chiropractische behandelingen;
- c. oedeemtherapie;
- d. podotherapeutische behandeling op de polikliniek van een ziekenhuis;
- e. stottertherapie;
- f. behandelingen in kuuroord of speciaal behandelcentrum;
- g. podo-therapeutische zolen;
- h. hoortoestellen;
- i. herstellingsoord;
- j. therapeutisch astma-kamp voor jongeren;
- k. verblijf in een Ronald MacDonaldhuis of een instelling van soortgelijke aard;
- l. aanvullende thuiszorg;
- m. prothetische voorzieningen door een tandarts/tandtechnicus;
- n. inlay, kroon, brug (inclusief techniekkosten);
- o. brilmontuur, brillenglazen, contactlenzen.