

Wijziging regeling geneeskundige verzorging politie 1997

BIZ

22 december 1997/EA97/U4460
Directie Politie

De Minister van Binnenlandse Zaken,

Besluit:

Artikel I

De Regeling geneeskundige verzorging politie 1997 wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 1 worden alfabetisch/lexicografisch de volgende definities toegevoegd:

COTG: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg;

ergotherapeut: een in Nederland gevestigde ergotherapeut als bedoeld in het Ergotherapeutenbesluit die hulp verleent als bedoeld in dat besluit;

De definitie "Ziekenvervoer" vervalt.

B

Aan artikel 3 wordt toegevoegd:

Behandelingen en behandelingsmethoden 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 in aanmerking.

C

Artikel 4, laatste alinea komt als volgt te luiden:

In bijzondere gevallen, waarin de geneeskundige of heelkundige behandelingen om medisch-technische redenen niet in Nederland of land van vestiging kan plaatsvinden, kan de Commissie, na advies van de medisch adviseur, besluiten een gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten toe te kennen. De daartoe strekkende aanvraag voor een machtiging dient zorg-vuldig medisch onderbouwd, van te voren te worden ingediend.

D

In artikel 5, derde lid wordt de periode "per kalenderjaar" vervangen door "periode van 12 maanden"

E

Artikel 6, eerste lid, komt als volgt te luiden:

1) Behoudens bepaalde plastisch chirurgische (zie hiervoor artikel 8) en behoudens kaakchirurgische hulp (zie hiervoor artikel 33, veertiende lid) wordt voor de niet-klinische hulp in een erkende polikliniek door een specialist 90% van de kosten vergoed. In geval van poliklinische radiotherapeutische behandeling worden de kosten geheel (100%) vergoed.

F

Aan artikel 8, tweede lid, wordt de volgende volzin toegevoegd:

In die gevallen waarbij een dergelijke correctieve ingreep poliklinisch of in zogeheten dagbehandeling plaatsvindt worden de kosten vergoed zoals bij andere niet-klinische behandelingen. (Zie artikel 6).

G

Aan artikel 9, eerste lid, wordt toegevoegd:

f) Voor een glutenvrij dieet ten behoeve van een coeliakiepatiënt wordt een tegemoetkoming in de kosten verleend van f 500,- per periode van 12 maanden;

In artikel 9, tweede lid, letter b, onderdeel 2*, wordt de periode 'per kalenderjaar' vervangen door: per periode van 12 maanden.

H

In artikel 11, derde lid, laatste volzin vervalt de passage: voorafgaande aan de opname in het ziekenhuis.

Artikel 11, vijfde lid vervalt.

I

In artikel 12, tweede lid wordt f 6,- vervangen door: f 6,10.

In artikel 12, zevende lid wordt f 48,- vervangen door: f 48,80.

J

Artikel 13, eerste lid, onderdeel m komt als volgt te luiden:

m. behandeling door een ergotherapeut

Artikel 13, tweede en derde lid komen als volgt te luiden:

2) Tijdens een verpleging in een ziekenhuis worden de kosten van paramedische behandelingen, zonder limiet aan het aantal, genoemd onder a t/m c, h t/m k en m, volledig vergoed indien en voor zover deze deel uitmaken van de behandeling waarvoor de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen.

3) Wanneer de deelnemer of het gezinslid 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 een deelnemer ingedeeld in groep B ten hoogste f 45,- per kalenderkwartaal zelf bijdraagt.

Tot een aantal van negen behandelingen volstaat een verwijzing door een huisarts of een specialist. Hiervoor is derhalve geen machtiging noodzakelijk.

Wanneer naar het oordeel van de verwijzende arts na negen behandelingen voortzetting van therapie wenselijk wordt geacht, dient ten behoeve van voortgezette therapie wel machtiging te worden aangevraagd. Machtiging kan door de Dienst GVP worden afgegeven indien op een speciaal formulier (opvraagbaar bij de Dienst) door de verwijzende arts de verwijzingsdiagnose en de ernst van de handicap wordt aangegeven onder vermelding van de beoogde frequentie en de gewenste duur van de voorgenomen behandeling. De aanvraag zal door de medisch adviseur worden beoordeeld.

Aan artikel 13, achtste lid, wordt na 'Het maximum aantal te vergoeden haptonomische behandelingen is negen' toegevoegd: Verlenging is niet mogelijk.

Artikel 13, negende t/m twaalfde lid, komt als volgt te luiden:

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 12 maanden worden maximaal 9 behandelingen vergoed. De behande-

laar dient lid te zijn van de Nederlandse Chiropractoren Associatie.

10) De kosten van oedeemtherapie worden voor 90% vergoed tot een maximum van f 60,- per behandeling, indien de verwijzing door een arts heeft plaatsgevonden.

11) De kosten van podotherapeutische behandeling worden voor 90% vergoed tot een maximum van f 150,- per periode van 12 maanden, indien er sprake is van diabetes mellitus en de verwijzing heeft plaatsgevonden door een specialist. Deze vergoeding is exclusief de kosten van eventueel te leveren speciale podotherapeutische zolen.

12) In de kosten van een op verwijzing van een arts uitgevoerde manuele therapie door een manueel therapeut, wordt per behandeling een tegemoetkoming gegeven van 90% van het door het COTG vastgestelde tarief voor manuele therapie door een fysiotherapeut. Per periode van 12 maanden worden maximaal 9 behandelingen vergoed.

Aan artikel 13 wordt een veertiende lid toegevoegd dat als volgt luidt:

14) De kosten van ergotherapie worden voor 90% vergoed tot een maximum van f 200,- per verzekerde per periode van 12 maanden.

K

In artikel 14, zesde lid, wordt "per jaar" vervangen door: per periode van 12 maanden.

L

Artikel 15:

In artikel 15 wordt "per kalenderjaar" vervangen door: per periode van 12 maanden; en wordt "per 2 kalenderjaren" vervangen door: per periode van 24 maanden.

M

Artikel 15, derde lid, onderdeel e, vergoeding, komt als volgt te luiden: Vergoeding: het vergoedingspercentage is 100%, met dien verstande dat voor orthopedische schoenen een eigen bijdrage van f 120,- per paar geldt.

N

Artikel 15, derde lid, onderdeel q, vergoeding, komt als volgt te luiden: Vergoeding: de in dit onderdeel genoemde middelen worden in bruikleen verstrekt.

O

In artikel 16, derde lid, worden "5

kalenderjaren" en "5 jaar" vervangen door: per periode van 60 maanden
Artikel 16, vierde lid, onderdeel f, komt als volgt te luiden:

f. Het in het eerste lid, onderdeel b, bedoelde gehoorhulpmiddel wordt in bruikleen verstrekt.

Artikel 16, onderdeel g, vervalt.

P

In artikel 17, derde lid, worden "2 kalenderjaren" respectievelijk "twee kalenderjaren" telkens vervangen door: per periode van 24 maanden.

In artikel 17 derde lid wordt "kalenderjaar" vervangen door: per periode van 12 maanden.

Q

Artikel 26 komt als volgt te luiden:

1. Verstrekkingen:

a. In vitro fertilisatie (IVF);

b. Gametes Intra Fallopian Transfer (GIFT-methode);

c. Intra cytoplasmatic sperm injection (ICSI);

d. Kunstmatige inseminatie met zaadcellen van eigen echtgenoot of partner (KIE)

e. Kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID).

2. De vergoeding wordt uitsluitend verleend in het geval van ongewenste onvruchtbaarheid op pathologische gronden. Met betrekking tot de in het eerste lid genoemde behandelingen dient 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. Uitkeringsvoorwaarden: de vrouw dient ingeschreven te zijn als deelnemer of gezinslid.

Er worden uitsluitend vergoedingen gegeven voor behandelingen die plaatsvinden in instellingen die hiertoe van overheidswege toestemming hebben.

3. Vergoeding: Per te realiseren zwangerschap wordt het totaal van de in het eerste lid genoemde geneeskundige behandelingsvormen en de daarmee samenhangende onderzoeken volgens C.O.T.G.-tarieven voor 90% vergoed tot een eenmalig bedrag van maximaal f 7200,-.

R

In artikel 27 worden 'jaar' en 'kalenderjaar' gewijzigd in: per periode van 12 maanden.

S

Artikel 29 komt als volgt te luiden:

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 AWBZ worden vergoed of een tegemoetkoming wordt uitgekeerd. Er wordt slechts een vergoeding gegeven voor medisch noodzakelijk vervoer.

2. Medisch noodzakelijk vervoer betreft vervoer van patiënten, die wegens ziekte of gebrek geen gebruik kunnen maken van een openbaar vervoermiddel, zoals trein, metro, tram, bus of veerboot. Bij de aanvraag voor de noodzakelijke machtiging dient door de huisarts of de specialist schriftelijk te worden aangegeven, wegens welke medische beperkingen geen gebruik gemaakt kan worden van openbaar vervoer.

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

a. naar en/of van het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar de patiënt een onderzoek of behandeling zal ondergaan;

b. naar en/of van de volgende dichtstbijzijnde inrichtingen of personen:

1° een polikliniek;

2° een specialist of tandartspecialist;

3° een fysiotherapeut, therapeut

Mensendieck, therapeut César of logopedist;

4° een instrumentmaker voor het aanmeten of passen van een orthopedisch hulpmiddel.

4. Eveneens vindt vergoeding van kosten plaats in geval van medisch noodzakelijke repatriëring naar het land van vestiging van een patiënt en in geval van vervoer van een stoffelijk overschot naar het land van vestiging, indien dat vervoer tot stand is gekomen via bemiddeling door de alarmcentrale.

5. 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 0,33 per km

d. vervoer van de patient of het stoffelijk overschot vanuit het buitenland (zie

ook artikel 29, derde lid): 100% vergoeding
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.

T

Artikel 30, eerste lid, komt te luiden:

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

Verrichting	Vergoeding (90% van de kosten tot een maximum van:)
a. boven- of onderprothese zonder individuele afdruk	f 430,-
b. boven- of onderprothese met individuele afdruk	f 560,-
c. rebasen	f 150,-
d. reparatie prothese	f 54,-
e. verstevigingsmateriaal en te vernieuwen elementen bij reparatie	90%

Een vergoeding voor reparatie wordt alleen toegekend onder de voorwaarde dat aan de nota van reparatie een gespecificeerde techniek-kostennota is toegevoegd.

U

Aan artikel 31, onderdeel R., wordt toegevoegd:

09 tweevlaks composiet inlay

10 drievlaks composiet inlay

Uit artikel 31, onderdeel G, wordt verwijderd:

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

In artikel 31, onderdeel P, worden de volgende verstrekkingen gewijzigd:

45 noodprothese van zes tot acht elementen

éénmalig tot een maximum van f 270,-

21 bovenprothese volledig tot een maximum van f 700,-

25 onderprothese volledig tot een maximum van f 700,-

30 volledige boven- en onderprothese tot een maximum van f 1400,-

Aan artikel 31, onderdeel P, wordt toegevoegd:

50 tissue conditioning 90%

In artikel 31, onderdeel O., opschrift, en in alle onderdelen, wordt O. hernoemd tot D.

V

Artikel 32 wordt als volgt gewijzigd:

Aan artikel 32 wordt toegevoegd:

Implantaten in de tandenloze onderkaak en de bijbehorende uitneembare prothese, bij de volledig tandenloze patiënt 90%

170 Initieel onderzoek implantologie

171 Verlengd onderzoek implantologie

172 Proefopstelling

Plaatsing twee implantaten in de tandenloze onderkaak

120 Plaatsing twee implantaten, één-fase systeem

122 Plaatsing twee implantaten, twee-fasen systeem

180 Mucosaplastiek/mucosatransplantaat

121 Plaatsing van twee abutments Mesostructuur

123 Twee magneten of drukknoppen, tevens wordt vergoed 90% van de techniek- en materiaalkosten tot een maximum van f 500,-

124 Steg op twee implantaten

Tevens wordt vergoed 90% van de techniek- en materiaalkosten tot een maximum van f 1000,-.

Plaatsing van vier implantaten in de tandenloze onderkaak

140 Plaatsing van vier implantaten, één-fase

systeem

142 Plaatsing van vier implantaten, twee-fasen

systeem

180 Mucosaplastiek/mucosatransplantaat

141 Plaatsing van vier abutments Mesostructuur

143 Vier magneten of drukknoppen, tevens wordt vergoed 90% van de techniek- en materiaalkosten tot een maximum van f 1000,-

124 Steg op vier implantaten,

tevens wordt vergoed 90% van de techniek- en materiaalkosten tot een maximum van f 2000,-

Per implantaat wordt een vergoeding

verleend tot 90% van de kosten tot een maximum van f 500,- per implantaat.

(Overkappings)prothese

185 Boven- en onderprothese

187 Onderprothese

188 Omvorming bestaande onderprothese

Vergoeding wordt verleend van 90%

tot een maximum van f 700,- per

boven- of onderprothese, en f 1400,- voor een boven- en onderprothese.

Rebasing overkappingsprothese op implantaten 90%

190 Rebasing zonder stegdemontage

191 Rebasing met stegdemontage bij twee implantaten

192 Rebasing met stegdemontage bij vier implantaten

Periodieke nazorg implantologie 90%

195 Standaard consult nazorg

196 Uitgebreid consult nazorg

W

Aan artikel 33, veertiende lid, wordt toegevoegd:

Implantaten ten behoeve van kronen en brugwerk komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding vindt slechts plaats indien het implantaat wordt geplaatst door een kaakchirurg

of door een tandarts, opgenomen in de lijst van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI), als

gekwalficeerd tandarts-implantoloog.

Artikel 33, vijftiende lid wordt als volgt gewijzigd:

'in de vier kalenderjaren' wordt vervangen door: per periode van 48 maanden.

De tweede volzin: 'Vergoeding vindt slechts plaats indien het implantaat

wordt geplaatst door een kaakchirurg dan wel door een tandarts, opgenomen

in de lijst van de Nederlandse

Vereniging voor Orale Implantologie

(NVOI), als gekwalficeerd tandarts-

implantoloog.' vervalft.

X

Artikel 35, eerste lid, eerste volzin, komt als volgt te luiden:

1) De actieve deelnemer geeft binnen acht dagen schriftelijk aan de administratie van het korps kennis van:

In artikel 35, eerste lid, vervalt onderdeel h en worden de onderdelen i en j verletterd tot h en i.

Aan artikel 35, tweede lid, wordt toegevoegd:

De gepensioneerde deelnemer zendt de

in het eerste lid bedoelde kennisgeving rechtstreeks in aan de administratie van

de Dienst.

Artikel 35, derde lid komt te vervallen

onder vernummering van het vierde en vijfde lid tot derde en vierde lid.

Artikel 35, derde lid, komt als volgt te luiden:

4) De administratie van het korps draagt zorg dat de ingevolge het eerste lid aan hem verstrekte gegevens op een daartoe door de Dienst verstrekt formulier (model 8a) binnen acht dagen aan de administratie van de Dienst wordt gezonden. Tevens verstrekt de administratie deze gegevens voor zover van toepassing aan de ambtenaar belast met de berekening van de bezoldiging. Aan artikel 35 wordt een vijfde lid toegevoegd dat als volgt luidt:

5) De deelnemer geeft binnen acht dagen door middel van een formulier van wijziging model (8) aan de Dienst kennis van:

a. verhuizing;

b. wijziging van betaalnummer;

c. ziekte of ongeval waarvoor met betrekking tot de kosten eventueel rechten tegenover derden gelden.

Artikel II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 1998, met dien verstande dat artikel 1, onderdeel M, in werking treedt met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en terugwerkt tot en met 1 januari 1997.

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

Den Haag, 22 december 1997.

*De Minister van Binnenlandse Zaken,
H.F. Dijkstal.*

Toelichting

Algemeen

Het ligt in de bedoeling een deel van de in 1997 naar het tweede compartiment overgeheveld thuiszorg (voor rekening van de zorgverzekeraar) vanaf 1 januari 1998 weer onder te brengen in de AWBZ. Dit vormt de aanleiding tot wijziging van artikel 11.

De tandheelkundige verstrekkingen zijn aangepast aan landelijke normen inzake de vergoeding van prothese. Niet medisch noodzakelijk vervoer is verwijderd uit de regeling. Uitgangspunt bij deze wijziging is, dat het kosten betreft waarvan niet in redelijkheid gesteld kan worden dat deze door de zorgverzekeraar gedragen dienen te

worden. In de meeste artikelen van de Regeling GVP 1997 is de periode "kalenderjaar" of "(n) kalenderjaren" vervangen door periode van 12 maanden of periode van (n) maanden".

Artikelsgewijs

Artikel I

A

Aan artikel 1 van de regeling Dienst GVP 1997 zijn twee definities toegevoegd.

B

Aan artikel 3 is toegevoegd, dat uitsluitend behandelingen en behandelingsmethoden die in Nederland gebruikelijk zijn worden vergoed. Hiermee wordt de vergoeding van experimentele behandelingen voorkomen.

C

De wijziging van artikel 4 betreft een tekstuele aanpassing, ter verduidelijking.

E

Aan artikel 6 is toegevoegd, dat de behandeling in een erkende polikliniek moet worden uitgevoerd.

F

Ter verduidelijking is aan artikel 8 toegevoegd dat, indien de behandeling poliklinisch plaatsvindt, een bijdrage wordt gevraagd die bij alle poliklinische behandelingen van toepassing is.

G

Aan artikel 9 is toegevoegd dat voor een glutenvrij dieet ten behoeve van een coeliakie-patiënt een tegemoetkoming wordt verleend.

H

Artikel 11:

Het oude vijfde lid is vervallen omdat deze bepaling ook reeds is opgenomen in het eerste lid.

I

Reden voor wijziging van artikel 12 is een beleidsmatige koppeling met het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering.

J

Uit artikel 13 is verwijderd dat er sprake moet zijn van extra-murale hulp.

Het derde lid is alleen tekstueel aangepast ter verduidelijking. Wel is de hulpverlener ergotherapeut hier verwijderd daar deze is opgenomen in het nieuwe veertiende lid.

M

Deze bepaling in artikel 15 was bij de vorige publicatie niet meegenomen. Daarom dient deze wijziging terugwer-

kende kracht te hebben tot 1 januari 1997. Zie artikel II.

Q

De tekst van artikel 26 is ter verduidelijking aangepast.

Tevens is in plaats van een 3-tal pogingen te vergoeden een vast bedrag opgenomen. Dit bedrag komt overeen met 3 maal het voor deze behandeling geldende COTG-tarief. Het stelt de deelnemer in staat om zelf te bepalen welke vorm van kunstmatige bevruchting kan plaatsvinden.

S

Niet medisch noodzakelijk vervoer is verwijderd uit de regeling.

De 40 km grens (vice versa) tot waar een vergoeding zou plaatsvinden is geschrapt. Wel is de vergoeding verlaagd van f 0,40 naar f 0,33 per km waarbij een koppeling is gelegd met het Besluit vergoeding verplaatsingskosten politie.

T t/m W

De vergoeding in artikel 30 voor prothetische voorziening door een protheticus is verhoogd. Per 1 januari 1997 is de landelijke lijst COTG-tarieven voor implantaten aanzienlijk uitgebreid. Door de wijziging ontstaat er voor de meest voorkomende behandeling met implantaten geen hogere eigen bijdrage dan voorheen.

Aan artikel 33, veertiende lid, is ter verduidelijking toegevoegd dat implantaten ten behoeve van kroon- en brugwerk niet worden vergoed. Van het 15^e lid naar het 14^e is verplaatst de passage met betrekking tot de implantaten.

X

Het eerste lid van artikel 35 is in die zin gewijzigd, dat aan- en afmelding van gezinsleden via de administratie van het korps dient te gebeuren. Het oude onderdeel h is verplaatst naar het vierde lid. Na vernieuwing ontstaat een nieuw vijfde lid.

Artikel II

Voor wat betreft de terugwerkende kracht, zie de toelichting bij artikel I, onderdeel M.

*De Minister van Binnenlandse Zaken,
H.F. Dijkstal.*