

Regeling geneeskundige verzorging politie 2003

20 december 2002/EA2002/101162
Directie Politie

De Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Gelet op de artikelen 7, eerste lid, en 9 van het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994;

Besluit:

§ 1 Definities

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

actief dienende deelnemer: de deelnemer, die ingevolge het Besluit als actief dienende deelnemer wordt aangemerkt;

administrateur: de administrateur, bedoeld in artikel 11, vierde lid, van het Besluit;

alarmcentrale: de alarmcentrale waarmee de Dienst een overeenkomst heeft afgesloten;

apotheker: een in Nederland gevestigde apotheker, die als apotheker is geregistreerd in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

arts: een in Nederland gevestigde arts, die als arts is geregistreerd in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

audiologisch centrum: een inrichting als zodanig erkend of voorlopig erkend krachtens de Beschikking audiologische hulp ziekenfondsverzekering;

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

Besluit: het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994;

chronische intermitterende beademing: het regelmatig terugkerende verblijf van minder dan 24 uur in een door de bevoegde overheidsinstantie erkend beademingscentrum ten behoeve van mechanische beademing, en het gebruik van de mechanische beademingsapparatuur ten huize van de patiënt, of in een daartoe ingerichte lokaliteit, indien aldaar de beade-

ming plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een door de bevoegde overheidsinstantie erkend beademingscentrum;

chronisch intermitterende hemodialyse: het regelmatig terugkerende verblijf, geneeskundige en farmaceutische hulp daarbij inbegrepen, van minder dan 24 uur in een door de bevoegde overheidsinstantie erkend dialysecentrum, krachtens het Besluit niet klinische hemodialyse ziekenfondsverzekering, of hemodialyse in een daartoe ingerichte lokaliteit, indien de dialyse plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een zodanig centrum;

commissie: de commissie, bedoeld in artikel 11, eerste lid, van het Besluit;

CTG: het College Tarieven Gezondheidszorg, bedoeld in artikel 18 van de Wet tarieven gezondheidszorg;

dagverpleging: een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis, die voorzienbaar en noodzakelijk is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist of tandartspecialist;

deelnemer: de deelnemer, bedoeld in de artikelen 2 en 13 van het Besluit;

DGVP Zorgservice: de thuiszorgcentrale waarmee de Dienst een overeenkomst heeft afgesloten;

Dienst: de Dienst geneeskundige verzorging politie, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van het Besluit;

diëtist: een in Nederland gevestigde diëtist als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut;

ergotherapeut: een in Nederland gevestigde ergotherapeut als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut die hulp verleent als bedoeld in dat besluit;

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

fysiotherapeut: een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als fysiotherapeut is geregistreerd in het

register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, alsmede een in Nederland gevestigde heilgymnast-masseur, die rechtsgeldig de titel heilgymnast-masseur voert krachtens artikel 108 van die wet;

GVS: het geneesmiddelen vergoedingsstelsel waarbij door de overheid voor een bepaalde groep onderling vergelijkbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld;

gepensioneerde deelnemer: de deelnemer die ingevolge het Besluit als gepensioneerde deelnemer wordt aangemerkt;

gezinslid: het gezinslid, bedoeld in artikel 3 van het Besluit;

herstellingsoord: een door de commissie aan te wijzen inrichting tot verder herstel van zieken of gehandicapten;

hoogleraar in de tandheelkunde: een hoogleraar in de tandheelkunde, voor zover hij in een universiteitskliniek de medische praktijk uitoefent;

huidtherapeut: de huidtherapeut die is opgenomen in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten;

huisarts: een in Nederland gevestigde arts, die is 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 revalidatiedagbehandeling: een inrichting voor revalidatiedagbehandeling die is erkend of voorlopig erkend krachtens het Besluit revalidatie dagbehandeling ziekenfondsverzekering;

kinderfysiotherapeut: een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die is geregistreerd in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en die staat ingeschreven in het register van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg;

kraamcentrum: een door de commissie als zodanig erkende instelling met het doel thuis zorg te verlenen aan kraamvrouwen en pasgeborenen;

kraaminrichting: een door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting, beheerd en geëxploiteerd met het doel gelegenheid te bieden voor normale bevallingen;

kraamzorg: de zorg verleend door een aan DGVP Zorgservice verbonden kraamverzorgster die ten huize van de deelnemer verblijft en zowel moeder als kind verzorgt en mogelijk ook de huishouding;

logopedist: degene die op grond van artikel 3 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut de bevoegdheid bezit het beroep van logopedist uit te oefenen;

machtiging: een door of namens de administrateur gegeven schriftelijke verklaring, dat kosten voor vergoeding in aanmerking komen;

manuel geneeskundige: een in Nederland gevestigde manueel geneeskundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde of, lid is van de Nederlandse Associatie Orthopedische Manuele Therapie of een arts voor orthomanuele geneeskunde;

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

mondhygiënist: een in Nederland gevestigde mondhygiënist, als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut;

oefentherapeut César: een in Nederland gevestigde oefentherapeut César, als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut;

oefentherapeut Mensendieck: een in Nederland gevestigde oefentherapeut Mensendieck, als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut;

podotherapeut: een in Nederland gevestigde podotherapeut, als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut;

polikliniek: een polikliniek als bedoeld in artikel 2.6. van de Richtlijn ex art. 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen;

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

prenatale zorg: de in het kader van de zwangerschap aan de aanstaande moeder verleende zorg, door een verloskundige, huisarts of specialist, vanaf de 28ste week voor de vermoedelijke datum van bevalling;

sanatorium: een als sanatorium erkende of voorlopig erkende inrichting krachtens het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering;

schoonheidsspecialist: een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist die een opleiding tot huidtherapeut heeft afgerond 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 werkzaam is op het terrein van het medisch specialisme waarvoor registratie 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 geregistreerd in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

tandartsspecialist: een in Nederland gevestigde tandarts, die als tandartsspecialist is ingeschreven in het register van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, die werkzaam is 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 tandprotheticus is ingeschreven in het register van tandprothetici, als bedoeld in de Wet inzake de tandprothetici;

trombosedienst: een als trombose-dienst erkende of voorlopig erkende dienst krachtens het Besluit hulpverlening door trombosediensten ziekenfondsverzekering;

verloskundige: een in Nederland gevestigde verloskundige, die geregis-

treerd is in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

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

verpleegkundige: een in Nederland gevestigde verpleegkundige, die geregistreerd is in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

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

§ 2 Bijdragen

Artikel 2

1. De bijdrage geneeskundige verzorging politie, bedoeld in artikel 9, eerste en tweede lid, van het Besluit, bedraagt 6,84% van de heffingsgrondslag, waarvan 2,68% van de heffingsgrondslag op de deelnemer wordt verhaald.
2. Het bedrag van de heffingsgrondslag waarover geen bijdrage wordt berekend, wordt vastgesteld vanaf het salarisbedrag behorend bij schaal 11, salarisnummer 7, vermeld in bijlage I van het Besluit bezoldiging politie, verhoogd met de vakantie-uitkering, bedoeld in artikel 23 van het Besluit bezoldiging politie.
3. De nominale bijdrage geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 9, tiende lid, van het Besluit, bedraagt per maand:
 - a. voor de niet-AOW-gerechtigde deelnemer: € 22;
 - b. voor de AOW-gerechtigde deelnemer: € 45;
 - c. voor het niet AOW-gerechtigde gezinslid: € 22;
 - d. voor het AOW-gerechtigde gezinslid: € 45.
4. De nominale bijdrage geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 9, elfde lid, van het Besluit, bedraagt de helft van het in het derde lid, onderdeel c, genoemde bedrag.
5. In afwijking van het vierde lid bedraagt de nominale bijdrage voor de in artikel 9, elfde lid, van het Besluit bedoelde gezinsleden € 4,50.
6. De nominale bijdrage geneeskundi-

ge verzorging die de deelnemer verschuldigd is, wordt zo mogelijk door het lichaam, belast met de uitbetaling van de bezoldiging, maandelijks verhaald op de deelnemer en afgedragen aan de Dienst. Indien het lichaam, belast met de uitbetaling van de bezoldiging, niet in staat is de nominale bijdrage te verhalen op de deelnemer geschiedt de maandelijksse betaling van de verschuldigde nominale bijdrage door de deelnemer door middel van automatische incasso.

7. De in artikel 9, twaalfde lid, van het Besluit genoemde peildatum betreft de eerste dag van de maand volgend op die waarin men deelnemer of gezinslid wordt, met dien verstande dat als de datum waarop men deelnemer of gezinslid wordt de eerste dag van een maand is, de peildatum gelijk is aan de datum waarop men deelnemer of gezinslid wordt.

§ 3 Excessieve ziektekosten

Artikel 3

1. De Dienst beslist op de aanvragen inzake een tegemoetkoming in de ten laste van de deelnemer blijvende ziektekosten, bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van het Besluit.

2. De aanvraag om toekenning van de tegemoetkoming wordt schriftelijk bij de Dienst ingediend binnen drie maanden na het tijdvak waarop de aanvraag betrekking heeft of, in geval van overlijden van de deelnemer, binnen zes maanden. De aanvraag gaat vergezeld van een schriftelijke verklaring van betrokkene, dat allen die daarvoor naar het oordeel van de Dienst in aanmerking komen alle inlichtingen omtrent zijn financiële omstandigheden mogen verstrekken, die voor het vaststellen van de beschikking op de aanvraag noodzakelijk zijn.

3. De Dienst geeft de beschikking op de aanvraag binnen zestien weken na ontvangst van de aanvraag. Indien de beschikking niet tijdig kan worden gegeven, stelt de Dienst de deelnemer hiervan schriftelijk in kennis onder opgave van redenen en onder vermelding van de termijn waarbinnen de beschikking wel tegemoet kan worden gezien. Deze verlenging van de termijn bedraagt ten hoogste acht weken.

4. De vergoeding wordt slechts uitgekeerd, indien de deelnemer heeft vol-

daan aan alle premieverplichtingen ingevolge artikel 9 van het Besluit.

Artikel 4

1. De tegemoetkoming, bedoeld in artikel 3, eerste lid, wordt slechts verleend voor zover de ten laste van de deelnemer gebleven ziektekosten een groter aandeel van de inkomsten van de deelnemer en zijn gezinsleden in dat tijdvak bedragen dan 1,37%.

2. Onder inkomsten, bedoeld in het eerste lid, wordt verstaan:

- alle inkomsten uit of in verband met arbeid;
- pensioenen en uitkeringen ingevolge sociale regelingen, onder welke benamingen dan ook, en
- inkomsten uit of in verband met de uitoefening van een vrij beroep of eigen bedrijf, zijnde winst uit onderneming als bedoeld in de Wet op de inkomstenbelasting 2001.

3. Indien het gekozen tijdvak in twee kalenderjaren valt, worden de inkomsten van het eerste kalenderjaar als de inkomsten beschouwd.

§ 4 Vergoedingen voor behandeling in Nederland

Artikel 5

1. Voor geneeskundige behandeling en verzorging in Nederland van de deelnemer of zijn gezinslid worden de vergoedingen en tegemoetkomingen toegekend overeenkomstig de artikelen 7 tot en met 35 en 38 tot en met 43.

2. 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, worden de deelnemer aanvullende vergoedingen en tegemoetkomingen verstrekt voor zover het betreft de kosten voor geneeskundige behandeling en verzorging die zijn opgenomen in de bijlage bij deze Regeling.

3. Behandelingen en behandelingsmethoden die naar aard en de omvang in Nederland niet behoren tot geneeskundige of heelkundige hulp, zoals deze gebruikelijk is in de kring van medische beroepsgenoten, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

§ 5 Vergoedingen voor behandeling buiten Nederland

Artikel 6

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:

- niet-klinische hulp vergoed met inachtneming van de in deze regeling genoemde eigen bijdragen en maximale vergoedingen;
- klinische hulp volledig vergoed, indien deze noodzakelijk geworden ziekenhuisopname is gemeld aan de Alarmcentrale.

2. Behandelingen in het buitenland, die naar aard en de omvang in Nederland niet behoren tot geneeskundige of heelkundige hulp, zoals deze gebruikelijk is in de kring van medische beroepsgenoten, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3. In bijzondere gevallen, waarin de geneeskundige of heelkundige behandeling om medisch-technische redenen niet (of niet binnen een redelijke termijn) in Nederland of land van vestiging kunnen 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 medisch te zijn onderbouwd.

§ 6 Geneeskundige verstrekkingen en vergoedingen

Artikel 7 Huisarts

1. Voor de hulp van een huisarts 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.

2. De maximale eigen bijdrage is € 14 per kwartaal.

Artikel 8 (Niet-klinische) hulp door een specialist

1. Onverminderd artikel 9 betreffende plastisch chirurgische ingrepen en artikel 35, twaalfde lid, betreffende kaakchirurgische hulp, wordt 90% van de kosten vergoed van niet-klinische hulp door een specialist in een erkende polikliniek. In geval van poliklinische radiotherapeutische behan-

deling worden de kosten volledig vergoed.

2. De maximale eigen bijdrage is € 14 per kwartaal.

3. Schriftelijke verwijzing door de huisarts of een specialist is voorwaarde voor vergoeding.

Artikel 9 Plastische chirurgie

1. De kosten van plastische chirurgie, betreffende consult, behandeling en verpleging, komen slechts na voorafgaande machtiging voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten in aanmerking. Bij aanvraag van een machtiging dient een aan de medisch adviseur gerichte verklaring te worden overgelegd van de behandelend specialist, waarin de aard en de ernst van de afwijking staat vermeld en de voorgenomen toe te passen behandeling onder vermelding van de daarbij behorende CTG verrichtingencode. Machtiging wordt verleend, indien de medisch adviseur een medisch somatische noodzaak aanwezig acht.

2. Voor reconstructieve plastische chirurgie, die er geheel dan wel overwegend gericht is op het opheffen of verminderen van het functieverlies van organen of weefsels zonder dat hierbij sprake is van een belangrijk esthetisch aspect, worden de kosten, na vooraf verleende machtiging, in geval van een klinische behandeling volledig vergoed. In die gevallen waarbij een dergelijke correctieve ingreep poliklinisch of in dagbehandeling plaatsvindt, worden de kosten vergoed zoals bij andere niet-klinische behandelingen als bedoeld in artikel 8.

3. Bij plastische chirurgie waarbij deels wordt beoogd somatische klachten en functieverlies te verminderen en deels esthetische overwegingen zijn, worden, na vooraf verleende machtiging, de kosten van verpleging en behandeling, hetzij klinisch dan wel poliklinisch, als volgt vergoed:

a. voor een plastisch chirurgische operatie aan het gezicht of hals wordt 90% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet meer dan € 250 ten laste van de deelnemer blijft;

b. voor een plastisch chirurgische operatie aan de borsten wordt 80% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet meer dan € 500 ten laste van de deelnemer blijft. Bij mammarreconstructie in geval van voorafgaande maligniteit worden de kosten volledig vergoed;

c. voor een plastisch chirurgische operatie elders aan het lichaam wordt 50% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet meer dan € 875 ten laste van de deelnemer blijft.

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 of het doel hebben tatoeeringen of andere kunstmatig aangebrachte veranderingen aan het menselijk lichaam te verwijderen. Evenmin wordt er een vergoeding gegeven voor esthetische chirurgie en het laten verwijderen van overtollig vet.

5. De deelnemer is gehouden binnen 21 dagen na eerste uitnodiging door de Dienst het bedrag dat ingevolge het derde lid voor zijn rekening blijft aan de Dienst over te maken.

Artikel 10 Farmaceutische hulp

1. Onder farmaceutische hulp wordt verstaan de verstrekking van:

a. allopatische geneesmiddelen die op grond van de Wet op de

Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd.

b. homeopatische en antroposofische geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopatische farmaceutische producten.

c. bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusies.

d. dieetpreparaten voor een ernstige vorm van slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

e. verbandmiddelen indien sprake is van chronische ziekten of aandoeningen.

2. De vergoeding voor bovengenoemde verstrekking wordt als volgt bepaald:

a. allopatische geneesmiddelen:

De vergoeding van geneesmiddelen, wordt bepaald overeenkomstig de in het Verstrekkingenbesluit

Ziekenfondsverzekering opgenomen aanspraken, op de voorwaarde dat deze op recept zijn voorgeschreven door een arts, een tandarts of een verloskundige en verstrekt worden door een Nederlandse apotheek. Tot de GVS-vergoedingslimiet wordt de prijs van een geneesmiddel volledig vergoed. Boven deze grens komt het

verschil tussen de limiet en de prijs van het geneesmiddel voor eigen rekening.

b. homeopatische en antroposofische geneesmiddelen:

De vergoeding is 90% van de kosten tot een maximum van € 200 per verzekerde per kalenderjaar onder voorwaarde dat deze op recept zijn voorgeschreven door een arts of tandarts en verstrekt worden door een Nederlandse apotheek.

c. bloedproducten:

Een volledige vergoeding onder voorwaarde dat de bloedproducten zijn voorgeschreven door een arts en verstrekt worden door een Nederlandse apotheek.

d. dieetpreparaten:

Voor zover deze zijn opgenomen in het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering wordt na voorafgaande machtiging een volledige vergoeding verleend onder voorwaarde dat de preparaten op recept van een arts zijn voorgeschreven en verstrekt worden door een Nederlandse apotheek.

Indien er sprake is van de noodzaak van een permanent gebruik van sondevoeding, worden na voorafgaande machtiging de kosten van de sondevoeding en de bijbehorende toedieningssystemen volledig vergoed.

Voor een glutenvrij dieet ten behoeve van een coeliakie-patiënt wordt een tegemoetkoming in de kosten verleend van € 250 per kalenderjaar. Dit bedrag kan ineens worden gedeclareerd onder overlegging van een verklaring van de arts dat sprake is van coeliakie;

Dieetmiddelen ter vermagering en voedingsmiddelenadditieven worden niet vergoed

e. verbandmiddelen:

Een volledige vergoeding onder voorwaarde dat de verbandmiddelen zijn voorgeschreven door een arts en verstrekt worden door een Nederlandse apotheek.

3. Middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn, worden niet vergoed.

Artikel 11 Verloskundige hulp

1. Verloskundige hulp wordt volledig vergoed, onder aftrek van een eigen bijdrage van € 57.

2. In het geval dat tijdens de zwangerschap een indicatie ontstaat voor zwangerschapsbegeleiding door een gynaecoloog, worden de reeds door de huisarts of verloskundige in reke-

ning gebrachte kosten vergoed met inachtneming van een eigen bijdrage van 15% van deze kosten tot een maximum van het in het eerste lid genoemde bedrag.

Artikel 12 Kortdurende thuiszorg

1. Voor alle in dit artikel bedoelde thuiszorg dient men zich telefonisch in verbinding te stellen met DGVP-Zorgservice. Andere dan via de DGVP-Zorgservice betrokken thuiszorg komt niet voor vergoeding in aanmerking. Evenmin bestaat aanspraak op een vergoeding of tegemoetkoming voor hulp van een gezinsverzorgster. Deze zorg treedt niet in de plaats van door de AWBZ gefinancierde thuiszorg.

2. Voor ten hoogste 8 uren per etmaal, wordt voor thuiszorg, als aanvulling op de mantelzorg, 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.

3. Thuiszorg in aansluiting op ontslag uit een ziekenhuis wordt, gerekend vanaf de dag van ontslag, voor een ononderbroken periode van ten hoogste 13 weken vergoed tot maximaal € 62 per dag. Deze vergoeding wordt uitsluitend na voorafgaande machtiging verleend indien de thuiszorg voor dezelfde aandoening is als waarvoor het verblijf heeft plaatsgevonden en er naar de mening van de medisch adviseur een indicatie bestaat voor deze vorm van thuiszorg.

4. Ziekenhuisvervangende thuiszorg wordt voor maximaal 8 uren per dag vergoed gedurende een door de medisch adviseur vast te stellen aantal dagen. Te allen tijde dient een indicatie te bestaan voor opname en verpleging in het ziekenhuis en bewerkstelligt de zorg dat deze opname wordt voorkomen of vroegtijdig wordt beëindigd. Het toe te staan aantal dagen is mede afhankelijk van het aantal dagen dat de deelnemer of het gezinslid reeds voor deze indicatie in het ziekenhuis is opgenomen geweest of opgenomen zou moeten worden.

Artikel 13 Kraamzorg

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 vergoeding in aanmerking.

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

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 volledig vergoed, onder aftrek van een eigen bijdrage van € 3 per uur.

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 in het tweede lid genoemde 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 bijdrage.

4. Een deelnemer krijgt € 227 uitgekeerd indien de vergoeding voor kraamzorg niet wordt geclaimd.

5. In het geval een poliklinische bevalling in een ziekenhuis of een kraaminrichting plaatsvindt 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 CTG tarief voor een poliklinische bevalling, vergoed. Het betreffende tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen, kunst- en hulpmiddelen en gebruik van een verloskamer.

6. 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 € 24 per dag, met dien verstande dat ten hoogste € 114 per dag wordt vergoed.

7. Voor verpleging en behandeling in een ziekenhuis in verband met een klinische bevalling op medische indicatie, wordt een vergoeding gegeven overeenkomstig artikel 20.

Artikel 14 Paramedische behandelingen

1. Tijdens de verpleging in een ziekenhuis worden de kosten voor de in dit artikel genoemde paramedische behandelingen zonder limiet aan het aantal volledig vergoed voorzover deze deel uitmaken van de behandeling waarvoor de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen.

Wanneer er geen sprake is van een ziekenhuisopname worden de kosten van de in dit artikel genoemde paramedische behandelingen (tenzij hieronder expliciet anders staat vermeld) voor 90% vergoed. De maximale eigen bijdrage is € 14 per kwartaal.

2. Onder paramedische behandelingen vallen de hieronder te noemen vormen van therapie:

a. Fysiotherapie, waaronder wordt begrepen:

1°. Massage-, oefentherapie, door een fysiotherapeut;

2°. Fysische therapie in engere zin, waarmee het toepassen van thermische, chemische en kinetische middelen wordt bedoeld;

3°. Kinderfysiotherapie, manuele therapie, manuele lymfedrainage;

4°. Groepsfysiotherapie, in een daartoe geëigende accommodatie;

5°. Hydrotherapie, in een daartoe geëigende accommodatie;

b. Oefentherapie volgens de methode Mensendieck;

c. Oefentherapie volgens de methode César;

d. Logopedie;

e. Stottertherapie (individueel en groepstherapie);

f. Ergotherapie.

3. Voor de eerste negen van de in het tweede lid onder a, b en c genoemde behandelingen volstaat een verwijzing door een huisarts of specialist.

Wanneer naar het oordeel van de verwijzende arts na negen behandelingen voortzetting van therapie wenselijk wordt geacht, dient ten behoeve van voortgezette behandelingen wel machtiging te worden aangevraagd.

De aanvraag wordt door de medisch adviseur beoordeeld.

Een door de Dienst af te geven machtiging kent een geldigheidstermijn van 12 maanden, ingaande op de datum van de eerste behandeling. In de machtiging staat aangegeven hoeveel vervolghandelingen nog vergoed zullen worden.

Van de in het tweede lid onder a

genoemde behandelingen wordt in de machtiging het maximale aantal behandelingen vermeld. Dit maximale aantal behandelingen geldt ook indien er sprake is van een combinatie van meerdere behandelvormen als genoemd in het tweede lid onder a.

4. Behandeling door een logopedist. Tot een machtigingsvrij aantal van 30 behandelingen volstaat de verwijzing door de huisarts of specialist.

Wanneer naar het oordeel van de verwijzende arts voortzetting van de behandeling wenselijk wordt geacht, dient wel machtiging te worden aangevraagd. Hiertoe is een schriftelijke onderbouwing van de verwijzende arts noodzakelijk. De aanvraag zal door de medisch adviseur worden beoordeeld.

5. Behandeling door een stottertherapeut (individueel en groepstherapie). Nadat 30 behandelingen logopedie onvoldoende resultaat hebben opgeleverd worden de kosten van individuele stottertherapie anders dan door een logopedist vergoed tot een maximum van € 15 per behandeling tot een maximum van 18 behandelingen. Voor groepstherapie ter behandeling van stotteren is de maximale vergoeding € 375 voor de gehele cursus.

6. Behandeling door een ergotherapeut. De kosten worden vergoed tot een maximum van € 480 per kalenderjaar.

Artikel 15 Overige behandelvormen

1. Alternatieve geneeswijzen.

Van de gezamenlijke kosten van het consulteren van onderstaande behandelaren wordt, ongeacht de tijdsduur van het consult, € 21 vergoed tot in totaal € 210 per kalenderjaar:

a. Alternatief praktiserende artsen anders dan de huisarts of specialist mits aangesloten bij een beroepsvereniging;

b. Acupuncturisten aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), het Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGVA);

c. Homeopaten aangesloten bij de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH);

d. Antroposofen aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);

e. Natuurgeneeswijze, door behandelaren aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG), de Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP).

2. Chiropractie.

In de kosten van chiropractische behandelingen wordt een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van € 31 per behandeling. Per kalenderjaar worden maximaal negen behandelingen vergoed. De behandelare dient lid te zijn van de Nederlandse Chiropractoren Associatie.

3. Manuele geneeskunde.

In de kosten van een op verwijzing van een arts uitgevoerde behandeling door een manueel geneeskundige, wordt per behandeling een tegemoetkoming gegeven van 90% van het door het CTG vastgestelde tarief voor manuele therapie door een fysiotherapeut. Per kalenderjaar worden maximaal negen behandelingen vergoed.

4. Manuele lymfedrainage door huidtherapeut.

In de kosten van een op verwijzing van een arts uitgevoerde manuele lymfedrainage wordt per behandeling een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van € 28. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut met het diploma Manuele lymfedrainage volgens de methode Feldberg of een huidtherapeut met het diploma Manuele lymfedrainage volgens de methode Vodder.

5. Kuuroorden of speciale behandelcentra.

Na voorafgaande machtiging wordt een tegemoetkoming gegeven van € 23 per dag, met een maximum van € 690 per kalenderjaar in de kosten van behandelingen van patiënten die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica in door de commissie aan te wijzen kuuroorden of speciale behandelcentra.

6. Zwemmen in extra verwarmd water.

Zwemmen in extra verwarmd water of deelname aan een oefengroep, beide onder leiding van een fysiotherapeut, wordt, indien voorgeschreven door een arts, volledig vergoed tot een maximum van € 114 per kalenderjaar. Deze behandelvorm is bedoeld voor patiënten die lijden aan

de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.

7. Psoriasis dagbehandeling (balneofototherapie + PUVA)

Na voorafgaande machtiging wordt een tegemoetkoming gegeven van € 23 per dag, met een maximum van € 690 per kalenderjaar in de kosten van behandelingen van patiënten die lijden aan psoriasis en die een fotherapeutische behandeling, eventueel in combinatie met balneotherapie, ondergaan in een door de commissie aan te wijzen behandelcentrum. Indien deze therapie wordt uitgevoerd in een polikliniek van een ziekenhuis wordt een vergoeding gegeven van 90% van de kosten.

8. UVB-lichtcabine.

Na voorafgaande machtiging wordt een volledige vergoeding, onder aftrek van een eigen bijdrage van € 46 per kuur van acht weken, gegeven voor de huur van een UVB-lichtcabine, ter behandeling van huidafwijkingen. Deze cabine dient te worden geplaatst door een organisatie waarmee de Dienst een overeenkomst heeft gesloten.

9. Blessureconsult.

Voor blessureconsulten wordt een maximum vergoeding verleend van € 57 per kalenderjaar, indien het blessureconsult wordt uitgevoerd door een sportarts die is aangesloten bij een Sport Medisch Adviescentrum.

10. Behandeling door een podotherapeut.

Wanneer sprake is van suikerziekte (diabetes mellitus) wordt na voorafgaande machtiging een vergoeding verleend van € 182 per kalenderjaar. In andere gevallen komen de kosten van podotherapeutische behandeling voor vergoeding in aanmerking tot een maximum bedrag van € 69 per kalenderjaar. Voor beide gevallen is de vergoeding exclusief eventueel te betrekken podotherapeutische zolen.

Artikel 16 Bijzondere medische verrichtingen, onderzoeken en behandelingen

1. Diagnostische verrichtingen, die verband houden met geneeskundig onderzoek worden volledig vergoed, indien deze door huisarts of specialist zijn voorgeschreven en in omvang zijn beperkt tot die verrichtingen die in hun kring gebruikelijk zijn.

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

vergoed.

3. De kosten van en verband houdend met erfelijkheidsonderzoek, erfelijkheidsadvisering en enzymologisch biochemisch onderzoek worden na voorafgaande machtiging volledig vergoed. De aanvraag voor een machtiging dient te zijn voorzien van een degelijke onderbouwing door de verwijzende arts.

4. De kosten van huur van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen komen na voorafgaande machtiging maximaal drie maanden in enige periode van 12 maanden voor vergoeding in aanmerking.

De kosten van aankoop van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen of huur van sauna, solarium, hoogtezon, zonnebank of fitnessapparatuur komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 17 Hulpmiddelen

1. Hulpmiddelen worden als volgt ingedeeld

- a. prothesen
 - b. (uitwendige) mammaprothesen
 - c. gelaatsprothesen
 - d. oogprothesen
 - e. orthesen
 - f. verzorgingsmiddelen
 - g. pessaria en koperhoudend spiraaltje (IUD)
 - h. hulpmiddelen voor mobiliteit van personen.
 - i. haarwerken
 - j. injectiespuiten + naalden
 - k. elastische kousen
 - l. hulpmiddelen bij diabetes
 - m. apparatuur voor positieve uitademingdruk
 - n. draagbare infuuspompen met toebehoren
 - o. niet-orthopedische schoenvoorzieningen
 - p. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding
 - q. inrichtingselementen van woningen
 - r. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering
 - s. zuurstofapparatuur met toebehoren
 - t. longvibratoren
 - u. vernevelaars met toebehoren
 - v. uitwendige elektrastimulatoren tegen chronische pijn
 - w. soloapparatuur met toebehoren
 - x. tactiel leesapparatuur met toebehoren
 - y. botgroeistimulator
2. Tenzij anders vermeld wordt vergoeding voor de in het derde lid vermelde hulpmiddelen eenmaal per

periode van twee kalenderjaren gegeven.

3. De in het eerste lid genoemde hulpmiddelen worden als volgt onderverdeeld met de daarbij geldende verstrekkingsvoorwaarden en vergoedingen:

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

Verstrekkingsvoorwaarden:
– Voor een bekrachtigde uitvoering is voorafgaande machtiging nodig.

Vergoeding:

- Volledig
- b. (Uitwendige) Mammaprothesen
 - Vloeïstofhoudende prothese;
 - Niet-vloeïstofhoudende prothese.

Verstrekkingsvoorwaarden:
– Vergoeding is eenmaal per kalenderjaar mogelijk.

Vergoeding:

- Volledig
- c. Gelaatsprothesen
 - Dit zijn prothesen die ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk worden gemaakt, ter bedekking van een defect aan het aangezicht of een gedeelte ervan.

Verstrekkingsvoorwaarden:
– Voorafgaande machtiging en een door een specialist toegelichte aanvraag begeleid door een prijsopgave van de leverancier is noodzakelijk.

Vergoeding:

- Volledig
- d. Oogprothesen
 - volledige oogprothese;
 - scleraschaal;
 - scleralens.

Verstrekkingsvoorwaarden:
– Voor de scleraschaal en de scleralens is een voorschrift van de behandelende oogarts noodzakelijk.

Vergoeding:

- Volledig
- e. Orthesen
 - Korset voor afwijkingen aan de wervelkolom;
 - Orthopedische beugelapparatuur;
 - Versteevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur waarop de verzekerde langdurig is aangewezen.

– Kap ter bescherming van de schedel;

- Tracheacanule;
- Stemprothese of spraakversterker, al dan niet gecombineerd;
- Breukband;

– Volledig individueel vervaardigd

orthopedisch maatschoeisel of binnenschoenen en semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing.

– Orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen;

– Verhoging van de gehele buitenzool van confectieschoenen, van tenminste 3 cm;

– Wiggen;

– Steunzolen of podotherapeutische zolen.

Verstrekkingsvoorwaarden:

– Voorschrift van een arts is noodzakelijk.

– Verstreking is eenmaal per kalenderjaar mogelijk.

– Versteevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur waarop de verzekerde langdurig is aangewezen en 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 kan de Dienst eenmalig een extra vergoeding voor een reserve paar toekennen.

– Voor de orthopedische voorziening aan confectieschoenen wordt uitsluitend een vergoeding verleend indien het een verhoging van de gehele buitenzool betreft vanaf 3 cm.

– Ten behoeve van verzekerden jonger dan 16 jaar kan de Dienst ten aanzien van het maximum te vergoeden aantal afwijken.

Vergoeding:

– Volledige vergoeding, met dien verstande dat voor orthopedische schoenen een eigen bijdrage van € 56 per paar geldt voor kinderen tot 16 jaar en vanaf 16 jaar een eigen bijdrage van € 112 per paar en dat voor de steunzolen of podotherapeutische zolen een maximum vergoeding van € 57 wordt verleend.

f. Verzorgingsmiddelen

– Urine opvangzakken

– Voorzieningen voor stomapatiënten, niet zijnde verbandmiddelen

– Stompkousen;

– Katheters, al dan niet met toebehoren;

– Incontinentie-absorptiematerialen, met inbegrip van anale tampons;

– Spoelapparatuur voor anaalspoelen, al dan niet met toebehoren;

– Drukpakken voor de behandeling van brandwonden;

Verstrekkingsvoorwaarden:

- Voor eerste aanschaf is een voorafgaande machtiging noodzakelijk.
- Voorzieningen voor stomapatiënten, niet zijnde verbandmiddelen dienen te worden aangeschaft bij een leverancier waarmee de Dienst ter zake een overeenkomst heeft afgesloten.
- Op vergoeding van incontinentie-absorptiematerialen, met inbegrip van anale tampons kan geen aanspraak gemaakt worden indien sprake is van normale, fysiologische vorm van incontinentie bij kinderen beneden de leeftijd van vijf jaar, dan wel wanneer er alleen sprake is van enuresis nocturna (nachtelijke incontinentie).
- Per aflevering maximaal voor één maand.
- Vergoeding:
 - Volledig
- g. Pessaria en koperhoudend spiraaltje (IUD)
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - Voorschrift van een arts is noodzakelijk.
- Vergoeding:
 - Volledig
- h. Hulpmiddelen voor mobiliteit van personen
 - Loophulpmiddelen, die niet aan het lichaam bevestigd zijn, waarop de verzekerde langdurig is aangewezen, te weten krukken, rollators, loophulpen met drie of vier poten en looprekjes.
 - Serveerwagens;
 - Blindentaststokken
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - Aanspraak op deze verstrekking bestaat bij een loopfunctiestoornis, dan wel een handfunctiestoornis.
 - Voorafgaande machtiging van de Dienst is nodig. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts.
- Vergoeding:
 - Volledig;
 - Met uitzondering van de krukken en blindentaststokken worden loophulpmiddelen en serveerwagens in bruikleen verstrekt.
- i. Haarwerken
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - Uitsluitend indien de verzekerde van een blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid zodanige psychische bezwaren ondervindt, dat het gebruik van haarwerk redelijkerwijs is aangewezen wordt voor een gehele of gedeeltelijke pruik een vergoeding gegeven.
- Bij de eerste aanschaf is voorafgaande machtiging noodzakelijk
- Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden.
- Vergoeding:
 - De aanschaf van een pruik wordt vergoed tot een maximum van € 260.
 - Vergoeding eenmaal per kalenderjaar
- j. Injectiespuiten of -naalden
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - Voor de eerste aanschaf is voorafgaande machtiging noodzakelijk.
 - Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden.
 - Aanspraak bestaat bij bepaalde aandoeningen die een langdurig gebruik van deze toedieningshulpmiddelen noodzakelijk maken (zoals bijvoorbeeld suikerziekte).
- Vergoeding:
 - Volledig
 - Vergoeding wordt toegekend in overeenstemming met een redelijk verbruik van deze middelen.
- k. Elastische kousen
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - Voor eerste aanschaf is voorafgaande machtiging noodzakelijk. De aanvraag voor een machtiging dient te zijn voorzien van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts.
 - Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden.
 - Aanspraak bestaat op elastische kousen met een drukwaarde van meer dan 3.3 kilopascal per cm² (drukwaarde II, III of IV).
- Vergoeding:
 - Volledig
 - Per kalenderjaar wordt maximaal drie paar vergoed.
- l. Hulpmiddelen bij diabetes mellitus
- Apparatuur voor het zelf afnemen van bloed;
- Testmateriaal voor het zelf bepalen van het glucosegehalte.
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - Voor eerste aanschaf is voorafgaande machtiging noodzakelijk. De aanvraag voor een machtiging dient te zijn voorzien van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts
 - Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden.
 - Bedoelde middelen worden vergoed bij insuline-afhankelijke suikerziekte en wanneer de suikerziekte nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen.
 - In geval van ernstige visusafwijkingen, waarbij het gebruik van de stan-
- daarduitvoering van het testmateriaal voor het zelf bepalen van het glucosegehalte niet bruikbaar is, bestaat aanspraak op het in bruikleen verstrekken van elektronisch bloedsuiker meetapparatuur.
- Vergoeding:
 - Volledig
- m. Apparatuur voor positieve uitademingdruk
 - Aangezichtsmasker;
 - Mondstuk met aanzetstukken, bestaande uit een weerstandsbuis en een in- en uitademingsweg scheidend ademventiel;
 - CPAP-apparatuur.
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - Voor een aangezichtsmasker en een mondstuk met aanzet dient de eerste aanvraag vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende long- of kinderarts.
 - Voor CPAP-apparatuur dient de indicatie gesteld te zijn door een specialist, verbonden aan een ziekenhuis waar men gespecialiseerd is in slaaponderzoek.
 - Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden.
- Vergoeding:
 - Volledige vergoeding tot een maximum van € 117. CPAP-apparatuur wordt in bruikleen verstrekt.
- n. Draagbare infuuspompen met toebehoren
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - Aanspraak bestaat indien er sprake is van continue parenterale toediening in de thuissituatie, van een geneesmiddel dat vergoed wordt ingevolge artikel 9. De eerste aanvraag dient dan ook vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende specialist.
- Vergoeding:
 - Het middel wordt in bruikleen verstrekt.
- o. Niet-orthopedische schoenvoorzieningen
- Verbandschoenen.
- Allergeenvrije schoenen.
- Verstrekkingsvoorwaarden:
 - De verstrekking van verbandschoenen vindt alleen plaats als de indicatie bij de eerste aanschaf uit een voorschrift van de behandelend arts blijkt.
 - De verstrekking van allergeenvrije schoenen vindt alleen plaats bij een door een dermatoloog of allergoloog vastgestelde allergie. De aard van de allergie moet bij de eerste aanvraag worden beschreven.

<p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De vergoeding voor verbandschoenen is volledig tot een maximum van € 134; – Voor allergeenvrije schoenen bestaat een eigen bijdrage voor verzekeren tot 16 jaar van € 56, voor verzekeren vanaf 16 jaar is de eigen bijdrage € 112. Van het verschil tussen de aanschafkosten en de eigen bijdrage wordt een maximumbedrag van € 230 vergoed. – Vergoeding eenmaal per kalenderjaar <p>p. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding</p> <ul style="list-style-type: none"> – Niet-klinisch ingebrachte sonde. – Uitwendige voedingspomp. – Uitwendig toebehoren voor het toedienen van parenterale voeding. – Eetapparaat. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts. – De kosten van genees- en verbandmiddelen zijn niet inbegrepen. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De vergoeding voor niet-klinisch ingebrachte sonde en uitwendig toebehoren voor het toedienen van parenterale voeding is volledig. – De uitwendige voedingspomp en het eetapparaat worden in bruikleen verstrekt. <p>q. Inrichtingselementen van woningen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aan een handicap aangepaste stoel; – Aan een handicap aangepaste tafel; – Anti-decubitus zitkussen; – Bed in speciale uitvoering + matras; – Anti-decubitus bed, matras en overtrek; – Dekenboog; – Onrusthek, bedgalg en portaal; – Bedverkorter en -verlenger; – Stoel met trippelfunctie – Allergeenvrije en stofdichte matras, kussen- en dekbedhoes. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aanspraak bestaat indien men langdurig op deze middelen is aangewezen en vooraf toestemming is verleend door de Dienst. – Voor bed in speciale uitvoering en matras, anti-decubitis bed, matras en overtrek, dekenboog, onrusthek, bedgalg en portaal 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 aanspraak op allergeenvrije 	<p>en stofdichte matras-, kussen- en dekbedhoes moet een specialist de allergie hebben vastgesteld.</p> <ul style="list-style-type: none"> – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De in dit onderdeel genoemde middelen worden in bruikleen verstrekt. In afwijking hiervan worden allergeenvrije en stofdichte hoezen eenmaal per periode van tien kalenderjaren volledig vergoed. <p>r. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Computers voor lichamenlijk gehandicapten. – Schrijfmachines voor gehandicapten. – Rekenmachines voor lichamenlijk gehandicapten. – Invoer- en uitvoerapparatuur voor de drie hierboven genoemde hulpmiddelen. – Computerprogrammatuur voor visueel gehandicapten. – Bladomslagapparatuur. – Cassette- en memorecorders voor visueel gehandicapten. – Telefoons en telefoonhulpmiddelen. – Spraakvervangende hulpmiddelen bij ernstige spraakhandicap. – Signaleringsapparatuur en alarmringssystemen. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts. – Aanspraak op computers bestaat alleen indien de gehandicapte voor communicatie of bediening van huishoudelijke hulpmiddelen nagenoeg geheel op deze hulpmiddelen is aangewezen. – Aanspraak op schrijfmachines bestaat alleen indien de gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De in dit onderdeel genoemde hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt. <p>s. Zuurstofapparatuur met toebehoren.</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voor deze verstrekking heeft de Dienst een overeenkomst gesloten met een leverancier van medicinale gassen. Om voor de verstrekking in aanmerking te komen dient contact opgenomen te worden met de Dienst. 	<p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het middel wordt in bruikleen verstrekt. <p>t. Longvibratoren.</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het middel wordt in bruikleen verstrekt. <p>u. Vernevelaars met toebehoren.</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het middel wordt in bruikleen verstrekt. <p>v. Uitwendige zenuwstimulatoren tegen chronische pijn.</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het middel wordt in bruikleen verstrekt. <p>w. Solo-leesapparatuur met toebehoren</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van een audiologisch centrum. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het middel wordt in bruikleen verstrekt. <p>x. Tactiel leesapparatuur met toebehoren</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts en een advies van 'Het Loo Erf'. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het middel wordt in bruikleen verstrekt. <p>y. Botgroeistimulator</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bij botbreuk(en) die een vertraagde of geen genezingstendens vertonen. – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts. <p>Vergoeding</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het middel wordt in bruikleen verstrekt. <p>4. Indien bij de verstrekking wordt aangegeven dat het middel in bruikleen wordt verstrekt dient hiertoe een bruikleenovereenkomst met de Dienst te worden afgesloten. Voor door de Dienst te bepalen bruikleenartikelen</p>
---	---	--

kan een waarborgsom van € 114 worden gevraagd.

5. 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. Voor de reparatie van een haarwerk worden de kosten tot een maximumbedrag van € 112 vergoed.

Artikel 18 Gehoorhulpmiddelen

1. Onder gehoorhulpmiddelen wordt verstaan:

a. Hoortoestellen:

Elektro-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 gehoorlepels of gehoor-slangen die het geluid via mechanische weg versterken, waarbij als bijzondere uitvoering van een elektro-akoestisch hoortoestel wordt beschouwd een

1°. cros-uitvoering,

2°. bicros-uitvoering,

3°. beengeleider-uitvoering,

4°. uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen,

5°. uitvoering met één uitwendige microfoon met één aansluiting,

6°. uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting,

7°. in het schedelbeen verankerde uitvoering;

b. Ringleidingen:

Ringleidingen bestaande uit snoer en versterker met eventueel een tafelmicrofoon dan wel infrarood-apparaat voor geluidsoverdracht.

c. Maskeerders bij oorsuizen.

2. Gehoorhulpmiddelen worden verstrekt indien bij de aanvraag een schriftelijke toelichting met audiogram is gevoegd van een audiologisch centrum of een KNO-arts.

Vervanging van oorstukjes en batterijen valt ook onder de verstrekking.

3. 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 aanzien van personen die de leeftijd van achttien jaar nog niet bereikt hebben, kan worden afgeweken van de hierboven genoemde termijn van

vijf kalenderjaren, indien huisarts of specialist een eerdere vervanging noodzakelijk acht.

4. De vergoeding wordt als volgt berekend:

a. Een ringleiding wordt volledig vergoed. Voor de overige in dit artikel genoemde gehoorhulpmiddelen wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van 90% met inachtneming van een van de uitvoering afhankelijke bovengrens.

b. Voor eigen rekening van de verzekerde blijven de kosten van een hoortoestel boven het bedrag van € 636.

c. Bij de aanschaf van twee hoortoestellen is de maximale vergoeding € 1272.

d. Indien het toestel is opgenomen in een brilmontuur wordt boven de vergoeding voor het hoortoestel een toeslag gegeven die gelijk is aan de vergoeding voor een brilmontuur.

e. 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 worden volledig vergoed.

f. De vergoeding voor een maskeerder bij oorsuizen bedraagt 90% van de kosten tot een maximum van € 305.

Artikel 19 Gezichtshulpmiddelen (optische hulpmiddelen)

1. Onder gezichtshulpmiddelen wordt verstaan:

a. Bril (montuur en glazen);

b. Contactlenzen;

c. Bandagelenzen;

d. Bijzondere optische hulpmiddelen.

2. Verstrekkingvoorwaarden voor gezichtshulpmiddelen:

a. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een voorschrift (waarop de sterkte van de glazen vermeld staat) van een opticien, optometrist, huisarts of oogarts;

b. Voor bijzondere optische hulpmiddelen geldt tevens dat er sprake moet zijn van een zodanig verlies van gezichtsvermogen, dat redelijkerwijs niet kan worden volstaan met de optische hulpmiddelen, genoemd in het eerste lid, onder a, b of c;

c. Vergoeding vindt plaats na voorafgaande machtiging.

3. De vergoedingstermijn is gesteld op eenmaal per periode van twee kalenderjaren. De vergoeding bedraagt voor:

a. Montuur:

volledige vergoeding tot een maxi-

mum van € 57. Indien uit het voorschrift blijkt dat het gebruik van twee brillen (zowel voor afstand als nabij) noodzakelijk wordt geacht, wordt de vergoeding verdubbeld.

b. Brillenglazen:

volledige vergoeding tot een maximum van:

– € 19 per glas voor enkelvoudige glazen bij een sterkte van de glazen tot en met S-6 of S+6 en/of tot en met C-4 of C+4;

– € 46 per glas voor enkelvoudige glazen met een sterkte van de glazen van S-6.25 tot en met S-10 of van S+6.25 tot en met S+10 en/of een cilindrische sterkte boven C-4 of C+4;

– bij sterkte van de glazen vanaf S 10.25 en hoger en/of anisotropie van meer dan 4D wordt 90% van de kosten voor deze glazen vergoed;

– € 69 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.

c. Contactlenzen:

Contactlenzen of wergwerpcontactlenzen worden eenmaal per periode van twee kalenderjaren vergoed. De vergoeding is gelijk aan het bedrag dat zou worden vergoed voor een bril met overeenkomstige sterkte.

De kosten worden voor 90% vergoed, indien er van één van de volgende medische indicaties sprake is:

1°. ernstige hoornvliesonregelmatigheden;

2°. anisotropie van meer dan 4 D;

3°. brekingsafwijkingen van meer dan 10 D;

4°. anatomische defecten, die het dragen van een bril onmogelijk maken.

Contactlensvloeistoffen worden slechts vergoed indien sprake is van een van de hierboven genoemde medische indicaties voor contactlenzen.

De maximale vergoeding is € 46 per kalenderjaar per verzekerde

d. Bandagelenzen, zonder visuscorrecterende werking:

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

e. 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, de overige middelen worden volledig vergoed.

4. Bij de aanschaf van optische hulpmiddelen gelden de volgende aanvullende voorwaarden:

- a. het voorschrift van de opticien, optometrist, huisarts of oogarts mag op de datum van levering van het betreffende optische hulpmiddel niet ouder zijn dan drie maanden en dient de visussterkte te vermelden;
- b. reparatiekosten van optische hulpmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. 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 vervanging binnen die termijn noodzakelijk acht;
- d. de verstrekkingperiode van twee kalenderjaren kan met uitzondering van het derde lid, onderdeel a, worden bekort, indien uit medisch voorschrift blijkt dat een verandering van brilglassterkte noodzakelijk wordt geacht.

Artikel 20 Verpleging en behandeling in een ziekenhuis

1. Behoudens het in artikel 9 bepaalde ten aanzien van plastische chirurgie, worden de kosten van ziekenhuisopname voor deelnemers en hun gezinsleden vergoed naar de laagste klasse.
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 opname toestaan in een ziekenhuis, dat buiten de bedoelde locaties is gevestigd.
3. Voor ziekenhuisopname ten behoeve van plastische chirurgie worden de kosten slechts vergoed na voorafgaande machtiging.
4. De vergoedingen worden alleen toegekend, indien de behandelende arts verpleging en behandeling op medische gronden noodzakelijk acht en de medisch adviseur deze mening deelt.

Artikel 21 Verpleging en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis

De vergoeding voor verpleging en behandeling in een psychiatrisch zie-

kenhuis vindt plaats overeenkomstig de AWBZ.

Artikel 22 Psychotherapie, hulp door een psycholoog en psychiatrische deeltijdbehandeling

Kortdurende behandeling door een eerstelijns psycholoog, die aangesloten is bij de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) wordt vergoed tot een maximum van € 40 per sessie. Per twee kalenderjaren worden ten hoogste 15 sessies vergoed.

De vergoeding voor psychotherapie en psychiatrische deeltijdbehandeling geschiedt overeenkomstig de AWBZ.

Artikel 23 Herstelingsoord, therapeutisch astma- of diabeteskamp, aan een ziekenhuis gelieerd familiehuis.

1. 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 na voorafgaande machtiging voor de kosten van een verblijf in een erkend herstellingsoord een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van € 50 per dag voor een periode van maximaal zes weken. De in medisch opzicht bijzondere omstandigheden dienen door huisarts of specialist aannemelijk te worden gemaakt.
2. Voor een verblijf in een therapeutisch astma- of diabeteskamp voor jongeren tot 16 jaar, wordt na voorafgaande machtiging een tegemoetkoming in de kosten gegeven van € 15 per dag gedurende maximaal één maand.
3. Voor het verblijf van deelnemers of hun gezinsleden in een aan een ziekenhuis gelieerd familiehuis wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van 90% tot een maximum van € 13 per dag gedurende maximaal één maand.

Artikel 24 Revalidatiezorg

1. Onder revalidatie wordt verstaan onderzoek, behandeling en advisering van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke of revalidatietechnische aard te verlenen door een aan een instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair

team van deskundigen onder leiding van een specialist.

2. Onder klinische revalidatie wordt verstaan: opname in een revalidatiecentrum of in een ziekenhuis met het speciale doel een patiënt daar te revalideren. Artikel 20 is van overeenkomstige toepassing.

3. Onder poliklinische revalidatie / revalidatiedagbehandeling wordt verstaan: verzorging en behandeling gedurende een deel van een etmaal in een inrichting voor tijdelijk of blijvend gehandicapten, zonder dat er sprake is van (klinische) opname. De kosten voor de eerste 40 revalidatiebehandelingen (RBU's) worden volledig vergoed.

Indien een revalidatiearts voortzetting van de behandeling nodig acht, dient hiervoor machtiging te worden aangevraagd. In de aanvraag wordt aangegeven hoeveel RBU's noodzakelijk zijn.

Artikel 25 Hemodialyse

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

Artikel 26 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 27 Patiëntenvereniging

Per kalenderjaar wordt € 10 vergoed voor lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Vergoeding vindt plaats na overlegging van een kopie van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging en het betalingsbewijs.

Artikel 28 Behandeling in verband met ongewenste onvruchtbaarheid

1. Als behandelingen bij ongewenste onvruchtbaarheid worden aangemerkt:

- a. In Vitro Fertilisatie (IVF);

- b. Gametes Intra Fallopian Transfer (GIFT) methode;
- c. Intra Cytoplasmatic Sperm Injection (ICSI);
- d. Kunstmatige Inseminatie met zaadcellen van de Echtgenoot of partner (KIE)
- e. Kunstmatige Inseminatie met Donorsperma (KID).

2. De vergoeding voor de in het eerste lid genoemde behandelingen wordt uitsluitend na voorafgaande machtiging verleend in het geval van ongewenste onvruchtbaarheid op pathologische gronden. Bij de aanvraag dient de behandelende gynaecoloog de medische indicatie aan te tonen.

3. Vergoedingsvoorwaarden:
De vrouw is ingeschreven als deelnemer of gezinslid.

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

4. Vergoeding:

Per te realiseren zwangerschap wordt het totaal van de in het eerste lid genoemde geneeskundige behandelingsvormen en de daarmee samenhangende onderzoeken volgens CTG-tarieven voor 90% vergoed tot een eenmalig bedrag van maximaal € 3300. Medicamenten voor de onvruchtbaarheidsbehandeling worden vergoed op grond van artikel 10.

Artikel 29 Gezichtsbehandelingen

1. Onder gezichtsbehandelingen wordt begrepen:

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

2. Gezichtsbehandelingen worden na voorafgaande machtiging vergoed.

3. Voor de in het eerste lid genoemde behandelingen worden de volgende vergoedingen verleend:

- a. 90% van de kosten tot maximaal € 300 per kalenderjaar, 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. 90% van de kosten tot ten hoogste € 175 voor camouflage therapie inclusief de daarbij behorende cosmetica, in geval van ontsieringen in het gezicht als gevolg van littekens, pigmentverschuivingen (vitiligo), wijnvlekken (haemangiomen) of huidver-

tekeningen bij lupus erythematoïdes discoides (LED);

c. 90% in de kosten van acne-behandeling door een schoonheidsspecialist of een huidtherapeut, op voorschrift van een dermatoloog bij ernstige vormen van acne, tot een maximum van € 20 per behandeling. Per kalenderjaar worden maximaal 15 behandelingen vergoed.

Artikel 30 Transplantatie

1. Indien sprake is van een ziekenhuisopname voor het ondergaan van een orgaan- of weefseltransplantatie, worden de kosten van verpleging en behandeling van de ontvanger vergoed overeenkomstig artikel 20.

2. Een volledige vergoeding vindt plaats voor kosten die verbonden zijn aan de selectie van donoren en het verkrijgen van donormateriaal, betreffende:

- a. klinische en niet-klinische specialistische hulp;
- b. verpleging en behandeling in een ziekenhuis;
- c. laboratoriumonderzoek;
- d. operatieve verwijdering van het donormateriaal;
- e. conservering;
- f. vervoer van donor of donormateriaal.

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 ziekenfondsverzekerde, particulier of publiekrechtelijk voor ziektekosten verzekerde, aanspraak kunnen maken.

Artikel 31 Medisch noodzakelijk vervoer

1. Voor een tegemoetkoming in of vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk vervoer, komt alleen vervoer in aanmerking dat in direct verband staat met ziekte of ongeval, waarvan de behandelkosten door de Dienst of krachtens de AWBZ geheel of gedeeltelijk worden vergoed. Voorafgaande machtiging is vereist.

2. Het in het eerste lid bedoelde medisch noodzakelijke 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 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 met een ambulance, ziekenauto, (huur)auto of taxi:

- a. naar of van het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar de patiënt een onderzoek of behandeling zal ondergaan;
- b. naar of van de volgende dichtstbijzijnde inrichtingen of personen:

- 1°. een polikliniek,
- 2°. een specialist of tandartspecialist,
- 3°. een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut César of logopedist,
- 4°. een instrumentmaker voor het aanmeten of passen van een orthopedisch hulpmiddel.

4. 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, vindt vergoeding van kosten plaats 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: € 0,15 per km
- d. Vervoer van de patiënt of het stoffelijk overschot vanuit het buitenland als bedoeld in het vierde 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.

Artikel 32 Tandtechnicus, tandprotheticus en mondhygiënist

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

<i>Verrichting</i>	<i>Vergoeding</i> <i>90% van de kosten tot</i> <i>een maximum van:</i>
Volledige prothese	
a. boven- of onderprothese zonder individuele afdruk	€ 230
b. boven- of onderprothese met individuele afdruk	€ 300
c. rebasen	€ 80
d. reparatie prothese	€ 31
verstevigingmateriaal 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 techniekkostennota is toegevoegd.	

Partiële prothese

a. partiële kunstharsprothese	
1-4 elementen	€ 124
4-13 elementen	€ 230
– extra voor individuele afdruk met randopbouw	€ 66
– extra voor gegoten anker	€ 48
b. frameprothese	
1-4 elementen	€ 426
5-13 elementen	€ 516
c. rebasen	90%
d. reparatie, inclusief verstevigingsmateriaal en te vernieuwen elementen	90%
Een vergoeding voor rebasen / reparatie wordt alleen toegekend onder de voorwaarde dat aan de nota een gespecificeerde techniekkosten nota is toegevoegd.	

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

<i>Verrichting</i>	<i>Vergoeding</i> <i>90% van de kosten</i> <i>tot een maximum van:</i>
gebitsreiniging: (maximaal 2x per kalenderjaar, M50/M55/M59 daarin begrepen)	
1. beperkt	€ 9
2. gemiddeld	€ 16
3. uitgebreid	€ 31

3. parodontale behandeling door een mondhygiëniste(e)

<i>Verrichting</i>	<i>Vergoeding</i> <i>90% van de kosten</i> <i>tot een maximum van</i>
T22 initiële parodontologische behandeling, per element	€ 17
T52 kort consult parodontale nazorg	€ 44
T54 standaardconsult parodontale nazorg	€ 64
T56 uitgebreid consult parodontale nazorg	€ 85

4. Kosten van reparaties door een tandtechnicus:

Uitsluitend kosten van reparaties van uitneembare voorzieningen komen voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding bedraagt 90% van de kosten tot een maximum van € 30 exclusief verstevigingmateriaal en te vernieuwen elementen. De vergoeding voor verstevigingmateriaal en te vernieuwen elementen bedraagt 90% van de kosten.

Artikel 33 Tandheelkundige behandelingen

Behoudens artikel 35 worden voor de hierna vermelde hulp door een tandarts de volgende vergoedingen of tegemoetkomingen toegekend tot ten hoogste de vermelde percentages en bedragen:

Vergoedings-
percentage

C Consultatie en diagnostiek	90%
11 periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar	
12 periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar	
13 incidenteel consult	
22 schriftelijke medische anamnese	
28 uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen behandelplan, inclusief het op schrift stellen en bespreken daarvan	
toeslagen:	
80 huisbezoek	
85 weekenddienst	
86 avondbehandeling	
87 nachtbehandeling	
X Röntgendiagnostiek	80%
10 Intra-orale foto	
21 Orthopantomogram	
22 Orthopantomogram ten behoeve van implantologie in de edentate kaak	
23 Orthopantomogram ten behoeve van orthodontie	
24 Röntgenschedelprofielfoto	
25 Röntgenschedelprofielfoto ten behoeve van orthodontie	
M Preventie/mondhygiëne (max. 2x per kalenderjaar)	90%
32 eenvoudig bacteriologisch onderzoek	
<i>fluoride applicatie:</i>	
10 methode I	
20 methode II	
<i>gebitsreiniging:</i>	
50 beperkt	
55 gemiddeld	
59 uitgebreid	
A Anesthesie	80%
10 geleidings- en/of infiltratieanesthesie	
15 oppervlakte anesthesie	
B Lachgassedatie	80%
10 introductie lachgassedatie	
11 toediening lachgassedatie	
12 overheadkosten lachgassedatie	
V Restauraties door middel van plastische materialen	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	
E Pulpabehandeling (Endodontie)	80%
wortelkanaalbehandeling éénkanalig element:	
10 zilverstift, point of pointsectie	
20 pasta	
wortelkanaalbehandeling meerkanalig element:	
15 zilverstift, point of pointsectie	

25 pasta
 30 mortaalamputatie
 35 amputatie
 40 directe pulpa-overkapping
 50 het moeizaam verwijderen van oud wortelkanaalvulmateriaal of -stift, per kanaal
 60 vitaalamputatie
 65 apexificatie
 70 extra zitting
 76 initiële wortelkanaalbehandeling per kanaal
 80 pulpabehandeling bij melkelementen
 85 elektronische lengtebepaling
 86 gebruik operatiemicroscoop

R Inlays, kronen, bruggen (inclusief techniekkosten)

70%

tot een maximum van

09 tweevlaks composiet inlay (direct)
 10 drievlaks composiet inlay (direct)
 12 tweevlaksinlay (zie artikel 35, derde lid) € 176
 13 drievlaksinlay (zie artikel 35, derde lid) € 229
 20 gegoten metalen kroon (zie artikel 35, derde lid) € 285
 25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein, partiële omslijping of schouderbevelpreparatie, gegoten metalen kroon met kunstharvenster (zie artikel 35, derde lid) € 285
 26 jacketkroon met schouderpreparatie (zie artikel 35, derde lid) € 285
 27 jacketkroon zonder schouderpreparatie (zie artikel 35, derde lid) € 258
brugwerk:
 brugtussendeel (zie artikel 35, derde lid):
 40 1e dummy € 168
 45 2e en volgende in hetzelfde tussendeel, per dummy € 90
 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: **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
 76 extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon
 77 verwijderen oud kroon- en brugwerk
 78 indirecte labiale veneering zonder preparatie
 79 indirecte labiale veneering met preparatie

G Gnatologie (zie artikel 35, negende lid)

80%

(inclusief techniekkosten)

01 uitgebreid functieonderzoek
 02 myografie
 03 gedocumenteerde verwijzing gnatologie
 61 instructie spieroefeningen
 62 occlusale spalk
 63 repositiespalk
 64 controlebezoek spalk
 65 indirect planmatig inslijpen
 33 aanbrengen front/hoektand geleiding

69 occlusale opbeetplaat
10 eenvoudige beetregistratie

H Chirurgische ingrepen (zie artikel 35, zesde lid)

90%

(inclusief anesthesie)

10 extractie
15 volgende extractie in dezelfde zitting en in hetzelfde kwadrant
20 hechten, per alveole
21 kosten hechtmateriaal
25 uitgebreid wondtoilet
26 hechten, weke delen
gecompliceerde extractie:
30 zonder mucoperiostale opklap
35 met mucoperiostale opklap
40 correctie processus alveolaris
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
80 alveolotomie enkelzijdig
85 alveolotomie dubbelzijdig
90 voorbereiding praktijkruimte

P Uitneembare prothetische voorzieningen

90%

noodprothese:

45 noodprothese van zes tot acht elementen eenmalig tot een maximum van € 141
60 uitgebreid onderzoek naar het functioneren van de bestaande prothese
65 planmatig inslijpen van de bestaande prothese

partiële kunstharprothese:

10 1 t/m 4 elementen tot een maximum van € 125
15 5 t/m 14 elementen tot een maximum van € 234
16 extra voor individuele afdruk met randopbouw
18 extra voor gegoten ankers per stuk

precisie verankering:

31 Richmond-kap

frameprothese:

34 1 t/m 4 elementen tot een maximum van € 467
35 5 t/m 14 elementen tot een maximum van € 573
40 prothesetarief verhoogd met per immmediaat te vervangen element

volledige prothese: (zie artikel 35, dertiende lid)

21 bovenprothese volledig tot een maximum van € 364
25 onderprothese volledig tot een maximum van € 364
30 volledige boven -en onderprothese tot een maximum van € 727

diversen:

90%

14 individuele afdruk met randopbouw
17 extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur
29 overkapt element
36 extra voor individuele afdruk zonder randopbouw

rebasen/relinen volledige prothese:

01 rebasen/relinen indirect zonder randopbouw
02 rebasen/relinen indirect met randopbouw
03 rebasen/relinen direct zonder randopbouw
04 rebasen/relinen direct met randopbouw
06 tissue conditioning volledige prothese
51 rebasen indirect zonder randopbouw

52 rebasen indirect met randopbouw
53 rebasen direct zonder randopbouw
54 rebasen direct met randopbouw

reparaties:

07 reparatie volledige prothese zonder afdruk (volledige prothese)
08 reparatie prothese met afdruk (volledige prothese)
57 reparatie prothese zonder afdruk (partiële prothese)
58 reparatie prothese met afdruk (partiële prothese)

uitbreiding:

78 uitbreiding partiële prothese met elementen tot volledige prothese, inclusief afdruk
79 uitbreiding partiële prothese met element of anker inclusief afdruk

T Parodontologie (zie 35, vierde en zesde lid)

90%

Onderdeel A

Onderzoek, diagnostiek en behandelingsplanning

11 parodontaal onderzoek met pocketstatus
12 parodontaal onderzoek met parodontiumstatus

Initiële parodontale behandeling

21 initiële parodontale behandeling tandarts, per element

Herbeoordeling na initiële behandeling

31 herbeoordeling met pocketstatus
32 herbeoordeling met parodontiumstatus
33 uitgebreid bespreken vervolgtraject

Parodontale nazorg

51 kort consult parodontale nazorg tandarts
53 standaard consult parodontale nazorg tandarts
55 uitgebreid consult parodontale nazorg tandarts

Evaluatieonderzoek

60 evaluatieonderzoek met pocketstatus
61 evaluatieonderzoek met parodontiumstatus

Parodontale chirurgie

70 flapoperatie in één interdentale ruimte
71 flapoperatie per sextant
72 flapoperatie uitgebreid per sextant
73 directe postoperatieve zorg, kort
74 directe postoperatieve zorg, uitgebreid
75 postoperatieve evaluatieonderzoek met parodontiumstatus
76 tuber- of retromolaarplastiek in combinatie met flapoperatie uitgebreid per sextant

Onderdeel B

80 gingivatransplantaat
81 tuber- of retromolaarplastiek als zelfstandige verrichting
82 gingivectomie per element
83 gingivectomie per sextant

Toepassen van regeneratietechniek

84 aanbrengen regeneratiemateriaal als zelfstandige verrichting, per sextant
85 aanbrengen regeneratiemateriaal als niet-zelfstandige verrichting, gelijktijdig met flapoperatie in hetzelfde sextant, per element

86 operatieve verwijdering van regeneratiemateriaal

Parodontale kroonverlengingprocedure

87 kroonverlenging per element
88 kroonverlenging per sextant

Directe postoperatieve zorg

89 directe postoperatieve zorg kort
90 directe postoperatieve zorg uitgebreid

Diversen

91 pocketregistratie
92 parodontiumregistratie
93 bacteriologisch parodontaal onderzoek
94 behandeling parodontaal abces

D Gebitsregulatie (orthodontie)

1. Indien een tandheelkundige indicatie aanwezig is, bedraagt de vergoeding 80%.¹
2. Indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling², uitgezonderd de kaakchirurgische ingrepen, vermeld onder H (chirurgische ingrepen) en onder T (Parodontale chirurgie) code T70 tot en met T76, bedraagt de vergoeding 90% van de kosten.

I. Diagnostiek:

01 Modelanalyse

II. Röntgendiagnostiek:

- 11 Röntgenschedelprofielfoto
- 12 Cephalometrische analyse (tracing) exclusief foto

III. Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur:

- 21 Aanvangstoelage uitneembare apparatuur
- 22 Overgangstoelage van uitneembaar naar partieel vast
- 23 Overgangstoelage van uitneembaar naar volledig
- 24 Behandelingsmaandtarief t/m 24e behandelingsmaand
- 25 Behandelingsmaandtarief 25e behandelingsmaand en volgende maanden

IV. Behandeling met partieel vaste apparatuur:

- 31 Aanvangstoelage partieel vaste apparatuur
- 32 Overgangstoelage van partieel vast naar volledig vast
- 33 Behandelingsmaandtarief t/m 24e behandelingsmaand
- 34 Behandelingsmaandtarief 25e behandelingsmaand en volgende maanden

V. Behandeling met volledige vaste apparatuur in boven- en onderkaak

- 41 Aanvangstoelage volledig vaste apparatuur
- 42 Behandelingsmaandtarief t/m 24e behandelingsmaand
- 43 Behandelingsmaandtarief 25e behandelingsmaand en volgende maanden

VI. Diversen

- 53 Behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)
- 54 Controle bezoek

3. Indien in samenhang met een gnatologische behandeling³ bedraagt de vergoeding voor de onder D genoemde verstrekkingen 90% van de kosten.
4. Voor schisispatiënten bedraagt de vergoeding voor de onder D genoemde verstrekkingen 90% van de kosten.

J. Georganiseerde jeugd tandverzorging 90%

Artikel 34 Implantaten als bedoeld in artikel 35, twaalfde lid
Kosten van implantaten worden als volgt vergoed.

1. Implantologie tandarts-algemeen practicus: 90%

- I10 Implantatieplanning
- I13 Eerste implantaat
- I14 Elk volgende 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
- I88 Omvorming van bestaande prothese na implantatie tot overkappingprothese

2. Implantaten in de tandeloze onderkaak en de bijbehorende uitneembare prothese: 90%

- I70 Initieel onderzoek implantologie
- I71 Verlengd onderzoek implantologie
- I72 Proefopstelling

Plaatsing twee implantaten in de tandeloze onderkaak

- I20 Plaatsing twee implantaten, één-fase systeem
- I21 Plaatsing van twee abutments
- I26 Plaatsing twee implantaten eerste faseoperatie
- I27 Plaatsing twee healing collars of abutments tweede faseoperatie
- I28 Vervanging twee healing collars door abutments
- I80 Mucosaplastiek/mucosatransplantaat

Mesostructuur

- I23 Twee magneten of drukknoppen
Tevens wordt vergoed 90% van de techniek- en materiaalkosten tot een maximum van € 333
- I24 Steg op twee implantaten
Tevens wordt vergoed 90% van de techniek- en materiaalkosten tot een maximum van € 522

Plaatsing van vier implantaten in de tandeloze onderkaak

- I40 Plaatsing van vier implantaten, één-fase systeem
- I41 Plaatsing van vier abutments
- I46 Plaatsing vier implantaten eerste faseoperatie.
- I47 Plaatsing vier healing collars of abutments tweede faseoperatie
- I48 Vervanging vier healing collars door abutments
- I80 Mucosaplastiek/mucosatransplantaat

Mesostructuur

- I43 Vier magneten of drukknoppen
Tevens wordt vergoed 90% van de techniek- en materiaalkosten tot een maximum van € 522.
- I44 Steg op vier implantaten
Tevens wordt vergoed 90% van de techniek- en materiaalkosten tot een maximum van € 1043.

Per implantaat wordt een vergoeding verleend tot 90% van de kosten tot een maximum van € 272 per implantaat (kosten implantaat, healing collar en abutment).

(Overkappings)prothese

- I85 Boven- en onderprothese
- I87 Onderprothese
- I88 omvorming bestaande onderprothese
Vergoeding wordt verleend van 90% tot een maximum van € 364 per boven- of onderprothese, en € 727 voor een boven- en onderprothese.

Rebasing overkappingsprothese op implantaten

90%

- I90 Rebasing zonder stegdemontage
- I91 Rebasing met stegdemontage bij twee implantaten
- I92 Rebasing met stegdemontage bij vier implantaten

Periodieke nazorg implantologie

90%

- I93 standaard consult nazorg
- I94 specifiek consult nazorg
- I96 Uitgebreid consult nazorg

3. Behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Indien de behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde plaatsvindt, wordt waar het betreft de honorariumkosten uitgegaan van het uurtarief dat het Centrum ingevolge een beschikking van het CTG in rekening mag brengen.

Het vergoedingspercentage voor deze niet-klinische behandeling bedraagt 90% van de kosten tot maximaal de in het eerste en tweede lid 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.

4. Voorwaarden solitair oraal implantaat.

Wanneer er sprake is van een solitair oraal implantaat ten behoeve van een kroon wordt slechts een tegemoetkoming in de kosten verleend als wordt voldaan aan de volgende criteria:

- a. Het dient te gaan om een frontelement;
- b. Er moet sprake zijn van een trauma of een agenesie in de anamnese;
- c. De buurelementen dienen volledig gaaf te zijn.

Artikel 35 Bijzondere bepalingen bij tandheelkundige behandelingen

1. De in artikel 33 vermelde tegemoetkomingen of vergoedingen zijn inclusief de materiaal- en techniekkosten.

2. Voor de verrichtingen genoemd onder de codes C11, C12 en C13 alsmede de eventueel hierbij in rekening gebrachte toeslagen genoemd onder C80, C85 en C86, wordt per kalenderjaar in totaal ten hoogste vijf maal een vergoeding of tegemoetkoming toegekend.

3. In een kalenderjaar wordt een vergoeding of tegemoetkoming toegekend voor het plaatsen van ten hoogste 6 meervlaksinlays, kronen of brugdelen als bedoeld in artikel 33 onder de codes R12, R13, R20, R25, R26, R27, R40 of R45.

In geval van een aangeboren defect of bij een ongeval kan na voorafgaande machtiging, vergoeding worden toegekend voor het plaatsen van meer dan zes elementen.

In geval van agenesie, schisis of amelogenesis imperfecta wordt, na voorafgaande machtiging, volledige vergoeding toegekend.

4. Voor het toekennen van vergoeding voor een flapoperatie (codes T70, T71 en T72), alsmede voor het toepassen van regeneratiemateriaal (codes T84 en T85) is voorafgaande machtiging vereist.

Indien er sprake is van een flapoperatie uitgebreid per sextant (code T72) waarbij regeneratietechniek wordt toegepast, wordt voor het gebruik van regeneratiemateriaal een tegemoetkoming in de kosten verleend van 90% tot een maximum van € 69 per gebruikt membraan.

5. In geval een tandarts of een specialist poliklinische tandheelkundige chirurgische hulp van een specialist of een hoogleraar in de tandheelkunde nodig oordeelt en daarvan schriftelijk heeft doen blijken, is artikel 8 van toepassing.

6. Ten aanzien van tandheelkundige verrichtingen, vermeld in artikel 33, onder H Chirurgische ingrepen, en onder T Parodontologie, die zijn uitgevoerd door een tandartspecialist, is artikel 8 van toepassing. Indien sprake is van voorbereiding praktijkruimte (code H90) is voorafgaande machtiging vereist.

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

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

8. Voor het toekennen van de vergoeding voor gebitsregulatie is voorafgaande machtiging vereist indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling (osteomie). De aanvraag van deze machtiging zal uitsluitend worden behandeld indien deze wordt begeleid door gebitsmodellen en de nodige röntgenfoto's. Indien de tandheelkundig adviseur dit nodig acht kan de patiënt worden opgeroepen.

9. Voor het toekennen van de vergoedingen of de tegemoetkomingen voor een gnatologische behandeling is, onder overlegging van een behandelingsplan, voorafgaande machtiging vereist. Uitsluitend wanneer er sprake is van kaakgewrichtsklachten – TMD – wordt vergoeding voor een spalk/opbeetplaat verleend. Een machtiging voor orthodontische behandeling van gnatologische klachten wordt, gehoord een centrum voor bijzondere tandheelkunde, slechts aan de orthodontist afgegeven.

10. Voor gnatologische behandeling door een erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde wordt een tegemoetkoming toegekend overeenkomstig artikel 8.

Deze vergoeding wordt eveneens toegekend indien de hulp wordt verleend onder de verantwoordelijkheid van een Nederlandse universiteit, eventueel met inschakeling van de tandarts.

11. Uitsluitend voor tandheelkundige behandeling van patiënten, die geestelijk of lichamelijk gehandicapt zijn, wordt na voorafgaande machtiging 90% van de kosten vergoed.

12. Voor het toekennen van de vergoeding of de tegemoetkoming voor een tandheelkundig implantaat is voorafgaande machtiging vereist. Deze machtiging wordt slechts afgegeven voor een sterk geslonken tandeloze kaak, waarbij gebleken is dat een normale prothese geen of onvoldoende resultaat heeft. De implantaten moeten dienen als steun voor een (overkappings)prothese. Per verzekerde wordt machtiging afgegeven voor ten hoogste 4 implantaten.

Implantaten ten behoeve van kronen en brugwerk komen niet voor vergoeding in aanmerking, met uitzondering van artikel 34, vierde lid.

Indien geen machtiging wordt verleend wordt 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 of wordt uitgevoerd door een vrijgevestigd kaakchirurg wordt voor de vergoeding van het honorarium en de suprastructuur uitgegaan van het tarief dat het Centrum of de vrijgevestigd kaakchirurg in rekening mag brengen.

Indien de behandeling in een ziekenhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden polikliniek plaatsvindt wordt voor de materiaalkosten van de implantaten geen vergoeding verstrekt.

13. De tegemoetkoming voor een boven- en/of onderprothese wordt slechts eenmaal in een periode van vier kalenderjaren verstrekt.

14. Een nieuwe volledige gebitsprothese vervaardigd door een tandtechnicus komt niet voor vergoeding in aanmerking.

§ 7 Procedure bij aanmelding

Artikel 36

1. Bij indiensttreding is de actief dienende 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. Die administratie zendt dit formulier zo spoedig mogelijk toe aan de Dienst.

2. Iedere deelnemer ontvangt een exemplaar van het Besluit en het vergoedingsoverzicht van deze Regeling.

§ 8 Het melden van wijzigingen

Artikel 37

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

- eigen huwelijk of dat van een gezinslid;
- geboorte van een gezinslid;
- adoptie van een gezinslid;
- overlijden van een gezinslid;
- echtscheiding of scheiding van tafel en bed;
- het aanvaarden van een betrekking door een gezinslid waardoor het

1°. aanspraak kan maken op geneeskundige verzorging, vergoeding of tegemoetkoming in de premie voor een ziektekostenverzekering,
2°. op grond van de Ziekenfondswet recht heeft op geneeskundige verzorging of dat recht kan verkrijgen door aanmelding bij een ziekenfonds,
3°. op grond van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren aanspraak kan maken op geneeskundige verzorging of vergoeding van de daaraan verbonden kosten;
g. het verkrijgen, het herkrijgen of het vervallen van het recht op kinderbijslag voor een eigen kind, een aangehuwd kind of een pleegkind;
h. het beëindigen van de omstandigheden waardoor de personen, bedoeld in artikel 3 van het Besluit, als gezinslid zijn ingeschreven.

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. De gepensioneerde deelnemer zendt de in het eerste lid bedoelde kennisgeving rechtstreeks aan de Dienst.

3. 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 binnen acht dagen aan de Dienst wordt gezonden. Tevens versprekt de administratie deze gegevens aan de ambtenaar belast met de berekening van de bezoldiging.

4. De deelnemer geeft binnen acht dagen kennis aan de Dienst van:
a. adreswijziging;
b. wijziging van betaalnummer door middel van een formulier van wijziging;
c. ziekte of ongeval waarvoor met betrekking tot de kosten eventueel rechten tegenover derden gelden.

§ 9 Het aanvragen van machtigingen

Artikel 38

1. De deelnemer is verplicht zowel voor zichzelf als voor zijn gezinsleden, indien voor de toekenning of tegemoetkoming van de verstrekking 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 arts of tandarts.

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

3. Ten aanzien van een niet vooraf aanvraagde machtiging of verlening van een machtiging blijft de in het eerste lid bedoelde vergoeding of tegemoetkoming achterwege, tenzij redelijkerwijs niet kan worden geoordeeld dat de deelnemer in verzuim is en naar het oordeel van de medisch adviseur of van de tandheelkundig adviseur de machtiging of de verlenging kan worden verleend.

§ 10 Declaraties van gemaakte kosten

Artikel 39 Inzenden van rekeningen

1. De Dienst keert de vergoedingen of tegemoetkomingen uit.

2. Ter verkrijging van de hem toekomende vergoedingen of tegemoetkomingen zendt de deelnemer de desbetreffende rekeningen, in de daarvoor bestemde declaratie-envelop, toe aan de Dienst. De rekeningen dienen te zijn vergezeld van het volledig ingevulde declaratieformulier.

Over rekeningen die ouder zijn dan twee jaar, dan wel op nota's van jongere datum – maar betrekking hebbend op behandelingen die 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 envelop. Op duplicaatrekeningen, herinneringsrekeningen en fotokopieën wordt niet uitgekeerd.

3. 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.

4. Indien een verstrekking uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt als deze is voorgeschreven door een huisarts of specialist, wordt met de rekening het voorschrift overgelegd.

5. In geval van niet elders verzekerde kosten worden originele, op naam gestelde, gedateerde nota's overgelegd met de daarop betrekking hebbende verklaring van de ziektekostenverzekeringsmaatschappij waaruit blijkt dat deze kosten niet binnen de ziektekostenverzekering vallen.

6. In geval van gedeeltelijk elders verzekerde kosten worden originele, op naam gestelde, gedateerde nota's of afschriften daarvan overgelegd. Gelijkijdig worden overgelegd de op die nota's of afschriften betrekking hebbende afrekeningen van de ziektekostenverzekeringsmaatschappij waarvoor blijkt welk deel van de desbetreffende ziektekosten ten laste is gebleven van betrokkene en de aard van die kosten.

Artikel 40 Rekeningen van opnemings in een ziekenhuis of inrichting

Rekeningen voor verpleging in een ziekenhuis of een sanatorium, alsmede de nota's voor verzorging in een inrichting voor revalidatiedagbehandeling kunnen door die inrichtingen rechtstreeks aan de Dienst worden gezonden. Deze keert aan de inrichtingen uitsluitend overeenkomstig de artikelen 9 en 20 tot en met 25 vergoedingen of tegemoetkomingen uit.

§ 11 Aanvullende bepalingen ten aanzien van vergoedingen of tegemoetkomingen

Artikel 41

1. De toe te kennen vergoeding of tegemoetkoming kan nooit meer bedragen dan de werkelijke kosten.
2. Indien een in deze regeling opgelegde verplichting niet wordt nageleefd is de Dienst niet tot vergoeding of tegemoetkoming verplicht.

3. Indien de medisch adviseur of de tandheelkundig adviseur van oordeel is dat een verstrekking zonder medische of tandheelkundige noodzaak wordt gegeven of reeds gegeven is, stelt deze zich in verbinding met de betreffende (voorschrijvende) hulpverlener of met de deelnemer. In dat geval kan, indien de bevindingen van de medisch adviseur of van de tandheelkundig adviseur daartoe aanleiding geven, de commissie beslissen dat de vergoeding of tegemoetkoming geheel of gedeeltelijk niet (meer) zal worden toegekend. Van deze beslissing wordt de deelnemer zo spoedig mogelijk in kennis gesteld.

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. de geneeskundige behandeling en verzorging wordt ondergaan buiten het land van vestiging van de deelnemer of het gezinslid, wanneer de reis naar de plaats van behandeling mede is ondernomen met de bedoeling deze 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 artikel 6, derde lid.

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.

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 42 Zelfstandig Behandeling Centrum (ZBC)

De kosten van medische behandelingen en onderzoek in ZBC's, zoals het gebruik van de operatie- of behandelkamer en het gebruik van behandel- en onderzoeksapparatuur, worden na voorafgaande machtiging vergoed tot ten hoogste de CTG-tarieven die voor de desbetreffende behandelingen gelden, onder voorwaarde dat het ZBC over een door de overheid afgegeven Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV-)vergunning beschikt. Vergoeding vindt plaats overeenkomstig de Regeling.

§ 12 Preventieve geneeskundige maatregelen

Artikel 43

Voor kosten voortvloeiende uit pre-

ventieve 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, 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.

§ 13 Hardheidsbepaling

Artikel 44

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.

§ 14 Slotbepaling

Artikel 45 Rechten en verplichtingen op de voorgaande regeling

Op rechten en verplichtingen ontstaan op grond van de Regeling geneeskundige verzorging politie 1997 blijft de Regeling geneeskundige verzorging politie 1997, zoals die luidde op het tijdstip voorafgaand aan de inwerking-treding van deze regeling, van toepassing.

Artikel 46

De Regeling geneeskundige verzorging politie 1997 wordt ingetrokken.

Artikel 47

Deze regeling treedt in werking op 1 januari 2003.

Artikel 48

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling geneeskundige verzorging politie 2003.

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

*De Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
R.H. Hessing.*

¹ Zie artikel 35, zevende lid.

² Zie artikel 35, achtste lid.

³ Zie artikel 35, negende en elfde lid.

Transponeringstabel

Rgvp 1997	Rgvp 2003
Artikel:	Artikel:
1	1
2	2
2a	7, tweede lid; 8, tweede lid; 14, eerste lid;
2b	3
2c	4
3	5
4	6
5	7
6	8
7 (vervallen, Stcrt. 1999, 30)	
8	9
9	10
10	11
11	12
12	13
13	14
13a	15
14	16
15	17
16	18
17	19
18	20
19	21
20	22
21	23
22	24
23	25
24	26
25 (vervallen, Stcrt. 1999, 250)	
26	28
27	29
28	30
29	31
30	32
31	33
32	34
33	35
34	36
35	37
36	38
37	39
38	40
39	41
40	42
41	43
42	44
43	-
44	-
45	-
46	-

Rgvp 2003	Rgvp 1997		
Artikel:	Artikel:	g. podotherapeutische zolen;	enkele inhoudelijke wijzigingen door-
1	1	h. hoortoestellen;	gevoerd. Het gaat daarbij om de vol-
2	2	i. herstellingsoort;	gende wijzigingen.
3	2b	j. therapeutisch astmakamp voor jon-	De in artikel 2 van de Regeling
4	2c	geren;	geneeskundige verzorging politie 2003
5	3	k. verblijf in een Ronald	(Rgvp 2003) neergelegde premiebedra-
6	4	MacDonalduis of een instelling van	gen zijn op advies van de commissie
7	5	soortgelijke aard;	belast met de algemene leiding en het
8	6	l. aanvullende thuiszorg;	beheer van de Dienst geneeskundige
9	8	m. prothetische voorzieningen door	verzorging politie voor het jaar 2003
10	9	een tandarts/tandprotheticus;	aangepast. De reden voor de verho-
11	10	n. inlay, kroon, brug (inclusief tech-	ging van de nominale premie is gele-
12	11	niekkosten);	gen in de omstandigheid dat de
13	12	o. brilmontuur, brillenglazen contact-	Dienst gehouden is een nominale pre-
14	13	lenzen.	mie te hanteren die niet meer dan
15	13a		10% afwijkt van de nominale premie
16	14	Toelichting	die de ziekenfondsen in rekening
17	15	Artikel 7, eerste lid, van het Besluit	brenge. De verhoging van de kind-
18	16	geneeskundige verzorging politie 1994	premie vloeit voort uit het Akkoord
19	17	(Bgvp 1994) bepaalt kort gezegd dat	arbeidsvoorwaarden sector Politie
20	18	de Minister van Binnenlandse Zaken	2001-2003 waarin is neergelegd dat
21	19	en Koninkrijksrelaties nadere regels	deze premie voor 2003 € 4,50 per kind
22	20	stelt omtrent het toekennen van ver-	per maand bedraagt.
23	21	goedingen van of tegemoetkomingen	Daarnaast zijn de bedragen voor ver-
24	22	in gemaakte ziektekosten. Tot het	goedingen, tegemoetkomingen en
25	23	moment van inwerkingtreding van de	eigen bijdragen op diverse plaatsen
26	24	onderhavige regeling waren deze	aangepast aan de prijsontwikkelingen.
27	-	nadere regels neergelegd in de	Zo was de eigen bijdrage voor plas-
28	26	Regeling geneeskundige verzorging	tisch chirurgische operaties met een
29	27	politie 1997 (Rgvp 1997). Het was	cosmetisch aspect reeds een aantal
30	28	echter wenselijk in deze regeling een	jaren niet aangepast en is die bijdrage
31	29	aantal technische wijzigingen door te	thans meer in verhouding gebracht
32	30	voeren. Zo kon bijvoorbeeld door een	met de ontwikkelingen in de kosten
33	31	andere formulering duidelijker worden	van de gezondheidszorg.
34	32	aangegeven wanneer een voorafgaan-	Uit een in 2002 gehouden klanttevreden-
35	33	de machtiging is vereist en kon door	heidsonderzoek is naar voren
36	34	herschikking van enkele artikelen of	gekomen dat de Rgvp 1997 waar het
37	35	artikelonderdelen een eenvoudiger te	gaat om alternatieve geneeswijzen
38	36	begrijpen regeling ontstaan. Gezien	onvoldoende tegemoet kwam aan de
39	37	het aantal technische wijzigingen is	wensen van deelnemers en hun gezins-
40	38	ervoor gekozen de Rgvp 1997 te ver-	leden. Daarom is in artikel 15 van de
41	39	vangen door de onderhavige regeling.	Rgvp 2003 een viertal behandelaars
42	40	Dit komt de overzichtelijkheid van de	toegevoegd waarvoor een vergoeding
43	41	ministeriële regeling ten goede.	of tegemoetkoming wordt verstrekt.
44	42	Bijkomend voordeel is dat de integra-	Gezien de gewenste kwaliteit van de
45	-	le tekst van de regeling wordt gepubli-	hulpverlening is daarbij wel als vereis-
46	-	ceerd. Voor alle duidelijkheid zij hier-	te opgenomen dat de behandelaar
47	-	bij opgemerkt dat de technische	aangesloten moet zijn bij de desbe-
48	-	wijzigingen geen wijziging in aanspra-	treffende beroepsvereniging. Deze eis
		ken of verplichtingen tot gevolg heb-	geldt ook voor alternatief praktiseren-
		ben.	de (huis)artsen. Uit het klanttevreden-
		Omdat uitsluitend vanwege de	heidsonderzoek is eveneens naar
		doorgevoerde technische wijzigingen is	voren gekomen dat er behoefte
		gekozen voor een nieuwe regeling, is	bestaat aan een bijdrage voor het lid-
		bij de (nieuwe) Regeling geneeskundi-	maatschap van een patiëntenvereni-
		ge verzorging politie 2003 (Rgvp	ging. Een dergelijke bijdrage is in de
		2003) geen artikelsgewijze toelichting	Rgvp 2003 opgenomen in artikel 27.
		opgenomen. Wel is voor de toeganke-	Naast de reeds genoemde inhoude-
		lijkheid een transponeringstabel bijge-	lijke wijzigingen is ten opzichte van
		voegd.	Rgvp 1997 in de nieuwe regeling nog
		Ten opzichte van de (oude) Rgvp	een aantal minder in het oog sprin-
		1997 zijn in de nieuwe regeling slechts	gende inhoudelijke wijzigingen door-
			gevoerd.

Bijlage als bedoeld in artikel 5

- alternatieve geneeswijze;
- chiropractische behandelingen;
- oedeemtherapie;
- podotherapeutische behandeling op de polikliniek van een ziekenhuis;
- stottertherapie;
- behandeling in kuuroord of speciaal behandelcentrum;

Zo is de vergoeding voor een orthoptist vervallen die in de Rgvp 1997 was opgenomen in artikel 14, vijfde lid. Dit is gebeurd omdat de hulp die wordt verleend door een orthoptist, moet worden gedeclareerd door de oogarts. Verder is in artikel 17 van de nieuwe regeling de verstrekking van een botgroeistimulator toegevoegd, bedraagt de eigen bijdrage voor bepaalde schoenvoorzieningen voor verzekerden tot 16 jaar de helft van de eigen bijdrage voor verzekerden vanaf 16 jaar, worden blindentaststokken in bruikleen verstrekt en is de vergoeding van elastische kousen van twee per negen maanden naar drie per kalenderjaar gegaan. In artikel 32 zijn de vergoedingen voor instructie mondhygiëne, kleurtest en controlebezoek vervallen. Nieuw in dat artikel is een vergoeding voor een door een tandprotheticus geleverde partiële gebitsprothese. Ten slotte is in artikel 33 onder Consultatie en diagnostiek een aantal verrichtingencodes gewijzigd overeenkomstig de landelijk gehanteerde (UPT-)codes.

*De Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
R.H. Hessing.*