

Vergoedingen voor Fysiotherapie 2012

Volwassenen

Fysiotherapie wordt vergoed uit de aanvullende verzekering.

Uit de basisverzekering wordt fysiotherapie beperkt vergoed. Bij bepaalde aandoeningen beschreven in de chronische lijst kunnen volwassenen **na de 20^e behandeling** (dat was in 2011 na de 12^e behandeling) in aanmerking komen voor vergoeding uit de basisverzekering. Soms is hiervoor een machtiging van de verzekeraar nodig. De verplichting om de eerste 20 behandelingen zelf te betalen is eenmalig voor de duur van de aandoening en/of de duur van de machtiging.

Wij raden u aan een passende aanvullende verzekering af te sluiten waarin voldoende behandelingen fysiotherapie zijn opgenomen.

Kinderen en jongeren tot 18 jaar

Voor kinderen en jongeren tot 18 jaar geldt voor het kalenderjaar 2012 als basisregel dat de eerste 9 behandelingen fysiotherapie gedekt worden door de basisverzekering, met de mogelijkheid van nog 9 extra behandelingen als de eerste 9 behandelingen nog niet het gewenste resultaat hebben. Mochten er meer behandelingen nodig zijn, dan geldt in principe dat deze niet door de basiszorgverzekering worden gedekt tenzij het een aandoening op de chronische lijst betreft..

Vergoeding voor sommige chronische aandoeningen stopt

Op de zogenaamde chronische lijst staan alle aandoeningen waarvan de behandelingen fysiotherapie worden vergoed. **Deze chronische lijst wordt per 1 januari 2012 ingekort.** Dan vervalt de vergoeding voor een aantal behandelingen (zie lijst).

Hoe zit het met de overgang van 2011 naar 2012?

Als u in 2011 meer dan 12 behandelingen hebt gehad met een chronische aandoening die ook in 2012 op de chronische lijst staat, dan verandert er voor u niets, u hoeft niets bij te betalen.

Als u in 2011 nog geen 12 behandelingen heeft gehad (en dus nog niet voor rekening van de basisverzekering kon worden behandeld) moet u het aantal behandelingen dat voor uw eigen rekening of voor rekening van de aanvullende verzekering komt volmaken tot 20. Dus als u bij voorbeeld in 2011 6 behandelingen heeft gehad, dan moet u in 2012 nog 14 behandelingen voor rekening van uw aanvullende verzekering laten komen of zelf betalen.

Bekijk uw polis zorgvuldig

Wees zorgvuldig in uw keuze voor een zorgverzekeraar. Er zijn grote verschillen in de manier waarop zorgverzekeraars fysiotherapie vergoeden in de aanvullende verzekering. Bekijk uw zorgpolis daarom goed. Is uw huidige polis ontoereikend, dan kunt u voor 1 januari uw huidige zorgverzekering opzeggen. Als u dit hebt gedaan, hebt u tot 1 februari de tijd om een nieuwe zorgverzekering aan te vragen. De verzekeraars hebben voor de basisverzekering een acceptatieplicht, maar voor een aanvullende verzekering geldt dit niet. U moet dan vaak een medische verklaring invullen. Houd hier rekening mee, want dit kan extra tijd kosten (zie overzicht verzekeraars).

Eigen risico

Bij de basisverzekering is elk jaar opnieuw sprake van een verplicht eigen risico voor iedereen die 18 jaar of ouder is. Dat betekent dat, als u in het nieuwe jaar zorgkosten (met uitzondering van huisartsen- zorg, verloskundige- en kraamzorg, gratis bevolkingsonderzoeken en de griepvaccinatie voor risico groepen) maakt die onder de basisverzekering vallen, u eerst het bedrag van de eigenrisico (voor 2012 is dat **€ 220,00**) zelf moet betalen. Daarna worden alle kosten volgens de polisvoorwaarden uit de basisverzekering vergoed. Het eigen risico geldt dus niet voor de kosten uit de aanvullende verzekering.

In bepaalde gevallen kunnen verzekerden een geldbedrag krijgen om het eigen risico te compenseren. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) keert dit bedrag automatisch uit aan degenen die er recht op hebben.

Voor informatie kunt u terecht op www.defysiotherapeut.com en op www.consumentenbond.nl. Voor het vergelijken van polissen van verschillende ziektekostenverzekeraars kunt u terecht op www.independer.nl.

Chronische lijst:

Deze lijst wordt in 2012 ingekort. De **in het rood aangegeven aandoeningen** behoren dan niet langer tot de chronische aandoeningen.

Hebt u een van deze aandoeningen, dan stopt de vergoeding vanuit het basispakket per 1 januari 2012. Of u een vergoeding krijgt via een aanvullende verzekering hangt af van de polis die u heeft afgesloten. Dit geldt voor alle verzekerden, ongeacht de leeftijd.

a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:

- 1° cerebrovasculair accident;
- 2° ruggemergaandoening;
- 3° multipole sclerose;
- 4° perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
- 5° extrapyramidale aandoening;
- 6° motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
- 7° aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
- 8° cerebellaire aandoening;
- 9° uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
- 10° radiculair syndroom met motorische uitval;
- 11° spierziekte;
- 12° myasthenia gravis;

b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:

- 1° aangeboren afwijking;
- 2° progressieve scoliose;
- 3° juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
- 4° reflexdystrofie;
- 5° wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
- 6° fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
- 7° frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
- 8° reumatoïde artritis of chronische reuma;
- 9° chronische artritiden;
- 10° spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
- 11° reactieve artritis;
- 12° juveniele chronische artritis;
- 13° hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
- 14° collageenziekten;
- 15° status na amputatie;
- 16° whiplash;
- 17° postpartum bekkeninstabiliteit;
- 18° fracturen indien deze conservatief worden behandeld;

c. of een van de volgende hartaandoeningen:

- 1° myocard-infarct (AMI); 2° status na coronary artery bypass-operatie (CABG); 3° status na percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA); 4° status na hartklepoperatie; 5° status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen;

d. of een van de volgende aandoeningen:

- 1° chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van een FEV1/VC kleiner dan 60%;
- 2° aangeboren afwijking van de tractus respiratoricus;
- 3° lymfoedeem;
- 4° littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
- 5° status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginstelling of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
- 6° claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
- 7° weke delen tumoren;
- 8° diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

Specifieke tijdsduur van een aantal aandoeningen uit de lijst:

1. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in **a 10** of **b 17** is de duur van behandeling *maximaal drie maanden*.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in **b 18** is de duur van behandeling *maximaal zes maanden na conservatieve behandeling*.
3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in **b 7** of **d 6** is de duur van behandeling *maximaal twaalf maanden*.
4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in **d 5** is de duur van de behandeling *maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling*.
5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in **b 16** is de duur van de behandeling *maximaal drie maanden*. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode *verlengd worden met maximaal zes maanden*.
6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in **d 7** is de duur van behandeling *maximaal twee jaren na bestraling*.