

Vergoeding van fysiotherapie in 2012

Fysiotherapie wordt voor het merendeel vergoed vanuit aanvullende verzekeringen. Slechts een deel van de vergoeding vindt plaats vanuit de basisverzekering:

- Bij chronische aandoeningen worden de eerste 20 behandelingen niet vanuit de basisverzekering vergoed.

In 2010 was dit nog 9 en in 2011 12 behandelingen,

De eerste 20 behandelingen kunnen vergoed worden uit de aanvullende verzekering, maar dat is afhankelijk of u aanvullend verzekerd bent voor fysiotherapie en welke polisvoorwaarden daarin staan met betrekking tot vergoeding van fysiotherapie. Er zijn echter erg veel aanvullende polissen die niet een volledige dekking van 20 behandelingen geeft.

Het is goed mogelijk, dat u daarvan toch een deel zelf moet betalen. Raadpleeg goed de voorwaarden van uw aanvullende polis en pas die aan als u dit belangrijk vindt.

- Bij kinderen tot 18 jaar vinden er geen veranderingen plaats en worden de eerst 18 behandelingen uit de basisverzekering vergoed. Als meer behandelingen nodig zijn zullen deze worden vergoed uit de aanvullende verzekering van de ouders, mits zij een aanvullende verzekering hebben afgesloten.
- Bij incontinentieproblemen worden de eerste 9 behandelingen vanuit de basisverzekering vergoed (en zonodig daarna via de aanvullende verzekering)

Hoeveel behandelingen krijgt u vergoed?

Het overzicht van vergoedingen uit de aanvullende verzekeringen kunt u nalezen in uw polisvoorwaarden van uw verzekeraar, vaak onder fysiotherapie, beweegzorg of paramedische zorg.

Chronisch aandoening in de overgang van 2011 naar 2012

Als u in 2011 onder behandeling bent geweest voor een chronische aandoening die ook in 2012 op de chronische lijst staat, dan verandert er voor u niets. U hoeft het aantal behandelingen dat per 2012 voor eigen rekening komt niet alsnog te betalen. Als u in 2012 voor het eerst voor een dergelijke aandoening behandeld wordt dan moet u eenmalig (dus niet elk jaar opnieuw) 20 behandelingen voor eigen rekening nemen of voor rekening van uw aanvullende verzekering laten komen.

In het kader van de overgang van 2011 naar 2012 kunnen zich met betrekking tot het aantal behandelingen ook "ingewikkelder" gevallen voordoen. Daarvoor twee voorbeelden:

- a. Stel dat u in 2011 15 behandelingen (dus een aantal tussen de 12 en de 20) heeft gehad. In dat geval werd u in 2011 al voor rekening van de basisverzekering behandeld en gaat dat in 2012 gewoon door, Het verschil tussen 20 en het aantal behandelingen dat u feitelijk heeft gehad hoeft u niet zelf te betalen

b. Stel dat u in 2011 nog geen 12 behandelingen heeft gehad (en dus nog niet voor rekening van de basisverzekering kon worden behandeld) in dit geval 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

Wijzigingen bij de overgang naar 2012

Er zijn een aantal wijzigingen in het kader van beheersbaar maken van zorgkosten bij de overgang van 2011 naar 2012 door de overheid vastgelegd.

Het verplichte eigen risico voor de basisverzekering gaat omhoog naar 220 euro.

Het verplicht eigen risico is **alleen** van toepassing bij zorg die vanuit de basisverzekering wordt vergoed.

Het verplicht eigen risico geldt echter **niet** voor vergoeding vanuit aanvullende verzekeringen, waaronder het merendeel van fysiotherapie.

Op de zogenaamde chronische lijst staan alle aandoeningen waarvan (een deel van) de behandeling voor fysiotherapie wordt vergoed.

Deze lijst wordt ingekort. Vanaf 2012 vervalt de vergoeding voor de volgende aandoeningen:

- wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
- reumatoïde artritis of chronische reuma;
- chronische artriden;
- spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
- reactieve artritis;
- juveniele (idiopatische) chronische artritis.
- myocard-infarct;
- status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
- status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
- status na hartklepoperatie;
- status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen.

Indien u in 2011 bent behandeld voor een van de aandoeningen die nu door de minister van de lijst worden gehaald heeft u in 2012 voor de behandeling van deze aandoeningen geen recht meer op vergoeding vanuit de basisverzekering. Alle behandelingen komen dan voor uw eigen rekening of voor rekening van uw aanvullende verzekering.