

INTRODUCTIE

Voor veel ouders is het niet altijd duidelijk hoe het zit met vergoedingen, het eigen risico of de voorwaarden voor chronische trajecten. In deze PDF leggen we op een begrijpelijke manier uit hoe het werkt, zowel voor kinderen onder de 18 als voor sporters die nét volwassen zijn geworden. Zo ben je goed voorbereid, weet je waar je op moet letten bij het afsluiten van een zorgpolis en kom je niet voor verrassingen te staan.

Pro-F Professionele Fysiotherapie
Iedereen zijn eigen topprestatie



Kotkampweg 65, 7531 AS Enschede
✉ info@pro-f.nl 🌐 www.pro-f.nl

VERGOEDING VOOR KINDEREN

Bij een normale, veel voorkomende, “huis, tuin en keuken” klacht geldt de volgende vergoeding:

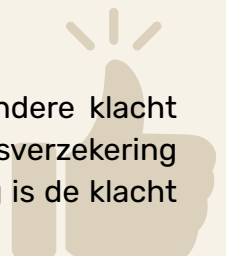
- Kinderen tot 18 jaar krijgen per klacht (diagnosecode) 9 behandelingen vergoed. Is de klacht daarna niet verholpen dan krijgen ze nógmaals 9 behandelingen vergoed.
- Zijn deze 18 behandelingen verbruikt, dan kunnen zij nog gebruik maken van de aanvullende verzekering van de ouder waarbij zij op de polis staan.



VOORBEELD: GUUS VERZWIKT ZIJN ENKEL

Guus verzwikt zijn enkel tijdens voetbal. De behandelingen van de fysiotherapeut worden direct vergoed uit de basisverzekering. Omdat Guus nog geen 18 is hoeft hij uiteraard géén eigen risico te betalen. Na 18 behandelingen blijft Guus last houden. Hij staat bij Moeder op de polis, die een aanvullende verzekering heeft voor 6 behandelingen fysiotherapie. Guus krijgt dan ook nog 6 behandelingen extra vergoed. Voor zorg die uit de aanvullende verzekering vergoed wordt betaal je nóóit eigen risico. Heeft Guus na de 24 behandelingen nog steeds klachten en heeft hij nog steeds fysiotherapie nodig, dan zijn de behandelingen voor eigen rekening.

Twee maanden later gaat Guus door de rug. Dit is een ándere klacht waarvoor hij weer opnieuw 18 behandelingen uit de basisverzekering vergoed krijgt. (onder de 18, dus geen eigen risico). Gelukkig is de klacht na 4 behandelingen verholpen.



“CHRONISCH” TRAJECT

Deze naam zorgt helaas voor veel verwarring. Voor een aantal aandoeningen/diagnoses geldt er een uitgebreidere vergoeding. Welke klachten/diagnoses dit zijn, is vastgesteld door de overheid. Deze zijn globaal onder te verdelen in een aantal algemene categorieën. In totaal zijn dit echter meer dan 284 verschillende aandoeningen/diagnoses. Met nog meer voorwaarden waar aan moet worden voldaan. De aandoening wordt vaak vastgesteld door een medisch specialist of huisarts die vervolgens een verwijzing schrijft. Aan de hand van deze verwijzing kan de fysiotherapeut de juiste diagnosecode gebruiken.

Soms komt iemand ook éérst bij de fysiotherapeut. Deze kan op verdenking van de diagnose de patiënt terugverwijzen naar een arts die vervolgens de diagnose vaststelt en na behandeling/operatie weer terugstuurt naar de fysiotherapeut met een verwijzing.

Er start dan een “chronisch” traject. Hierbij geldt dat de behandelingen bij kinderen onder de 18 voor een vastgestelde periode uit de basisverzekering worden vergoed. Bij aandoeningen die conservatief worden behandeld is dit vaak 6 maanden. Bij trajecten na een operatie of dagbehandeling is dit een jaar. In zeldzame gevallen (enkele aangeboren aandoeningen) is dit zolang de medische noodzaak er is. Dit moet dan wel elke 2 jaar vastgesteld worden door de behandelend arts.

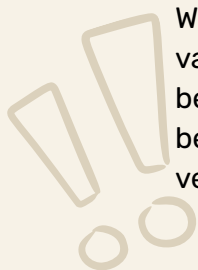


VOORBEELD: GUUS (17) SCHEURT ZIJN KRUISBAND

Guus raakt geblesseerd tijdens de wedstrijd en komt die dag erna direct bij de fysiotherapeut. Die denkt dat zijn voorste kruisband is afgescheurd en stuurt Guus terug naar de huisarts die een afspraak voor hem maakt bij een orthopeed. De orthopeed stelt vast dat zijn voorste kruisband inderdaad is ingescheurd en besluit om in dit geval niet te opereren. Guus krijgt van de orthopeed een verwijzing mee voor revalidatie bij de fysiotherapeut. Vanaf dán start er een “chronisch” traject, waarbij de behandelingen van Guus voor 6 maanden lang vergoed worden uit de basisverzekering. Omdat hij onder de 18 is betaalt Guus hier géén eigen risico voor.

In dit geval is de termijn 6 maanden omdat er conservatief behandeld wordt door de arts. Guus krijgt geen gips, operatie of andere dagbehandeling.

Beslist de arts dat er geopereerd moet worden? Dan heeft Guus vanaf ná de operatie recht op 12 maanden lang fysiotherapie. Dit wordt vergoed uit de basisverzekering.



Wordt Guus tijdens het traject 18? Dan wordt er eerst gekeken of de drempel van 20 behandelingen al is behaald. Is dit niet het geval, dan betaalt hij t/m behandeling 20 zelf, of uit een aanvullende verzekering. Heeft hij al 20 behandelingen gehad, dan gaat de vergoeding gewoon door uit de basisverzekering, maar wordt er ook eigen risico in rekening gebracht

ZODRA JE 18 BENT

Zodra iemand 18 is dient hij of zij zélf een zorgverzekering af te sluiten. Vaak krijg je hier maanden van te voren al bericht over van de huidige zorgverzekeraar. Je bent níet verplicht om bij dezelfde zorgverzekeraar te blijven. Je mag in dit geval midden in het jaar overstappen. Normaal mag dit natuurlijk alleen tijdens de jaarwisseling.

Wanneer je 18 jaar of ouder bent wordt veel zorg die hiervoor nog uit de basisverzekering werd vergoed níet meer zomaar vergoed. Je moet hiervoor dan een aanvullende verzekering afsluiten. Dit geldt ook voor fysiotherapie. Voor de meeste klachten geldt dat de behandeling alleen vergoed wordt als je een aanvullende verzekering voor fysiotherapie hebt afgesloten. Er zijn veel verschillende soorten. Het verschil zit dan vooral in het aantal behandelingen dat zij vergoeden.

Hoeveel behandelingen je wilt verzekeren is afhankelijk van veel factoren. Beoefen je een sport? Kun je de kosten zelf dragen wanneer je behandeling nodig hebt? Of speel je liever op zeker en betaal je elke maand premie zodat je goed verzekerd bent als er iets gebeurt. Veel verzekeraars kunnen je hierbij adviseren, maar denk ook zelf logisch na. Sluit bijvoorbeeld geen dure aanvullende verzekering af die veel verschillende soorten zorg dekt die je níet gaat gebruiken, maar kies een pakket dat bij jouw leefstijl (en portemonnee) past.



VOORBEELD: MILOU (19) MET SCHOUDERKLACHTEN

Milou is 19 en speelt hockey. Door het vele trainen heeft ze last van haar schouder en gaat hiervoor naar de fysio. Ze is verzekerd voor 12 behandelingen per jaar. De fysio schat dat ze voor deze klacht 5 behandelingen nodig heeft. Uiteindelijk is de klacht na 4 behandelingen verholpen. Alles is vergoed uit de aanvullende verzekering. Milou betaalt hiervoor géén eigen risico.

Na een tijdje gaat ze door haar enkel en komt hiervoor weer bij de fysio. Na 10 behandelingen is de klacht verholpen. 8 behandelingen worden nog vergoed uit haar aanvullende verzekering, ze had er immers al 4 verbruikt voor haar schouder klacht. Milou betaalt 2 behandelingen zelf.

CHRONISCH TRAJECT

Ook volwassenen kunnen een verwijzing krijgen voor een “chronisch” traject. Hiervoor geldt dezelfde uitleg. Het gaat hierbij niet om alle klachten die chronisch aanwezig zijn en je gewoon al heel lang hebt. Deze trajecten starten nádat je een verwijzing van de medisch specialist (en in sommige gevallen de huisarts) hebt gekregen. Daarnaast moet je voldoen aan alle bijbehorende voorwaarden.

Voor volwassenen ligt de vergoeding helaas wel iets anders. Deze chronische trajecten worden pas vanaf de 21^e behandeling uit de basisverzekering vergoed. De eerste 20 behandelingen kunnen (deels) worden vergoed uit je aanvullende verzekering. Is deze niet toereikend, dan betaal je het verschil zelf. Heeft iemand bijvoorbeeld een aanvullende verzekering van 6 behandelingen (en deze nog niet gebruikt), dan worden de eerste 6 behandelingen vergoed uit de aanvullende verzekering. Behandeling 7 t/m 20 zijn voor eigen rekening. Vanaf behandeling 21 vergoed de zorgverzekering deze uit de basisverzekering. Omdat je 18+ bent brengt de verzekeraar wel eerst je eigen risico in rekening wanneer je dit nog niet voldaan hebt.

Voor deze vergoeding geldt ook weer een gelimiteerde periode. Namelijk 3, 6, of 12 maanden. Óf zolang de medische noodzaak daar is. Deze periode is per klacht vastgesteld en is niet verlengbaar. Krijg je een dagbehandeling of opname in het ziekenhuis, dan volgt er een chronisch traject van 12 maanden. Soms gaat het goed en duurt dit traject korter. Heb je langer nodig? Dan kun je gebruik maken van je aanvullende verzekering, of (als je aanvullende verzekering al verbruikt is) zijn de behandelingen voor eigen rekening.

Bij een conservatief beleid, dus wanneer je geen dagbehandeling of opname in het ziekenhuis hebt, is de termijn vaak 6 maanden. Zijn de 6 maanden om maar heb je nog wel fysiotherapie nodig? Dan kun je gebruik maken van je aanvullende verzekering, mits je nog vergoeding hebt.



VOORBEELD: MILOU (19) BREEKT HAAR ENKEL

Milou breekt tijdens de hockey wedstrijd haar enkel. Ze wordt geopereerd en tijdens de operatie wordt haar enkel vastgezet met plaatmateriaal. Na de operatie krijg Milou een verwijzing van de orthopeed voor een chronisch traject. Deze is 12 maanden geldig. Van de eerste 20 behandelingen worden er 12 vergoed uit haar aanvullende pakket. Behandeling 13 t/m 20 betaalt zij zelf.

Vanaf behandeling 21 wordt het traject vergoed uit de basisverzekering tot een jaar na startdatum van het traject. Voor de behandelingen die uit de basisverzekering worden vergoed brengt haar verzekeraar wel eerst haar eigen risico in rekening. Loopt het traject door 2 kalenderjaren, dan zal elk kalenderjaar weer opnieuw het eigen risico in rekening worden gebracht.

TOT SLOT

Voor alle reguliere fysiotherapie geldt dat je per jaar het aantal behandelingen waarvoor je verzekerd bent vergoed krijgt. Hierbij maakt de verzekeraar wel onderscheid tussen fysiotherapie en manuele therapie. Voor manuele therapie geldt er vaak een maximum van 9 behandelingen per klacht, of per jaar. Dit verschilt per verzekeraar.

Heb je een aanvullende verzekering van minder dan 9 behandelingen dan is het limiet voor manuele therapie gelijk aan het afgesloten aantal behandelingen.

Is de vergoeding uit je aanvullende verzekering verbruikt? Dan zijn de resterende behandelingen van dat kalenderjaar voor eigen rekening.

Wij doen ons best om met je mee te denken en aan te geven wanneer je door je behandelingen heen bent, maar dit blijft áltijd je eigen verantwoordelijkheid. De therapeut kan in verband met de privacy namelijk alleen zien hoeveel behandelingen je bij hem/haar zelf hebt gehad voor je huidige traject.

Voor een klein aantal aandoeningen vergoed de verzekering direct een aantal behandelingen uit de basisverzekering. Hiervoor heb je bijna altijd een verwijzing nodig van een medisch specialist of je huisarts. Voorbeelden van deze aandoeningen zijn Artrose in de heup of knie, etalagebenen, urine incontinentie, Reumatoïde Artritis, en COPD. Voor elk van deze aandoeningen gelden andere regels en voorwaarden. Ook verschilt de vergoeding en de periode. Wil je hier meer informatie over, neem dan gerust contact op.

ALGEMEEN

- Vergoedingen uit de basisverzekering zijn bij elke verzekeraar gelijk.
- Ben je onder de 18? Dan betaal je nooit eigen risico. Ben je 18 + dan betaal je eigen risico.
- Eigen risico wordt in rekening gebracht wanneer je zorg verbruikt die uit de basisverzekering vergoed wordt. Denk bijvoorbeeld aan medicijnen, ziekenhuiszorg, of een fysiotherapietraject vanaf de 21^e behandeling.
- Eigen risico betaal je elk kalenderjaar opnieuw.
- Het eigen risico is niet hetzelfde als een eigen bijdrage. De eigen bijdrage is een deel van de zorg dat niet vergoed wordt. Je betaalt bijvoorbeeld een eigen bijdrage wanneer je naar een behandelaar gaat waar je verzekering géén contract mee heeft. Ook voor tandartskosten betaal je vaak een eigen bijdrage. Je verzekering vergoed bijvoorbeeld 75% van de behandeling. De 25% die je zelf betaalt is de eigen bijdrage. Dit gaat niet van je eigen risico af maar staat hier helemaal los van.
- Vergoedingen uit de aanvullende verzekering zijn bij elke verzekeraar anders
- Voor de vergoedingen voor fysiotherapie gelden algemene regels die bij elke verzekeraar hetzelfde zijn. Verzekeraars kunnen hier wel voorwaarden of regels aan toevoegen.
- Helaas zien we vaak dat artsen (zowel medisch specialisten als huisartsen) niet (goed) op de hoogte zijn van de regels rondom fysiotherapie en de vergoeding daarvan. Het komt dikwijls voor dat iemand zich bij ons meldt met een verwijzing die níet aan de voorwaarden voldoet. Bijvoorbeeld wanneer een huisarts een verwijzing uitschrijft voor “chronische” fysiotherapie, terwijl patiënt niet aan één van de aandoeningen lijdt, of niet aan alle voorwaarden voldoet.
- Bovenstaande uitleg is slechts beknopt. Zoals aangegeven zijn er, vooral bij de chronische trajecten, nog veel (administratieve) voorwaarden waar je aan moet voldoen.
- Twijfel je of heb je aanvullende vragen? Neem dan gerust contact.

