

## Informatie vergoeding Chronische Fysiotherapie

U heeft een “chronische aandoening”? Dit betekent helaas niet direct dat U hierdoor recht heeft op “chronische fysiotherapie”. Met “chronische fysiotherapie” bedoelen we de fysiotherapie die vanuit de basisverzekering vergoed wordt. Middels deze informatie willen we U graag uitleggen hoe de vergoeding fysiotherapie er voor U uit ziet.

In Nederland heeft u recht op “chronische fysiotherapie” indien een arts of specialist (afhankelijk van de aandoening) U een verwijzing meegeeft met een diagnose die voorkomt op de “lijst Borst”. Deze lijst is jaren geleden door toenmalig minister Borst opgesteld en geeft aan welke (chronische) aandoeningen recht hebben op (gedeeltelijke) vergoeding vanuit de basisverzekering. Deze lijst is bindend voor alle Nederlandse zorgverzekeringen.

Niet alle chronische aandoeningen staan hierop: reuma en artrose zijn bijvoorbeeld wel chronische aandoeningen maar komen niet op deze lijst voor.

### **Geen aandoening van “Lijst Borst”**

Uw behandeling wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering, tot het maximum van de afgesloten aanvullende verzekering. Hiervoor dient U dan wel een aanvullende verzekering te hebben afgesloten.

### **Wel aandoening van “lijst Borst”**

Indien U met deze aandoening de eerste keer in behandeling komt bij de fysiotherapeut, zullen de eerste 20 behandelingen door Uw aanvullende verzekering vergoed worden of indien U die niet heeft zult U deze zelf moeten betalen.

Vanaf de 21<sup>ste</sup> behandeling worden Uw behandelingen uit de basisverzekering vergoed. Let op: voor een aantal indicaties is er beperking in tijd hoe lang deze vergoed worden vanuit de basisverzekering. Een voorbeeld: voor patiënten met een nieuwe heup (TEP) of een nieuwe knie (TKP) bestaat het recht op vergoeding vanuit de basisverzekering tot één jaar na de operatiedatum om hun doelen te bereiken.

### **Eigen risico**

Alleen bij aanspraak op Uw basisverzekering (aandoening voorkomend op de “Lijst Borst” vanaf de 21ste behandeling) wordt er voor de fysiotherapie aanspraak gedaan op Uw eigen risico. Bij vergoeding fysiotherapie uit Uw aanvullende verzekering is er geen aanspraak op Uw eigen risico! *Let op: elk jaar op 1 januari krijgt U opnieuw te maken met Uw eigen risico en kan het daardoor voorkomen dat U een aantal behandelingen fysiotherapie zelf zult moeten betalen. Deze worden ook niet via de aanvullende verzekering dan vergoed omdat U behandeld wordt via de basisverzekering.*

### **Voorbeeld:**

Iemand met een CZ basis en AV Plus verzekering moet revalideren na een nieuwe kruisband in zijn knie.

Hij heeft recht op chronische fysiotherapie omdat deze ingreep op de “Lijst Borst” staat. Volgens zijn aanvullende verzekering (AVplus) heeft hij recht op 18 behandelingen fysiotherapie in één kalenderjaar.

De eerste 20 behandelingen gaan volgens de regels uit de aanvullende verzekering of moet de patiënt zelf betalen. Aangezien hij in zijn aanvullende pakket 18 behandelingen vergoed krijgt zal hij nog 2 behandelingen van 29,50 euro (prijs is verschillend per verzekeraar) zelf moeten betalen.

Vanaf de 21<sup>ste</sup> behandeling wordt de fysiotherapie vergoed uit de basisverzekering. Heeft de patiënt zijn eigen risico nog niet verbruikt dat kalenderjaar dan zullen behandelingen eerst daarmee verrekend worden. Is het eigen risico ( reeds) verbruikt dan zal de zorgverzekeraar geen verdere kosten in rekening brengen en de therapie verder volledig vergoeden tot de vastgestelde uiterste datum volgende de “Lijst Borst”. De therapie kan de patiënt op deze manier continueren totdat zijn /haar hulpvraag en doelen die samen met de fysiotherapeut gesteld zijn beantwoord en bereikt zijn.

Mochten er na het lezen van deze folder toch nog vragen bestaan, dan kunt u deze gerust voorleggen aan uw fysiotherapeut.