

Extra informatie vergoeding Fysiotherapie

Als praktijk zijn wij er ons van bewust dat het voor u als patiënt niet eenvoudig is wegwijs te vinden in een doolhof van regels die gelden t.a.v. de vergoeding voor fysiotherapie. In dit document hopen wij u op een begrijpelijke wijze extra informatie te geven waardoor er meer inzicht en duidelijkheid ontstaat.

Wanneer hieronder gesproken wordt over een chronische aandoening bedoelen wij hiermee een aandoening die lange tijd voortduurt. Chronisch kan drie maanden, zes maanden of nog langer zijn.

Voor wat betreft de vergoeding fysiotherapie kunt u te maken krijgen met 4 situaties.

1) **Geén aanvullende verzekering**

U betaalt alle niet- chronische behandelingen zelf. U krijgt een nota van de praktijk. Bij een chronische aandoening (zie hieronder voor meer informatie) betaalt u de eerste 20 behandelingen zelf. Vanaf de 21^e behandeling wordt de fysiotherapie vergoed vanuit de basisverzekering. Vanaf de 21^e behandeling vindt er wel verrekening plaats met een eventueel openstaand eigen risico.

2) **Aanvullende verzekering**

Een aanvullende verzekering dekt zorg die niet in de basisverzekering is opgenomen. Bijvoorbeeld tandarts, therapieën, brillen, alternatieve geneeswijze en zelfzorggeneesmiddelen. Fysiotherapie wordt slechts beperkt vergoed vanuit de basisverzekering (alléén bij een chronische aandoening). Hiervoor is het dan ook raadzaam om een aanvullende verzekering met een dekking voor fysiotherapie af te sluiten. Ook als u geen risico loopt op een blessure of een chronische aandoening heeft, kan er altijd iets onverwacht gebeuren waardoor u fysiotherapie nodig heeft. Bijvoorbeeld revalidatie na een ongeval of operatie. Of een behandeling bij overbelasting/ RSI klacht. **Voor een aanvullende verzekering geldt nooit eigen risico!**

3) **Basisverzekering**

De basisverzekering is een verplichte ziektekostenverzekering en dekt de kosten voor de meest voorkomende geneeskundige zorg. Voor de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. Met ingang van 01-01-2018 valt **artrose van heup en of knie**, alleen met een verwijzing van huisarts of specialist, ook onder de basisverzekering (12 zittingen per jaar). Voor een beperkt aantal chronische aandoeningen wordt fysiotherapie vanaf de 21^e behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Namelijk alleen bij aandoeningen die op de chronische lijst staan die door de overheid is opgesteld. Uw fysiotherapeut beschikt over deze lijst en bepaald of u hiervoor in aanmerking komt. Bij aandoeningen die op deze chronische lijst staan dient u de eerste 20 behandelingen zelf te betalen of uit een aanvullende verzekering te bekostigen. Dit geldt per aandoening (van de lijst) en ongeacht het moment waarop de behandelingen zijn gestart.

Na die eerste 20 behandelingen worden alle behandelingen verder uit de basisverzekering vergoed. **Let op!** Krijgt u na die 20 behandelingen toch een rekening van uw zorgverzekeraar dan heeft dit te maken met het eigen risico dat in werking treedt vanaf de 21^e behandeling. De fysiotherapie valt dan immers onder de basisverzekering en hiervoor geldt nu eenmaal het eigen risico. Dit is een wettelijke bepaling en als praktijk kunnen wij hier niets aan veranderen. Veel voorkomende (chronische) aandoeningen als reuma, hartfalen en versleten gewrichten staan niet op deze lijst en worden dus niet vergoed vanuit een basisverzekering. Daarvoor hebt u dus een aanvullende verzekering nodig.

4) Het eigenrisico

Voor de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico voor iedereen die 18 jaar of ouder is. **Het verplichte eigen risico bedraagt in 2024 € 385.** Het verplicht eigen risico (eventueel verhoogd met een vrijwillig eigen risico) geldt per kalenderjaar. De eerste zorgaanspraken die in 2024 vanuit de basisverzekering vergoed worden, komen ten laste van dat eigen risico. Dit kan voor fysiotherapie zijn, maar ook voor andere zorg. Het gaat dus om de eerste nota's van zorg uit de basisverzekering.