

# Chronisch ja of nee?

---

In dit document proberen wij u wat meer inzicht te geven in regels omtrent het doolhof van de 'chronische' vergoeding fysiotherapie **voor volwassenen**. Dit in de hoop vervelende, tijdrovende en verwarrende discussies omtrent declaraties / vergoedingen te voorkomen.

Allereerst het woord **chronisch**:

- In de 'volksmond' vaak vertaald als een klacht die niet meer over gaat.
- In de medische wereld gebruikt voor een aandoening die langer dan 12 weken bestaat, of het nu over kan gaan of niet.
- Voor de zorgverzekering een klacht die voorkomt op de 'Lijst Borst'. Deze lijst bevat een aantal aandoeningen, die destijds is opgesteld door minister Borst. Deze aandoeningen worden onder strikte voorwaarden vergoed vanuit de basisverzekering. Voor 2018 is dit vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling, met uitzondering van een aantal specifieke aandoeningen.

Deze derde vertaling van chronisch is degene die u moet hanteren, wanneer u voor een fysiotherapeutische behandeling komt met een chronische indicatie.

De praktijk:

- U krijgt een verwijzing van uw specialist of huisarts
- Uw fysiotherapeut bekijkt of er aan alle voorwaarden wordt voldaan om in aanmerking te komen voor een indicatie chronische vergoeding fysiotherapie.
- **Zo niet:**
  - o De vergoeding van uw behandelingen komt uit uw aanvullende verzekering of u betaalt de rekening zelf\*.
  - o Er wordt geen gebruik gemaakt van de basisverzekering dus gaat het niet ten koste van uw eigen risico van 385,-euro
- **Zo wel:**
  - o De vergoeding van de eerste 20 behandelingen komt (deels) uit uw aanvullende verzekering, u betaalt de (aanvullende) rekening zelf\*.
  - o Vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling komt de vergoeding uit uw basisverzekering. Dit kan ten koste gaan van uw eigen risico als deze nog niet aan andere zorg is verbruikt.
  - o **Bij Zilveren Kruis-Basis Plus Module**, die vergoed fysiotherapie bij kanker, hart- en vaatziekten, en een beroerte, uitgevoerd door een **Plus Praktijk** (zoals **Arcus Fysiotherapie**)
  - o Vaak geldt er voor een chronische code een maximum van een jaar, met een aantal uitzonderingen op deze regel. Het is niet zo dat u daardoor recht hebt op een jaar lang fysiotherapie. Het gaat om medisch noodzakelijke zorg: er moet een duidelijke hulpvraag zijn naar de therapeut. Daarnaast moet er door de therapeut een goed behandelplan opgesteld worden met daarin het doel van de behandeling. Hiervoor kan er gebruik gemaakt worden van vragenlijsten en kunnen er metingen worden gedaan.
- Ter benadrukking: het is geen keuze van de fysiotherapeut om wel of niet op een chronische code te declareren: daar ontstaat, helaas zelfs bij de helpdesk van sommige verzekeraars, soms verwarring over. Als therapeut zijn we gebonden aan de diagnose van de verwijzend arts.
- Het kan zijn dat u 100% dekking van de medisch noodzakelijke zorg fysiotherapie heeft in uw aanvullende verzekering en dat u toch uw eigen risico van € 385,-, moet gaan betalen vanwege de chronische code die uit het basispakket vergoed wordt.

### Voorbeeld 1

Verwijsdiagnose: Vrouw 65 jaar, is geopereerd en heeft een nieuwe heup gekregen

Verzekering: Basis verzekering, aanvullend voor 27 behandelingen fysiotherapie per jaar

Mevrouw heeft dit jaar al 9 behandelingen fysiotherapie gehad wegens nekklachten.

Praktijk:

Mevrouw heeft een chronische indicatie ( want een nieuwe heup staat op “de lijst Borst”. )

De eerste 18 behandelingen (  $27 - 9 = 18$  ) worden betaald uit de aanvullende verzekering.

2 behandelingen moet ze zelf betalen voordat de vergoeding vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling uit de basisverzekering komt.

Daarna komt de vergoeding uit de basis verzekering. ( het eigen risico van € 385,- zal gebruikt worden als dit nog niet aan andere zorg is besteed. )

### Voorbeeld 2

Verwijsdiagnose: Man 34 jaar, Reuma

Verzekering: Basisverzekering, aanvullend voor 18 behandelingen fysiotherapie per jaar

Heer heeft dit jaar nog geen behandelingen fysiotherapie gehad.

Praktijk:

Heer heeft geen chronische indicatie ( Reuma staat niet op “de lijst Borst”. )

Let op: Heer heeft dus wel een chronische aandoening, maar is geen chronische indicatie voor een behandeling fysiotherapie, want staat niet op de lijst Borst.

Heer krijgt maximaal 18 behandelingen uit de aanvullende verzekering vergoed. Als er meer behandelingen nodig zijn , moet hij dit zelf betalen. Er wordt geen gebruik gemaakt van de basisverzekering dus gaat het niet ten koste van zijn eigen risico van 385,-euro

### Voorbeeld 3

Verwijsdiagnose: Man 19 jaar, operatie: nieuwe kruisband na voetbalongeval

Verzekering: basisverzekering, niet aanvullend verzekerd.

Heer heeft dit jaar nog geen behandelingen fysiotherapie gehad.

Praktijk:

Heer heeft een chronische indicatie ( operatie van nieuwe kruisband staat op “de lijst Borst”. )

De eerste 20 behandelingen moet hij zelf betalen.

Daarna komt de vergoeding uit de basis verzekering. ( het eigen risico van € 385,- zal gebruikt worden als dit nog niet aan andere zorg is besteed. )

- Elke nieuwe indicatie wordt opnieuw beoordeeld. Het kan dus zijn dat u in 1 jaar 2 chronische indicaties heeft en 2 keer de eerste 20 behandelingen uit de aanvullende verzekering moet betalen ( of een deel zelf als dit niet toereikend is)
- Behandelingen die gegeven worden vóór dat een operatie heeft plaatsgevonden, vallen meestal nog niet onder de chronische indicatie. (tellen dan niet mee voor de eerste 20)
- \*of wordt door een derde partij betaald, zoals een werkgever, sociale instelling etc.

Dit document is puur informatief bedoeld en er kunnen geen rechten aan worden ontleend.