

Zorgverzekering

Richtlijnen bij vergoedingen voor fysiotherapie, oefentherapie en andere scoliose-specifieke oefentherapieën.

Naar aanleiding van verschillende vragen van leden over het wel/niet vergoed krijgen van therapeutische behandelingen, is onderstaande tekst tot stand gekomen.

Verwijsbrief met verwijzing vanwege 'progressieve scoliose' of 'congenitale scoliose'

Het kan van belang zijn dat de chronische aandoening scoliose, door de verzekeraar wordt aangemerkt als chronische indicatie. De minimale voorwaarde hiervoor is dat een arts in de verwijsbrief heel duidelijk melding maakt van: 'congenitale scoliose' of 'progressieve scoliose'.

Soms is het helemaal niet in het belang van de patiënt om de chronische indicatie te krijgen; dit is het geval als men een uitgebreide aanvullende verzekering heeft. Dan kunnen de nota's van de behandelingen ingediend worden bij de betreffende zorgverzekeraar. **LET OP: dit verschilt per zorgverzekering.**

De diagnose 'scoliose' wordt idealiter gesteld door een specialist, maar indien de diagnose al in het dossier van de patiënt staat vermeld, mag de huisarts de verwijsbrief voor de therapeut ook uitschrijven.

De therapeut moet in het bezit zijn van de verwijsbrief en deze desgevraagd tonen aan de verzekeraar, die steekproefsgewijs controles uitvoert.

Onderscheid tussen chronische en geen chronische indicatie

Chronische indicatie

Patiënten onder de 18 jaar

Indien er een chronische indicatie is, wordt voor jongeren onder de 18 jaar

alles vergoed uit de basisverzekering. Dit geldt vanaf de eerste behandeling. Voor patiënten onder de 18 jaar bestaat er geen eigen risico.

Volwassen patiënten

Bij volwassenen gaat, bij de meeste verzekeraars, een eventuele vergoeding uit de basisverzekering pas in, ná de eerste 20 behandelingen.

Deze eerste 20 behandelingen moeten betaald worden door de patiënt zelf; of, indien er een aanvullende verzekering voor fysio-/oefentherapie is afgesloten, door deze te declareren vanuit de aanvullende verzekering.

Vanaf de eenentwintigste behandeling wordt de therapie vergoed uit de basisverzekering. Er moet dan wel rekening worden gehouden met het eigen risico (in 2021 € 385,-), voor zover dit bedrag niet al in rekening is gebracht door de verzekeraar voor medicijnen en/of voor andere medische behandelingen.

De verrekening van het Eigen Risico komt elk jaar terug en wordt door de verzekeringsmaatschappij altijd achteraf verrekend met de patiënt.

Geen chronische indicatie

Zonder chronische indicatie kan een mogelijke vergoeding van therapie voor volwassenen alleen plaatsvinden vanuit een aanvullende verzekering, indien u deze heeft afgesloten bij uw zorgverzekeraar. *Echter ook hier geldt: dit verschilt per zorgverzekeraar.*

Bij kinderen onder de 18 jaar wordt er in de basisverzekering bovendien nog twee keer negen behandelingen vergoed (ook weer zonder eigen risico), gevolgd door een eventuele vergoeding uit de aanvullende verzekering. Dit laatste is afhankelijk van de voorwaarden die geldig zijn voor de ouder(s), met wie de kinderen zijn meeverzekerd.

Geopereerde patiënten

Wanneer er een operatie is uitgevoerd, vervalt de indicatie 'progressieve scoliose', met dien verstande dat er een 'nieuwe tijdelijke' chronische indicatie voor postoperatieve begeleiding geldig wordt, met een maximale looptijd van één jaar, startend op de datum waarop de therapie/begeleiding begint.

In uitzonderlijke 'post-operatieve' situaties kan een nieuwe chronische indicatie worden voorgeschreven door de specialist. Er moet dan duidelijk vermeld worden dat de therapie betrekking heeft op een 'ander gebied' van de rug, dan het fusiegebied (het gedeelte van de rug dat operatief is vastgezet).

Wij benadrukken dat het hiervoor gestelde een globale opstelling betreft van de situatie rondom de vergoedingen voor (scoliose specifieke) therapeutische behandelingen.

De redactie is op geen enkele wijze aansprakelijk voor de juistheid van de inhoud van voornoemde richtlijnen en heeft slechts – weliswaar op zo zorgvuldig mogelijke wijze – getracht om een zo duidelijk mogelijk beeld te schetsen van de gang van zaken rondom het wel/niet vergoed krijgen van kosten, voortvloeiend uit therapeutische behandelingen.

Tenslotte: wij vernemen graag van u, indien u uw (positieve en negatieve) ervaringen met zorgverzekeraars wilt delen met ons. Wij kunnen dan uw ervaringen bundelen en anoniem terugkoppelen via onze media kanalen. U kunt uw email richten aan: ledenadministratie@scoliose.nl