

Veranderingen in de zorg in 2012

Via deze weg willen wij u graag informeren over de veranderingen in de zorgverzekeringen in 2012.

Wat gaat er veranderen in 2012?

Net als in vele andere sectoren in de zorg zal ook fysiotherapie volgend jaar te maken krijgen met bezuinigingen. Middels dit schrijven willen we u op de hoogte stellen van deze veranderingen en de consequenties die dat voor u heeft.

Reguliere fysiotherapie wordt vergoed vanuit uw aanvullende verzekering. Dit verandert in 2012 niet ten opzichte van 2011. U heeft dus recht op het aantal keren fysiotherapie waarvoor u zich aanvullend heeft verzekerd. In tegenstelling tot wat in diverse media wordt aangegeven, gaat u in 2012 niet de eerste twintig (20) behandelingen fysiotherapie zelf betalen.

De veranderingen in 2012 zullen enkel plaatsvinden bij de aandoeningen die voor chronische behandeling in aanmerking komen. Had u in 2011 fysiotherapie nodig voor een aandoening die voorkomt op de chronische lijst dan betaalde u twaalf (12) behandelingen zelf vanuit uw aanvullende verzekering. Vanaf de dertiende behandeling werd fysiotherapie vervolgens vergoed uit de basisverzekering. In 2012 is het aantal behandelingen, die vanuit uw aanvullende verzekeringen moeten worden betaald, bij deze chronische aandoeningen verhoogd naar twintig (20) behandelingen.

Of u een vergoeding krijgt vanuit een aanvullende verzekering hangt dus af van de polis die u heeft afgesloten. Had u in 2011 een chronische aandoening waarvoor u in behandeling was, die ook in 2012 op de chronische lijst staat en waarvoor langdurig behandelen vergoed wordt, dan verandert er voor u niets. U hoeft het aantal behandelingen die per 2012 voor eigen rekening komen niet alsnog te betalen. Wel gaan deze behandelingen eerst ten laste van uw eigen risico. Vanaf 1 januari 2012 komen minder chronische aandoeningen in aanmerking voor de vergoeding vanuit de basisverzekering.

De volgende aandoeningen verdwijnen van de “chronische lijst”:

- Wervelfractuur als gevolg van osteoporose
- Reumatoïde artritis of chronische reuma
- Chronische artriden
- Spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew)
- Reactieve artritis
- Juvenile (idiopatische) chronische artritis
- Myocard-infarct (hartaanval)
- Status na coronary artery bypassoperatie (CABG)
- Status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA)
- Status na hartklepoperatie
- Status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen

Wat houdt dit concreet in?

Bent u in 2011 voor een of meer van bovengenoemde aandoeningen onder behandeling en wordt deze vergoed vanuit de basisverzekering, dat stopt deze verzekering op 1 januari 2012, ook als u reeds een goedkeuring voor 2012 van de verzekeraar ontvangen heeft. In 2012 zullen de behandelingen betaald moeten worden vanuit uw aanvullende verzekering. Wanneer u een aanvullende verzekering met voldoende dekking afsluit, dan kunt u volgens die polisvoorwaarden (gedeeltelijk) dekking voor de kosten van de

behandelingen krijgen. Is er onvoldoende dekking vanuit uw aanvullende verzekering, dan zult u de nota zonder vergoeding van een verzekeraar zelf moeten voldoen.

Voor de aanspraken fysiotherapie voor jongeren tot 18 jaar zullen de wijzigingen geen directe gevolgen hebben. Hiervoor geldt uiteraard wel dezelfde (ingekorte) chronische lijst, maar de aanspraken vanuit de basisverzekering blijven gelijk: de eerste negen (9) behandelingen fysiotherapie worden voldaan uit de basisverzekering gevolgd door nogmaals negen (9) behandelingen wanneer deze nodig zijn. Voor de verdere behandelingen is het ook voor deze groep van belang de aanvullende verzekering te bezien.

Waarom worden aandoeningen niet meer vergoed?

Er is voor gekozen deze aandoeningen uit te sluiten omdat volgens bepaalde studies niet vaststaat dat de langdurige behandeling hiervan effectief is. Zorg wordt alleen vergoed als de effectiviteit van de behandeling wetenschappelijk is aangetoond. Het College voor Zorgverzekeringen onderzoekt dit. De komende tijd zal dit College ook de effectiviteit van langdurige behandeling van de overige aandoeningen op de lijst nagaan. Daarbij dient te worden opgemerkt dat bijvoorbeeld de Reumavereniging de genomen maatregelen onder de huidige motivatie niet accepteert en dit juridisch aan het toetsen is. Op dit moment is hierover nog geen duidelijkheid.

Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is een maatregel die door de overheid is ingevoerd vanaf 2008. Deze is gekoppeld aan de basisverzekering.

De kosten van huisarts, verloskunde en kraamzorg zijn uitgesloten. Het eigen risico geldt voor iedereen van 18 jaar en ouder. In 2012 wordt dit bedrag verhoogd van € 170,- naar € 220,- per betalende verzekerde per kalenderjaar.

Hoe kunt u zich het beste verzekeren?

Als u in 2012 verzekerd wilt zijn van goede fysiotherapeutische zorg is het van belang om voor een goede aanvullende verzekering te kiezen. Mede gezien de verwachting dat er in de toekomst meerdere aandoeningen van de chronische lijst zullen verdwijnen. Welke verzekering voor u het beste is, hangt af van uw behoeften. Heeft u géén chronische aandoening en maakt u weinig gebruik van fysiotherapie dan zal een standaard aanvullende verzekering voldoende zijn. Heeft u echter een chronische aandoening waarvoor u behandeld wordt dan zult u zich extra aanvullend moeten verzekeren. Waar u dit het beste kunt doen en hoeveel dit gaat kosten, kunt u bijvoorbeeld zelf berekenen op www.independ.nl
<http://www.independ.nl>

Heeft u nog vragen, dan kunt u een e-mail sturen naar:

info@b-fysic.nl

<mailto:info@b-fysic.nl>

Wij blijven u informeren over verdere ontwikkelingen op dit gebied. Zelf zijn wij als organisatie aan het kijken hoe we, al dan niet in samenwerking met anderen, zorg kunnen bieden aan groepen patiënten in andere vormen van begeleiding. Hiermee proberen we de kosten voor die chronische groep patiënten, die in 2012 door de nieuwe maatregelen buiten de boot vallen, enigszins te beperken.

B-fysic Fysiotherapie