

Fysiotherapie bij het syndroom van Sjögren

Fysiotherapie houdt zich bezig met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat, bijvoorbeeld bij nek- en rugklachten maar ook bij spier of gewrichtsklachten zoals onder andere bij het syndroom van Sjögren.

Vergoedingen algemeen:

De fysiotherapie kan worden vergoed vanuit de basisverzekering of vanuit een aanvullende verzekering. Bij een aanvullende verzekering worden ook behandelingen zoals Mensendieck, bekkenfysiotherapie en manuele therapie vergoed. De kosten voor fysiotherapie zijn variabel, er gelden geen vaste prijzen. Het is ook afhankelijk of er wel of geen aanvullend verzekeringspakket is afgesloten. Is dit wel het geval dan kan vanuit dit pakket de behandeling geheel of gedeeltelijk worden vergoed. Gemiddeld kost een behandeling tussen de 35 en 45 euro. Gaat het om een meer specialistische behandeling dan zijn deze behandelingen duurder. Denk daarbij aan een behandeling door een manueeltherapeut. Vaak kost dit per behandeling 10 tot 12,50 euro meer.

De meeste zorgverzekeraars hebben contracten afgesloten met fysiotherapeuten. Ga voordat de behandelingen aanvangen na of de gekozen praktijk wel een contract heeft met jouw zorgverzekeraar. Heeft deze geen contract kan het zo zijn dat je niet het hele bedrag vergoed krijgt.

Vergoedingen aandoeningen chronische lijst:

Voor volwassenen (18 jaar en ouder) met een aandoening die op de lijst van met name genoemde chronische aandoeningen voorkomt, worden fysiotherapiebehandelingen vanaf de 21e behandeling uit de basisverzekering vergoed. De eerste 20 behandelingen per aandoening (dus niet per jaar!) betaal je dan zelf. Hoe hoog de vergoeding is, verschilt per zorgverzekeraar. Je kunt eventueel een aanvullende verzekering afsluiten om ook vergoeding voor de eerste 20 behandelingen te verkrijgen.

Op de chronische lijst, ook bekend als de lijst Borst, die is opgesteld door het ministerie van VWS staan aandoeningen waarvan de behandelingen na de eerste 20 behandelingen worden vergoed uit de basisverzekering.

Bij een aandoening die op de genoemde lijst staat, worden de kosten onder voorwaarden volledig vergoed uit de basisverzekering.

Let op: Als je behandelingen voor fysiotherapie vergoed krijgt uit de basisverzekering, dan wordt dit verrekend met je eigen risico, ook in 2021 vastgesteld op € 385,-

Het eigen risico is niet van toepassing als de behandeling vergoed wordt uit een aanvullende zorgverzekering.

Bij patiënten met het syndroom van Sjögren is de chronische lijst van toepassing en staat het genoemd in het besluit Zorgverzekeringen, artikel 2.6, tweede lid, bijlage 1, 1b onder 14, aandoeningen aan het bewegingsapparaat/collageen-ziekten. Het is een ongeneeslijke

aandoening die bij o.a. ook bij Sjögren patiënten voorkomt. Het syndroom van Sjögren staat met name genoemd als een collageen ziekte.

Wat is nu collageen:

Collageenziekte, bindweefselziekte of collagenose is de medische benaming voor een groep van auto-immuunziekten die bindweefsel betreffen. Collageen is een belangrijke component van het bindweefsel.

Je zou kunnen zeggen dat collageen een soort 'lijm' is die delen van het lichaam, zoals bindweefsel en bloedvaten, bij elkaar houdt.

Collageenziekten zijn vrij algemeen voorkomend. De meest voorkomende aandoeningen zijn onder andere Systemische Lupus erythematoses (SLE), sclerodermie, spierontstekingen en het syndroom van Sjögren.

Belangrijk:

Voor de behandeling van collageenziekten is een verwijzing van de medisch specialist, (b.v. Reumatoloog) nodig.

Veel zorgverzekeraars stellen dit als voorwaarde om in aanmerking te worden gebracht voor langdurige fysiotherapie. Omdat ook behandelingen van collageenziekten vaak langdurig zijn is het dus noodzakelijk dat er een machtiging of toestemming is afgegeven door de zorgverzekeraar. De praktijk leert dat dergelijke machtigingen vaak worden afgegeven voor een periode van twee of drie jaar. Met een verwijzing van de medisch specialist ga je vervolgens naar de fysiotherapeut die vervolgens machtiging aanvraagt bij de zorgverzekeraar. Nadat de machtiging is verstrekt kunnen de behandelingen aanvangen.

De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering verschilt per zorgverzekeraar en per aanvullende verzekering. Kijk in je polis om te achterhalen voor welke vergoeding je in aanmerking komt. De meeste zorgverzekeraars vergoeden afhankelijk van het gekozen pakket maar een aantal behandelingen per jaar, bijvoorbeeld 6, 9, 12, 18 of 27 of meer. De goedkoopste pakketten waarbij 6 of 9 behandelingen worden vergoed kosten tussen de 6 en 8 euro per maand. Kijk daarvoor in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar welke vergoeding van toepassing bij het gekozen aanvullend pakket. Sommige zorgverzekeraars rekenen niet in aantal behandelingen, maar vergoeden een maximumbedrag (bijvoorbeeld €250) per jaar. Ook dit is weer afhankelijk van de afgesloten zorgverzekeringpolis.

De maximale vergoeding geldt voor alle therapieën samen. Dus als je maximaal 12 behandelingen per jaar vergoed krijgt, dan vallen daar alle behandelingen onder die de zorgverzekeraar tot fysiotherapie rekent.

De Wetgeving:

Artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekeringen

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden.

Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.

3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

- 1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
- b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
- 14°. Collageenziekten

Maarssen, januari 2021, Zorgverzekeringen@nvsp.nl