

Zeist, 2024

### Vergoedingen zorgverzekeraar

De zorg bij Artrose Instituut Nederland (AIN) is voor het grootste gedeelte verzekerde zorg. Een deel van de kosten wordt vergoed vanuit uw basisverzekering en een deel vanuit uw aanvullende verzekering. Dat betekent meestal dat -als u voldoende aanvullend verzekerd bent- de reguliere kosten van uw behandeltraject worden vergoed. Hieronder geven wij een schematische weergave van de basisregels vergoedingen.

### Basisregels vergoedingen

Soort zorg	Soort verzekering	Opmerkingen
Medisch specialistische zorg	Basisverzekering	geen maximum
Ergotherapie	Basisverzekering	max. 10 uur per kalenderjaar
Diëtetiek	Basisverzekering	max. 3 uur per kalenderjaar
Fysiotherapie	Aanvullende verzekering	Checkt u uw zorgpolis?
Podologie	Aanvullende verzekering	Checkt u uw zorgpolis?

### Uitzondering: fysiotherapie

Op bovengenoemd basisregels geldt een uitzondering. Fysiotherapie wordt vergoed vanuit uw aanvullende pakket, tenzij er -naar het oordeel van onze medisch specialist- sprake is van knie- of heupartrose. In dat geval geldt:

- (i) de eerste 12 behandelingen worden vergoed vanuit de basisverzekering als u
- (ii) de voorafgaande 12 maanden niet al behandeld bent door een (andere) fysiotherapeut i.v.m. knie- of heupartrose
- (iii) in een vaste volgorde, dus: de basisverzekering wordt eerst aangesproken en daarna de aanvullende verzekering.

Goed om te weten: het gemiddeld aantal behandelingen fysiotherapie per behandeltraject bedraagt ongeveer 22-24 behandelingen. Uiteraard kan dat -afhankelijk van het verloop van uw klachten- afwijken.

*Let op: sommige zorgverzekeraars (bijvoorbeeld Coöperatie VGZ) vergoeden slechts eenmalig 12 behandelingen uit de basisverzekering. U dient zelf bij uw zorgverzekeraar na te vragen wat er bij uw zorgverzekeraar/soort basisverzekering van toepassing is.*

### Vergoedingen vanuit de basisverzekering

*Verrekening wettelijk verplicht eigen risico*

Voor alle zorg die vanuit de basisverzekering wordt vergoed, geldt dat er per kalenderjaar wettelijk verplicht eigen risico verrekend wordt. Voor 2024 is dit bedrag vastgesteld op €385,-. Als u met uw zorgverzekeraar een hoger eigen risico heeft afgesproken, geldt uiteraard verrekening van het hogere bedrag.

*Per kalenderjaar*

Het wettelijk verplicht eigen risico begint op 1 januari altijd weer opnieuw 'te tellen'. Dat kan tot gevolg hebben dat gedurende uw behandeltraject bij het AIN twee keer eigen risico met u verrekend wordt.

De eerste afspraak bij de medisch specialist is daarbij leidend. Als de eerste afspraak bij de medisch specialist in 2023 was en een volgende afspraak in 2024, dan kan het dus zo zijn dat u zorgverzekeraar het eigen risico van 2023 en van 2024 met u verrekenst in verband met het behandeltraject bij het AIN.

Voor meer informatie over het wettelijk verplicht eigen risico verwijzen wij u graag naar de website van de overheid [Wanneer betaal ik een eigen risico voor mijn zorg? | Rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wettelijk-verplicht-eigen-risico).

### **Vergoedingen vanuit de aanvullende verzekering**

Bij zorg die vanuit de aanvullende verzekering wordt vergoed, geldt geen verrekening van het wettelijk verplicht eigen risico. Wel geldt vaak een maximumbedrag of een maximaal aantal behandelingen. Als uw zorgkosten de maximum vergoeding overschrijden, komen de resterende kosten voor uw eigen rekening. Wij kunnen voor u nagaan hoeveel behandelingen u binnen uw aanvullend pakket heeft en ook hoeveel u bij ons verbruikt. Maar wij kunnen niet zien hoeveel u eventueel al bij een andere praktijk of instelling heeft verbruikt. Dit heeft te maken met uw privacy en de toepasselijke wetgeving. Daarom adviseren wij u om voor vragen over het aantal behandelingen dat u al heeft gehad, contact op te nemen met uw zorgverzekeraar of uw eerdere behandelaar.

### **Declareren, factuur, geen eigen bijdrage**

De meeste kosten kunnen wij rechtstreeks declareren bij uw zorgverzekeraar. Dat geldt echter niet voor de kosten van de medisch specialistische zorg. Daarvoor geldt dat u: i) een factuur van ons krijgt; ii) die factuur indient bij uw zorgverzekeraar en iii) het bedrag dat u vergoed krijgt aan ons betaalt.

Bij de factuur sturen we u een brief mee, waarin we uitleggen wat u moet doen. Twee kanttekeningen:

- het kan voorkomen dat uw zorgverzekeraar minder dan 100% van de behandelwaarde vergoedt. In dat geval betaalt u ons het bedrag dat aan u wordt vergoed. Het verschil tussen die 2 bedragen, de eigen bijdrage, nemen wij dus voor onze rekening.
- het kan zo zijn dat uw zorgverzekeraar minder aan u betaalt omdat er nog (wettelijk verplicht) eigen risico met u verrekenst wordt. Dat bedrag kunnen en mogen wij niet voor onze rekening nemen.

Zie voor het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage de website van de overheid: [Wat is het verschil tussen eigen bijdrage en eigen risico voor de zorgverzekering? | Rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wettelijk-verplicht-eigen-risico).

### **DBC**

Medisch specialistische zorg wordt gedeclareerd in administratieve trajecten, die we een DBC (Diagnose behandelcombinatie) noemen. Een eerste administratief traject duurt 90 dagen, een volgend traject 120 dagen. De hoogte van de factuur hangt af van de combinatie tussen het aantal keren zorg dat en de soort zorg die binnen die periode aan u verleend is. Omdat een behandeltraject in de meeste gevallen 3-4 maanden duurt, openen wij meestal 2 DBC's voor u. [Kijk hier voor uitleg over de DBC-structuur \(YouTube\)](#).

### **Tarieven DBC**

De tarieven voor de DBC's worden vastgesteld door uw zorgverzekeraar. U kunt deze tarieven dan ook terugvinden op de website van uw zorgverzekeraar.

Als u een polis heeft die niet het volledige tarief voor een DBC vergoedt (omdat het AIN geen contract heeft met uw zorgverzekeraar), betaalt u aan ons het tarief dat uw zorgverzekeraar wel vergoedt, tenzij er sprake is van verrekening van (wettelijk verplicht) eigen risico, zie ook onder 'declareren, factuur, geen eigen bijdrage'.

#### Tarieven bij overschrijding van uw basispakket of het aanvullend pakket

Als u geen aanvullende verzekering heeft of de maximale vergoeding/het maximum aantal behandelingen uit uw basisverzekering of aanvullende verzekering wordt overschreden, gelden de volgende tarieven:

Soort zorg	Bedrag
Diëtetiek	(maximaal) €22,00/kwartier
Ergotherapie: reguliere behandeling	(maximaal) €22,00/kwartier
Fysiotherapie: intake en onderzoek na verwijzing	(maximaal) €62,00 per behandeling
Fysiotherapie: reguliere behandeling	(maximaal) €46,00 per behandeling
Podologie	(maximaal) €257,00 (inclusief inlays)

#### Niet chronisch

Dat wat we in de volksmond 'chronisch' noemen, komt niet altijd overeen met wat uw zorgverzekeraar als chronisch beschouwt. Dit geldt helaas ook voor artrose. Hoewel artrose niet overgaat, wordt artrose door uw zorgverzekeraar niet als chronisch beschouwd. Dat betekent dat u in verband met uw artroseklachten niet in aanmerking komt voor een chronische vergoeding.

#### Tot slot

Kijkt u altijd goed uw eigen polis na om te zien welke zorg onder welke voorwaarden voor u vergoed wordt. Binnen onze mogelijkheden kijken en denken graag met u mee, maar u bent hier uiteindelijk zelf verantwoordelijk voor.

Heeft u nog vragen, kijkt u dan eens op onze website [www.artroseinstituut.nl](http://www.artroseinstituut.nl) onder het kopje 'veelgestelde vragen'. Komt u er toch niet uit of heeft u een andere vraag, belt u ons dan. Wij zijn tijdens kantooruren bereikbaar via telefoonnummer 085 822 5014 of per e-mail via [info@artroseinstituut.nl](mailto:info@artroseinstituut.nl).