

**Vragen en antwoorden:**Tijdelijke aanspraak eerstelijns paramedische herstelzorg COVID-19
versie 27-08-2020

De regeling		
1	De regeling is tijdelijk. Wat betekent dat?	De minister voor Medische Zorg heeft eerstelijns paramedische herstelzorg tijdelijk en onder voorwaarden opgenomen in het basispakket. De regeling is ingegaan op 18 juli 2020. De looptijd van de regeling is tot 1 augustus 2021. De paramedische herstelzorg wordt alleen binnen dit tijdsbestek vergoed uit het basispakket.
2	Wat betekent aanspraak maken op de regeling paramedische herstelzorg?	Mensen met ernstige COVID-19 die tijdens hun herstel ernstige klachten of beperkingen ervaren kunnen in aanmerking komen voor de vergoeding van paramedische herstelzorg. De huisarts of medisch specialist bepaalt op grond van de klachten welke zorg nodig is. Wanneer iemand aanspraak maakt op deze regeling worden de kosten van deze zorg vergoed uit de basisverzekering. Er zijn voorwaarden verbonden aan deze vergoeding.
3	Wat zijn voorwaarden die verbonden zijn aan het gebruik maken van deze regeling?	Belangrijke voorwaarden: <ul style="list-style-type: none">- Mensen moeten tijdens hun herstel van COVID-19 ernstige klachten of beperkingen ervaren.- De huisarts of medisch specialist bepaalt op grond van de klachten of iemand in aanmerking komt voor paramedische herstelzorg en geeft een verwijzing voor de zorg die nodig is.- Het is per patiënt verschillend hoeveel zorg er nodig is. Per zorgvorm is er wel een maximum gesteld aan het aantal behandelingen. De maximale periode van behandeling is 6 maanden.- Een voorwaarde om paramedische herstelzorg vergoed te krijgen is dat patiënten bereid moeten zijn mee te werken aan onderzoek. Er moet toestemming gegeven worden om behandelgegevens van deze herstelzorg te delen met de onderzoekers.
4	Geldt de aanspraak alleen voor nieuwe COVID-19-patiënten?	Nee. Het gaat niet alleen om patiënten met een nieuwe indicatie. Mensen kunnen al wat langer geleden COVID-19 hebben doorgemaakt en enige tijd in de herstelfase zitten.
5	Geldt de aanspraak alleen voor patiënten die positief getest zijn op COVID-19 ?	Nee, de aanspraak geldt ook voor patiënten die ernstig ziek zijn geweest en niet getest zijn op COVID-19. De medisch specialist of huisarts stelt vast of er waarschijnlijk sprake is geweest van COVID-19 en of de patiënt deze herstelzorg moet krijgen.
6	Over hoeveel behandelingen of behandelijd gaat de aanspraak?	Paramedische herstelzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie.



		<p>De vergoeding op basis van deze tijdelijke regeling is voor:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fysiotherapie of oefentherapie: maximaal 50 behandelingen• Ergotherapie: maximaal 10 uur• Diëtetiek: maximaal 7 uur• Logopedie: geen maximum
7	<p>Psychosociale problemen worden wel genoemd, maar zijn geen onderdeel van de herstelzorg. Waarom niet?</p>	<p>Patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt, kunnen tijdens hun herstel gebruik maken van huisarts (en POH-GGZ), de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg werd en wordt vergoed uit het basispakket. De aanspraak op deze zorg is niet veranderd. Daarnaast is er tijdelijk en onder voorwaarden recht op vergoeding van paramedische herstelzorg vanuit het basispakket. Onder paramedische herstelzorg valt fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie.</p>
8	<p>Als er na een half jaar nog steeds paramedische behandelingen nodig zijn vanwege COVID-19, vallen die dan ook onder deze regeling?</p>	<p>Het is aan een medisch specialist om te beoordelen of na een half jaar paramedische behandelingen nog extra behandelingen nodig zijn. Als dit noodzakelijk wordt geacht kan binnen de looptijd van deze regeling opnieuw gebruik gemaakt worden van deze aanspraak.</p>
9	<p>Een medisch specialist kan na 6 maanden opnieuw een indicatie geven voor paramedische zorg. Welke (maximale) aantallen sessies en uren zorg zijn dan geldend?</p>	<p>Na 6 maanden, kan op indicatie van een medisch specialist opnieuw gebruik gemaakt worden van maximaal 50 behandelsessies door een fysio- of oefentherapeut, maximaal 10 behandeluren voor ergotherapie en maximaal 7 behandeluren voor diëtetiek.</p>
10	<p>Geldt de datum van de eerste behandeling ook voor de andere paramedische zorgverleners?</p>	<p>De datum van de eerste paramedische behandeling geldt als startdatum voor alle paramedische herstelzorg. De behandeling moet starten binnen een maand na de verwijzing, door huisarts of medisch specialist.</p>
11	<p>Wie houdt bij of het maximaal aantal sessies fysio- of oefentherapie, diëtetiek of ergotherapie is bereikt?</p>	<p>Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverlener en patiënt.</p>
12	<p>Blijft aanspraak uit de aanvullende verzekering mogelijk?</p>	<p>Het Zorginstituut gaat niet over aanspraken op basis van de aanvullende verzekering. Het is aan iedere zorgverzekeraar om deze aanspraken te formuleren en te beschrijven in de polisvoorwaarden. Wanneer u gebruik wilt maken van de aanvullende verzekering, neem dan contact op met uw zorgverzekeraar om na te gaan of vergoeding vanuit de aanvullende verzekering mogelijk is.</p>
13	<p>Moet de paramedische herstelzorg multidisciplinair worden ingezet?</p>	<p>Een voorwaarde van de regeling is dat beoordeeld wordt welke zorg nodig is en dat de zorg zo nodig multidisciplinair wordt verleend.</p>



14	Er is een eigen risico voor vergoede zorg vanuit de basisverzekering. Geldt dat eigen risico ook bij deze regeling?	Ja, deze herstellzorg valt ook onder het eigen risico, die elk kalenderjaar van toepassing is. Wanneer de zorg zich uitstrekt over meer dan één kalenderjaar, dan is voor het volgende kalenderjaar opnieuw het algemene eigen risico van toepassing.
15	Welke paramedische zorgaanbieders kunnen deze herstellzorg verlenen?	In principe kunnen alle fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten en logopedisten deze zorg verlenen.
16	Is de reguliere aanspraak op fysio- en oefentherapie, ergotherapie en diëtetiek nog geldig na in werking treden van deze regeling.	Nee, de zorg kan wel worden voortgezet, indien voldaan is aan alle voorwaarden en de patiënt bereid is aan het onderzoek mee te doen. De vergoeding vindt plaats op basis van de nieuwe regeling, waarbij de maximale aantallen behandelingen en behandeluren gelden vanaf 18 juli 2020. De andere aanspraken kunnen niet meer gebruikt worden voor gezondheidsproblemen die zijn veroorzaakt door COVID-19.
17	Dienen de logopedisten ook te voldoen aan de verwijzingscriteria?	Ja

Het onderzoek

18	Waarom is het verplicht deel te nemen aan wetenschappelijk-onderzoek?	COVID-19 is een nieuwe ziekte. Wij denken dat eerstelijns paramedische herstellzorg goede effecten kan hebben in de herstelfase na deze ziekte, maar op dit moment weten we daar nog te weinig van. Wetenschappelijk onderzoek moet ons helpen om de effecten vast te stellen, zodat we voor toekomstige patiënten weten of deze vorm van behandeling inderdaad zinvol is.
19	Wat zal de looptijd van het onderzoek zijn?	De metingen van de onderzoeksgegevens worden verzameld voor 1 augustus 2021. De doorlooptijd van het onderzoek zal langer duren vanwege de tijd die nodig is voor het analyseren van de gegevens en opschrijven van de resultaten nadat alle gegevens binnen zijn.
20	Hoe is het onderzoek opgezet?	Het onderzoek bestaat uit twee delen. Gegevens over de gezondheid en herstel worden verzameld uit het dossier van de patiënt. Daarnaast wordt de patiënt gevraagd enkele vragenlijsten in te vullen. Het eerste deel start zodra er met paramedische zorg wordt gestart. De behandelaar legt vanaf de eerste behandeling in het dossier verschillende gegevens vast over bijvoorbeeld conditie, gewicht en de behandeling die nodig is. In oktober 2020 start een onderzoeksgroep. Vanaf dat moment kunnen patiënten gevraagd worden extra vragenlijsten in te vullen of een test uit te voeren om bijvoorbeeld de conditie te bepalen.
21	Is er toestemming van de patiënt nodig voor het onderzoek?	Ja toestemming is nodig. Voor het eerste deel van het onderzoek volstaat mondelinge toestemming.



		Voor het tweede deel is schriftelijke toestemming nodig.
22	Welke gegevens worden verzameld?	Het eerste deel van het onderzoek wordt gedaan met reguliere gegevens die in het dossier worden vastgelegd. Daarin zitten ook vragenlijstgegevens die de therapeut in de praktijk gebruikt. In het tweede deel van het onderzoek worden naast de regulier vastgelegde gegevens aanvullende gegevens verzameld. Dit zijn bijvoorbeeld uitkomsten van andere vragenlijsten of conditie- of krachttests.

Verwijzing		
23	Moet de huisarts na drie maanden opnieuw een verwijzing uitschrijven?	De behandelaars brengen na ongeveer 3 maanden verslag uit aan de huisarts over de voortgang van de behandelingen. De huisarts beoordeelt hierna of én hoe de zorg voortgezet moet worden. Een nieuwe verwijzing is dan niet nodig.
24	Kan de huisarts na 6 maanden opnieuw een verwijzing uitschrijven?	Nee dat kan de huisarts niet. Dat moet gedaan worden door een medisch specialist.
25	Waarom is een verwijzing nodig?	We hebben de toets voor de noodzaak van herstellende zorg gelegd bij de huisarts. De toets voor vervolgzorg ligt bij de medisch specialist.