

Vragen en antwoorden: Tijdelijke aanspraak eerstelijns paramedische herstelzorg COVID-19

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 ingangsdatum van de regeling is 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 van welke zorgverlener er nodig is. Per zorgvorm is er wel een maximum gesteld aan het aantal behandelingen. De maximale periode van behandeling is 6 maanden. - Patiënten moeten bereid zijn mee te werken aan onderzoek, waarmee de effecten van deze zorg in kaart worden gebracht. Er moet toestemming gegeven worden om behandel-gegevens 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 behandel tijd gaat de aanspraak?	<p>Paramedische herstelzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. De behandelingen moeten plaatsvinden binnen een periode van maximaal 6 maanden vanaf de eerste behandeling. De eerste behandeling moet plaatsvinden binnen 1 maand na de verwijzing door de huisarts of medisch specialist.</p> <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 8 uur - Diëtetiek: maximaal 7 uur - Logopedie: geen maximum
7	Psychosociale problemen worden wel genoemd, maar zijn geen onderdeel van de herstelzorg. Waarom niet?	<p>Patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt kunnen tijdens hun herstel gebruik maken van de huisarts (en POH-GGZ), de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze zorg werd en wordt vergoed uit het basispakket. De aanspraak op deze zorg is niet veranderd.</p> <p>Daarnaast is er op grond van deze nieuwe regeling tijdelijk en onder voorwaarden recht op vergoeding van paramedische herstelzorg vanuit het basispakket.</p>
8	Als er na 6 maanden nog paramedische behandelingen nodig zijn vanwege COVID-19, vallen die dan ook onder deze regeling?	<p>Het is aan een medisch specialist om te beoordelen of na een periode van 6 maanden paramedische zorg nog extra behandelingen nodig zijn, omdat er blijvende schade is vastgesteld waarvoor paramedisch behandeling aangewezen lijkt. Als dit noodzakelijk wordt geacht kan binnen de looptijd van deze regeling opnieuw gebruik gemaakt worden van deze aanspraak.</p>
9.	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>Na 6 maanden, kan op indicatie van een medisch specialist opnieuw gebruik gemaakt worden van paramedische herstelzorg, indien er blijvende schade is vastgesteld waarvoor paramedisch behandeling aangewezen lijkt.</p> <p>In deze tweede behandelperiode geldt opnieuw een maximale behandelomvang per zorgvorm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fysiotherapie of oefentherapie: maximaal 50 behandelingen - Ergotherapie: maximaal 8 uur - Diëtetiek: maximaal 7 uur - Logopedie: geen maximum
10	Geldt de datum van de eerste behandeling ook voor de andere paramedische zorgverleners?	<p>De datum van de eerste paramedische behandeling geldt als startdatum voor alle paramedische herstelzorg. De behandeling moet starten binnen 1 maand na de verwijzing door de huisarts of medisch specialist.</p>

11	Wie houdt bij of het maximaal aantal sessies fysio- of oefentherapie, diëtetiek of ergotherapie is bereikt?	Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverlener en patiënt.
12	Blijft aanspraak uit de aanvullende verzekering mogelijk?	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 een patiënt gebruik wil maken van de aanvullende verzekering (bijv. omdat een bepaald maximum voor aantal behandelingen is bereikt), is het verstandig eerst navraag te doen bij de verzekeraar of vergoeding wel mogelijk is.
13	Moet de paramedische herstellzorg multidisciplinair worden ingezet?	Een voorwaarde van de regeling is dat beoordeeld wordt welke zorg nodig is en dat de zorg en dat de zorg zo nodig multidisciplinair wordt verleend. De betrokken zorgverleners moeten onderling afspraken maken over behandeldoelen en voortgang en na verloop van tijd de behandelresultaten bespreken en afspraken maken over wie op welk moment en met welke intensiteit behandelingen uitvoert. Na 3 maanden moet elke zorgverlener aan de huisarts verslag uitbrengen over de behandelresultaten.
14	Er geldt 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 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, mits zij ook zelf de voorwaarden voor deze zorg ondersteunen (bijv. de patiënt om deelname aan het onderzoek te vragen, samen te werken met andere betrokken zorgverleners en na 3 maanden verslag uit te brengen aan de huisarts).
16	Is de reguliere aanspraak op fysio- en oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie nog geldig na in werking treden van deze regeling?	Nee, de eerdere algemene aanspraken op ergotherapie, diëtetiek, logopedie en fysio- of oefentherapie zijn vervallen per 18 juli 2020. Indien al wel een behandeling was gestart, dan kan de betrokken zorgverlener een nieuwe behandeling starten als onderdeel van deze herstellzorg, indien er een verwijzing is van medisch specialist of huisarts, voldaan is aan alle voorwaarden en de patiënt bereid is aan het onderzoek mee te doen. De vergoeding vindt plaats op basis van de

		<p>nieuwe regeling, waarbij de maximale aantallen behandelingen en behandelingen gelden vanaf 18 juli 2020. De andere aanspraken kunnen niet meer gebruikt worden voor gezondheidsproblemen die zijn veroorzaakt door COVID-19. De andere algemene aanspraken kunnen vanaf 18 juli 2020 niet meer gebruikt worden voor gezondheidsproblemen die zijn veroorzaakt door COVID-19.</p>
17	Dienen de logopedisten ook te voldoen aan de verwijzingscriteria?	Ja
18	Waarom komt de paramedisch zorg van dezelfde zorgverleners die vóór 18 juli 2020 is gestart niet voor vergoeding in aanmerking?	<p>Voor deze regeling is gebruik gemaakt van een speciaal wetsartikel, dat het mogelijk maakt om tijdelijke vergoeding uit het basispakket voor bepaalde zorg te verstrekken, terwijl de effectiviteit van die zorg nog niet vaststaat. Voor gebruikmaking van een dergelijke aanspraak moet aan de gestelde voorwaarden zijn voldaan, waaronder toegezegde deelname aan onderzoek. Het was juridisch niet mogelijk de regeling met terugwerkende kracht in te laten gaan, omdat een patiënt achteraf niet meer kon voldoen aan de voorwaarden. Vanaf 18 juli kan wel de zorg die al gestart worden beëindigd en herstellzorg volgens de nieuwe regeling worden gestart.</p>

Het onderzoek

19	Waarom is het verplicht deel te nemen aan wetenschappelijk-onderzoek?	<p>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.</p>
20	Wat zal de looptijd van het onderzoek zijn?	<p>De onderzoeksgegevens moeten vastgelegd worden voor 1 augustus 2021. De doorlooptijd van het onderzoek is langer, vanwege de tijd die nodig is voor het analyseren van de gegevens en opschrijven van de resultaten nadat alle gegevens binnen zijn.</p>
21	Hoe is het onderzoek opgezet?	<p>Het onderzoek bestaat uit twee delen. In het eerste deel van het onderzoek worden gegevens over de gezondheid en herstel verzameld uit het behandeldossier van de patiënt. Het eerste deel start zodra de eerste behandeling van paramedische zorg wordt gegeven. De behandelaar legt verschillende gegevens vast over bijvoorbeeld conditie, gewicht en de</p>

		<p>behandeling die nodig is. Voor dit deel van het onderzoek is alleen mondelinge toestemming nodig.</p> <p>In oktober 2020 start het tweede deel van het onderzoek. Een onderzoeksgroep zal dan de dossiergegevens gaan verzamelen bij de betrokken zorgverleners. Vanaf dat moment kunnen patiënten gevraagd worden extra vragenlijsten in te vullen of een test te laten uitvoeren om bijvoorbeeld de conditie te bepalen. Voor dit deel van het onderzoek is schriftelijke toestemming nodig.</p>
22	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.
23	Welke gegevens worden verzameld?	<p>Het eerste deel van het onderzoek wordt gedaan met reguliere gegevens die in het behandeldossier van elke zorgverlener worden vastgelegd. Daarin zitten ook vragenlijstgegevens of testen die de therapeut in de praktijk gebruikt.</p> <p>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.</p>

Verwijzing

24	Moet de huisarts na 3 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.
25	Kan de huisarts na 6 maanden opnieuw een verwijzing uitschrijven?	Nee dat kan de huisarts niet. Dat moet gedaan worden door een medisch specialist en kan alleen als er sprake is van vastgestelde blijvende schade waarvoor een paramedisch behandeling zinvol lijkt.
26	Waarom is een verwijzing nodig?	We hebben de toets voor de noodzaak van herstellende zorg gelegd bij de medisch specialist voor de patiënten die opgenomen zijn geweest en bij de huisarts voor patiënten die in hun thuisomgeving COVID-19 hebben doorgemaakt. De toets voor een eventuele tweede behandeltermijn vanwege vastgestelde blijvende schade ligt bij de medisch specialist.