**10 SEPTEMBER 2020 https://www.kngf.nl/actueel/2020/vergoeding-herstelzorg.html**

Stand van zaken vergoeding herstelzorg na COVID-19

**De huidige regels op een rijtje**

Omdat sommige punten onduidelijk waren, heeft de minister aanvullende besluiten genomen. Daarmee wordt vooral de overgang van de oude naar de nieuwe regeling helderder.

1. **Patiënten hebben** na verwijzing door een huisarts of specialist recht op maximaal 50 behandelingen fysiotherapie gedurende zes maanden. Dit kan één keer worden verlengd met een periode van zes maanden, maar dan is verwijzing door een specialist voorwaardelijk.
2. **Ten algemene geldt** dat de verwijzing binnen vier maanden na de acute fase van de COVID door de huisarts of specialist moet worden afgegeven.
3. **De behandeling moet** binnen een maand na verwijzing beginnen.
4. **(Nieuw) Voor patiënten die**al voor 18 juli (de datum van ingang van de nieuwe regeling) bij jou in behandeling waren, geldt de vereiste van verwijzing niet. Bij deze patiënten volstaat een verklaring van de arts achteraf.
5. **Om aanspraak op vergoeding** vanuit de basisverzekering te kunnen doen, moet de patiënt er mondeling mee instemmen dat zijn gegevens worden gebruikt voor retrospectief onderzoek.
6. **Ook moet de patiënt**er schriftelijk mee instemmen dat hij/zij gaat meedoen aan prospectief onderzoek, waarvoor hij door een nog te bepalen onderzoeksinstituut zal worden benaderd. Als hij/zij die niet geeft of later intrekt, vervalt het recht op vergoeding vanuit de basisverzekering.
7. **Van beide vormen van instemming** met onderzoek moet een aantekening worden gemaakt in het EPD.
8. **De regeling geldt nu** voor een jaar, dus tot medio juli 2021. In beginsel stopt dan de aanspraak op zorg vanuit de basisverzekering. Uiteraard zullen we ruim voor die tijd overleggen of continuering mogelijk is.
9. **Voor de aanspraak geldt**de DCSPH code 9363 en de csi codes 020 en 021 (voor respectievelijk de eerste en de tweede periode van zes maanden).
10. **Voor de vergoeding van behandelingen**die al voor 18 juli zijn gegeven, gelden de destijds geldende regelingen: alleen vergoeding na opname in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis en de patiënt moet de eerste 20 behandelingen zelf betalen of zij komen voor rekening van de aanvullende verzekering. Behandelingen na 18 juli kunnen niet meer op deze manier worden gedeclareerd. Voor de volledigheid: vóór 18 juli gegeven behandelingen tellen niet mee in het aantal van 50 behandelingen waarop na 18 juli recht is (onder voorwaarden).