



## **Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 16 juli 2020, kenmerk 1720838-208092-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de voorwaardelijke toelating van paramedische herstelzorg voor COVID-19**

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

### **Artikel I**

Artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt 'tweede lid' telkens vervangen door 'vierde lid'.
2. Onder vernummering van het tweede lid tot vierde lid, worden twee leden ingevoegd, luidende:
  2. De zorg, bedoeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering, omvat tot 1 augustus 2021 tevens fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die gericht is op de herstelzorg van patiënten met ernstige COVID-19, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vierde lid naar deze zorg en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening of, indien het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, bereid is daaraan deel te nemen.
  3. De zorg, bedoeld in het tweede lid, vangt aan binnen drie maanden na de eerste ziekteverschijnselen van COVID-19 en omvat naast logopedie:
    - a. na verwijzing door de huisarts of medisch specialist ten hoogste vijftig behandelingen fysiotherapie of oefen therapie, acht uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek gedurende ten hoogste zes maanden na de eerste behandeling;
    - b. na verwijzing door een medisch specialist ten hoogste vijftig behandelingen fysiotherapie of oefen therapie, acht uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek gedurende ten hoogste nog eens zes maanden in aansluiting op de periode, bedoeld in onderdeel a.

### **Artikel II**

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark*



## TOELICHTING

Met deze wijziging van de Regeling zorgverzekering (Rzv) is per direct tot en met 31 juli 2021 een behandeling voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket van de zorgverzekering. Het betreft fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die gericht is op de herstellende zorg van patiënten met ernstige COVID-19 die bij het herstel ernstige klachten en beperkingen ondervinden die door de medisch specialist of huisarts zijn vastgesteld. Deze 'eerstelijns paramedische herstellende zorg' kan monodisciplinair worden ingezet of als combinatie van fysio- of oefentherapie, logopedie, diëtetiek en/of ergotherapie.

Op 4 mei 2020 is het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) gevraagd te adviseren of en welke maatregelen ten aanzien van de aanspraak voor paramedische zorg noodzakelijk zijn om de juiste (na)zorg op de juiste plek te bieden aan patiënten die herstellen van COVID-19. Het Zorginstituut heeft op 8 juli 2020 het advies uitgebracht op basis van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering tijdelijk en onder voorwaarden een aanspraak op te nemen in het basispakket ('Advies aanspraak paramedische herstellende zorg COVID-19', kenmerk 2020021738). Eerst uit het advies blijkt dat de effectiviteit van eerstelijns paramedische herstellende zorg niet vastgesteld kan worden. Dit impliceert dat deze zorg niet meer onder de bestaande aanspraken op paramedische zorg te scharen valt. Daarnaast is het Zorginstituut van oordeel dat de beperkingen die aan de huidige aanspraken verbonden zijn, belemmerend zijn voor het verlenen van eerstelijns paramedische herstellende zorg.

Naar aanleiding van dat advies is in de brief van 16 juli 2020 aan de Tweede Kamer aangekondigd dat eerstelijns paramedische herstellende zorg voorwaardelijk zal worden toegelaten tot het basispakket. De bijzondere context van de pandemie van het coronavirus SARS-CoV-2 en de daardoor veroorzaakte ziekte COVID-19 nopen tot een kortdurende, specifieke uitbreiding van het beleid voor voorwaardelijke toelating, die met de onderhavige regeling ten uitvoer wordt gebracht. Eveneens vanwege die context wijkt de uitvoering op enkele punten af van de gangbare wijze van voorwaardelijke toelating.

De studie naar de effecten van eerstelijns paramedische herstellende zorg zal later starten dan deze zorg voorwaardelijk is toegelaten tot het basispakket. De studie bestaat uit twee delen: een retrospectieve analyse en een prospectief onderzoek. Met de retrospectieve analyse worden de effecten van de eerstelijns paramedische herstellende zorg bestudeerd op basis van gegevens die gewoonlijk bij het verlenen van deze zorg worden vastgelegd. Deze analyse heeft betrekking op de zorg die is verleend voor aanvang van het prospectief onderzoek. Op verzekerden die voor het eerst na aanvang van het prospectief onderzoek gebruik maken van eerstelijns paramedische herstellende zorg, is het retrospectief onderzoek niet van toepassing. In het prospectief onderzoek worden de effecten van de paramedische herstellende zorg niet alleen aan de hand van de gewoonlijk vast te leggen patiëntgegevens bestudeerd, maar ook door specifieke onderzoeksgegevens te verzamelen.

Voorwaarde om in aanmerking te komen voor vergoeding van deze tijdelijk toegelaten eerstelijns paramedische herstellende zorg is dat de verzekerde deelneemt aan het prospectief onderzoek of – totdat dit prospectieve onderzoek is gestart – de verzekerde bereid is gegevens beschikbaar te stellen voor de retrospectieve analyse en deel te nemen aan het prospectief onderzoek. Zolang de opzet van de analyse en het onderzoek nog niet bekend is, kan de bij voorwaardelijke toelating gebruikelijke voorwaarde van deelname immers niet gesteld worden. In plaats daarvan wordt tijdelijk verlangd dat zij in beginsel bereid zijn deel te nemen aan deze studies. Deze voorwaarde is niet bezwaarlijk. De retrospectieve analyse bestaat uit bestudering van dossiers die zijn aangelegd bij de zorgverlening. Het prospectief onderzoek, dat voor zover van toepassing getoetst wordt aan de eisen voor medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, zal gelet op de aard van de zorg naar verwachting niet of nauwelijks belastend zijn voor patiënten. Zodra de analyse en het onderzoek zijn gestart, kunnen verzekerden een definitieve keuze maken. Dan kunnen zij terugkomen op hun eerdere bereidheid tot deelname. In dat geval worden de eerder vastgelegde gegevens niet beschikbaar gesteld voor de retrospectieve analyse. Gevolg is ook dat voor hen de eerstelijns paramedische herstellende zorg niet langer verzekerd is. De eerder verleende zorg wordt wel vergoed.

De periode van voorwaardelijke toelating is niet gerelateerd aan de duur van de studie naar de effecten. De onmiddellijke opname in het basispakket voor een periode van één jaar is vooral ingegeven door de verspreiding van het coronavirus SARS-CoV-2 en het verloop van de patiëntenpopulatie COVID-19. Op dit moment zijn de meeste patiënten in de herstelfase. Het is daarom nodig de zorg direct te verlenen aan de patiënten die daarop zijn aangewezen. Naar de aard van de zorg kan dat op verantwoorde wijze geschieden. Eind juni 2020 heeft een groot aantal betrokken partijen onder regie van de Longalliantie Nederland (LAN) een voorlopige multidisciplinaire handreiking opgesteld. Hierin worden de beoordeling, behandeling en begeleiding van patiënten met COVID-19 Associated Syndrome (CAS) beschreven. De definitieve versie zal naar verwachting in het najaar van 2020 beschikbaar komen. De indicatie voor de voorwaardelijk toegelaten paramedische herstellende zorg wordt bij patiënten die ontslagen worden uit het ziekenhuis of instelling voor medisch specialistische of geriatrisch revalidatiezorg, gesteld door de (behandelend) medisch specialist. Bij patiënten die in de eigen woonomgeving COVID-19 hebben doorgemaakt, wordt de indicatie gesteld door de huisarts. Deze herstellende zorg is multidisciplinair van aard en wordt uitgevoerd onder regie van de huisarts. Het



betreft (een combinatie van) fysio- of oefentherapie, diëtetiek en/of ergotherapie. Na drie maanden beoordeelt de huisarts of de zorg voortgezet moet worden. Wederom na drie maanden kan bij uitzondering en op indicatie van een medisch specialist een tweede behandelperiode van maximaal zes maanden starten, als sprake is van blijvende longschade of fysieke schade waarvoor paramedische interventie zinvol wordt geacht. Het totale behandeltraject duurt dan maximaal een jaar.

Aan de aldus voorwaardelijk toegelaten zorg zijn, net als voor de meeste andere vormen van paramedische zorg, beperkingen verbonden wat betreft het aantal behandelingen en de duur van de behandeling. Het zijn maximaal vijftig behandelingen fysio- of oefentherapie, acht uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek binnen zes maanden. Deze maxima gelden voor zowel de eerste behandelperiode, als de eventuele tweede behandelperiode. Een belangrijk verschil met de meeste fysio- en oefentherapie op de zogenaamde chronische lijst in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is dat de eerste twintig behandelingen ook vergoed worden. Dat is gedaan omdat het verloop en het herstel van COVID-19 sterk verschilt tussen patiënten. Om de effecten van de zorg te kunnen beoordelen, moeten ook de eerste behandelingen betrokken worden bij het onderzoek. Voor logopedie, dat volledigheidshalve in aanvulling op het advies van het Zorginstituut aan de voorwaardelijke toelating is toegevoegd teneinde te voorkomen dat daar eventueel geen aanspraak op zou bestaan voor patiënten die herstellen van ernstige COVID-19, gelden geen beperkingen.

Het Zorginstituut raamt de kosten van deze voorwaardelijke toelating op € 27,7 miljoen voor één jaar. Indien deze raming tijdens de periode van de voorwaardelijke toelating wordt overschreden of dreigt te worden overschreden, kan dit leiden tot beëindiging van de voorwaardelijke toelating voor afloop van de periode van één jaar.

De onmiddellijke inwerkingtreding wijkt af van de vaste verandermomenten en een minimuminvorderingstermijn voor ministeriële regelingen (Aanwijzing voor de regelgeving 4.17). Ook dit vloeit voort uit de bovengeschetste bijzondere context van pandemie van het coronavirus SARS-CoV-2 en de daardoor veroorzaakte ziekte COVID-19. Aangezien de voorwaardelijke toelating spoed heeft, treedt de regeling direct na publicatie in werking. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben in overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorbereidingen getroffen om de paramedische herstellzorg meteen te starten. Op korte termijn zullen definitieve contracten gesloten worden en het declaratieverkeer op gang gebracht worden.

*De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark*