



## **Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 21 juni 2021, kenmerk 2376256-1010628-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de implementatie van voorwaardelijke toelating van paramedische herstelzorg voor COVID-19**

De Minister voor Medische Zorg en Sport,

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 tweede lid wordt 'de herstelzorg' vervangen door 'de directe herstelzorg' en wordt '1 augustus 2021' vervangen door '1 augustus 2022'
2. In het derde lid, aanhef, wordt 'uiterlijk 4 maanden' vervangen door 'uiterlijk 6 maanden'.
3. In het derde lid, onderdeel b, wordt 'na verwijzing door een medisch specialist' vervangen door 'na verwijzing door de huisarts of medisch specialist'.

### **ARTIKEL II**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juli 2021.

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

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



## TOELICHTING

### 1. Algemeen

Eerstelijns paramedische herstellzorg bestaat uit fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie en is gericht op de herstellzorg van patiënten met ernstige Covid-19. Deze patiënten ondervinden bij het herstel ernstige klachten en beperkingen die door de medisch specialist of huisarts zijn vastgesteld. Deze herstellzorg, die monodisciplinair of als combinatie kan worden ingezet, is per 18 juli 2020 voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket. Dit is vastgelegd in artikel 2.2, tweede tot en met vierde lid, van de Regeling zorgverzekering.

Deze voorwaardelijke toelating liep tot 1 augustus 2021. Met de herstellzorg is inmiddels de nodige ervaring opgedaan. De voorliggende regeling strekt er toe de voorwaardelijke toelating voor paramedische herstellzorg voor Covid-19 te verlengen en hierin enkele wijzigingen aan te brengen naar aanleiding van de in de praktijk opgedane ervaringen.

### 2. Verlenging regeling

Ten tijde van de start van de voorwaardelijke toelating in juli 2020 was nog veel onbekend over het verdere verloop van de Covid-19-pandemie in Nederland, bijvoorbeeld of er wel of geen tweede golf zou komen. Daarom werd de aanspraak voor de duur van één jaar voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket. Nu de tweede en derde golf een feit zijn geworden in het najaar 2020 en eerste kwartaal 2021, is de regeling met een jaar verlengd (tot 1 augustus 2022). Daardoor kunnen ook patiënten die in de tweede en derde golf ernstige Covid-19 hebben doorgemaakt paramedische herstellzorg onder voorwaarden vergoed krijgen.

### 3. Aanvang paramedische herstellzorg

Een van de voorwaarden voor vergoeding van de paramedische herstellzorg is dat de verwijzing voor de herstellzorg wordt gegeven binnen vier maanden na het einde van het acute ziektestadium. Het acute ziektestadium is de fase van Covid-19, waarin een patiënt symptomen heeft als koorts, benauwdheid met verminderde zuurstofopname, lamlendigheid, misselijkheid, diarree, heftige spierpijn of hoofdpijn. Het is inmiddels bekend dat bij sommige patiënten het acute ziektestadium lang kan aanhouden. Destijds is voor een termijn van vier maanden tussen het einde van het acute ziektestadium en de verwijzing naar paramedische herstellzorg gekozen, omdat het Zorginstituut Nederland een duidelijke relatie noodzakelijk achtte tussen de acute infectie leidend tot Covid-19, en de (ernstige) klachten en beperkingen van de patiënt in de fase daarna bij het herstellen van die infectie. In de praktijk is dit in verreweg de meeste gevallen ook zo. Echter, de viermaandentermijn blijkt in de praktijk onbedoeld te knellen voor een kleine groep patiënten. Een motie van het Kamerlid Marijnissen c.s.<sup>1</sup> verzoekt daarom om de viermaandentermijn te verlengen of te schrappen. Op advies van het Zorginstituut wordt deze termijn verlengd naar zes maanden.

Vanaf maart 2021 kunnen patiënten die Covid-19 hebben (gehad) en die problemen ervoeren met de voorwaarden die zijn gesteld aan het verkrijgen van (vergoeding voor) paramedische herstellzorg zich aanmelden bij C-support, een organisatie die advies en ondersteuning biedt aan mensen die een coronabesmetting hebben doorgemaakt. Op deze wijze kan C-support hen adviseren over de zorg vanuit het basispakket die in hun situatie mogelijk is, en over andere mogelijkheden voor ondersteuning die voor hen relevant zouden kunnen zijn. C-support heeft over een groot aantal geanonimiseerde gevallen structureel overleg gevoerd met het Zorginstituut om te borgen dat de voorwaarden voor het verkrijgen van paramedische herstellzorg of de mogelijkheden om van andere aanspraken gebruik te maken op de juiste manier zouden worden geïnterpreteerd. Op basis van een analyse van de probleemgevallen heeft het Zorginstituut geadviseerd over wijzigingen in de regeling. Bijna 40% van de ingebrachte casussen had betrekking op de eerste verwijsperiode van vier maanden na afloop van het acute ziektestadium. Het gaat bijvoorbeeld om patiënten die in de eerste maanden na het acute ziektestadium nog maar heel weinig belastbaar zijn en die daarom de paramedische behandeling nog niet goed aan kunnen en noodzakelijkerwijs moeten uitstellen. Ook zijn er patiënten die vanwege de ernstige klachten en beperkingen toch eerst verwezen worden naar één of meer medisch specialisten of dat nog verdere specialistische behandeling moet plaatsvinden vanwege complicaties van Covid-19 in het acute ziektestadium. Daarnaast zijn er gevallen dat de patiënt zelf, diens huisarts of eventueel al betrokken paramedicus of medisch specialist niet goed op de hoogte waren van de

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2020-2021, 25 292, nr. 1043



regeling voor paramedische herstellzorg waardoor de verwijzing niet tijdig tot stand kwam. Al deze patiënten zouden geholpen zijn met een langere verwijzperiode dan vier maanden. De verlenging van deze termijn naar zes maanden is naar verwachting voldoende om ook bij deze patiëntengroepen voldoende tijd te creëren om de verwijzing te realiseren.

#### 4. Verwijzing huisarts of medisch specialist voor tweede fase van behandeling

In het uitzonderlijke geval dat wordt vastgesteld dat er na de eerste behandelperiode van zes maanden sprake is van specifieke lange termijnschade na Covid-19 kan een tweede fase van behandeling nodig zijn. Het gaat bijvoorbeeld om een blijvende longafwijking, blijvende verkortingen van pezen of spieren (contracturen) of blijvende stoornissen aan zenuwen (neuropathieën). Als de medisch specialist inschat dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, dan kan hij de patiënt een verwijzing geven voor een tweede behandeltermijn van paramedische herstellzorg.

De motie van het Kamerlid Marijnissen c.s.<sup>2</sup> verzoekt het mogelijk te maken dat ook de huisarts de verwijzing van de tweede fase van de behandeling kan afgeven. Met deze wijziging op de regeling wordt dat mogelijk gemaakt voor een specifieke groep patiënten die geen volledig of die een inadequaat behandeltraject heeft ondergaan. Uit de casuïstiek die bij C-Support bekend is, blijkt dat er groepen patiënten zijn die baat hebben bij een tweede fase van behandeling, omdat het eerste behandeltraject onvolledig of inadequaat is geweest. Het gaat bijvoorbeeld om patiënten die in de eerste maanden van het behandeltraject nog maar weinig belastbaar zijn geweest, vanwege ernstige gevolgen van Covid-19 of co-morbiditeit en eventueel daarvoor noodzakelijke behandeling, waardoor slechts beperkte tijd resteerde om adequate herstellzorg te realiseren.

Ook zijn er patiënten die na een periode van toenemend herstel een terugslag krijgen, waardoor eerder opgetreden herstel deels weer teniet wordt gedaan. En soms blijkt pas na geruime tijd in een tot dan toe monodisciplinair behandeltraject (meestal fysio- of oefentherapie) de behoefte aan zorg van een tweede of derde paramedicus. Dan kan deze discipline alsnog worden ingeschakeld, maar resteert maar weinig tijd voor een adequaat behandelprogramma. De huisarts kan bij deze patiënten, die lang niet altijd in behandeling zijn bij een medisch specialist, de verwijzing voor een tweede fase van behandeling afgeven. Op deze wijze wordt onnodige belasting van de medisch-specialistische zorg voorkomen.

#### 5. Reguliere aanspraken op paramedische zorg

Bij een groep patiënten, die in eerste instantie geen behoefte aan paramedische herstellzorg lijken te hebben en daarvoor ook niet zijn verwezen, kunnen later toch hinderlijke klachten en beperkingen krijgen, waardoor toch behoefte aan paramedische ondersteuning ontstaat. Bij relatief veel van deze patiënten gaat het om cognitieve problemen, vermoeidheid, gebrek aan conditie en uithoudingsvermogen en problemen in het dagelijks functioneren. Zij kunnen baat hebben bij ondersteuning door een ergotherapeut. Enkele patiënten houden langdurig last van stemproblemen en hebben daardoor behoefte aan logopedie. Deze zorg valt onder de gebruikelijke voorwaarden onder de reguliere aanspraken van het basispakket. Om dit buiten twijfel te stellen, is met voorliggende regeling in artikel 2.2, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering tot uitdrukking gebracht dat de in artikel 2.2, tweede en derde lid, opgenomen aanspraak uitsluitend betrekking heeft op *directe* herstellzorg na Covid-19. Met directe herstellzorg wordt bedoeld: herstellzorg binnen de termijnen die gelden op grond van artikel 2.2 tweede en derde lid van de Regeling zorgverzekering. Voor zorg, die ook in verband staat met het hebben doorgemaakt van Covid-19, maar buiten deze termijnen valt, gelden de reguliere aanspraken van het basispakket.

#### 6. Advies Zorginstituut

Naar aanleiding van de hierboven besproken motie van het Kamerlid Marijnissen c.s. is het Zorginstituut gevraagd advies uit te brengen over eventuele wijzigingen van de regeling. Het Zorginstituut adviseert om de termijn tussen het einde van het acute ziektestadium en de verwijzing voor paramedische herstellzorg te verlengen van vier naar zes maanden. Daarnaast adviseert het Zorginstituut het mogelijk te maken dat de huisarts, naast de medisch specialist, een verwijzing kan geven voor een tweede behandel fase. De motivatie voor deze wijzigingen zijn hierboven beschreven. Met deze wijziging wordt dit advies opgevolgd.

Het Zorginstituut geeft in het advies een verduidelijking van de in de regeling opgenomen zinsnede

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2020-2021, 25 292, nr. 1043



dat een eventuele tweede behandelfase 'aansluitend' op de eerste behandelfase moet plaatsvinden. Onder 'aansluitend' moet volgens het Zorginstituut 'vier maanden' worden verstaan. Dit leidt niet tot aanpassing van de regeling. Het Zorginstituut kan deze duiding op zijn website publiceren.

Verder verduidelijkt het Zorginstituut in het advies dat de reguliere aanspraken voor paramedische zorg van toepassing zijn op de patiënten, die niet binnen zes maanden na afloop van het acute ziektestadium van de Covid-19 zijn verwezen naar paramedische herstellzorg. Ook deze verduidelijking is overgenomen.

## **7. Budgettaire consequenties**

Het Zorginstituut gaat ervan uit dat gemiddeld 3% van de mensen die besmet zijn geraakt met SARS-CoV2 uiteindelijk een verwijzing naar paramedische herstellzorg krijgen. De schatting is dat 74.000 patiënten paramedische herstellzorg krijgen tot 1 augustus 2022, en dat de gemiddelde kosten daarvan € 600 bedragen, inclusief 5% van de gevallen waarin ook een tweede behandeltermijn wordt geïndiceerd. De totale budgetimpact tot 1 augustus 2022 die samenhangt met de tijdelijke aanspraak voor paramedische herstellzorg komt daarmee uit op € 45,25 mln.

## **8. Regeldruk**

De wijzigingen hebben geen noemenswaardige effecten op de regeldruk. Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het – behoudens de gebruikelijke eenmalige kennisnemingskosten – geen gevolgen voor de regeldruk heeft

## **9. Inwerkingtreding**

De regeling treedt per 1 juli 2021 in werking. Vanaf dat moment gelden de hierboven beschreven gewijzigde regels van de voorwaardelijke toelating. De verlenging van de voorwaardelijke toelating geldt tot 1 augustus 2022.

Met inwerkingtreding met ingang van 1 juli 2021 wordt aangesloten bij de vaste verandermomenten. Omdat niet eerder een advies van het Zorginstituut beschikbaar was, kon niet worden voldaan aan de termijn van twee maanden tussen de publicatie van deze regeling en de inwerkingtreding. Deze regeling is in het belang van de doelgroep, en om deze reden is afgeweken van dit onderdeel van het beleid inzake vaste verandermomenten.

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