



## Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 25 juni 2024, kenmerk 3859917-1067850-Z, wijziging van de Regeling zorgverzekering om de voorwaardelijke toelating van paramedische herstellzorg na COVID-19 per 1 juli 2024 te beëindigen

De Minister voor Medische Zorg,

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

Besluit:

### ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdelen a, b, c, d, e, f, g en h wordt 'het vijfde lid' vervangen door 'het tweede lid'.
2. Het tweede tot en met vierde lid vervallen.
3. Het vijfde tot en met zevende lid worden vernummerd tot het tweede tot en met vierde lid.
4. In de aanhef van het tweede lid, onderdeel b (nieuw) wordt na 'onderzoek naar de zorg' een komma ingevoegd.
5. In het derde lid (nieuw) wordt 'In afwijking van het eerste lid, onderdelen a, b, e, f en h, het tweede lid en onderdelen 135 en 136 van bijlage 2 bij deze regeling is deelname van de verzekerde aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid of, voor zover van toepassing, analyse als bedoeld in het tweede lid niet vereist indien het onderzoek of de analyse is voltooid en:' vervangen door 'In afwijking van het eerste lid, onderdelen a, b, e, f en h, en onderdelen 135 en 136 van bijlage 2 bij deze regeling is deelname van de verzekerde aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid niet vereist indien het onderzoek is voltooid en:'.
6. Het vierde lid (nieuw) komt als volgt te luiden:
  4. Het derde lid is niet van toepassing indien het onderzoek, bedoeld in het tweede lid, voortijdig is stopgezet.

B

In onderdeel 136 van bijlage 2 wordt 'artikel 2.2, vijfde lid' vervangen door 'artikel 2.2, tweede lid'.

### ARTIKEL II

Artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering zoals dat luidde op 30 juni 2024 blijft van toepassing voor verzekerden met ernstige COVID-19 die voor 1 juli 2024 al fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie als bedoeld in dat artikel ontvingen, met dien verstande dat na de inwerking-treding van deze regeling geen nieuwe termijn als bedoeld in het derde lid, onderdeel b, van het artikel zoals dat op 30 juni 2024 luidde, kan aanvangen.

### ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juli 2024.



---

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

*De Minister voor Medische Zorg,  
P.A. Dijkstra*



## TOELICHTING

### Algemeen

#### ***Achtergrond: de voorwaardelijke toelating van paramedische herstelzorg***

Zorg wordt alleen vergoed vanuit het basispakket, als deze ten minste even effectief is als de gebruikelijke zorg in Nederland. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) kan echter besluiten om zorg die nog niet bewezen effectief is, tijdelijk toe te laten tot het basispakket. In de periode van de tijdelijke toelating worden gegevens verzameld over de effectiviteit of de kosteneffectiviteit van de zorg. In de laatste maanden van de periode van voorwaardelijke toelating gebruikt het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) de onderzoeksgegevens om vast te stellen of de vergoeding van de betreffende zorg uit het basispakket voortgezet mag worden.

Medio 2020 is multidisciplinaire paramedische herstelzorg voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket.<sup>1</sup> Het betreft – kort gezegd – een combinatie van fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die gericht is op de directe herstelzorg van patiënten met ernstige COVID-19. Verzekerden kunnen op grond van deze voorwaardelijke toelating op basis van een verwijzing van een huisarts of medisch specialist gedurende zes maanden bovengenoemde zorg krijgen (eerste termijn). Na een nieuwe verwijzing kan deze zorg nogmaals zes maanden worden genoten (tweede termijn). De tijdelijke toelating zou eindigen met ingang van 1 januari 2025.

#### ***Het standpunt van het Zorginstituut over paramedische herstelzorg***

In juni 2024 heeft het Zorginstituut het onderzoek naar multidisciplinaire paramedische herstelzorg openbaar gemaakt. Het Zorginstituut heeft een negatief standpunt ingenomen over deze zorg.<sup>2</sup> Uit het onderzoek blijkt dat verzekerden met ernstige klachten/beperkingen die paramedische herstelzorg hebben ontvangen een verbetering in het dagelijks functioneren ondervonden. Vergelijkbare verzekerden die deze zorg niet kregen (natuurlijk beloop), rapporteerden echter vergelijkbare verbeteringen in het dagelijks functioneren. Deze zorg heeft volgens het Zorginstituut dan ook geen meerwaarde ten opzichte van het niet geven van een behandeling. De conclusie van het Zorginstituut is dat eerstelijns multidisciplinaire paramedische herstelzorg bij aanhoudende klachten en beperkingen na COVID-19 niet in het basispakket hoort.

#### ***Gevolgen voor de aanspraak op paramedische herstelzorg***

De verzekerde heeft geen belang bij het vergoeden van zorg die geen meerwaarde biedt. Het vergoeden van zorg die geen meerwaarde biedt, levert bovendien onnodige kosten op die ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. Om voornoemde redenen is in met voorliggende wijziging van de Regeling zorgverzekering (Rzv) de voorwaardelijke toelating van multidisciplinaire paramedische herstelzorg met ingang van 1 juli 2024 beëindigd. Ik wijs er overigens op dat de aanspraak op monodisciplinaire herstelzorg – zorg gegeven door één paramedische zorgprofessional – ongewijzigd blijft.

#### ***Overgangsregeling***

Het is onwenselijk dat verzekerden die vóór 1 juli 2024 zijn gestart met een behandeling in het kader van paramedische herstelzorg, deze niet kunnen afmaken omdat hierop vanaf 1 juli 2024 geen aanspraak meer bestaat. Noch zij, noch hun zorgverleners hebben zich hier immers op kunnen instellen. In deze regeling is daarom bepaald dat de aanspraak op paramedische herstelzorg voor deze verzekerden blijft gelden tot en met 31 december 2024. Laatstgenoemde datum sluit aan bij de oorspronkelijke einddatum van de voorwaardelijke toelating. Gelet op de reden om de voorwaardelijke toelating van de betreffende zorg te beëindigen – namelijk dat deze geen meerwaarde heeft ten opzichte van het niet geven van een behandeling – is het echter niet mogelijk om na 30 juni 2024 voor rekening van de zorgverzekering met een tweede termijn te starten.

<sup>1</sup> Stcrt. 2020, 39509.

<sup>2</sup> Zorginstituut Nederland: Eerstelijns multidisciplinaire paramedische herstelzorg bij aanhoudende klachten en beperkingen na COVID-19, juni 2024.



---

## Artikelsgewijs

### **Artikel I**

De voorwaardelijke toelating van op direct herstel gerichte paramedische zorg voor verzekerden met ernstige COVID-19 werd geregeld in het tweede tot en met vierde lid van artikel 2.2 Rzv. Met artikel I, onderdeel A, subonderdeel 2, komen die artikelleden te vervallen. De overige subonderdelen van artikel I, onderdeel A, en artikel I, onderdeel B, bevatten redactionele wijzigingen die nodig zijn geworden ten gevolge van het vervallen van artikel 2.2, tweede tot en met vierde lid.

### **Artikel II**

Dit artikel bevat overgangsrecht voor verzekerden met ernstige COVID-19 die voor 1 juli 2024 reeds op directe herstelzorg gerichte paramedische zorg ontvingen. Het artikel leidt ertoe dat zij die zorg tot uiterlijk 1 januari 2025 voor rekening van hun zorgverzekering mogen blijven ontvangen. Dit zowel voor verzekerden die op 30 juni 2024 in hun eerste termijn van zes maanden behandeling zaten (zie onderdeel a van het derde lid van artikel 2.2 Rzv zoals dat op 30 juni 2024 luidde) als voor verzekerden die op die datum in hun tweede behandeltermijn van zes maanden zaten (zie onderdeel b van het derde lid van artikel 2.2 Rzv zoals dat op 30 juni 2024 luidde). Indien een eerste termijn na 30 juni 2024 afloopt, is het echter niet mogelijk om voor rekening van de zorgverzekering een tweede termijn te starten.

*De Minister voor Medische Zorg,  
P.A. Dijkstra*