

Paramedische herstelzorg na COVID-19

Sommige mensen hebben tijdens hun herstel na COVID-19 (het nieuwe coronavirus) ernstige klachten of beperkingen. De huisarts of medisch specialist kan in dat geval beoordelen of iemand in aanmerking komt voor eerstelijns paramedische herstelzorg. Deze herstelzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. De herstelzorg wordt tot 1 augustus 2022 onder voorwaarden vergoed uit het basispakket. Een belangrijke voorwaarde is de bereidheid van patiënten om mee te doen aan onderzoek naar het effect van de herstelzorg.

Hieronder staat beschreven wat paramedische herstelzorg na COVID-19 inhoudt. Wie voor herstelzorg in aanmerking komt. En wat de voorwaarden zijn om de zorg te kunnen ontvangen.

Herstellen na COVID-19

Het kan per persoon verschillen hoe lang het duurt voordat je hersteld bent van COVID-19. Veel mensen herstellen snel en in de thuissituatie zonder dat zij extra zorg nodig hebben. Er zijn ook mensen die extra zorg nodig hebben. Soms is zorg nodig in de vorm van medisch-specialistische zorg of geriatrische revalidatiezorg. Ook kunnen mensen bij hun herstel gebruikmaken van de huisarts, de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg wordt vergoed uit het basispakket. Daarnaast is er tijdelijk en onder voorwaarden recht op vergoeding van paramedische herstelzorg uit het basispakket.

Uit welke zorg bestaat paramedische herstelzorg?

Paramedische herstelzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. Het is per patiënt verschillend welke zorg nodig is. Afhankelijk van de klachten beoordeelt de huisarts of medisch specialist of paramedische herstelzorg nodig is en door wie deze zorg gegeven moet worden. Een verzekerde kan dus te maken krijgen met meerdere zorgverleners. De zorg wordt aangepast aan de persoonlijke situatie.

Wie komt in aanmerking voor deze herstelzorg?

Mensen die ernstige COVID-19 hebben gehad, kunnen tijdens hun herstel ernstige klachten of beperkingen ervaren. Voorbeelden van klachten zijn: benauwdheid, conditiegebrek, vermoeidheid, spierpijn of geheugen- en concentratieproblemen. Bij beperkingen kan het gaan om niet kunnen traplopen, problemen hebben met zelfverzorging, slechts kleine afstanden kunnen lopen, geen boodschappen kunnen doen, of je werk niet kunnen doen.

Deze mensen kunnen in aanmerking komen voor vergoeding van paramedische herstelzorg. De huisarts of medisch specialist bepaalt op grond van de klachten welke zorg nodig is. Het is niet noodzakelijk dat iemand positief is getest op het coronavirus. Het is ook niet noodzakelijk dat iemand opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Als iemand thuis ziek is geweest, stelt de huisarts of medisch specialist vast of er waarschijnlijk sprake is geweest van COVID-19 en of de patiënt paramedische herstelzorg moet krijgen. Ook na een herbesmetting met COVID-19 kunnen mensen in aanmerking komen voor de vergoeding van herstelzorg.

Verwijzing voor paramedische herstelzorg

De huisarts of medisch specialist geeft een verwijzing voor paramedische herstelzorg als hij vaststelt dat een patiënt deze zorg nodig heeft. Voor paramedische herstelzorg geldt dat er een periode van maximaal 6 maanden mag zitten tussen het einde van het acute infectiestadium van de COVID-19 en het moment van verwijzing. Na verwijzing moet de 1e behandelsessie binnen 1 maand plaatsvinden.

Het acute infectiestadium 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

infectiestadium heel lang kan aanhouden, met symptomen als hoesten, zuurstofarmoede, koortsaanvallen en algehele malaise.

Sommige patiënten zijn na 18 juli 2020 zonder verwijzing met paramedische herstelzorg gestart. Het is dan aan de huisarts of medisch specialist om te beoordelen of deze patiënten recht hadden op deze vorm van zorg.

Vergoeding van paramedische herstelzorg

Paramedische herstelzorg wordt vergoed vanaf de 1e behandeling. Wel geldt het eigen risico. Paramedische behandelingen die voor 18 juli 2020 zijn gegeven, worden niet vergoed onder deze regeling.

Duur van de behandeling

Het is per patiënt verschillend hoeveel zorg er nodig is. Sommige patiënten hebben aan enkele ondersteunende behandelsessies voldoende. Andere patiënten hebben een behandelprogramma van enkele maanden nodig. De maximale periode van behandeling is 6 maanden.

De behandelaars brengen verslag uit aan de huisarts over de voortgang van de behandelingen. De huisarts beoordeelt na ongeveer 3 maanden of én hoe de zorg voortgezet moet worden.

Maximaal aantal behandelingen in 6 maanden tijd

Het is per patiënt verschillend hoeveel zorg én welke zorg er nodig is. Er is wel een maximum gesteld aan het aantal behandelingen waarvoor vergoeding geldt:

- Fysiotherapie of oefentherapie: maximaal 50 behandelingen
- Ergotherapie: maximaal 10 uur
- Diëtetiek: maximaal 7 uur
- Logopedie: geen maximum

De behandelingen worden vergoed vanaf de 1e behandeling.

2e behandeltermijn

Alleen in uitzonderlijke situaties kan iemand verwezen worden voor nog een behandeltermijn van maximaal 6 maanden. Dit is als iemand specifieke, langetermijnschade heeft door COVID-19. In principe moet een medisch specialist dit vaststellen. Als de medisch specialist inschat dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, kan hij de patiënt een verwijzing geven voor een 2e behandeltermijn van paramedische herstelzorg.

Paramedische herstelzorg na 6 maanden wordt dus alleen voortgezet als iemand specifieke, langetermijnschade heeft. Een voorbeeld van specifieke, langetermijnschade na COVID-19 is een blijvende longafwijking. Als een medisch specialist verwacht dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, dan kan verwijzing voor een 2e behandeltermijn plaatsvinden. Andere voorbeelden van specifieke langetermijnschade zijn blijvende verkortingen van pezen of spieren (contracturen) of blijvende stoornissen aan zenuwen (neuropathieën).

In bijzondere situaties, die meestal te maken hebben met een beperkt of onvolledig uitgevoerde 1e behandeltermijn, mag ook de huisarts verwijzen voor een 2e behandeltermijn van paramedische herstelzorg. De specifieke voorwaarden die in deze situatie gelden staan in het document 'Vragen en antwoorden paramedische herstelzorg na COVID-19'.

De tijdsperiode tussen het einde van de 1^e behandeltermijn en de start van de 2e behandeltermijn is maximaal 4 maanden.

In deze 2e behandelperiode geldt opnieuw een maximale behandelomvang per zorgvorm:

- Fysiotherapie of oefentherapie: maximaal 50 behandelingen
- Ergotherapie: maximaal 10 uur
- Diëtetiek: maximaal 7 uur
- Logopedie: geen maximum

Tijdelijke toelating tot het basispakket

Om zorg vergoed te krijgen uit het basispakket moeten behandelingen bewezen effectief zijn. Op dit moment zijn de effecten van paramedische herstelzorg bij patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt nog niet bewezen. Paramedische herstelzorg kan dus niet zomaar vergoed worden uit het basispakket.

De situatie van de COVID-19-pandemie is uitzonderlijk. We weten nog weinig over het herstel van mensen die ernstig ziek zijn geweest. Wel zien de betrokken beroepsgroepen, zorgverzekeraars, het ministerie van VWS en het Zorginstituut aanwijzingen dat paramedische herstelzorg kan bijdragen aan het herstel.

Om de effectiviteit te onderzoeken en tegelijkertijd patiënten de mogelijkheid te bieden deze zorg vergoed te krijgen, maken we gebruik van een wettelijke regeling. Dit wordt ook wel voorwaardelijke toelating genoemd. De regeling staat in [artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering](#). In zo'n situatie kan de minister voor Medische Zorg besluiten om zorg tijdelijk toe te laten tot het basispakket met als voorwaarde dat er wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van die zorg gedaan wordt. Op deze manier kunnen we te weten komen of deze zorg daadwerkelijk effectief is en permanent in het basispakket zou moeten komen.

Normaal gesproken wordt zo'n onderzoek gedaan met een kleine groep patiënten en komt de zorg pas later breder beschikbaar als de zorg bewezen effectief is. In het geval van COVID-19 is de paramedische herstelzorg in het kader van dit onderzoek direct voor alle Nederlanders beschikbaar gemaakt. Wie deze zorg uit het basispakket vergoed wil krijgen, moet bereid zijn mee te doen aan het onderzoek.

Het onderzoek voldoet aan de vereisten uit de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

Hoe wordt het onderzoek gedaan?

Het onderzoek bestaat uit 2 delen en wordt uitgevoerd door 9 onderzoeksinstituten onder coördinatie van het Radboudumc. Het 1e deel noemen we het retrospectieve onderzoek. Het 2e deel noemen we het prospectieve onderzoek.

- In het 1e deel van het onderzoek worden gegevens over de gezondheid en herstel verzameld uit het behandeldossier van de patiënt. Het 1e deel start zodra de 1e behandeling van paramedische zorg wordt gegeven. De behandelaar legt verschillende gegevens vast over bijvoorbeeld conditie, gewicht en de behandeling die nodig is.
Alleen de anonieme behandelgegevens van de herstelzorg worden gebruikt voor het onderzoek. De patiënt moet mondeling toestemming geven om deze gegevens te delen met de onderzoekers. De zorgverlener legt de toestemming vast in het behandeldossier. Voor het onderzoek wordt gebruik gemaakt van anonieme gegevens. Er worden dus geen persoonsgegevens gedeeld met de onderzoekers. Ook worden er geen gegevens gedeeld over behandelingen die geen onderdeel uitmaken van de herstelzorg.
De toestemming voor het delen van de anonieme gegevens kan op elk moment, zonder reden, ingetrokken worden. Als de patiënt ervoor kiest om te stoppen met het delen van de gegevens, dan stopt de vergoeding voor deze zorg vanaf dat moment.

- Het 2e deel van het onderzoek is gestart in maart 2021. Hiervoor zijn ongeveer 1400 mensen via hun zorgverlener gevraagd om deel te nemen, waarmee de toelating tot dit deel van het onderzoek is gesloten. Voor alle andere patiënten blijft de verplichting gelden om aan het 1e deel van het onderzoek deel te nemen

Meer informatie is te vinden op:

- [De website voor het onderzoek naar paramedische herstellzorg bij COVID-19](#)
- Het document '[Vragen en antwoorden paramedische herstellzorg](#)'

Eigen risico

Voor paramedische herstellzorg na COVID-19 geldt het [eigen risico](#).

Meer informatie

- [Herstellzorg na corona \(video\)](#)
- [Vragen en antwoorden paramedische herstellzorg na COVID-19](#)
- [Informatiebrief over de voorwaarden die gelden bij paramedische herstellzorg na COVID-19](#)
- [Website onderzoek COVID-19 paramedische herstellzorg](#) Informatie over het onderzoek naar paramedische herstellzorg voor patiënten die COVID-19 hebben gehad
- [Kamerbrief vergoeding uit basispakket eerstelijns paramedische herstellzorg na ernstige COVID-19](#)

Brief aan de Tweede Kamer van de minister voor Medische Zorg over de tijdelijke toelating tot het basispakket van eerstelijns paramedische herstellzorg na ernstige COVID-19

- [Wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de voorwaardelijke toelating van paramedische herstellzorg voor COVID-19 \(Staatscourant 17 juli 2020\)](#)

Vanaf 18 juli 2020 wordt paramedische herstellzorg na COVID-19 tijdelijk en onder voorwaarde vergoed uit het basispakket

- [Wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de implementatie van voorwaardelijke toelating van paramedische herstellzorg voor COVID-19 \(Staatscourant 8 september 2020\)](#)

Op 8 september 2020 is de Regeling zorgverzekering aangepast in verband met de implementatie van de voorwaardelijke toelating van paramedische herstellzorg voor COVID-19. Deze aanpassingen gelden met terugwerkende kracht vanaf 18 juli 2020

- [Wijziging van de Regeling zorgverzekering i.v.m. voorwaardelijke toelating van paramedische herstellzorg na COVID-19 \(Staatscourant 29 juni 2021\)](#)

Vanaf 1 juli 2021 zijn enkele onderdelen van de regeling paramedische herstellzorg na COVID-19 aangepast

- [Artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering](#)
Zorgvormen die tijdelijk en onder voorwaarde vergoed worden uit het basispakket
- [Regeling zorgverzekering: artikel 2.6](#)
Overzicht van de hulpmiddelen en verbandmiddelen die vallen onder de Zvw