POST COVID
Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

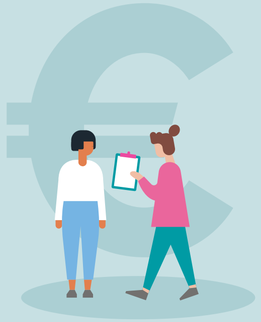
Integrale handreiking post-COVID



Hoofdstuk 7. Bekostiging en vergoedingsroutes

Gefinancierd door
ZonMw

Hoofdstuk 7. Bekostiging en vergoedingsroutes



1. Introductie
2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID
3. Zorgvormen

1. Introductie

Post-COVID is een complexe multisysteemziekte met een wisselend beloop. De zorgvraag is vaak langdurig, multidisciplinair en wisselend in intensiteit. Dit past niet goed bij het Nederlandse bekostigingssysteem dat vooral is ingericht op losse prestaties per discipline. Daardoor kan de huidige vergoeding voor veel post-COVID patiënten ontoereikend zijn vanuit de basisverzekering.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw)[1,2]. Er wordt beschreven hoe de bekostiging/vergoeding voor de geïndiceerde zorg is georganiseerd in de huidige situatie, zowel binnen de basisverzekering als binnen de aanvullende verzekering. Voor wat betreft de aanvullende verzekering voorziet dit hoofdstuk in een korte beschrijving van de meest gangbare situatie.

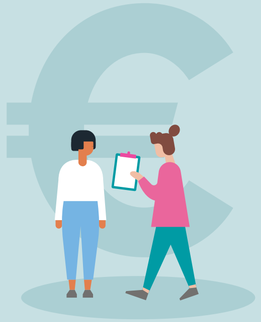
Indien een patiënt blijvend is aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht – en dit voor de rest van het leven zo blijft –, dan kunnen er andere vergoedingen van toepassing zijn die vallen onder Wet langdurige zorg (Wlz). Door de nog onduidelijke prognose bij ernstige post-COVID is een Wlz indicatie erg lastig te organiseren of toegekend te krijgen.

In dit hoofdstuk beschrijven we ook de mogelijkheden die er zijn binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), evenals een passage over de vergoeding via de werkgever. Informatie over de wet- en regelgeving voor mantelzorg ondersteuning en de mogelijkheden daarvoor in de Wmo, onafhankelijke cliënt ondersteuning bij de gemeente, de Wlz en de Zvw kunt u raadplegen in Hoofdstuk 4.3.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 7. Bekostiging en vergoedingsroutes



1. Introductie
2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID
3. Zorgvormen

2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID

Paramedische herstelzorg

Voor huisartsenzorg, paramedische zorg (bijvoorbeeld ergotherapie of logopedie) of psychologische zorg kunnen patiënten met post-COVID gebruik maken van de reguliere vergoeding vanuit de basisverzekering. De diagnose post-COVID geeft patiënten op dit moment geen recht op vergoeding van extra eerstelijnszorg die buiten het basispakket valt.

Gedurende de tijdelijke regeling voor de eerstelijns multidisciplinaire paramedische herstelzorg voor post-COVID-patiënten (van 18 juli 2020 tot en met 30 juni 2024) was dit wél zo. De regeling is echter definitief stopgezet omdat het Zorginstituut Nederland oordeelde dat de zorg geen bewezen meerwaarde had boven natuurlijk herstel[3]. Gedurende deze tijdelijke regeling waren er specifieke codes en systematieken ingericht om deze zorg direct vanuit de basisverzekering te kunnen declareren[4]. De declaratie verschilde per discipline. Voor de fysiotherapie en ergotherapie werkten zorgverzekeraars met speciale CSI-codes (Code Soort Indicatie) die gecombineerd moesten worden met de reguliere prestatiecodes en een specifieke diagnosecode. Zorgverleners stuurden deze declaraties rechtstreeks naar de zorgverzekeraar, waardoor de patiënt (buiten het verplichte eigen risico) geen kosten vooraf hoefde te betalen.

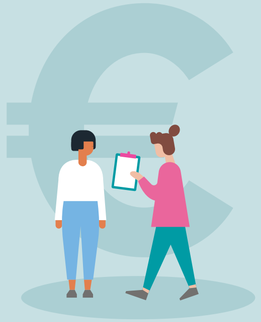
Zorgcoördinatie en afstemming

Zorgcoördinatie en de afstemming tussen zorgverleners over de duur, frequentie en vorm van het zorgcontact met de patiënt worden momenteel slechts beperkt of helemaal niet vergoed. Deze afstemming worden gezien als onderdeel van de reguliere prestatie: het behandeltarief. Dit vormt bij post-COVID een belangrijk knelpunt omdat patiënten met post-COVID vaak klachten hebben op meerdere domeinen en zorg krijgen van verschillende zorgverleners. Zonder goede coördinatie kan versnippering van zorg ontstaan, evenals overlap in diagnostiek een verhoogde belasting bij de patiënt door te veel afspraken. Dat kan vooral negatieve effecten bij patiënten met PEM, ernstige prikkelgevoeligheid of een huis- of bedgebonden situatie hebben. Voor deze groep is zorg vaak alleen haalbaar in de thuissituatie en onder prikkelarme omstandigheden.

OECD rapport

De directe (medische) kosten en indirecte (werkverzuim) kosten worden erg hoog ingeschat bij patiënten met post-COVID. In april 2026 bracht de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD), een rapport uit over ‘De kosten en zorg voor langdurige COVID aanpakken: De lange schaduw van de pandemie’. Het rapport benadrukt dat post-COVID een structurele, zware druk legt op de gezondheidszorg.
Het rapport stelt dat er per patiënt met post-COVID €4000-€5000 per jaar aan medische kosten gemaakt wordt. Dit is twee tot drie keer zo veel als bij personen zonder post-COVID. Deze specifieke gemiddelde bedragen gaan over een brede synthese van meerdere (EU) landen. Daarnaast stelt de OECD dat de indirecte kosten (zoals productiviteitsverlies, ziekteverzuim en vroegtijdige uitval uit het arbeidsproces) de directe medische kosten veruit overstijgen[5].





1. Introductie

2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID

3. Zorgvormen

2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID

Algemene kenmerken van de vergoeding bij verschillende zorgvormen [1]

In onderstaande tabel en paragrafen wordt per zorgvorm beschreven hoe de vergoeding er in de regel uit kan zien.

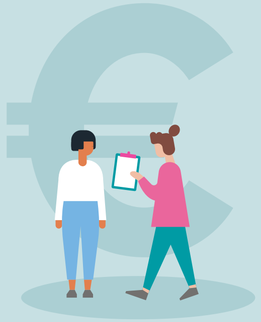
Zorgvormen	Basisverzekering/ Aanvullende verz.	Eigen risico[2]	Eigen bijdrage[2]	Voorwaarde(n)
Huisartsenzorg	Basis	Nee	Nee	-
Medisch specialistische zorg	Basis	Ja	Nee	Effectief volgens stand van wetenschap en praktijk. In sommige gevallen is een machtiging nodig.
Logopedie	Basis	Ja	Nee	Mits medisch doel aanwezig
Fysio- en oefentherapie	Aanvullend	Nee	Nee	-
Ergotherapie	Basis	Ja	Nee	-
Diëtetiek	Basis	Ja	Nee	Mits medisch doel aanwezig. Maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar
Psychologie, GGZ	Basis	Ja	Nee	Mits geclassificeerd als stoornis volgens DSM en behandeld binnen een ggz-organisatie.
Geestelijke verzorging	Basis	Ja	Nee	Vanaf 50 jaar via een Centrum voor Levensvragen; voor jongere patiënten mogelijk via de aanvullende verzekering.

[1] In specifieke gevallen kan de vergoeding afwijken. Raadpleeg bij twijfel polisvoorwaarden, de website van het zorginstituut of neem contact op met de betreffende zorgverzekeraar.

[2] Het eigen risico is het vaste bedrag dat je eerst zelf betaalt voor de meeste zorg uit de basisverzekering voordat de zorgverzekeraar kosten vergoedt, terwijl de eigen bijdrage een vast bedrag of percentage is dat je per keer betaalt voor specifieke zorg (zoals bepaalde medicijnen of behandelingen), ongeacht of je je eigen risico al hebt opgemaakt.



POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding



1. Introductie
2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID
3. Zorgvormen

3. Zorgvormen

Voor meer gedetailleerde informatie wordt hieronder per paragraaf verwezen naar de bijpassende pagina van het Zorginstituut: Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland. Voor het maken van een goede keuze voor een passende zorgverzekering voor de patiënt zelf, verwijzen wij naar de websites van zorgverzekeraars en beschikbare vergelijkingssites van zorgpolissen.

Huisartsenzorg

Huisartsenzorg valt onder het basispakket van de zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). In Nederland fungeert de huisarts als poortwachter, die beoordeelt welke behandeling nodig is en door wie. In de wet is vastgelegd dat reguliere huisartsenzorg standaard volledig in het basispakket zit en is vrijgesteld van het eigen risico en de eigen bijdrage. Dit geldt voor consulten, visites, e-consulten, huisartsenpost en zorg door de praktijkondersteuner (POH) of doktersassistente. Wanneer de huisarts de patiënt doorverwijst voor bijvoorbeeld bloedonderzoek, röntgenfoto's of medicijnen voorschrijft, vallen die kosten wél onder het eigen risico. https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/h/huisarts-zvw

Medisch specialistische zorg

De bekostiging voor medisch-specialistische zorg is meestal gebaseerd op diagnose-behandel-combinaties (DBC's). Echter, er is momenteel (nog) geen bestaande DBC voor post-COVID zorg in het ziekenhuis. Medisch specialisten, bijvoorbeeld de longarts, starten een algemene diagnosecode, zoals dyspnoe (kortademigheid), bij een poliklinisch bezoek, en dat wordt dan ook als zodanig gedeclareerd.

Medisch specialistische behandelingen worden meestal uit het basispakket van de zorgverzekering vergoed, mits ze 'effectief zijn' volgens de stand van de wetenschap en praktijk. Het is belangrijk de polisvoorwaarden te controleren, omdat voor sommige behandelingen vooraf een machtiging van de zorgverzekeraar vereist is. Voor medisch-specialistische zorg wordt geen eigen bijdrage gevraagd, maar deze zorg valt wel onder het verplichte eigen risico.
https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/m/medisch-specialistische-zorg-zvw

Logopedie

De pagina van het Zorginstituut Nederland over logopedie (Zvw) legt uit dat logopedie wordt vergoed vanuit het basispakket, mits de behandeling een medisch doel heeft (zoals spraak-, slik- of stemproblemen). Er geldt geen maximumaantal behandelingen zolang er sprake is van dat medisch doel; in het standpunt van het Zorginstituut staat expliciet "geen maximum" voor logopedie bij herstel of verbetering van spraakvermogen.

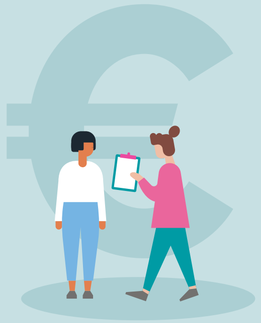
Er wordt geen eigen bijdrage betaald voor logopedie, maar de behandelingen vallen wel onder het verplichte eigen risico van de zorgverzekering.
https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/l/logopedie-zvw

Hulpmiddelen en medicijnen

- Hulpmiddelen en medicijnen worden niet altijd vergoed. Er kan sprake zijn van een eigen bijdrage en/of eigen risico. Hulpmiddelen via de zorgverzekering, bijvoorbeeld therapeutische steunkousen, zijn vaak afhankelijk van de indicatie en de polis.
- Woningaanpassingen zoals een traplift gaan normaliter via de Wmo bij de gemeente. De patiënt kan voor de vergoeding informeren bij de gemeente.

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 7. Bekostiging en vergoedingsroutes



1. Introductie
2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID
3. Zorgvormen

3. Zorgvormen

Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie bij post-COVID klachten komt in de regel niet in aanmerking voor vergoeding uit de basisverzekering. Deze behandelingen worden vooral vergoed uit de aanvullende verzekering. Dit betekent dat men voor deze zorg geen eigen risico betaalt. Het aantal sessies dat vergoed wordt is afhankelijk van het aanvullende pakket waarvoor wordt gekozen.

Er zijn wel een aantal indicaties (chronische aandoeningen) die recht geven op vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie uit de basisverzekering. Dit is voornamelijk het geval wanneer er sprake is van een situatie na een opname in een ziekenhuis of behandeling in een revalidatie instelling. Deze indicaties staan uitgewerkt in de tekst in onderstaande link.
https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/f/fysiotherapie-en-oefentherapie-zvw

Ergotherapie

Voor ergotherapie wordt 10 uur per jaar via de basisverzekering vergoed. Voor deze zorg is het eigen risico van toepassing. Er wordt geen eigen bijdrage gevraagd voor de consulten. Er zijn in enkele gevallen mogelijkheden om deze 10 uur uit te breiden met een aanvullende verzekering. Wat er precies vergoed wordt, hangt af van de polis van de desbetreffende zorgverzekeraar.
https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/e/ergotherapie-zvw

Diëtetiek

Diëtetiek valt onder de Zorgverzekeringswet en wordt vergoed vanuit het basispakket als er een medisch doel is. Als diëtetiek geen medisch doel heeft (bijv. alleen algemene voedingsbegeleiding), wordt het niet vergoed uit het basispakket. Er is een limiet van maximaal 3 uur per kalenderjaar voor diëtetische consulten als de behandeling medisch noodzakelijk is. Vergoeding omvat onder andere een eerste gesprek, diagnose, voedingsadvies, begeleiding en educatie. Er is geen eigen bijdrage verschuldigd voor diëtiek, maar de kosten vallen wel onder het verplichte eigen risico.
https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/d/dietetiek-zvw

Geneeskundige ggz

Behandeling binnen de geneeskundige ggz wordt vanuit de basisverzekering vergoed wanneer sprake is van een psychische stoornis waarvoor verzekerde ggz is aangewezen. De diagnose wordt daarbij gesteld aan de hand van de geldende diagnostische criteria, waaronder de DSM-5.

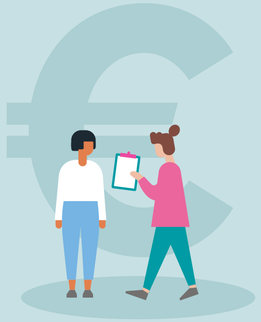
Niet alle psychische klachten geven recht op vergoeding vanuit de geneeskundige ggz. Problemen zoals werkstress, rouw en overspanning vallen bijvoorbeeld niet zonder meer onder verzekerde ggz. De behandeling moet daarnaast voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

De bekostiging van de geneeskundige ggz verloopt via het zorgprestatiemodel (ZPM). Daarbij wordt de vergoeding bepaald door de geleverde zorgprestaties en niet rechtstreeks door de diagnose. Voor geneeskundige ggz geldt geen eigen bijdrage, maar het verplichte eigen risico is wel van toepassing.

Ondersteuning door de POH-GGZ valt onder de huisartsenzorg. Hiervoor geldt geen eigen risico. Dit is niet afhankelijk van het hebben van een specifieke psychische diagnose.
https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/p/psychologische-behandelingen-zvw

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding

Hoofdstuk 7. Bekostiging en vergoedingsroutes



1. Introductie
2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID
3. Zorgvormen

3. Zorgvormen

Geestelijke verzorging

Voor patiënten van 50 jaar en ouder worden gesprekken met een geestelijk verzorger via een Centrum voor Levensvragen vergoed. Kijk op deze kaart voor een Centrum voor Levensvragen in de buurt. De bekostiging loopt via het Netwerk Palliatieve Zorg. Voor patiënten jonger dan 50 jaar kunnen de kosten voor geestelijke verzorging in sommige gevallen gedeeltelijk worden vergoed vanuit een aanvullende verzekering, bijvoorbeeld wanneer de geestelijk verzorger is aangesloten bij de erkende beroepsvereniging NVPA (Nederlands Verbond voor Psychologen, psychosociaal therapeuten en Agoge; Discipline: Geestelijke Zorg (spiritual care)). De vergoeding vanuit de basisverzekering is beperkt en, indien van toepassing, valt deze onder het verplichte eigen risico. Indien vergoed uit de basisverzekering, dan is er geen eigen bijdrage.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Bij de gemeente kan een aanvraag worden ingediend voor voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp, een scootmobiel, woningaanpassingen, sociaal/maatschappelijk werk of psychosociale begeleiding. De eventuele vergoeding van deze ondersteuning valt onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).

Voor Wmo-voorzieningen geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Gemeenten mogen een eigen bijdrage vragen voor de Wmo-ondersteuning die zij patiënten thuis aanbieden. Voor de meeste Wmo-hulp is de eigen bijdrage maximaal € 21,00 per maand. Gemeenten kunnen een lagere eigen bijdrage vaststellen, bijvoorbeeld voor huishoudens met een minimuminkomen.

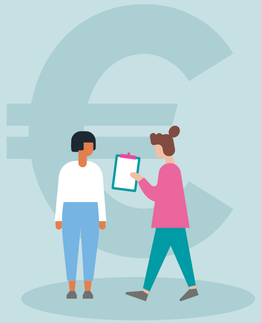
Lokaal bestaan initiatieven voor lotgenotencontact in samenwerking met de gemeente. Dit contact wordt zeer gewaardeerd door patiënten met post-COVID (zie hoofdstuk 5).

Vergoeding via de werkgever

Een werkgever kan onder voorwaarden individuele zorgkosten (zoals fysiotherapie) vergoeden. Dit verloopt doorgaans via de fiscale regeling van de werkkostenregeling (WKR). Deze vergoedingen komen meestal ten laste van de vrije ruimte binnen de WKR. Dit betekent dat de werkgever moet beoordelen of er voldoende vrije ruimte beschikbaar is om deze kosten te vergoeden. Er is geen garantie dat alle zorgkosten vergoed kunnen worden zonder fiscale gevolgen. Dit is afhankelijk van de aard van de vergoeding, de gebruikelijkheid, en de wijze waarop de regeling is vormgegeven. https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/personeel-en-loon/content/werkkostenregeling



Hoofdstuk 7. Bekostiging en vergoedingsroutes



1. Introductie

2. Bekostiging van zorg bij patiënten met post-COVID

3. Zorgvormen

Colofon

Hoofdschrijver van 7. Bekostiging en vergoedingsroutes
Dr. Gijs Lemmers – Adviseur bekostiging transmurale zorgpaden (Radboudumc)

Medeschrijver van 7. Bekostiging en vergoedingsroutes
Dr. Marcia Spoelder-Merkens – Assistant professor, Projectleider WP7 PCNN (Radboudumc)

De volgende mensen willen bedanken voor het geven van feedback en suggesties op 7. Bekostiging en vergoedingsroutes:

1. Harald Miedema – Zorginstituut Nederland)
2. Iris Groeneveld – Zorginstituut Nederland
2. Anne Meijs – Senior beleidsmedewerker (VWS)
3. Dr. Mariëlle Goossens – Associate Professor revalidatiegeneeskunde (Maastricht Universiteit)
4. Dr. Lieke Maas – Post-doc revalidatiegeneeskunde (Maastricht Universiteit)
5. Dr. Gert-Jan Braunstahl – Longarts Expertisecentrum post-COVID (ErasmusMC)
6. Narita Saija – Ervaringsdeskundige (PostCovidNL)
7. Dr. Willem Pieters – Longarts Somnoloog (C-support en Nederlands Slaap Instituut)
8. Dr. Carina Pittens – Ervaringsdeskundige (PostCovidNL)
9. Dr. Lous Rijssenbeek-Nouwens – Longarts (C-support)
10. Dr. Susanne Young – Senior wetenschapper, neuropsycholoog (Radboudumc)
11. Dr. Miek de Dreu – Onderzoeker, projectmanager (LUMC)
12. Dr. Isolde Driesen – Senior wetenschapper, maatschappelijk werker (Radboudumc)
11. Jantien Dopper – Ervaringsdeskundige (PostCovidNL)
11. Ynske Jansen – Ervaringsdeskundige (ME steungroep)



Referenties

1. https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering
2. Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland
3. Zorginstituut: geen aantoonbare werking paramedische herstelzorg bij post-COVID | Zorginstituut Nederland
4. https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2020/09/24/vergoeding-van-paramedische-herstelzorg-na-covid-19
5. Full Report: Addressing the Costs and Care for Long COVID | OECD

POST COVID Netwerk Nederland
Samenwerken vanuit verbinding