Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e @minvws.nl
Cc: 5.1.2e 5.1.2e
Onderwerp: Escalatie bij financiering van MSR-behandeling bij Long Covid
Datum: woensdag 23 februari 2022 15:26:33

Beste 5.1.2e

De financiering van de behandeling van Long-Covid verloopt uitermate problematisch. Mogelijk kan VWS helpen met een doorbraak.

De situatie is als volgt:
Een deel van de met Covid besmette mensen ontwikkelt langdurige klachten. Het overgrote deel van deze Long-Covid patiënten herstelt zelf of kan terecht in de eerste lijn. Bij een klein percentage (schatting: 3-5%) is de problematiek zo complex en ernstig dat zij worden doorverwezen naar de tweede lijn. In overeenstemming met de FMS-richtlijn 'Nazorg voor patiënten met Covid-19' en triageprotocollen kloppen zij bij de medisch specialistische revalidatie aan. Niet onlogisch gezien onze multidisciplinaire expertise met domein-overstijgende problematiek en terugkeer naar de maatschappij. Zie ook het rapport van de Gezondheidsraad *Langdurige klachten na COVID-19. Contouren van het post-COVID-syndroom*.

Bij een deel van mijn leden kunnen deze Long-Covid-patiënten worden behandeld. Soms volstaat een consult, soms is een poliklinische behandeling nodig. De financiering hiervan is een probleem. Omdat er logischerwijs nog onvoldoende evidence is, vinden zorgverzekeraars dat de behandeling niet onder de aanspraak van de ZVW mag vallen. Daar is tegenin te brengen dat MSR een open aanspraak is, waarbij de revalidatiearts de indicatie stelt. Bovendien: bij een nieuwe diagnose is een evidence-based behandeling ten principale onmogelijk. Maar in Nederland behandelen we volgens de stand van wetenschap *en praktijk*, en in de praktijk is wel degelijk ervaring opgedaan, met vergelijkbare diagnoses. Bovendien: wat is het alternatief? Niet behandelen? Terugsturen naar de eerste lijn?

Omdat we dit al voorzagen hebben wij met onze artsen afgelopen zomer een propositie geschreven voor een product voor onderzoek en zorg rond Long-Covid (indertijd ook naar jullie gestuurd). Gedachte: we leveren zorg en tegelijk onderzoeken we wat de meerwaarde van de behandeling is. Dat doen we transparant en samen met zorgverzekeraars en ZIN. Zo hoeven we patiënten niet in de kou te laten staan en kunnen we na verloop van tijd samen concluderen of de behandeling landelijk uitgerol kan worden dan wel stop gezet moet worden. Een project in het kader van Veelbelovende Zorg moet dit plan concretiseren (in dit programma worden onderzoek en zorg vergoed). Dit zijn echter lange trajecten.

In de tussentijd wordt een klein deel van de patiënten met Long-Covid naar ons doorverwezen. Wij kunnen en willen hen behandelen, mits de eerste / anderhalve lijn geen soelaas biedt. Maar dan moet dat wel gefinancierd worden. Vorige week hebben de zorgverzekeraars besloten dat MSR-behandelingen bij Long-Covid vergoed kunnen worden, zij het onder strenge voorwaarden. Wij hebben begrip voor de taak van zorgverzekeraars in kostenbeheersing en passende zorg. De voorwaarden van stepped care en domeinoverstijgend onderschrijven wij daarom volledig. Maar andere voorwaarden maken behandeling in de praktijk onwerkbaar. (Zie voor details de mailwisseling hieronder.) Met name het machtigingsbeleid kunnen wij niet accepteren. Dan kunnen we deze patiënten beter direct naar het spreekuur van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar sturen, zodat die kan doorverwijzen. Het is een principieel punt: onze leden

vinden dat de indicatiestelling de taak van de revalidatieartsen is en moet blijven en vinden het bovendien niet maatschappelijk verantwoord dat de administratieve last nog meer toeneemt, terwijl verzekeraars al verschillende instrumenten hebben om de kosten te beheersen. Wij nemen onze verantwoordelijkheid in de naweeën van de pandemie, maar dan moet er wel een deugdelijke constructie onder liggen. Als gezegd gaat het om een tijdelijke constructie, totdat veelbelovende Zorg gaat lopen en/of totdat er meer bewijs is voor de waarde van de MSR-behandeling.

Mijn vraag aan jou is tweeledig:

1. Kan en wil VWS een rol spelen om uit deze impasse te komen? Ik doe het nl liever achter de schermen dan via krantenkoppen en talkshows.
2. Ligt er wellicht een alternatieve, tijdelijke oplossing in Voorwaardelijk toegelaten zorg?

Dank voor jullie hulp.
Vanzelf zeer bereid om extra informatie en achtergronden te verstrekken.

Hartelijke groet,
5.1.2e

5.1.2e
5.1.2e

Revalidatie Nederland - *opnieuw leren leven*

Telefoon: 06 5.1.2e / 030 5.1.2e
www.revalidatie.nl | Revalidatie Magazine

Van: 5.1.2e
Verzonden: woensdag 16 februari 2022 23:07
Aan: 5.1.2e <5.1.2e@zn.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@revalidatie.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e@zn.nl>
Onderwerp: RE: voorwaarden long-covid, richtlijn 'Nazorg voor patiënten met COVID-19'

Beste 5.1.2e

Vanmiddag hebben de besturen van RN en VRA zich gebogen over het voorstel met criteria om behandeling bij Long-Covid te vergoeden. Graag koppel ik hierbij hun overwegingen aan je terug.

RN en VRA hebben begrip voor de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om zorgkosten te beheersen en toe te zien op passende zorg op de juiste plaats. Ook bij de corona pandemie en de naweeën daarvan hechten wij aan die uitgangspunten.

Gelukkig is er in veruit de meeste gevallen bij Covid sprake van een snel, spontaan en volledig herstel. Voor patiënten bij wie dit spontane herstel uitblijft, is ondersteuning op

basis van paramedische herstelzorg veelal voldoende. Tegelijk worden we geconfronteerd met Long-Covidpatiënten die de eerste lijn doorverwijst naar meerdere RN-leden met poliklinisch en dagbehandelings-aanbod. Met onze interdisciplinaire expertise zijn die doorverwijzingen niet onlogisch. Toch wordt het overgrote deel terugverwezen naar de eerste lijn, al dan niet na een assessment. Bij een klein deel van de long-covid patiënten is de ondersteuning in de 1ste lijn onvoldoende. Dit werd bevestigd in het recente rapport van de Gezondheidsraad en de richtlijn 'Nazorg'.

Wij weten niet of een MSR-behandeling voor deze kleine groep hun problemen verhelpt. Sterker nog, wij weten niet of behandeling van deze patiënten wel onder de MSR valt. Dat is exact de reden waarom wij onze propositie hebben ontwikkeld en nu onderzoeken schrijven die hierop een antwoord geven. Maar intussen kloppen deze mensen wel bij ons aan, en neemt de maatschappelijke druk op zorgaanbieders en zorgverzekeraars toe om hier iets aan te doen. Ook wanneer er nog geen sluitend bewijs is voor de meest aangewezen behandeling. Dit geldt overigens al de gehele covid pandemie voor alle behandelingen die zijn gegeven in de 1^{e}, 2^{e} en 3^{e} lijn. Het is bij een bij een onbekende nieuwe ziekte logisch dat het meer om praktijk gaat dan om wetenschap.

Wij zien het als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid om patiënten met complexe, langdurige restproblematiek en uitval op passende wijze te helpen. De juiste balans die gevonden moet worden is die tussen enerzijds mensen met een reële en complexe zorgvraag waarvoor nog geen evidence based behandeling is, en anderzijds passende, beheersbare financiering van deze behandeling.

Een machtigingsbeleid is in onze ogen geen passende oplossing. Juist omdat evidence en beoordelingskader ontbreken, zien wij niet hoe een medisch adviseur op afstand een behandelindicatie kan verifiëren. Naast onnodige administratieve last leiden machtigingen tot subjectieve toetsing aan niet-wetenschappelijk onderbouwde kaders.

Wij zien meer heil in een analogie met de bekostiging van Covid-patiënten op de IC - ook voor hen was niet duidelijk wat de juiste behandeling was en ook bij hen moest de behandeling vergoed worden. Mogelijk biedt een tijdelijk fonds met een beperkt volume en een beperkte tijdspanne een uitweg; daarbij is de exacte betaaltitel ons om het even. De verdere criteria kunnen we verdere uitwerken. Enkele elementen: de revalidatiearts stelt de indicatie plaats op basis van de uitgangspunten zoals beschreven door de beroepsgroep (nota indicatiestelling van de VRA; er is per definitie sprake van een complexe en meervoudige hulpvraag die naar verwachting niet zonder verdere interventie significant zal verbeteren). Stepped/matched care is essentieel -dit sluit aan bij onze propositie en bij de adviezen en triageprotocollen die in de afgelopen periode zijn ontwikkeld. Bij de behandeling worden bestaande modules gebruikt, waarvan de prijzen onlangs door de NZa zijn herijkt.

Als revalidatiesector zijn wij bereid met steun van ZN en met instemming en NZa en ZIN te verkennen op welke wijze we samen een tijdelijke bekostiging kunnen realiseren voor de behandeling van de meest complexe long-covidpatiënten.

Als gezegd krijgen onze leden patiënten met complexe long-covid problematiek doorverwezen. Zonder passende financiering zullen zij echter stoppen met de indicatiestelling en behandeling van deze patiënten. Om ervoor te zorgen dat de workload niet elders in de keten wordt neergelegd, zouden we daarom graag op zeer korte termijn verder kijken hoe we hier samen uit kunnen komen.

Groet, 5.1.2e

5.1.2e
5.1.2e

Revalidatie Nederland - *opnieuw leren leven*

Telefoon: 06 5.1.2e / 030 5.1.2e
www.revalidatie.nl | Revalidatie Magazine

Van: 5.1.2e <5.1.2e@zn.nl>
Verzonden: dinsdag 15 februari 2022 14:58
Aan: 5.1.2e <5.1.2e@revalidatie.nl>; 5.1.2e <ac.dezwart@revalidatie.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e@zn.nl>
Onderwerp: RE: voorwaarden long-covid, richtlijn 'Nazorg voor patiënten met COVID-19'

Beste 5.1.2e en 5.1.2e

Dank voor jullie reacties maar jullie brengen ons hiermee wel in een lastige positie. Zoals besproken is het voor verzekeraars belangrijk om af te bakenen voor welke groep we een afwijking op de wetgeving tijdelijk toestaan. Verzekeraars mogen niet zo maar zorg vergoeden buiten de aanspraak kaders van de Zvw. Om financiering – in afwachting van de subsidie- toch mogelijk te maken zijn er twee opties:

1. We zorgen scherpe in- en exclusie criteria voor de instroom in de MSR waarmee de instroom gedefinieerd wordt (en verzekeraars achteraf kunnen controleren)
2. We hanteren een machtiging waarmee de verzekeraar aan de start van de behandeling aan de behandelaar duidelijkheid geeft dat de zorg vergoed zal worden.

Aangezien het nieuwe zorg betreft waarover nog veel onzekerheden zijn is een uitwerking volgens route 1 niet haalbaar. We moeten eerst meer onderzoek doen met elkaar om scherper te krijgen welke patiënt baat hebben bij welke zorg.
Het advies van de gezondsheidsraad geeft dit eigenlijk ook aan.

Hiermee blijft voor ons route 2 over. Dit doen we niet vanwege het klassieke toezicht op de doelmatigheid maar om te voorkomen dat aanbieders de dupe wordt van het leveren van zorg in het nog te onderzoeken gebied (het na afloop afkeuren van de geleverde zorg door de zorgverzekeraar). Deze route is dus juist gericht op het verkleinen van onzekerheden voor patiënt en behandelaar en het vooraf aangaan van de dialoog. Verzekeraars zijn ook geen fan van de extra administratieve lasten maar gezien de situatie en het belang van de zorg voor deze patiënt groepen hebben 5.1.2e en ik verzekeraars toch kunnen motiveren om deze mogelijkheid te bieden. Hierbij hebben we met de voorwaarden enigszins geprobeerd om duidelijke te maken aan welke problematiek wij denken in het kader van de long-COVID. Wij denken dat deze insteek helpt in de machtigingsdialoog.

Wanneer jullie aangegeven dat deze 2e route voor jullie geen begaanbare route is blijven er voor ons geen opties meer over. Verzekeraars zullen niet akkoord geen met een ongeclausuleerde vergoeding buiten het aansprakenkader.

In deze afweging speelt niet alleen het belang van long-COVID mee maar ook het belang van andere zorg(aanbieders) die aan de deur kloppen voor een vergoeding. Als verzekeraars moeten we onze acties kunnen verantwoorden.
Waarom long-COVID wel maar andere zorg niet?

Kortom voor verzekeraars is de machtigingsroute op dit moment de enige route voor het aanbieden van een tijdelijke financiële steun.
Wanneer deze optie door jullie bestuurders wordt afgewezen hebben wij geen alternatief en kunnen zorgverzekeraars dus niet tijdelijk te hulp schieten.
5.1.2e en ik zijn dan ook benieuwd wat er morgen uit jullie bespreking komt. Donderdagmiddag zitten we met verzekeraars om de beslissing voor de machtiging te bestendigen.

Indien RN en VRA niet akkoord gaan, is er op dit moment geen oplossing waardoor pure willekeur gaat ontstaan voor alle partijen (patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar) met alle gevolgen van dien. Neem in het achterhoofd ajb mee, dat er natuurlijk altijd overleg gepleegd kan worden met de desbetreffende Adviserend Geneeskundige voor verdere onderbouwing/uitleg via de dialoog.

Groeten
5.1.2e