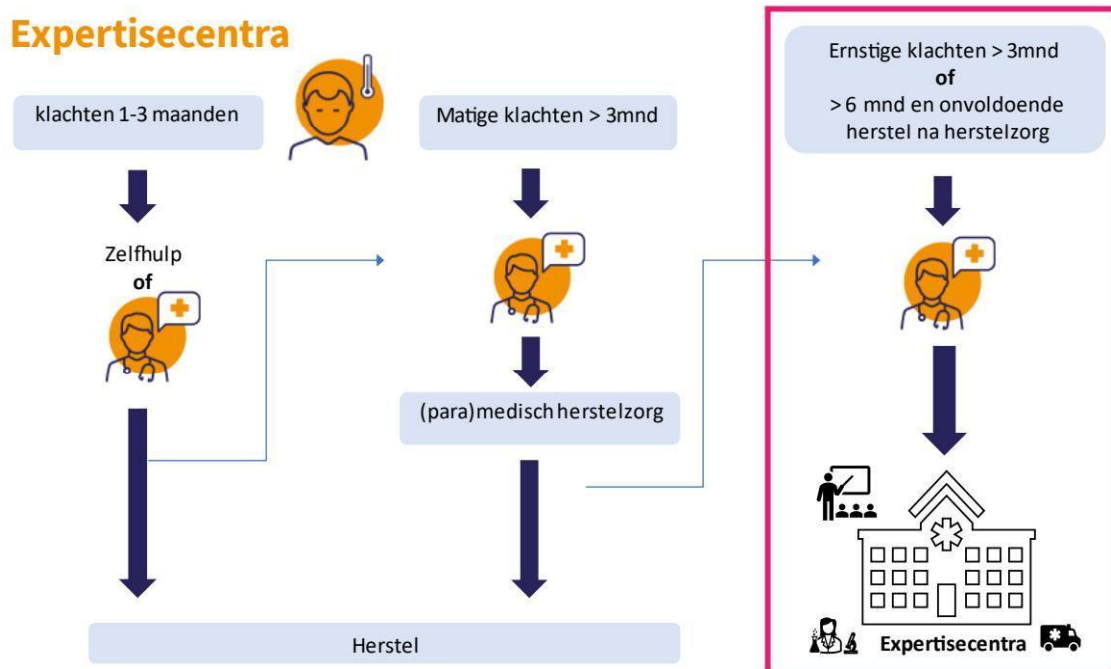


Wat zijn de in/exclusie criteria?

De in- en exclusie criteria zijn nog niet volledig uitgekristalliseerd. De definitieve selectiecriteria dienen in breder verband (C-support met o.a. klinische onderzoekers en zorgprofessionals met veel praktijkervaring met post-COVID patiënten) afgestemd te worden. Onze suggesties zijn op basis van onze ervaringen met inmiddels ruim 27.000 patiënten en een brede kijk die wij hebben op de huidige zorg voor post-COVID patiënten door onze verbindingen met (paramedische en medische) zorgprofessionals werkzaam in zowel de eerste als de tweedelij.



Een selectie kan plaatsvinden aan de hand van vooraf bepaalde criteria zoals ziektelast of ziekte duur en/of een combinatie hiervan (zie figuur hierboven). Het merendeel van de patiënten met milde of enkelvoudige, weinig beperkende klachten, kan derhalve terecht binnen de eerstelij. Een minderheid met een hoge ziektelast en daarbij veel beperkingen in het dagelijkse leven op verschillende domeinen, dient gespecialiseerde zorg binnen de expertisecentra te krijgen. Het MIT schat in dat er zo'n 90.000 patiënten zijn die dusdanig ernstige en langdurige klachten aan COVID-19 hebben overgehouden, dat zij niet meer kunnen meedoen aan de samenleving (bron: <https://open.overheid.nl/documenten/c7f4b621-f6a5-4cf4-bee3-ddf039caf2a9/file>)

Binnen de PINCOR studie is ook gevalideerde ziektelast meter in ontwikkeling die tevens zou kunnen bijdragen aan de selectie (bron: [Persoonsgerichte, integrale nazorg COVID-19 in de regio \(PINCOR\) | ZonMw Projects](#)).

Hoe verloopt een verwijzing?

De verwijzing verloopt zoals gebruikelijk via de huisarts, bedrijfsarts of specialist.

Is het zorgconcept voldoende uitgekristalliseerd/uniform?

Nee. Het post-COVID syndroom is een nieuw ziektebeeld waarbij inzichten nog volop in ontwikkeling zijn. In dit stadium is een intensieve wisselwerking tussen zorg en wetenschap cruciaal om de zorg te blijven aanpassen/vormgeven naar gelang er meer inzichten komen vanuit de praktijk, dan wel

vanuit de wetenschap. Er zijn echter al verschillende zorgpaden in ontwikkeling vanuit zowel de eerste als de tweedelij. Afstemming tussen de verschillende initiatieven zal met mogelijkheden voor financiering wel snel bewerkstelligd kunnen worden. C-support, klinische onderzoekers en zorgprofessionals met praktijkervaringen met deze patiëntenpopulatie, kunnen dit gezamenlijk oppakken.

Het wordt steeds duidelijker dat het post-COVID syndroom een systeemziekte betreft (bron: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00299-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00299-6/fulltext)). Patiënten presenteren zich met een scala aan klachten verspreid over verschillende orgaansystemen. Er zijn reeds 200 verschillende klachten geïdentificeerd die onderdeel kunnen uitmaken van het post-COVID syndroom. De ernstige patiënten hebben vaak gemiddeld meer dan 10 klachten en bezoeken gemiddeld zo'n 7 zorgverleners (bron: [Rapport jaar 1 Meerjarig Long COVID onderzoek - C-support](#)). Het post-COVID syndroom laat tegelijkertijd heel duidelijk de beperkingen zien van orgaanspecialisten bij gebrek aan samenwerking.

De klachten leiden tot flinke beperkingen in het dagelijkse leven met ook een vergaande impact op psychisch welbevinden, sociale leven en op gebied van arbeid en inkomen. Dit behoeft een herstructurering van de zorg. Een multidisciplinaire aanpak door dedicated teams, volgens het biopsychosociaal model is hierbij van groot belang. Naast aandacht voor diverse medische klachten door verschillende zorgprofessionals binnen de eerste (o.a. huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist) en tweedelij (o.a. revalidatiearts, sportarts, internist, cardioloog en neuroloog) dient er ook aandacht te zijn voor problematiek op psychisch vlak (o.a. psycholoog, POH-GGZ) en ondersteuning op het gebied van arbeid en inkomen (o.a. maatschappelijk werker, bedrijfsarts, arbeidsdeskundige).

Globaal genomen omvat de behandeling momenteel het uitsluiten van andere diagnoses als mogelijke verklaring voor de klachten, uitleg over belastbaarheid/belasting en energiemangement, duiding en advies over andere karakteristieke kenmerken van post-COVID (autonome dysfunctie en inspanningsintolerantie), symptoombehandeling van overige klachten, ondersteuning op diverse vlakken door beperkingen in dagelijkse functioneren. Het inzetten van diverse (zorg)professionals gebeurt op individueel niveau afhankelijk van de specifieke situatie en behoeften (zie hierboven).

Hoe ziet dat eruit, welke zorg wordt geleverde door welke specialismen/beroepsbeoefenaren?

Zie antwoord hierboven.

Gaat het om (basis)verzekerde zorg?

De zorg wordt momenteel reeds voor groot deel vergoed vanuit de basisverzekering. De patiënt komt bij de huisarts voor diagnostiek en behandeling, maar ook het uitsluiten van andere oorzaken voor de klachten. De huisarts verwijst de patiënten doorgaans voor paramedische herstellzorg of naar de specialist voor medisch specialistische behandeling. Omdat er nog geen specifieke behandeling is voor het post-COVID syndroom, is symptoombehandeling vaak aangewezen.

Gaat het om medisch specialistische zorg?

Het betreft ook medisch specialistische zorg. Patiënten bezoeken momenteel verschillende medische specialisten. Deze zorg is echter erg versnipperd en de onderlinge afstemming tussen de verschillende specialisten blijft doorgaans uit. Momenteel zien specialisten, post-COVID patiënten met specifieke aanhoudende klachten. De longarts ziet bijvoorbeeld een patiënt voor zijn "dyspnoe", de cardioloog ziet diezelfde patiënt vanwege "hartkloppingen" en de MDL arts ziet dezelfde patiënt voor zijn "maag-darm klachten".

Vaak zijn de individuele specialisten echter onvoldoende bekend met de betekenis van deze klachten binnen dit nieuwe ziektebeeld en blijft na uitsluiting van de voor de specialist bekende oorzaken voor de klachten, adequate ondersteuning doorgaans uit.

Wat zijn de mogelijkheden voor vergoeding in de bestaande systematiek (wat zijn gerelateerde specialismen/zorgproducten). De algemene lijn is dat e.e.a. gedekt zou moeten kunnen worden vanuit bekostiging voor reguliere vervolgzorg (bv. bij longinfecties)

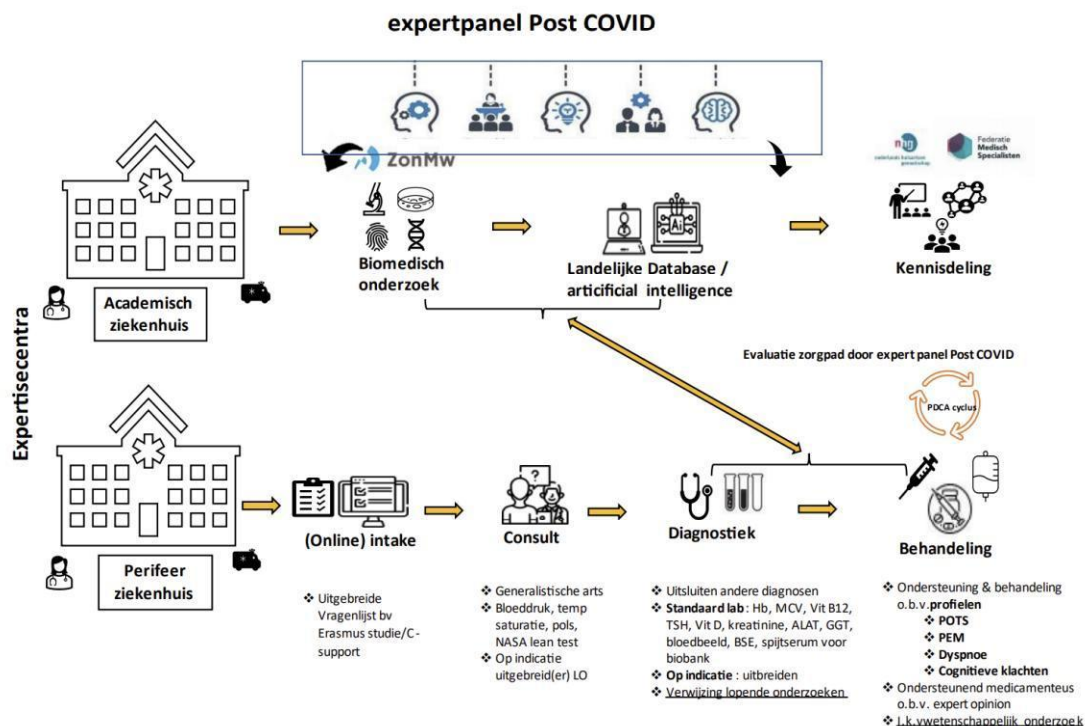
De vergoeding via basis (verzekerde) zorg en (verzekerde) medische specialistische zorg kan in stand blijven, de zorg dient echter op andere wijze georganiseerd te worden. De patiënten dienen te worden behandeld in centra waar kennis en expertise gebundeld is. Er dient financiering te komen voor deze anders vormgegeven zorg/ centra.

Wij zijn onvoldoende bekend met mogelijkheden/regelgeving voor bekostiging. Wel kunnen wij proberen te schetsen wat de tekortkomingen zijn binnen de huidige structuur.

Er is geen separate DBC "post-COVID" beschikbaar. Vaak worden patiënten vanwege "dyspnoe" verwezen naar een longarts, of "hartkloppingen" naar een cardioloog of "vergeetachtigheid" naar een neuroloog. Op dit veld wordt dan onderzoek gedaan, en de betreffende DBC gedeclareerd. Een aantal academische poliklinieken, die op initiatief van een betrokken lokale specialist, meer integrale zorg aan hun patiënten probeerden te leveren, hebben hun deuren moeten sluiten. De DBC's stonden niet in verhouding tot de complexiteit van de zorgvraag en de hoeveelheid tijd en diagnostiek die het kost om de zorg voor de patiënten te leveren. Daarnaast mogen de academische ziekenhuizen alleen topreferente zorg leveren en draagt de DBC negatief bij aan de Robijn score, tenzij patiënten reeds bij meerdere andere specialisten zijn geweest (=geen zinnige en zuinige zorg). Bovendien was er nauwelijks sprake van multidisciplinaire samenwerking binnen deze poliklinieken. Er is derhalve een noodzaak aan een herstructurering van de post-COVID zorg en een bekostiging hiervan.

Een mogelijke koppeling tussen de wetenschap in de academie en de zorg in de perifere centra is hieronder in een figuur weergegeven. Deze dient nog verder uitgewerkt te worden, met ook de verbinding met en naar de eerstelijns. Hierbij kan middels gestandaardiseerde zorgpaden binnen expertisecentra, gebruikelijke en vergoede zorg geleverd worden in een multidisciplinaire setting (gebruikmakend van dedicated teams) waarbij afhankelijk van de individuele situatie een aantal zorgprofessionals worden betrokken.

Vanuit de overheid is inmiddels subsidie toegekend voor een expertisenetwerk waarin wetenschappelijk onderzoek en kennisdeling zullen worden opgepakt. Voor het onderdeel zorg (onderste deel van figuur) dient echter nog financiering te komen.



Zijn de kosten te relateren aan de directe patiëntenzorg?

Ja. Momenteel worden er veel kosten gemaakt door de ongecoördineerde en inefficiënte manier van zorgverleners, die niet is toegespitst op de zorgvraag en behoefte van de patiënten. Dit maakt dat patiënten onnodig van zorgverlener naar zorgverlener gaan. Deze kosten kunnen worden teruggebracht door de juiste expertise te bundelen binnen expertisecentra. Patiënten bezoeken momenteel doorgaans artsen die weinig kennis hebben van het post-COVID syndroom en door de schrijnende situatie van de patiënten zullen huisartsen en specialisten mogelijk geneigd zijn deze steeds weer door te verwijzen. Ook binnen C-support hebben wij reeds 27.000 mensen van advies voorzien, ook dit is bijkomende bekostiging via VWS. Ook het grote aantal patiënten die wij bij C-support ondersteunen, laat zien dat de ondersteuning binnen de reguliere zorg niet toereikend is.

Bestaat er een onderzoeksvraag op bekostiging?

Momenteel niet. Maar de onderzoeksvraag zou onderdeel van een pilot kunnen zijn of kosten bespaard kunnen worden indien de zorg efficiënter wordt ingericht (kosten baten analyse).

Wat is het grootste financiële knelpunt waar nu tegen aangelopen wordt?

Zie bovenstaande antwoorden.


Hoe zien de zorgverzekeraars de bekostiging van deze zorg voor zich? Wat doen zij momenteel?

In algemene zin zien zij voor zichzelf nog geen rol weggelegd aangezien de zorg nog in ontwikkeling is en er dus geen volledig uitgekristalliseerd zorgpad met een eenduidig wetenschappelijk bewezen behandelplan klaarligt. Echter voor de meeste klachten is er wel ondersteuning mogelijk binnen de reguliere basis en specialistische zorg.

De uitzondering hierop zijn CZ en VGZ die in Provincie Noord-Brabant bereid zijn mee te denken over een pilot.

Als voorbeeld waar op dit moment post covid zorg verleend wordt, hebben we kort gesproken over Bernhoven. Hoe is deze zorg op dit moment vormgegeven in Bernhoven? Welke dbc's gebruiken zij? Als ik mij goed herinner is er in het vorige overleg aangegeven dat er een plan klaar ligt bij Bernhoven dat al besproken is met zorgverzekeraars. Is dit iets dat landelijk uitgerold kan worden?

Wij hebben geen kennis van welke dbc's gebruikt zullen worden. Dit wordt nog verder uitgewerkt tussen de betrokken zorgverzekeraars en Bernhoven. C-support zal met name betrokken zijn bij de inhoudelijke vormgeving van het beoogde zorgpad voor patiënten. Idealiter wordt er een uniform landelijk zorgpad (voor eerste en tweedelij) uitgerold in samenspraak met o.a. klinische onderzoekers en zorgprofessionals met veel praktijkervaring op gebied van post COVID. Wellicht goed om de betrokken zorgverzekeraars ook mee te nemen in een vervolgesprek?

Wat is de scope (en looptijd) van de ZonMw subsidie. Gaat dit sec om het onderzoek of omvat dit ook het opzetten van een organisatievorm en eventueel landelijk (verwijs)beleid. 

Binnen ZonMw wordt er gewerkt aan het opzetten van een post-COVID consortium, waarvoor er momenteel een subsidieaanvraag is uitgezet (bron: [Onderzoeks- en expertisenetwerk post-COVID | ZonMw](#)). Dit heeft als belangrijkste doel onderzoeken/onderzoekers te bundelen tot 1 consortium en kennis te delen. Eind december 2023 zal toekenning van de subsidies worden bekendgemaakt. Looptijd van het project is drie jaar. Het organiseren en/of financieren van de zorg maakt hier geen onderdeel van. Zowel ZonMw als VWS geven aan zorg niet te kunnen financieren.