

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

5.1.2e

Ontworpen door

5.1.2e

M +31 5.1.2e  
5.1.2e @minvws.nl

Datum  
15 juni 2020

Kenmerk

Zaaknummer

5.1.2e

# nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft	Overleg Revalidatie Nederland
Vergaderdatum en -tijd	23 juni 2020
Vergaderplaats	Webex

Paraaf 5.1.2e

Paraaf 5.1.2e

## 1 Aanleiding en doel overleg

Revalidatie Nederland heeft in vervolg op het werkbezoek van 20 februari jl. bij Revant Revalidatie om een gesprek gevraagd. Op 27 mei is per mail door RN bijgevoegde brief (Post-IC capaciteit) aan minister De Jonge toegestuurd. Afgesproken is om deze brief tijdens het reeds geplande overleg te bespreken.

## 2 Deelnemers overleg

- 5.1.2e, 5.1.2e
- 5.1.2e, RvB Basalt revalidatie (en 5.1.2e van de Werkgroep Bekostiging RN)

Naast jou zal ook 5.1.2e aansluiten

## 3 Te bespreken punten

- Post-IC capaciteit (brief RN)
- Sluimerende stelselwijziging
- Indien nog van toepassing: uitblijven van deal met zorgverzekeraars
- Mogelijke effecten van de uitgestelde zorgvraag
- Mogelijk toename van de poliklinische revalidatie COVID-19.

## 4 Advies en toelichting

Ter informatie: op 22 juni heeft minister van Rijn een bezoek gebracht aan Revant Revalidatie. 5.1.2e was daar ook bij aanwezig.

- Post-IC capaciteit  
Samenvatting brief

Revalidatie Nederland (RN) geeft aan zich zorgen te maken dat in de geplande uitbreiding van de IC-capaciteit de uitbreiding van de zorgketen na de IC-opname onvoldoende wordt onderkend. Om Covid19-patiënten de behandeling te geven die ze nodig hebben, is het volgens RN van belang dat de capaciteit van de klinische revalidatie in de pas blijft lopen met de capaciteit van de IC -zonder dat dit opnieuw de reguliere zorg te zeer schaadt.

Revalidatie Nederland heeft een predictie-model ontwikkeld dat op 15 juni zal worden opgeleverd. Hierin wordt er op basis van een aantal variabelen en de opgedane ervaring, een capaciteitsberekening gemaakt voor post-IC revalidatie. Onderliggende logica vormen hierbij de door wetenschappelijke verenigingen uitgebrachte triagerichtlijnen voor de nazorg aan Covid 19-patiënten die beademd zijn geweest. Zo'n 15-20% van de post-IC COVID19 patiënten zal in hun vervolgtraject een indicatie hebben voor een klinische medisch-specialistische revalidatiebehandeling (MSR). De capaciteit aan MSR tijdens de 1e golf is voldoende gebleken dankzij de terugval in reguliere zorg, bij voorbeeld significant minder doorverwijzingen voor cardio- en CVA-revalidatie. Met een voorgenomen opschaling van 650 IC bedden en met behoud van de reguliere zorg (en navenante doorverwijzingen) zal de huidige MSR-capaciteit tekort schieten volgens RN.

#### Achtergrond

##### IC opdracht

De minister voor MZS heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de opschaling van IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen. De opdracht bestaat uit drie onderdelen: mogelijkheid tot opschalen naar 1700 IC-bedden wanneer dat nodig is, het vroegtijdig kunnen inzetten van IC-capaciteit in Duitsland (circa 600 bedden) en de mogelijkheid om flexibel te kunnen opschalen naar meer dan 1700 IC-bedden tot circa 3000 IC-bedden. Een plan voor dit laatste onderdeel wordt in september opgeleverd. In vier werkgroepen wordt dit plan uitgewerkt. Een van de werkgroepen richt zich op de regioverdeling, kliniek en infrastructuur. Met deze werkgroep heeft het RN al contact gehad. In de week van 15 juni spreekt de voorzitter van de werkgroep nog met RN.

De NZa bekijkt ook de capaciteit van de revalidatie en is bezig met een inschatting van de MSR en GRZ (want het is onduidelijk of RN hier ook rekening mee houdt) capaciteit. Op dit moment is er (nog) geen goed overzicht van de capaciteit. Daarnaast gaf NZa aan dat de piek van de herstellzorg aan corona patiënten werd eind mei verwacht (200 a 250 patiënten). Dit lijkt opgevangen te kunnen worden met de beschikbare capaciteit in de bestaande revalidatiecentra. Enkele centra breiden hier zelfstandig hun capaciteit voor uit. Er is discussie over de noodzaak hiervan (en de kosten die dit oplevert). Het algemene beeld is dat de revalidatie instellingen de eerste golf aan revalidanten wel aan kan. Dit wordt beaamd door de ROAZ-en.

**Kenmerk**

Het wisselende beeld kwam ook naar voren uit de belronde van de IGJ (eventueel bijlage "Opbrengst belronde klinische revalidatie aan post IC Covid-19 patiënten). Het aantal patiënten verschilde sterk per revalidatiecentrum (van geen tot veel). De meeste zagen een kleinere toestroom dan eerst verwacht. De centra zijn goed aangesloten bij ROAZ.

Dat capaciteit tijdens deze (eerste) golf geen probleem was, komt mede door de afschaling van de reguliere zorg (daardoor ook minder doorstroom naar de revalidatie bv na hartoperatie). Voor het vervolg ligt de focus op de juiste zorg op de juiste plek en dus zoveel mogelijk revalidatie in de eerste lijn. Het is de vraag hoeveel patiënten in aanmerking komen voor revalidatie in de tweede lijn (zie ook bij laatste punt; poliklinische revalidatie).

Ter bespreking

NZa voert overleg met RN welke data zij kunnen leveren om inzicht te krijgen in de huidige productie per instelling en de patiëntenstromen. Volgens RN zijn deze instellingen bereid de informatie met NZa te delen. Op basis daarvan kan – afgezet tegen de historische productie – een inschatting gemaakt worden van de beschikbare capaciteit. NZa brengt data experts vanuit NZa en RN/Logex bij elkaar om de informatie-uitwisseling nader uit te werken (na overeenkomen gebruikersovereenkomst e.d). "

NZa gaf aan dat hun analyse van de capaciteit best kan afwijken van die van RN en ook ZN heeft zorgen geuit over het wisselende beeld van de revalidatie instellingen irt de buffer capaciteit voor eventuele volgende golven. Sommige geven aan het prima aan te kunnen en anderen breiden fors uit. De vraag is of dit nodig is vanwege Corona of dat dit een (over)capaciteits probleem van voor de crisis is.

Nu blijkt dat de RN/de instellingen aan deze gegevens een fors prijskaartje hangen – terwijl dat eerst niet het geval was. De NZa heeft deze gegevens echter nodig omdat zij anders geen antwoord kan geven op wat de benodigde capaciteit aan msrz is met/zonder uitbraak (en of er dus een opschaling aan msrz nodig zou zijn).

Het is niet gebruikelijk dat NZa betaalt voor gegevens van het veld. In principe kan NZa de gegevens vorderen – hoewel ingewikkeld uitvoeringstechnisch. NZa gaf aan dat als de revalidatiecentra veel (nieuwe) handelingen moeten uitvoeren om de gevraagde gegevens aan te leveren daarover op zich wel open staat voor het gesprek erover.

Verzoek van de NZa is nu of wij hier samen in op kunnen trekken. Daarom voorstel om tijdens overleg het verzoek terug leggen omdat deze informatie wel nodig is voor het inzicht.

Advies: RN lijkt tegenstrijdige uitspraken te doen, enerzijds is er bij RN (blijkbaar) data om een capaciteitsberekening te doen en te stellen dat opschaling noodzakelijk is, anderzijds kan RN/ de revalidatiecentra niet de benodigde gegevens leveren aan de NZa zodat zij een capaciteitsberekening kunnen doen.

Dit terugleggen bij RN, kan niet beide willen. Verzoeken data ook aan te leveren voor analyse door NZa.

#### Ter informatie

- Moet er niet gekeken worden naar landelijke spreiding van post Covid patiënten als blijkt dat sommige centra geen of enkele patiënten binnen krijgen en andere centra veel?
- Eventueel kan tijdens de volgende bestuurlijke stuurgroep Revalidatie op 30 juni a.s. het punt van data-aanlevering door MSR centra aan NZa ook besproken worden.

Bij LZ, 5.1.2e is aangesloten, loopt een soortgelijk traject om niet-ziekenhuis bedden in stand te houden en de bekostiging daarvan (Gupta rapport, 'ijzeren voorraad'). Dit is echter in opdracht van het ROAZ/ 5.1.2e (5.1.2e). Hiervoor is ook de prestatie meerkosten geschikt, en kunnen instellingen dus zelf met zorgverzekeraars afspreken.

#### *Meerkosten (achtergrond)*

De prestatiebeschrijving voor meerkosten ziet op de meerkosten die een zorgaanbieder maakt voor een individuele verzekerde, voor een groep verzekerden, of voor justitiabelen met een forensische zorgtitel als gevolg van het Coronavirus. Het kan hier gaan om meerkosten die bijvoorbeeld samenhangen met extra persoonlijke beschermingsmiddelen. Het betreft kosten verband houdend met het Coronavirus voor directe zorg aan Corona- en niet-Coronapatiënten, voor zover daar door de NZa nog geen reguliere prestatiebeschrijving voor is vastgesteld, dan wel het tarief of de afgesproken prijs niet toereikend is. Daarnaast vallen hier ook kosten onder die gemaakt moeten worden om bijvoorbeeld patiëntenstromen goed te scheiden.

Wanneer zorgaanbieders op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties kosten maken van zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor Coronapatiënten inclusief de zorgcapaciteit die extra gecreëerd is voor Coronazorg, mogen zij deze kosten onder meerkosten declareren. Wanneer er geen aanwijzing van de aangewezen organisaties aan ten grondslag ligt, vallen deze kosten onder de inkomstenderving welke vergoed kan worden met de continuïteitsbijdrage.

De (aanwijzing voor) prestatie meerkosten geldt gedurende de *hele* coronacrisis, tot en met 2021 (verlenging is mogelijk).

- Sluimerende stelselwijziging (i.e. centralisatie van beslissingsbevoegdheid door o.a. LNAZ vs bestuurlijke verantwoordelijkheid bij zorgaanbieders)

#### Achtergrond

**Kenmerk**

- Relatie met contourennota (uit laatste JZOJP overleg)
- Tot 2040 enorme zorgvraag, als je op zelfde voet doorgaat, dan loopt het spaak.
  - Maar we hebben JZOJP: beweging goed implementeren --> meer kracht, versnellen, verdiepen, verankeren nog wel aandachtsvelden nodig: preventie, verantwoordelijkheden scherp (vormen regiobeelden, definiëren regio, coördinatie binnen regio's/domeinen) en vernieuwing (eHealth, organisatiekracht, kennis, professionals, afbouw van zorg).
  - Er is nu dus een tekstplan dat afgestemd gaat worden. Via MT organiseerbaarheid ook.
  - Proces: 3 schrijvers, in brainstormgroepjes, daarna schriftelijke afstemming, redactieslag. Ergens in de zomer komt dit. Na zomer openbare consultatie.

Mogelijk dat hierbij ook het artikel in AD van minister de Jonge meespeelt (bijlage)

- Indien nog van toepassing: uitblijven van deal met zorgverzekeraars

Achtergrond

De revalidatiecentra en medewerkers maken zich zorgen over de financiële impact. Er zijn garanties van zorgverzekeraars dat er geen instellingen zullen omvallen. Hierover hebben de revalidatiecentra nog geen duidelijkheid gekregen.

Eerder (voor de corona crisis) zijn over de financiële situatie van de centra al Kamervragen gesteld, nadat een aantal centra en RN interview(s) in zorgvisie hebben gegeven (zie bijlage). Je hebt hierover ook gesproken tijdens het kennismakingsoverleg met de voorzitter van RN.

Ter info

Advies om hier niet (teveel) inhoudelijk op in te gaan.  
 Directie Z gaf aan dit of dit gepast is te bespreken zonder ZN.

- Deze week (15-19 juni) lopen de gesprekken tussen NVZ en ZN nog over CB regeling. ZN gaf aan er vertrouwen in te hebben hier goed uit te komen. Dit is ook wat er teruggekoppeld is uit de stuurgroep bekostiging: Gesprekken ZN/aanbieders over CB MSZ en GGZ voor grote instellingen (> €10 miljoen) loopt goed. Lijkt een gunstige regeling te worden met vergoeding conform beoogde bedrag voor 2020.
- Mogelijke effecten van de uitgestelde zorgvraag

Achtergrond

De capaciteit met/zonder Corona wordt door NZa berekend, mits zij de juiste data hebben (zie post IC-capaciteit).

Daarnaast is RIVM ook bezig hiermee: Onze BR heeft RIVM gevraagd de indirecte effecten van covid-19 op zorg en gezondheid in kaart te brengen. Het gaat hierbij om het inventariseren van de omvang van de uitgestelde, afgeschaalde, vermeden of niet gegeven zorg en het maken van een inschatting van de gezondheidseffecten hiervan. De eerste rapportage is vorige week gepubliceerd.

Ter informatie

We kunnen desgewenst verzoeken revalidatie hierin specifiek te laten meenemen door het RIVM.

**Kenmerk**

- Mogelijk toename van de poliklinische revalidatie COVID-19

RN geeft aan mede door het NOS-journaal en berichten op andere nieuwssites worden door heel veel post COVID-19 benaderd.

Achtergrond

Er lopen momenteel verschillende trajecten op het gebied van revalidatiezorg om meer inzicht te krijgen in de nazorg en revalidatie van (ex-)covidpatiënten, zowel op het gebied van zorginhoud en expertise (opdracht aan ZonMw), aanspraak (verzoek aan het Zorginstituut) en capaciteit en bekostiging (de NZa onderzoekt dit). Wat betreft zorginhoud en expertise heeft ZonMw de opdracht gekregen een eerste handreiking te (laten) ontwikkelen, samen met veldpartijen, waarin aandacht is voor type patiëntgroepen en benodigde zorg en wie dat kan leveren op welke wijze. LAN voert deze opdracht voor ZonMw uit en zal in samenwerking met verschillende partijen een multidisciplinaire, breed gedragen handreiking opleveren.

De NZa onderzoekt of er voldoende capaciteit is voor revalidatiezorg in de MSR- of GRZ instellingen, welke patiëntenstromen (inclusief aantallen) er zijn en of regie nodig is bij de indicatiestelling en verdeling hiervan. Ook onderzoekt de NZa of de huidige bekostiging voldoende ruimte biedt om de juiste (na)zorg op de juiste plek te bieden.

Eén van de producten die de NZa gaat opleveren is een stroomschema/beslisboom die laat zien waar welke patiëntengroepen terecht komen en hoe de bekostiging/vergoeding/inkoop voor die groep is georganiseerd. Dit moet patiënten, professionals en zorgverzekeraars overzicht en duidelijkheid geven. Ook gaat de NZa met behulp van data-analyse inzicht geven in de omvang van patiëntenstromen en de beschikbare capaciteit van zorg (*zie ook punt 1 over capaciteit*). De NZa gaat verder onderzoeken hoe de bekostiging (tarieven en prestaties) zo kan worden ingericht dat JOZJP wordt gestimuleerd bij de revalidatie/nazorg. In de praktijk komt dit neer op dat mensen waar mogelijk in hun eigen omgeving en door eerstelijns zorgaanbieders worden geholpen. De NZa houdt bij dit traject goed aansluiting bij het traject van ZonMw, dat voor de inhoudelijke 'voeding' moet zorgen. VWS heeft voor dit tweede deel (nog) geen aparte opdracht aan de NZa gegeven. Dit lijkt ook niet nodig. Er vindt wel continu afstemming plaats.

- Samen met betrokken partijen (NZa, ZIN, ZonMW, ZN, Patiëntenfederatie/Longfonds en LAN) heeft min MZS een bestuurlijke stuurgroep ingesteld waar de vraagstukken rondom revalidatie van ex-coronapatiënten integraal aan de orde komen. De eerstkomende stuurgroep is op 30 juni.

NB. Op verzoek van ZN vindt ook (informatief) overleg plaats met de overheidspartijen, LAN, ActiZ, Verenso, NHG, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Revalidatie Nederland, KNGF, FMS en ZN om partijen te

informereren over de trajecten die we vanuit VWS, Zorginstituut, NZa en ZonMw in gang hebben gezet.

Advies

Verwijzen naar deze trajecten. Na opleveren van de (voorlopige) kwaliteitstandaard kunnen/moeten zorgaanbieders werken volgens de kaders die hierin geschetst worden. Insteek: waar dat kan zoveel mogelijk in de eerste lijn (eventueel dus terugverwijzen naar eerste lijn).

Kenmerk

- 5.1.2e
-