



Zorginstituut Nederland

Plan van aanpak voor het vervolg op het standpunt medisch-
specialistische revalidatie

Datum 18 januari 2019
Status Definitief

Colofon

| | |
|------------------|---|
| Projectnaam | Plan van aanpak vervolg standpunt medisch-specialistische revalidatie |
| Volgnummer | 2019002849 |
| Contactpersoon | Dhr. H. Miedema +31 (0)6 308 862 66 |
| Afdeling Team | Zorg I Bewegingsapparaat & Neurologie |

Inhoud

Colofon—1

1 Inleiding—4

2 Aanleiding—5

3 Volume- en kostenontwikkelingen—7

3.1 Totale volume- en kostenontwikkeling—7

3.2 Volume- en kostenontwikkeling per instellingstype—8

3.3 Volume- en kostenontwikkeling per aandoening/diagnosegroep—9

4 Aanpak: vier deelprojecten en implementatie van uitkomsten—11

4.1 Deelproject 1: Afbakening van de indicatie voor revalidatiebehandeling —11

4.2 Deelproject 2: Onderzoek naar betere operationalisatie van het begrip 'complexe en samenhangende problematiek'—12

4.3 Deelproject 3: Verduidelijken van het begrip 'stepped care'—13

4.4 Deelproject 4: Relatie tussen arbeidsrevalidatie en medisch-specialistische revalidatie—15

4.5 Implementatie van de uitkomsten—15

5 Projectinrichting en tijdsplanning—17

5.1 Projectinrichting—17

5.2 Tijdsplanning—17

Bijlage—18

1 Inleiding

In 2015 heeft Zorginstituut Nederland (verder: het Zorginstituut) een standpunt uitgebracht over medisch-specialistische revalidatie (MSR).¹ Dit standpunt blijkt in de praktijk nog onvoldoende houvast te bieden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit geeft het Zorginstituut aanleiding om een nieuw standpunt voor te bereiden over de te verzekeren prestatie MSR. Hiervoor is een plan van aanpak opgesteld met als doel nog meer duidelijkheid te verschaffen over de reikwijdte van MSR. Dit plan van aanpak beschrijft vier deelprojecten die samen moeten leiden tot een duidelijkere indicatiestelling voor MSR:

- Wanneer is er sprake van een medisch-specialistische revalidatiebehandelindicatie?
- Wanneer is MSR aangewezen, gelet op de samenhangende en complexe problematiek die de patiënt ondervindt en gelet op het zorgtraject dat de patiënt al heeft doorlopen?

Het plan van aanpak is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft de aanleiding voor het vervolgstandpunt. Hoofdstuk 3 geeft vervolgens een overzicht van de volume- en kostenontwikkelingen binnen de MSR. Hoofdstuk 4 beschrijft de aanpak in de vorm van de vier deelprojecten. Hoofdstuk 5 bevat de projectinrichting en de tijdsplanning.

¹ Medisch-specialistische revalidatie – Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden, Zorginstituut Nederland, 22 juni 2015.

2 Aanleiding

Aanleiding voor het standpunt dat het Zorginstituut in 2015 heeft uitgebracht, waren vragen van zorgverzekeraars, patiënten(organisaties) en zorgaanbieders over de reikwijdte van MSR na, onder meer, wijzigingen in de zorgvraag en het zorgaanbod. In dit standpunt duidt het Zorginstituut wat MSR is zoals medisch specialisten (in dit geval revalidatieartsen) die plegen te bieden. Ook concludeert het Zorginstituut dat de revalidatieartsen op een gedegen manier hebben omschreven welke medisch-specialistische revalidatiezorg zij als professioneel juist beschouwen. Het Zorginstituut gaf in het rapport geen oordeel over de effectiviteit van MSR (het voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk).

In de uitvoeringspraktijk blijken bij zorgverzekeraars echter nog steeds vragen te bestaan over de reikwijdte van MSR. Het standpunt uit 2015 over het criterium 'plegen te bieden' geeft hen onvoldoende houvast voor de beoordeling van de indicatiestelling en doelmatigheid van MSR. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars onduidelijk wanneer MSR de aangewezen zorg is. Deze onduidelijkheid heeft gevolgen voor de patiënt. Een aantal zorgverzekeraars hanteert aanvraagmachtigingsprocedures (of gaat deze hanteren) om te beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor MSR. De beoordelingskaders die zij hiervoor (gaan) gebruiken, zijn echter niet uniform. Voor patiënten kan dit leiden tot ongelijkheid bij toegang tot de zorg.

De nog bestaande onduidelijkheden over de reikwijdte van MSR vloeien mogelijk voort uit de volgende constatering:

- Het aantal patiëntengroepen waarop de medisch-specialistische revalidatiezorg zich richt, is de afgelopen vijftien jaar toegenomen. Dit blijkt uit de nota's indicatiestelling van de beroepsgroep² ³. Het is nog onduidelijk of MSR voor alle daarin opgenomen patiënten(groepen) meerwaarde biedt.
- De begrippen 'complexe en samenhangende problematiek' en 'stepped care', die beide van belang zijn voor de indicatiestelling van medisch-specialistische revalidatiezorg⁴, zijn onvoldoende geoperationaliseerd. Dit blijkt onder meer uit enkele rechterlijke uitspraken⁵ en beslechting van geschillen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)⁶.
- De aanbeveling die het Zorginstituut in het standpunt uit 2015 deed aan de beroepsgroep, de zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties om tripartiet richtlijnen en protocollen te ontwikkelen of te actualiseren, is nog niet voor alle patiëntengroepen doorgevoerd. Hierdoor is er nog geen nadere informatie over onder meer de indicatiestelling voor en de effectiviteit van de interventie die de revalidatiearts doet.

Daarnaast is er een toename van het aantal patiënten dat medisch-specialistische revalidatiezorg heeft ontvangen en is er tussen 2012 en 2016 een stijging geweest van 4% in de kosten van MSR (zie hoofdstuk 2).

² Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en Revalidatie Nederland, 'Nota indicatiestelling medisch specialistische revalidatie', Utrecht, maart 2013.

³ Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en Revalidatie Nederland, 'Nota indicatiestelling medisch specialistische revalidatie', Utrecht, april 2016.

⁴ Medisch-specialistische revalidatie – Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden, Zorginstituut Nederland, 22 juni 2015.

⁵ Zie onder meer: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 15 december, ECLI:NL:GHARL:2017:11070, Rb. Breda (vzr.) 4 januari 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:12.

⁶ Zoals bijvoorbeeld: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering 21 juni 2017, zaaknr. 201700227.

De nog bestaande onduidelijkheden in de uitvoeringspraktijk over de medisch-specialistische revalidatiezorg en de stijging van het aantal patiënten (volume) en de kosten zijn voor het Zorginstituut aanleiding om een nieuw standpunt voor te bereiden over de te verzekeren prestatie medisch-specialistische revalidatie.

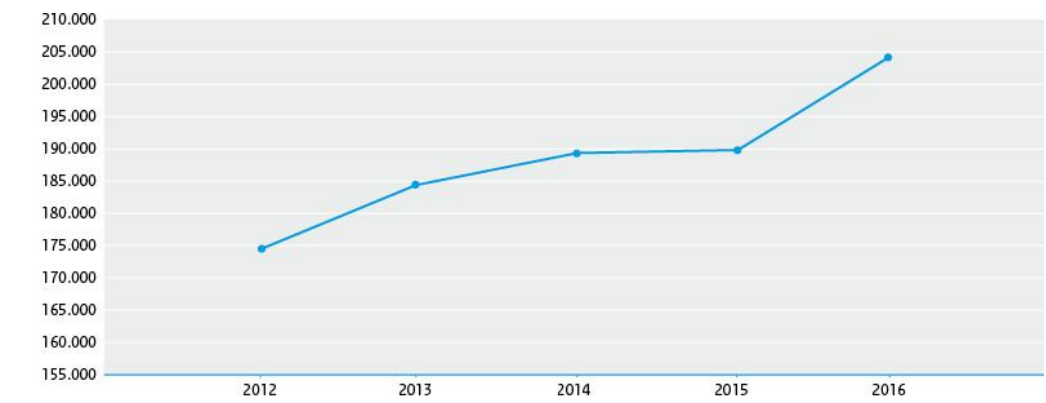
3 Volume- en kostenontwikkelingen

In dit hoofdstuk schetst het Zorginstituut de ontwikkelingen in volume en kosten van de medische-specialistische revalidatie over de jaren 2012 tot en met 2016. Het Zorginstituut gaat in op de totaalontwikkeling en geeft ook enkele uitsplitsingen.

3.1 Totale volume- en kostenontwikkeling

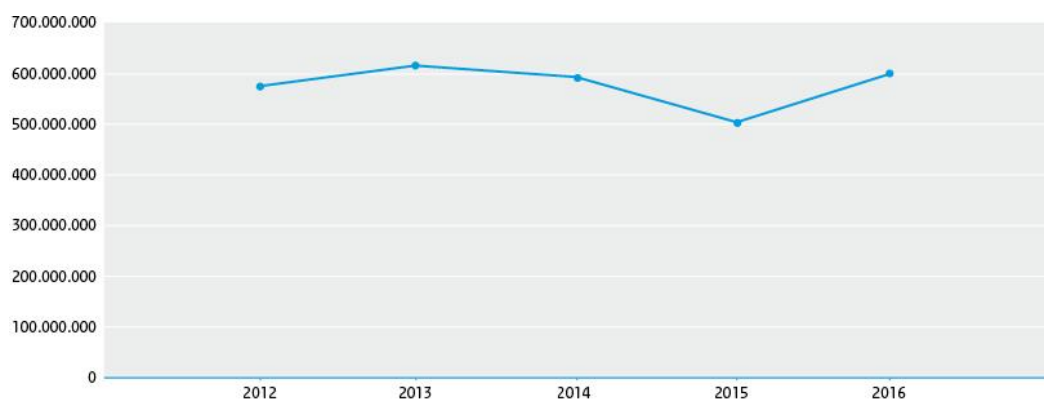
De figuren 1 tot en met 3 geven de trends weer in het totaal aantal patiënten waarbij medisch- specialistische revalidatie is gedeclareerd, de totale omvang van de kosten daarvan en de gemiddelde kosten per patiënt voor alle revalidatiecontexten, op basis van DIS-data.⁷

Figuur 1. Totaal aantal patiënten MSR 2012-2016



Uit figuur 1 valt af te leiden dat het totaal aantal patiënten dat MSR heeft ontvangen in de jaren 2012 tot 2016 met bijna 30.000 (17 procent) is gestegen van bijna 175.000 in 2012 tot bijna 205.000 in 2016.

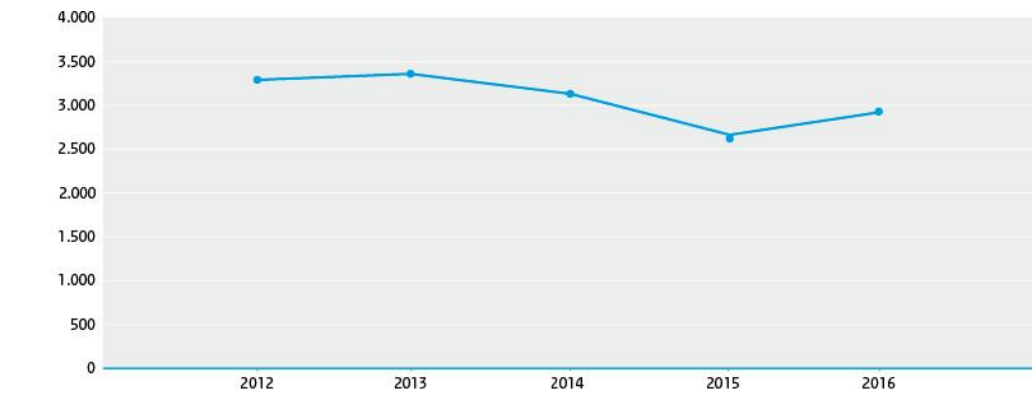
Figuur 2. Totale kosten MSR 2012-2016



⁷ Bron: Zorginstituut Nederland, o.b.v. open zorg- en behandeldata die door Nederlandse ziekenhuizen zijn aangeleverd bij het dbc-informatiesysteem (DIS) en worden verstrekt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), peiljaren 2012-2016. Omdat in 2015 en 2016 deze data nog niet helemaal compleet waren zijn op basis van de declaratiedata die bij Vektis bekend zijn de getallen opgehoogd, wat betreft aantallen patiënten met 10,0% resp. 15,4% en wat betreft kosten met 9,0% resp. 11,6%). Er is gekozen voor de jaren tot en met 2016, omdat de data over latere jaren nog niet compleet waren op moment van de analyses.

Figuur 2 laat zien dat de totale kosten door MSR in 2016 bijna € 600 miljoen bedragen. In de periode 2012-2016 zijn deze gestegen met ruim 4 procent. De absolute toename in de periode is bijna € 25 miljoen. Een aanvankelijke daling van kosten tussen 2014 en 2015 met bijna € 79 miljoen is door een stijging in 2016 met € 84 miljoen weer geheel teniet gedaan.

Figuur 3. Gemiddelde kosten MSR per patiënt 2012-2016



Figuur 3 illustreert dat de gemiddelde kosten door MSR per patiënt tussen 2012 en 2016 met ongeveer 11 procent zijn gedaald tot € 2.930 in 2016.

3.2

Volume- en kostenontwikkeling per instellingstype

Als we inzoomen op het type instelling voor MSR, dan zien we grote onderliggende verschillen. Voor deze analyse zijn de instellingen op basis van AGB-code⁸ en bijbehorende organisatietype ingedeeld in vier categorieën:

1. zelfstandige revalidatiecentra;
2. reguliere revalidatiecentra;
3. afdelingen revalidatie in algemene ziekenhuizen;
4. afdelingen revalidatie in universitaire medische centra (umc's).

De figuren 4 tot en met 11 (zie bijlage) tonen de trends in aantallen patiënten en totale kosten per type instelling.

Zelfstandige revalidatiecentra

Het aandeel van de zelfstandige behandelcentra in het aantal patiënten dat MSR ontving verdubbelde in de periode tussen 2012 en 2016 van 6 procent naar 12 procent. Het aantal patiënten dat werd behandeld in de zelfstandige behandelcentra is in die periode meer dan verdubbeld tot ruim 23.000 patiënten.

In dezelfde periode steeg het aandeel in kosten van de zelfstandige centra van 11 procent naar 15 procent. De kostenstijging in deze centra was met ongeveer € 28 miljoen relatief gezien iets lager (44 procent) dan de stijging in het aantal patiënten, omdat de gemiddelde behandelkosten per patiënt afnamen van € 6.300 in 2012 naar € 3.900 in 2016. Mogelijk is een deel van deze afname te verklaren doordat (nieuwe) zelfstandige centra niet-gecontracteerde zorg hebben geleverd, waarbij tegen een lager percentage van het tarief wordt afgerekend.

3.2.1

Reguliere revalidatiecentra

Het aandeel van de reguliere revalidatiecentra in het aantal patiënten dat MSR ontving bleef tussen 2012 en 2016 ongeveer gelijk (47 procent in 2012 resp. 48

⁸ Een algemeen gegevensbeheercode (AGB-code) is een unieke sleutel waarmee zorgaanbieders staan geregistreerd in een landelijk register, beheerd door Vektis.

procent in 2016). Het aantal patiënten steeg relatief gezien minder dan het aantal patiënten in de zelfstandige revalidatiecentra; in absolute zin steeg het aantal patiënten met ruim 16.000. Een deel van deze stijging zou kunnen samenhangen met de overname van revalidatie-afdelingen van algemene ziekenhuizen door reguliere revalidatieinstellingen (waarbij zij onder de AGB-code van dat reguliere centrum vielen), aangezien het totaal aantal MSR-patiënten dat geregistreerd werd in de algemene ziekenhuizen afnam met ruim 5.300.

Wat betreft de kosten nam het aandeel van de reguliere centra af van 78 procent in 2012 naar 76 procent in 2016. Door een afname van gemiddelde behandelkosten bij alle patiënten van de reguliere revalidatiecentra van € 5.500 in 2012 naar € 4.660 in 2016, bleef de kostenstijging in deze centra beperkt tot ruim € 6 miljoen.

3.2.2

Afdelingen revalidatie in algemene ziekenhuizen en umc's

Het aandeel van de revalidatie-afdelingen in algemene ziekenhuizen in het aantal patiënten dat MSR ontving in de periode tussen 2012 en 2016 nam af van 44 procent naar 35 procent. De inkomsten door MSR in revalidatie-afdelingen in algemene ziekenhuizen namen af met € 15 miljoen (-27 procent). De MSR-gerelateerde kosten in de revalidatie-afdelingen van umc's namen in deze periode toe met € 5 miljoen (+64 procent).

De gemiddelde behandelkosten per patiënt van MSR in de algemene ziekenhuizen en umc's liggen met € 554 en € 670 veel lager dan in de reguliere en zelfstandige revalidatiecentra. Dit heeft deels te maken met andere ziektebeelden waarvoor in deze contexten MSR wordt gegeven en gemiddeld genomen kortere behandeltrajecten, waarna een patiënt indien nodig verder kan revalideren in een regulier of zelfstandig centrum. Ondanks het feit dat de gemiddelde kosten laag relatief zijn, is in de umc's wel een toename hiervan met 37 procent te zien.

3.3

Volume- en kostenontwikkeling per aandoening/diagnosegroep

De ontwikkeling van aantallen patiënten over de tijd is sterk wisselend per aandoening. Figuur 12 in de bijlage laat de aantallen patiënten in de relatief grootste diagnosecategorieën zien.

De stijging in het aantal patiënten is vooral terug te vinden in een aantal diagnosecategorieën:

- chronische pijn (+6.800);
- CVA (+4.000);
- overige aandoeningen van houdings- en bewegingsapparaat (+3.400);
- orgaanaandoeningen (+3.300);
- neurologische en neuromusculaire aandoeningen (+2.800);
- reumatische aandoeningen (+1.600).

Opmerkelijk hierbij is dat de categorie "overige aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat" uitsluitend voorkomt in de declaraties van de zelfstandige revalidatiecentra.

De diagnosegroepen die in de verschillende typen revalidatie-instellingen worden behandeld, verschillen behoorlijk van elkaar. De figuren 13 tot en met 16 in de bijlage laten dit duidelijk zien. Ook de kosten per diagnosegroep verschillen per instellingstype (figuur 17 in de bijlage).

Een deel van deze verschillen lijkt goed te verklaren, bijvoorbeeld de hogere kosten bij CVA, dwarslaesie en amputatie in de reguliere revalidatiecentra. Patiënten met deze aandoeningen worden voor het overgrote deel in dat type centra behandeld, dus de behandelkosten in de andere centra betreffen dan deels additionele

behandelingen of behandelingen bij minder ernstige patiënten.

Andere verschillen zijn moeilijker te verklaren, bijvoorbeeld de fors hogere behandelkosten in de zelfstandige centra voor de diagnosecategorieën chronische pijn (WPN⁹ en overig) en aandoeningen van de wervelkolom of romp, de ledematen (O.E. = onderste extremiteit, dus been; B.E. = bovenste extremiteit, dus arm) of overige aandoeningen van het bewegingsapparaat. Wanneer wordt ingezoomd op de grootste patiëntencategorie in de zelfstandige centra (de patiënten met chronische pijn volgens de WPN-classificatie) dan is het verschil in gemiddelde behandelkosten per patiënt ten opzichte van de reguliere revalidatiecentra in de loop van de jaren wel iets afgenomen, namelijk van 218 procent in 2012 tot 168 procent in 2016. In 2016 zijn de gemiddelde behandelkosten voor dit type patiënt in de zelfstandige centra gedaald, met 49 procent in 2015 en 43 procent in 2016 ten opzichte van 2014.

Patiënten met orgaanaandoeningen (hartaandoeningen, respiratoire aandoeningen en overige) worden wat betreft MSR voornamelijk behandeld in de reguliere revalidatiecentra. Het betrof in 2016 ongeveer 6 procent van hun patiëntenpopulatie, in absolute aantallen 6.160 patiënten. Dit aantal is sinds 2012 wel met 65 procent toegenomen. In de zelfstandige centra en de revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen is het aandeel van deze patiëntencategorie ongeveer 3 procent.

⁹ De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) van de VRA heeft in 1997 niveaus van complexiteit van de problematiek van pijnpatiënten geïntroduceerd en in 2012 gereviseerd. Deze 4 niveaus, WPN 1 (laag-complex) tot en met WPN 4 (zeer complex) worden ook gebruikt in het Behandelkader Pijnrevalidatie van de VRA (herzien in 2013).

4 Aanpak: vier deelprojecten en implementatie van uitkomsten

Het Zorginstituut beschrijft in dit hoofdstuk vier deelprojecten. Over deze deelprojecten heeft afstemmingsoverleg plaatsgevonden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de werkgroep revalidatie van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Naar het oordeel van partijen kunnen de uitkomsten van deze deelprojecten elk voor zich en ook gezamenlijk bijdragen aan een verduidelijking van de te verzekeren prestatie medisch-specialistische revalidatie en, in het verlengde daarvan, tot een doelmatigere zorgverlening. Hierdoor zal de uitvoering van dit plan van aanpak 'de juiste zorg op de juiste plek' bevorderen en bijdragen aan de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de medisch-specialistische revalidatie.

4.1 Deelproject 1: Afbakening van de indicatie voor revalidatiebehandeling

4.1.1 Hoofdvraag

In dit deelproject willen we onderzoek laten uitvoeren naar mogelijkheden voor een scherpere afbakening van de indicatiestelling voor revalidatiebehandeling. Hierbij is de hoofdvraag: is het mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen voor diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties beter en scherper te omschrijven welke diagnoses en/of stoornissen in lichaamsfuncties bij een bepaalde patiënt het aangrijpingspunt kunnen zijn voor een medisch-specialistische revalidatiebehandeling (MSR-behandeling)? Als de conclusie is dat een dergelijke scherpere afbakening van de indicatiestelling mogelijk is, willen we ook graag weten hoe deze afbakening eruitziet en welke onderbouwing beschikbaar is voor de effectiviteit van MSR bij de indicaties die daarin benoemd worden.

4.1.2 Toelichting

Bij een aantal chronische aandoeningen of ziektes die regelmatig als behandelindicatie voor MSR worden geregistreerd, is onduidelijk wat de afbakening is van de patiëntengroep die (redelijkerwijs) is aangewezen op MSR ten opzichte van de patiëntengroep die behoefte heeft aan (na)zorg die normaliter door de behandelend medisch specialist moet worden aangeboden. Voorbeelden van deze chronische aandoeningen zijn Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), hartfalen, oncologische aandoeningen, chronische pijn en Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). De vraag is wanneer een patiënt met een dergelijke chronische ziekte of aandoening meerwaarde kan verwachten van de inbreng van de revalidatiearts en het MSR-behandelteam ten opzichte van multidisciplinaire behandelprogramma's die onder supervisie van de behandelend medisch specialist worden uitgevoerd.

Volgens het beroepskader van de revalidatieartsen uit 2012¹⁰ speelt het begrip 'stoornis in het bewegingsvermogen' een belangrijke rol bij de vraag of er een indicatie is voor MSR. Voor een betere afbakening van de indicatiestelling is het van belang om dit begrip op basis van erkende classificatiesystemen, zoals de International Classification of Diseases versie 10 (ICD-10) en/of het stoornis/functiegedeelte van de International Classification of Functioning (ICF) beter te operationaliseren. Dat kan meer duidelijkheid scheppen over de vraag welke indicatie, uit de diverse problematiek die bij een bepaalde patiënt aanwezig is, het aangrijpingspunt kan vormen voor de MSR-behandeling. Logische

¹⁰ Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 'Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde', Utrecht, september 2012.

uitgangspunten daarbij zijn dat deze scherper te omschrijven indicaties algemeen geaccepteerde aangrijpingspunten voor MSR zijn en dat de effectiviteit van MSR bij deze indicaties onderbouwd kan worden.

Wanneer bij een patiënt één of meer van deze indicaties aanwezig zijn en daarbij ook sprake is van complexe en samenhangende problematiek (zie ook deelproject 2), dan is deze patiënt redelijkerwijs aangewezen op MSR, mits het 'stepped care'-principe in voldoende mate is doorlopen (zie ook deelproject 3). Voor MSR bij patiënten met hart- of longaandoeningen of oncologische problemen zou dit kunnen leiden tot de stellingname dat een indicatie voor MSR gepaard kan gaan met of gerelateerd kan zijn aan een bepaalde chronische ziekte van internistische of oncologische aard, maar dat deze ziekten zonder een dergelijke indicatie onvoldoende aanleiding vormt om een beroep te doen op MSR. In plaats daarvan kan wel een beroep op aanvullende behandeling of nazorg onder supervisie van de behandelend medisch specialist (cardioloog, longarts respectievelijk oncoloog) aangewezen zijn.

In dit deelproject zijn de volgende deelvragen aan de orde:

- 1 Is het mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen zoals de ICD-10 en/of het functie-/stoornisdeel van de ICF nadere aangrijpingspunten voor MSR aan te wijzen die nader afbakenen welke patiënten aangewezen zijn op MSR?
- 2 Zo ja, welke aangrijpingspunten voor MSR kunnen op basis van welke classificatiesystemen onderscheiden worden?
- 3 Is het daarbij nodig om een onderscheid te maken tussen algemene MSR en interdisciplinaire MSR (IMSR)?
- 4 Welke wetenschappelijke onderbouwing is er beschikbaar voor de effectiviteit van MSR bij de diverse te onderscheiden indicaties voor MSR?

4.1.3 *Uitvoering en planning*

Nader onderzoek zal plaatsvinden om de hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden. Hierbij is het van belang dat er bij de partijen die betrokken zijn bij de medisch-specialistische revalidatiezorg voldoende draagvlak is voor de bevindingen uit dit onderzoek. Daarom wil het Zorginstituut het onderzoek met een in te stellen klankbordgroep in het begin van 2019 aanbesteden. Deze klankbordgroep zal bestaan uit vertegenwoordigers van relevante patiënten- en beroepsorganisaties en zorgverzekeraars. Het onderzoek heeft een looptijd van ongeveer 6 maanden en kort na de zomer van 2019 worden afgerond met een rapportage.

4.2 **Deelproject 2: Onderzoek naar betere operationalisatie van het begrip 'complexe en samenhangende problematiek'**

4.2.1 *Hoofdvraag*

In dit deelproject willen we onderzoek laten uitvoeren naar mogelijkheden om het begrip uit het eerdere standpunt van het Zorginstituut 'complexe en samenhangende problematiek op meerdere ICF-domeinen' beter te operationaliseren en wellicht te normeren. Hierbij is de hoofdvraag: kan de complexiteit en/of zwaarte van de ziektelast ten aanzien van verschillende ICF-domeinen op een zodanige wijze in kaart worden gebracht, dat daaruit de aanspraak op MSR (beter) af te leiden valt? Bij een positief antwoord op deze hoofdvraag willen we graag weten hoe een betere beschrijving van deze complexiteit en/of zwaarte van de ziektelast eruit ziet.

4.2.2 *Toelichting*

Eén van de criteria voor het vaststellen of een patiënt (redelijkerwijs) is aangewezen

op MSR is dat er sprake moet zijn van 'complexe en samenhangende problematiek op meerdere ICF-domeinen'¹¹. In de praktijk blijkt het vaak moeilijk om op een consistente en objectieveerbare wijze invulling te geven aan de begrippen 'complex' en 'samenhangend'.

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag valt te denken aan het toepassen van één of meer meetinstrumenten voor het vaststellen van de aard en de ernst van de problematiek per ICF-domein. Samenhang van de problematiek of de aanwezigheid van problematiek op meerdere ICF-domeinen als zodanig maakt de situatie van de patiënt niet per definitie complex. De complexiteit ontstaat als op verschillende (samenhangende) ICF-domeinen sprake is van ernstige problematiek. Wanneer hiervoor één of meer meetinstrumenten in aanmerking komen, dienen die voldoende gevalideerd en genormeerd te zijn om grenswaardes voor de complexiteit van de problematiek van de patiënt te kunnen definiëren. Bij overschrijding van één of meer grenswaardes is de kans veel groter dat een patiënt in aanmerking komt voor MSR. Ook wordt nagegaan of zo'n meetinstrument ook inzetbaar kan zijn als kwaliteitsindicator om het resultaat van de behandeling inzichtelijk te maken ten behoeve van de transparantiekalender.

In dit deelproject zijn de volgende deelvragen aan de orde:

- 1 Is het mogelijk om met behulp van (gevalideerde) meetinstrumenten of andere objectieveerbare indicatoren te beschrijven wat de ernst van de problematiek op een bepaald domein van de ICF is en hoe deze samenhangt met andere problematiek?
- 2 Zo ja, welke meetinstrumenten of andere objectieveerbare indicatoren zouden voor het beschrijven van de complexiteit van de problematiek van een patiënt die kandidaat is voor MSR toegepast kunnen worden?
- 3 Is het mogelijk om bij (een aantal van) deze meetinstrumenten of andere objectieveerbare indicatoren aan te geven wanneer de ziektelast ten aanzien van het bijbehorende ICF-domein zodanig groot is dat MSR overwogen kan worden dan wel aangewezen is?
- 4 Is het mogelijk om (een aantal van) deze meetinstrumenten of andere objectieveerbare indicatoren bij de follow-up van patiënten te gebruiken als kwaliteitsindicator?

4.2.3 *Uitvoering en planning*

Nader onderzoek zal plaatsvinden om de hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden. Hierbij is het van belang dat er bij de partijen die betrokken zijn bij de medisch-specialistische revalidatiezorg voldoende draagvlak is voor de bevindingen uit dit onderzoek. Het onderzoek kan pas plaatsvinden nadat het onderzoek naar de scherpere indicatiestelling (deelproject 1) is afgerond. Immers, het is denkbaar dat de te ontwikkelen werkwijze niet bij elke indicatie hetzelfde is en dat er meerdere werkwijzen, die gericht zijn op verschillende (groepen van) indicaties, ontwikkeld moeten worden. Het onderzoek zal daarom in het derde kwartaal van 2019 worden aanbesteed, in samenspraak met de eerder geformeerde klankbordgroep. Het onderzoek heeft een looptijd van ongeveer 6 maanden.

4.3 **Deelproject 3: Verduidelijken van het begrip 'stepped care'**

4.3.1 *Hoofdvraag*

In dit deelproject willen we onderzoeken of het begrip 'stepped care' verduidelijkt en beter geoperationaliseerd kan worden. Hierbij is de hoofdvraag: welke (behandel)stappen met welke inhoud en intensiteit moeten zijn doorlopen voordat

¹¹ *Medisch-specialistische revalidatie – Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden*, Zorginstituut Nederland, 22 juni 2015.

MSR aan de orde kan zijn en hoe moet in de aanvraag bij de zorgverzekeraar de beschrijving of onderbouwing eruit zien ten aanzien van de toepassing van deze stappen en het (onvoldoende) resultaat daarvan?

4.3.2 *Toelichting*

Een voorbeeld van een beschrijving van 'stepped care' is opgenomen in de Zorgstandaard chronische pijn¹² en in de bijbehorende patiëntenversie:

"Bij stepped care wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Hierbij wordt rekening gehouden met de behoeftes van de patiënt en wordt passende zorg geboden op basis van de benodigde zorgzwaarte. Als de minimaal noodzakelijke interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan."

Op basis van een analyse van de verschillende beschrijvingen van 'stepped care' in richtlijnen, standaarden en andere documenten, uitspraken in rechtszaken en geschillen, en gesprekken met diverse deskundigen vanuit patiënten- en beroepsorganisaties en zorgverzekeraars, moeten criteria worden geformuleerd voor een adequate invulling van het 'stepped care'-principe voorafgaand aan MSR. Ook is de vraag op welke wijze 'stepped care' en de inhoud van reeds verstrekte behandelingen op het niveau van de patiënt moeten worden vastgelegd en gecommuniceerd met de zorgverzekeraar in het kader van een aanvraag voor een MSR-behandeling. Ook op die vraag dient dit deelproject antwoord te geven.

In dit deelproject zijn de volgende deelvragen aan de orde:

- 1 Welke (behandel)stappen met welke inhoud/disciplines en intensiteit moeten zijn doorlopen voordat MSR aan de orde kan zijn?
- 2 Welke professional(s) moet(en) toetsen of het 'stepped care'-principe bij een individuele patiënt voldoende is ingevuld voorafgaand aan een MSR-behandelprogramma?
- 3 Hoe moet in de aanvraag bij de zorgverzekeraar de beschrijving of onderbouwing eruit zien ten aanzien van de toepassing van deze stappen en het (onvoldoende) resultaat daarvan?
- 4 Wat is in het kader van een aanvraag bij een zorgverzekeraar voor MSR een goede communicatiemethode tussen de professional, die getoetst heeft of het 'stepped care'-principe bij een individuele patiënt voldoende is ingevuld, en de zorgverzekeraar?

4.3.3 *Uitvoering en planning*

Het Zorginstituut zal voor de uitvoering van dit deelproject een werkgroep instellen die bestaat uit vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en relevante beroepsorganisaties van zorgaanbieders uit de eerstelijns- en tweedelijnszorg (zie ook paragraaf 5). De werkgroep zal, ondersteund door het Zorginstituut, de analyse van het 'stepped care'-principe in de huidige praktijk uitvoeren en bediscussiëren. Het doel is om tot consensus te komen over wat 'stepped care' voorafgaand aan het MSR-traject inhoudt, hoe deze 'stepped care' moet worden vastgelegd en op welke wijze en met welke inhoud gecommuniceerd moet worden aan de zorgverzekeraar. Naast vertegenwoordigers vanuit de VRA, ZN en de Patiëntenfederatie Nederland zal het Zorginstituut hiervoor ook partijen die eerstelijnszorg verlenen benaderen, zoals huisartsen, fysiotherapeuten en psychologen.

¹² Zorgstandaard Chronische Pijn, versie 28 maart 2017 via Zorginzicht.nl.
<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/zorgstandaard-chronische-pijn/Paginas/Home.aspx>

Het Zorginstituut streeft naar een startbijeenkomst van de werkgroep in februari 2019 en verwacht dat de werkgroep eind 2019 zijn eindrapport kan opleveren.

4.4 Deelproject 4: Relatie tussen arbeidsrevalidatie en medisch-specialistische revalidatie

4.4.1 Hoofdvraag

Is het mogelijk om de relaties tussen de 'domeinen' gezondheid, arbeid en MSR in kaart te brengen, analoog aan het rapport *Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis*, dat het Zorginstituut in augustus 2016 heeft uitgebracht?

4.4.2 Toelichting

In het standpunt uit 2015 is het Zorginstituut ook ingegaan op de afbakening van MSR met andere zorgvormen. Voor de afbakening met arbeidsrevalidatie verwees het Zorginstituut op dat moment naar de uitvoeringstoets van (arbeids)participatie in de ggz van het ministerie van VWS. Die uitvoeringstoets heeft geresulteerd in het rapport van het Zorginstituut *Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis*¹³.

In dit rapport beantwoordt het Zorginstituut de vraag in hoeverre er sprake is van verzekerde zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) bij de activiteiten van zorgprofessionals die gericht zijn op het bevorderen de arbeidsparticipatie van de cliënt of het verbeteren van de arbeidsomstandigheden van de cliënt. Ook beschrijft het rapport welke activiteiten van zorgprofessionals behoren tot een ander domein (publiek of privaat/werkgever). Ten slotte wordt ingegaan op de vraag of de Zvw goed aansluit op andere wetgeving op dit gebied (zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Participatiewet en de Wet werk en zekerheid).

In dit deelproject zijn de volgende deelvragen aan de orde:

- 1 Op welke deelgebieden van een MSR-behandelprogramma kan er sprake zijn van samenloop van Zvw-zorg en activiteiten in andere domeinen?
- 2 Tot welke problemen kan dit leiden in de afbakening van activiteiten die via Zvw dan wel via andere systemen bekostigd moeten worden?
- 3 Wat zijn mogelijke oplossingen voor deze problemen?

4.4.3 Uitvoering en planning

Het Zorginstituut zal dit deelproject in 2019 in eigen beheer uitvoeren door te bestuderen welke delen van het rapport *Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis* van toepassing zijn op MSR of naar die context omgezet kunnen worden. Verder zal aanvullend literatuuronderzoek worden uitgevoerd en zullen werkbezoeken en interviews worden gedaan om te achterhalen welke aan arbeidsparticipatie gerelateerde activiteiten binnen MSR-behandelprogramma's of als aanvullend aanbod daarop gebruikelijk zijn. De (tussen)resultaten worden afgestemd met de eerder geformeerde klankbordgroep. Het onderzoek heeft een looptijd van ongeveer 6 maanden en wordt kort na de zomer van 2019 afgerond met een rapportage.

4.5 Implementatie van de uitkomsten

Het Zorginstituut zal op basis van de uitkomsten van de vier deelprojecten het standpunt uit 2015 actualiseren. Daarnaast kunnen de uitkomsten van de deelprojecten 1 en 2 worden meegenomen in het actualiseren van de nota

¹³ Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis. Zorginstituut Nederland, 29 augustus 2016

Indicatiestelling door de beroepsgroep. Verder kunnen de beroepsgroep en de zorgverzekeraars op basis van de resultaten van deelproject 3 een leidraad opstellen voor passende zorg voor mensen met een revalidatiebehoefte. Het kan hierbij ook gaan om passende zorg in de eerste of anderhalve lijn of om zorg in de tweede lijn, niet zijnde MSR.

5 Projectinrichting en tijdsplanning

5.1 Projectinrichting

Voor de uitvoering van de vier deelprojecten en het actualiseren van het standpunt uit 2015 stellen we de onderstaande projectinrichting voor.

5.1.1 Klankbordgroep

Voor periodieke afstemming (2-3 keer per jaar) over de voortgang en de samenhang van de verschillende deelprojecten en ook voor in het kaart brengen van andere ontwikkelingen die voor de uitvoering van dit plan van aanpak relevant kunnen zijn, stelt het Zorginstituut een klankbordgroep in.

In deze klankbordgroep hebben in ieder geval zitting: vertegenwoordigers van de VRA, ZN, Revalidatie Nederland (RN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de werkgroep revalidatie van VAV en de Patiëntenfederatie Nederland. Het Zorginstituut verzorgt het voorzitterschap en het secretariaat van de klankbordgroep.

5.1.2 Werkgroep

Het Zorginstituut zal voor de uitvoering van deelproject 3 een werkgroep instellen, met vertegenwoordiging van betrokken partijen uit eerste en tweede lijn. Het Zorginstituut zal deze werkgroep faciliteren, onder meer door het leveren van een voorzitter en/of secretaris en door het beschikbaar stellen van vergaderruimten.

5.1.3 Projectgroep Zorginstituut

Binnen het Zorginstituut wordt voor de uitvoering van het plan, het faciliteren van de uitvoering van de verschillende deelprojecten en voor het opstellen van een standpunt een projectgroep ingesteld. De projectgroep draagt binnen het Zorginstituut zorg voor de afstemming tussen de deelprojecten die in dit plan van aanpak zijn beschreven en andere relevante activiteiten, waaronder Zinnige Zorgtrajecten (bijvoorbeeld Ziekten Luchtwegen, Ziekten Zenuwstelsel en Ziekten Bot-, Spier- en Bindweefsel), het systeemadvies fysio- en oefentherapie en ontwikkelingen rondom de bekostiging.

5.2 Tijdsplanning

Zie de hiervoor beschreven deelprojecten in de periode 2019-2020. Schematisch ziet dit er als volgt uit:

| 1 januari 2019 | 1 juli 2019 | 1 januari 2020 | 1 juli 2020 | 1 januari 2021 |
|----------------|---------------|------------------|-------------|----------------|
| Deelproject 1 | | | | |
| | Deelproject 2 | | | |
| Deelproject 3 | | | | |
| Deelproject 4 | | | | |
| | | Update standpunt | | |

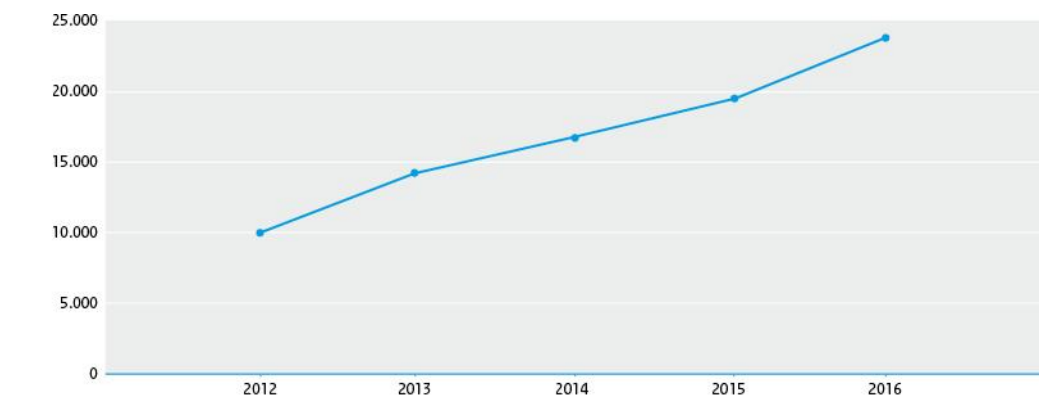
Bijlage

Bij hoofdstuk 3: Volume- en kostenontwikkelingen

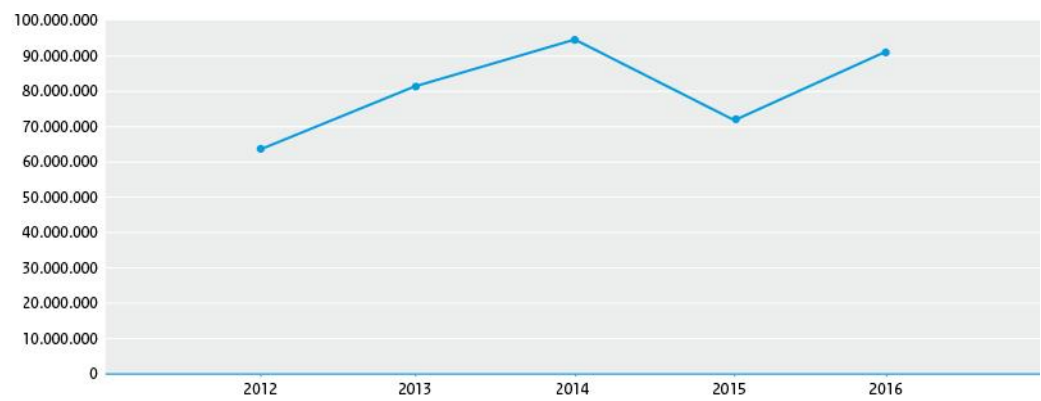
N.B. De schalen op de y-as zijn niet gelijk in de verschillende grafieken

Figuren behorend bij paragraaf 3.2.1

Figuur 4. Aantal MSR-patiënten in zelfstandige revalidatiecentra

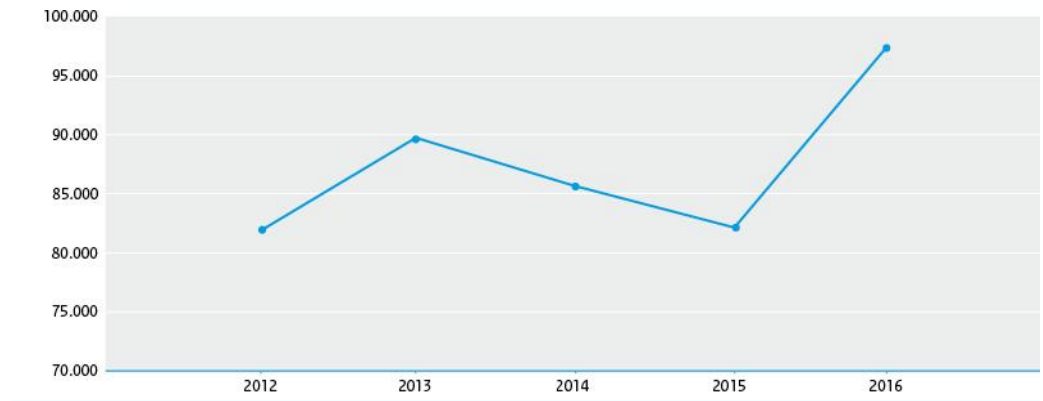


Figuur 5. Totale kosten MSR in zelfstandige revalidatiecentra

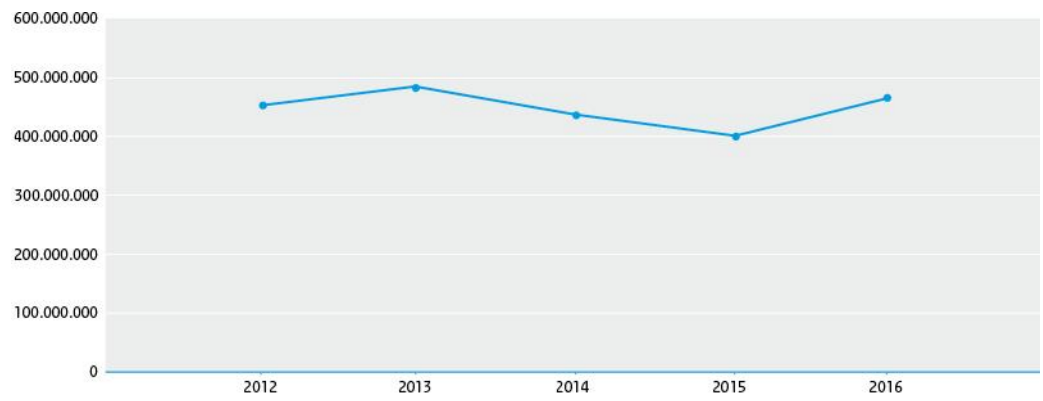


Figuren behorend bij paragraaf 3.2.2

Figuur 6. Aantal MSR-patiënten in reguliere revalidatiecentra

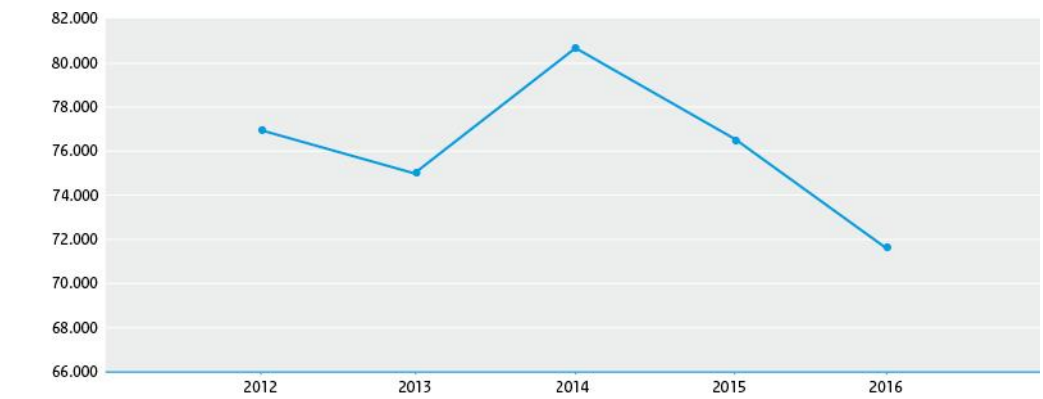


Figuur 7. Totale kosten MSR in reguliere revalidatiecentra

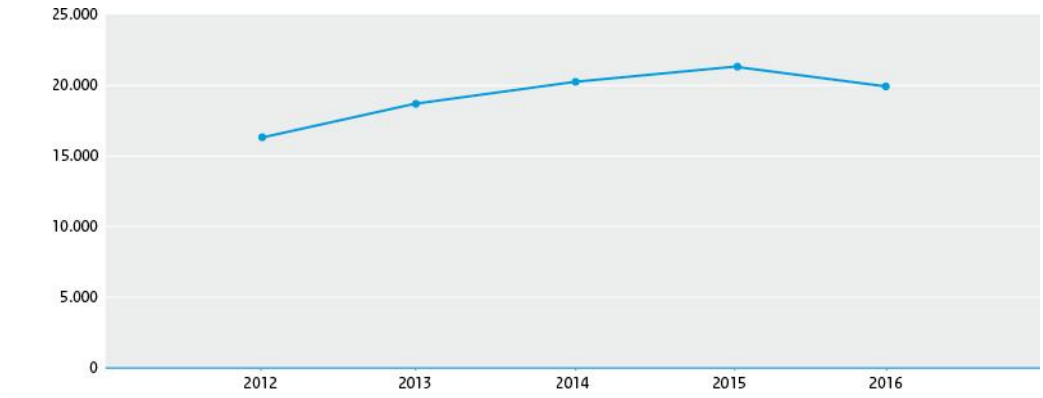


Figuren behorend bij paragraaf 3.2.3

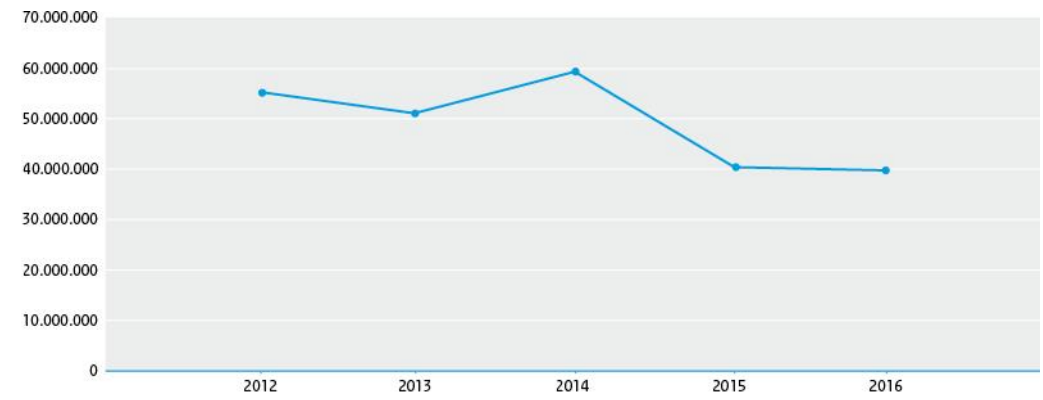
Figuur 8. Aantal MSR-patiënten in algemene ziekenhuizen



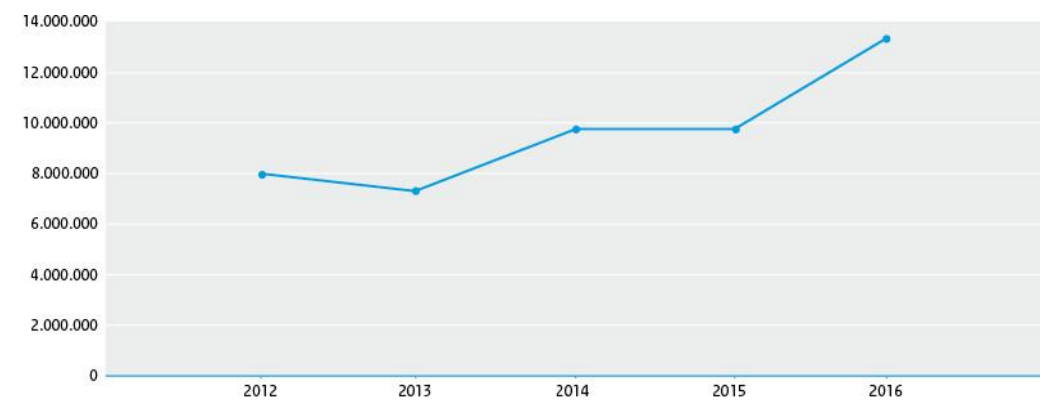
Figuur 9. Aantal MSR-patiënten in umc's



Figuur 10. Totale kosten MSR in algemene ziekenhuizen

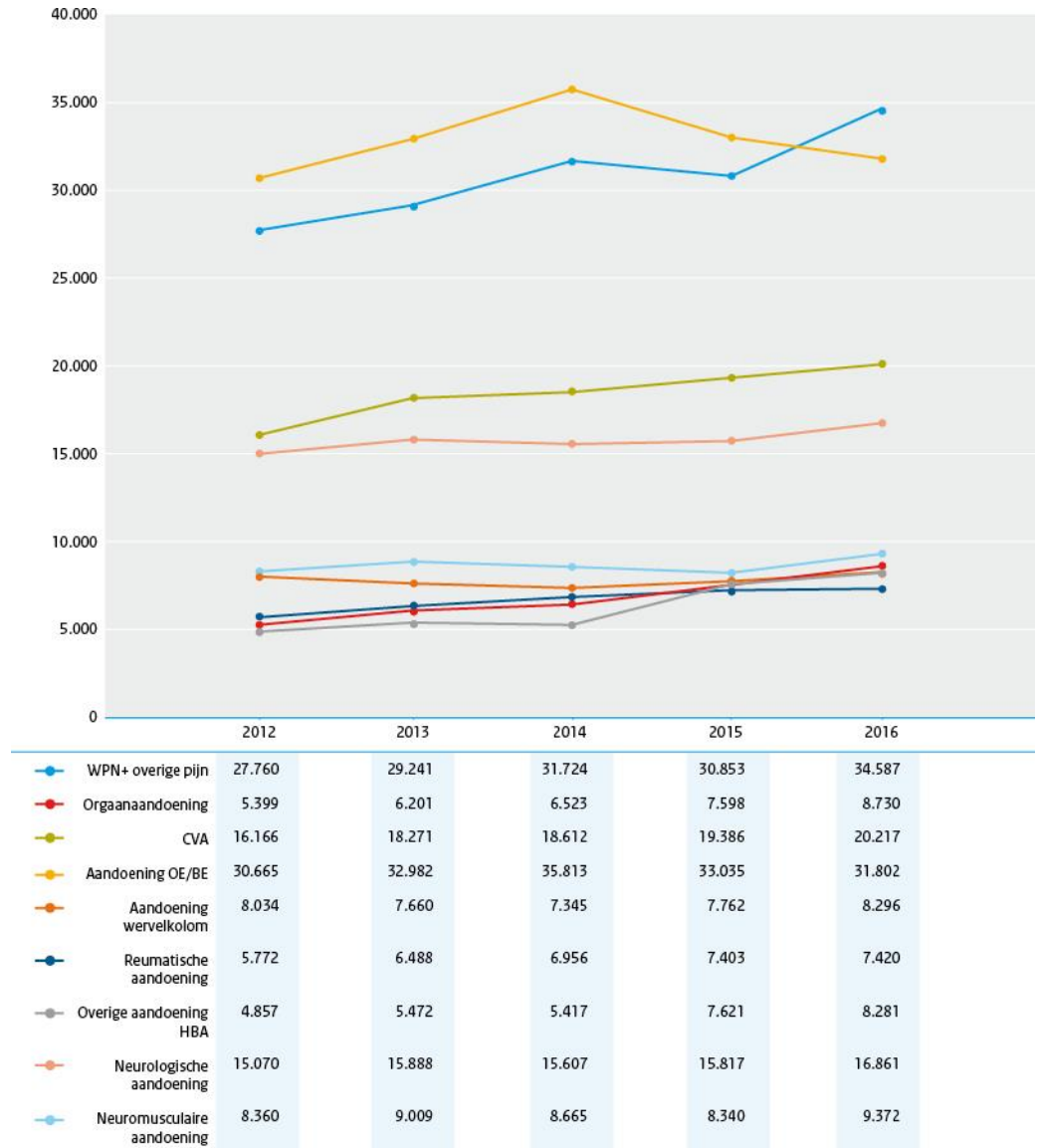


Figuur 11. Totale kosten MSR in umc's

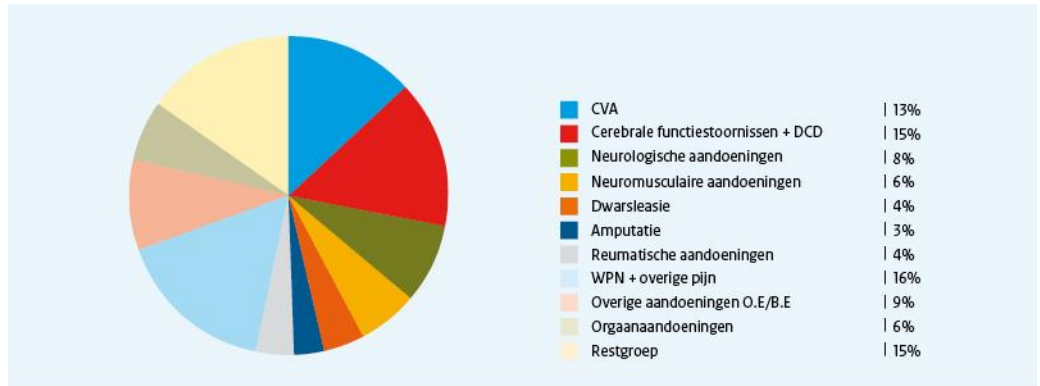


Figuren behorend bij paragraaf 3.3

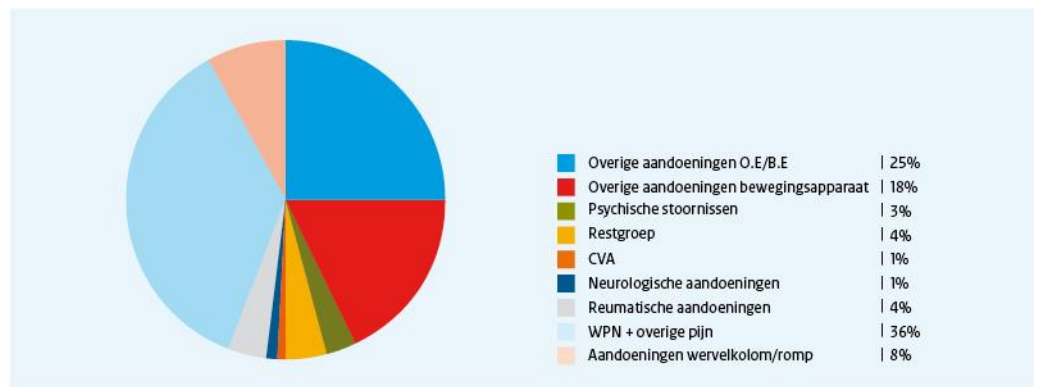
Figuur 12. Aantallen patiënten per diagnosecategorie



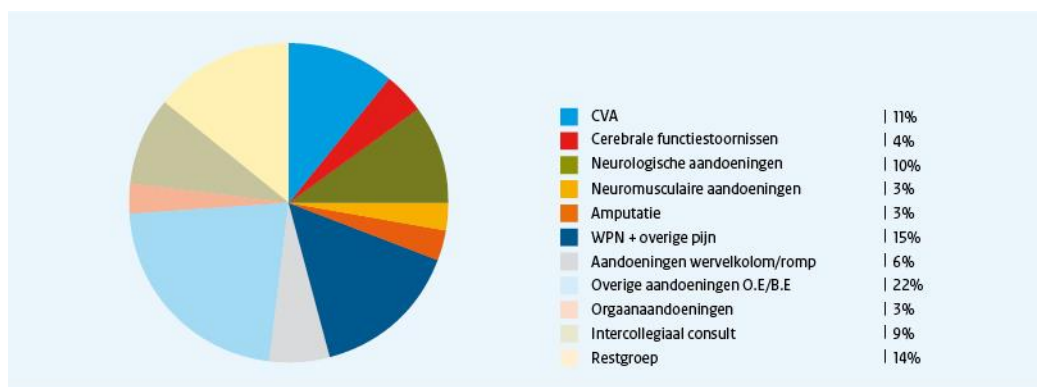
Figuur 13. Diagnoses reguliere revalidatiecentra 2016 (n=97.378)



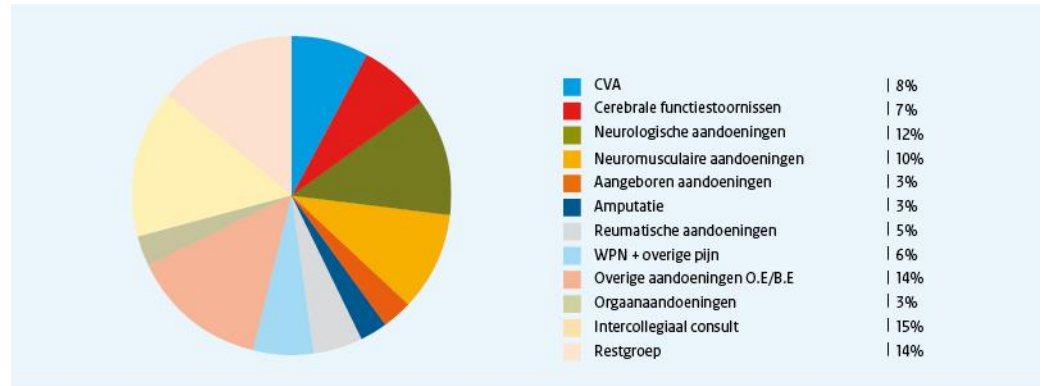
Figuur 14. Diagnoses zelfstandige revalidatiecentra 2016 (n=23.522)



Figuur 15. Diagnoses revalidatieafdelingen ziekenhuizen 2016 (n=71.435)



Figuur 16. Diagnoses revalidatieafdelingen umc's 2016 (n=19.822)



Figuur 17. Gemiddelde kosten per patiënt per diagnosecategorie

