



Zorginstituut Nederland

Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie

Samen in beweging naar besluitvorming over
een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en
oefentherapeutische zorg uit het basispakket

17 JANUARI 2023



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
	Inleiding	7
1	Programmalijn voor de overgang naar vergoeding van passende eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket	9
1.1	Programmalijn: de beweging naar vergoeding uit het basispakket	9
1.2	Toekomstscenario	12
2	Wettelijke kaders voor een overgang naar een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering	13
2.1	Waarom toewerken naar vergoeding van onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg naar het basispakket?	13
2.2	De kaders van de Zorgverzekeringswet	13
2.3	Voorlichting, educatie, begeleiden en oefenen als onderdeel van het arsenaal	16
2.4	Preventie als onderdeel van fysio- en oefentherapeutische zorg	16
3	Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie (randvoorwaarde 1)	18
3.1	Uitgangssituatie voor randvoorwaarde 1: het kwaliteitskader	18
3.2	Doel van het kwaliteitskader	18
3.3	Advies over de inhoud van het kwaliteitskader	18
3.4	Samenspel tussen de partijen	20
4	Inzicht in stand van de wetenschap en praktijk fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventiecombinaties (randvoorwaarde 2)	21
4.1	Uitgangssituatie voor randvoorwaarde 2: inzicht in stand van de wetenschap en praktijk	21
4.2	Inzicht in het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'	22
4.3	Risicogericht agenderen in de transitiefase van overige fysio- en oefentherapeutische interventies	24
5	Advies over passende bekostiging (randvoorwaarde 3)	26
5.1	Uitgangssituatie voor randvoorwaarde 3: advies passende bekostiging	26
5.2	Rol van de Nederlandse Zorgautoriteit	26
5.3	Huidige bekostiging	26
5.4	Andere vormen van bekostiging	26
5.5	Samenspel tussen partijen	27
6	Conclusie en vervolgstappen	28
6.1	Rollen en verantwoordelijkheden	28
6.2	Toegankelijkheid van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg bij een verandering van de aanspraak	29
6.3	Eindadvies aan de minister van VWS na invulling randvoorwaarden	30
	Referenties	31
	Bijlagen	
	Bijlage 1 - Betrokken partijen	33
	Bijlage 2 - Fysio- en oefentherapie in 2022	34
	Bijlage 3 - Van goede lokale initiatieven naar landelijke passende zorg	35
	Bijlage 4 - Historie van vergoeding uit de basiszorgverzekering	38
	Bijlage 5 - Reacties schriftelijke consultatie	40
	Colofon	61

Samenvatting

We staan aan het begin van een beweging naar passende fysio- en oefentherapie die winst kan opleveren voor de patiënt, de maatschappij en het hele zorglandschap. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoekt Zorginstituut Nederland hoe vergoeding van eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering vorm kan krijgen. Dit rapport is nog geen eindadvies, maar de weg daarnaartoe.

Op weg naar passende fysio- en oefentherapie

Passende zorg is zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan. De hele zorgsector en samenleving moeten aan de slag om de zorg toekomstbestendig te maken, met grote vraagstukken op het vlak van mensgerichtheid, houdbaarheid en duurzaamheid. De beweging naar passende zorg kan daaraan bijdragen en gaat uit van vier principes: de zorg is waardegedreven, wordt op de juiste plek geleverd – dichtbij waar het kan, verder weg als het moet –, komt rondom de patiënt tot stand waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen over de best passende behandeling, en de focus ligt meer op gezondheid en functioneren in plaats van op ziekte en behandeling.

De verandering van de vergoedingssystematiek voor eerstelijns fysio- en oefentherapie kan een belangrijke bijdrage leveren aan de beweging naar passende zorg, omdat:

- het zwaardere zorg voor patiënten kan voorkomen;
- de zorg -waar mogelijk- dichtbij de patiënt kan worden gegeven, namelijk in de eerste lijn in plaats van in de duurdere tweede lijn, omdat fysio- en oefentherapie daar nu wel wordt vergoed vanuit de basisverzekering;
- een goed vergoedingssysteem zorgverzekeraars stimuleert om passende zorg in te kopen.

Overgang van gesloten naar open aanspraak op passende fysio- en oefentherapie

Tijdens een intensief voorbereidingstraject hebben we met alle betrokken partijen gesproken. Het doel is dat fysio- en oefentherapie optimaal bijdraagt aan de beweging naar passende zorg en de toekomstbestendigheid van de hele zorg in Nederland. Het gaat om de overgang van fysio- en oefentherapie uit het gesloten deel van het verzekerde pakket naar het open deel. In het gesloten deel stelt de overheid vast wat vergoed wordt, terwijl in het open deel de wetgever erop vertrouwt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspreken welke zorg voldoet aan de wet- en regelgeving en vergoed mag worden. Figuur 1 vat heel bondig samen welke stappen voor die overgang nodig zijn. De gedetailleerde uitleg daarbij volgt daarna.

Figuur 1- Infographic

Hoe kan fysio- en oefentherapie onderdeel worden van het basispakket?

Samen in beweging naar passende zorg



Drie randvoorwaarden invullen voorafgaand aan eindadvies

Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat eerst aan drie randvoorwaarden moet worden voldaan voordat we de minister een eindadvies kunnen geven. Grondigheid en goede afspraken zijn noodzakelijk, want het gaat om de voorbereiding van een verrekend politiek besluit om onderdelen van de fysio- en oefentherapie te vergoeden uit het basispakket. De randvoorwaarden die betrokken partijen eerst moeten invullen zijn:

1. De ontwikkeling van een *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie*, waarin partijen gezamenlijk kwaliteitseisen voor goede zorg vastleggen en dat aansluit op het *Kader Passende zorg*;
2. Fysio- en oefentherapeutische zorg moet waardegedreven zijn. Hiervoor is inzicht nodig in de effectiviteit van behandelingen en de gezondheidswinst voor patiënten (wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk').
3. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt een (concept)advies op over passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.

Programmalijn voor invullen van de randvoorwaarden

Samen met beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars hebben we een programmalijn ontwikkeld. Die behelst een gedetailleerde uitwerking van de genoemde randvoorwaarden om de weg vrij te maken voor een optimale bijdrage van fysio- en oefentherapie aan passende zorg. In de volgende drie paragrafen gaan we dieper op die voorwaarden in. Tijdens het Bestuurlijk Overleg Fysio- en Oefentherapie van 10 maart 2022 hebben de betrokken partijen ingestemd met de voorgestelde richting.

Randvoorwaarde 1 - Kwaliteitskader

De betrokken partijen moeten samen een *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* ontwikkelen dat aansluit op het *Kader Passende zorg*. In het kwaliteitskader maken zij afspraken over het waarborgen, verbeteren en inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg en het versterken van het lerend vermogen. Ook spreken partijen af hoe zij keuze-informatie voor patiënten gaan maken en inzetten. Het kwaliteitskader dient ook als handvat voor extern toezicht en voor passende inkoop en contractering door zorgverzekeraars. Aan de randvoorwaarde is voldaan als de drie betrokken partijen het kwaliteitskader samen hebben

ontwikkeld en aangeboden voor opname in het Register van het Zorginstituut en als het Zorginstituut het kwaliteitskader positief heeft beoordeeld voor opname in het Register.

Randvoorwaarde 1 heeft een prominente plaats in de programmalijn. Het kwaliteitskader en de afspraken die betrokken partijen daarin vastleggen vormen namelijk de basis voor invulling van de andere twee randvoorwaarden.

Randvoorwaarde 2 – Inzicht in de stand van de wetenschap en praktijk

Randvoorwaarde 2 gaat over het passende zorg-principe dat zorg waardegedreven moet zijn. Dit wil zeggen dat fysio- en oefentherapie waarde moet toevoegen aan gezondheid en kwaliteit van leven van mensen, tegen een redelijke hoeveelheid inzet van geld, personeel en grondstoffen. Bij beoordeling van waardegedrevenheid kijken we niet naar zorg op persoonlijk niveau. We kijken op groepsniveau of de behandeling echt werkt en meerwaarde heeft voor patiënten. Wettelijk heet dit criterium de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Er zijn vervolgstappen nodig om te bepalen welke fysio- en oefentherapeutische behandelingen voor specifieke diagnoses (indicatie-interventiecombinaties) wel en (nog) niet voldoen aan het criterium. Daarom moeten partijen in de overgangsfase samen de dialoog hierover voeren volgens de regels van het nieuwe systeem, dus vanuit open pakketbeheer. Alle betrokken partijen en het Zorginstituut spelen daarbij een belangrijke rol.

In het huidige gesloten systeem heeft het Zorginstituut drie categorieën waarin een beoordeling kan vallen:

1. de zorg is effectief en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk;
2. de zorg is niet effectief en voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk;
3. het betreft zorg waarvan de effectiviteit onduidelijk is.

Het grootste deel van de fysio- en oefentherapie valt in deze laatste categorie. Beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars moeten daarom eerst samen bepalen wat goede zorg is en dat vastleggen in het kwaliteitskader (randvoorwaarde 1) en bijbehorende richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. Daarna bespreken zij samen welke zorg wel en (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zij kunnen onderwerpen waar ze niet uitkomen aanmelden voor de pakketagenda (zie paragraaf 4.3.1) van het Zorginstituut. Dat wil zeggen dat het Zorginstituut dan gaat meekijken of bepaalde zorg wel of niet in het basispakket thuishoort, om te voorkomen dat ook niet-effectieve zorg in het basispakket komt. Het Zorginstituut heeft een instrument om dat tegen te gaan: risicogericht pakketbeheer. Als de minister in de toekomst besluit om fysio- en oefentherapie op te nemen in het open deel van het basispakket, dan kan het Zorginstituut – net als bij andere zorg in de basisverzekering – bijsturen door risicogericht pakketbeheer toe te passen. Dat doen we dan in de vorm van een duiding, waarbij we de zorg toetsen aan twee wettelijke criteria:

- het moet gaan om zorg zoals professionals die ‘plegen te bieden’ oftewel: de zorg behoort tot het gebruikelijk behandelarsenaal van therapeuten;
- de zorg moet voldoen aan ‘de stand van de wetenschap en de praktijk’, oftewel: echt werken.

Randvoorwaarde 3 – Advies over passende bekostiging

Het is aan de NZa om samen met partijen een advies uit te werken voor passende bekostiging voor eerstelijns fysio- en oefentherapie. Het doel is een bekostigingsmodel dat de beweging naar passende zorg maximaal ondersteunt.

Vervolgstappen voor de beoogde overgang van een gesloten naar een open aanspraak

Het Zorginstituut ziet dat alle betrokken partijen bereid zijn om de nodige stappen te zetten in het samenspel naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg. De uitvoering van de programmalijn is een omvangrijk en complex traject. Het vraagt om een verandering in ons denken over de toekomst van de fysio- en oefentherapie. Mogelijk zijn er moeilijke beslissingen nodig. Maar als we de beweging naar passende zorg samen aangaan, kan dit winst opleveren voor de toekomst van de hele zorg. De inzet van alle betrokken partijen is nodig om de randvoorwaarden uit de programmalijn in te vullen, ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid.

De nodige vervolgstappen staan in een overkoepelend plan van aanpak, getiteld *Naar een passende aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg*. Dit plan van aanpak is geaccordeerd door alle partijen. We moeten op gelijkwaardig niveau met elkaar in gesprek en zorgvuldige afwegingen maken. De overeenstemming tussen partijen over kwaliteitseisen en de beoordeling van effectiviteit moeten hand in hand gaan. Uiteindelijk stelt het Zorginstituut een eindadvies op en daarna is het aan de politiek om te bepalen of passende eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering vergoed gaat worden. En ook in de open aanspraak zal het Zorginstituut – net als bij andere verzekerde zorg – proactief, risicogericht pakketbeheer toepassen. Iedereen in Nederland moet erop kunnen vertrouwen dat ze de best mogelijke zorg krijgen, nu en in de toekomst.

Inleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Zorginstituut Nederland om advies gevraagd over een geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie^{1a,1b}, rekening houdend met de principes van passende zorg.² Dit adviesrapport is de eerste stap in het plan van aanpak *Naar een passende aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie*, die partijen van het Bestuurlijk Overleg Fysio- en Oefentherapie hebben geaccordeerde.³

Beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars hebben in de periode tussen december 2021 en juni 2022 uitgebreid de dialoog gevoerd over de vier principes van passende zorg, hoe de samenhang tussen de principes geoperationaliseerd kan worden en over hoe de principes van passende zorg verbonden zijn met de wettelijke criteria van de Zorgverzekeringswet. Dit rapport beschrijft de programmalijn waarin betrokken partijen (beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars, zie ook bijlage 1) in samenwerking met overheidspartijen toewerken naar een open omschrijving van de te verzekeren prestatie (hierna: open aanspraak) op passende fysio- en oefentherapeutische zorg die wordt vergoed uit het basispakket.

Passende zorg

Iedereen moet kunnen rekenen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Dit uitgangspunt komt echter in toenemende mate onder druk te staan door stijgende kosten, een teruglopend aantal mensen dat in de zorg werkt en dubbele vergrijzing: we leven langer en hebben meer en langer zorg nodig. Daarom doet de samenleving een beroep op de zorgsector om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. Het Zorginstituut heeft hiertoe in 2020 samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het advies *Passende zorg, de toekomst is nu* opgesteld.⁴ Het advies beschrijft hoe we door gezamenlijk in te zetten op passende zorg kunnen bijdragen aan de toekomstbestendigheid van de zorg in Nederland. De grote opgaven zijn:

1. verbeteren van de kwaliteit van zorg en verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen Nederlanders;
2. realiseren van passende zorg bij toenemende schaarste aan mensen en geld;
3. omschakelen naar duurzame praktijken gericht op toekomstbestendigheid van de zorg.

De partijen in de zorg staan samen voor deze opgave. Zij zullen samen gaan bepalen wat er moet gebeuren om patiënten passende zorg te bieden, hoe zij dit organiseren, wie wat gaat doen en wie er op welke manier voor gaat betalen. De vier principes van passende zorg geven richting waaraan de geleverde zorg moet voldoen. Deze principes zijn dat de zorg:

1. waardegedreven is;
2. samen met en rondom de patiënt tot stand komt;
3. de juiste zorg is en op de juiste plek wordt geleverd;
4. over gezondheid gaat in plaats van over ziekte.

In september 2022 is het *Kader Passende zorg* gepubliceerd.⁵ Dit kader geeft generieke handvatten voor het ontwikkelen van beroepsgroepoverstijgende en indicatiespecifieke kwaliteitskaders en -standaarden om de beweging naar passende zorg te stimuleren. Het kader doet een appel op een mensgerichte benadering. Dit houdt in dat zorg die niet effectief bijdraagt aan gezondheid van mensen niet passend is.⁵ Passende zorg draagt bij aan een goede kwaliteit van leven voor de patiënt. De zorg wordt waar mogelijk dicht bij de patiënt aangeboden, al dan niet gebruikmakend van digitale en technologische infrastructuur. Naast de biomedische aspecten worden ook naar andere levenssterreinen gekeken, zoals het versterken van veerkracht en stimuleren van preventie. Het vergt moed en samenspel tussen partijen om eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg op passende wijze in te zetten en te organiseren.

Van een gesloten aanspraak naar een open aanspraak

In de huidige situatie is een gesloten aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.⁶ Dat wil zeggen dat deze zorg alleen wordt toegelaten tot het basispakket, nadat het Zorginstituut deze heeft getoetst en een eindadvies heeft uitgebracht aan de minister.

Het betekent dat alleen fysio- en oefentherapeutische zorg in aanmerking komt voor vergoeding uit het basispakket die voldoet aan:

- de indicatievoorwaarden van de lijst van chronische aandoeningen (Bijlage 1 bij het *Besluit zorgverzekering* (Bzv)); of
- de specifieke indicatievoorwaarden van artikel 2.6 lid 2 tot en met 7 van het Bzv.

Inzicht in eerstelijns fysio- en oefentherapeutisch zorggebruik vindt u in bijlage 2.

Er is consensus onder de betrokken partijen dat een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket voor een groeiende groep verzekerden van belang is en de beweging naar passende zorg kan ondersteunen. We zien dat klachten en beperkingen op het gebied van fysiek functioneren toenemen naarmate de bevolking ouder wordt. Een aanspraak op passende fysio- en oefentherapie die wordt vergoed uit het basispakket heeft als voordeel voor de verzekerde dat:

- passende fysio- en oefentherapeutische zorg voor alle verzekerden toegankelijk is;
- de juiste zorg op de juiste plek wordt gestimuleerd, bijvoorbeeld door samenwerking tussen huisartsen of medisch specialisten en eerstelijns fysio- en oefentherapeuten;
- keuze-informatie over het behandeltraject beschikbaar komt door het transparant maken van fysio- en oefentherapeutische zorg volgens afspraken in het kwaliteitskader (zie ook hoofdstuk 3);
- verschillende behandelopties gelijke financiële consequenties hebben voor de patiënt. Samen beslissen leidt tot een keuze voor de beste behandeloptie bij indicaties waarvoor fysio- of oefentherapie een effectief alternatief is voor risicovollere en duurder medisch-specialistische behandelingen.

In bijlage 3 beschrijven we drie lokale initiatieven van passende zorg in de fysio- en oefentherapie praktijk.

We moeten echter ook rekening houden met bepaalde praktische en financiële dilemma's die kunnen voortkomen uit een verandering van de aanspraak op fysio- en oefentherapie. Die verandering kan bijvoorbeeld leiden tot een verhoging van de zorgpremie. Ook zal er voor de fysio- en oefentherapeutische zorg die wordt vergoed uit het basispakket een wettelijk verplicht eigen risico gaan gelden. Daarnaast zal het Zorginstituut opnieuw moeten kijken naar een passende risicoverevening voor zorgverzekeraars.⁷ In de vervolgfase, waarin de onderdelen van de voorgestelde programmalijn (zie hoofdstuk 1) worden uitgewerkt, streven we ernaar om meer grip te krijgen op deze dilemma's.

Uiteindelijk bepalen de zorgverlener en patiënt samen in de dagelijkse zorgpraktijk wat passend is voor de individuele patiënt. De fysio- of oefentherapeut benut hierbij de kennis en expertise die aansluit bij de meest recente kwaliteitsdocumenten, zoals richtlijnen, kwaliteitsstandaarden, protocollen, competentieprofielen et cetera. Deze bieden de kaders om te handelen naar de wettelijke criteria van de *Zorgverzekeringswet* en geven de verzekerden inzicht in de zorg waarop ze redelijkerwijs aanspraak kunnen maken.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven we de programmalijn voor een gecontroleerde overgang naar het passend vergoeden van eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket. De wettelijke kaders die voor deze beoogde overgang relevant zijn, komen aan bod in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 gaat in op de eerste randvoorwaarde van de programmalijn en de specifieke afspraken die partijen samen moeten opstellen in het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* (hierna: het kwaliteitskader). In hoofdstuk 4 geven we uitleg over de tweede randvoorwaarde van de programmalijn door inzicht te geven in de beoordeling van de effectiviteit op basis van de 'stand van de wetenschap en praktijk'. In hoofdstuk 5 bespreken we de argumenten voor de derde randvoorwaarde van de programmalijn, namelijk het ontwerpen van een advies voor passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg. Tot slot, in hoofdstuk 6, beschrijven we in de conclusie welke vervolgstappen nodig zijn om te komen tot een eindadvies over een geschikte aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie. De bijlagen bevatten aanvullende informatie over de betrokken partijen (bijlage 1), inzicht in eerstelijns fysio- en oefentherapeutisch zorggebruik (bijlage 2), praktijkvoorbeelden en het potentieel van passende fysio- en oefentherapeutische zorg (bijlage 3), een historisch overzicht van de totstandkoming van de huidige aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg (bijlage 4) en de reacties van partijen op de bestuurlijke consultatieronde (bijlage 5).

1 Programmalijn voor de overgang naar vergoeding van passende eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket

In dit hoofdstuk bespreken we de voorgestelde programmalijn om de beoogde overgang te maken van een gesloten aanspraak naar een open aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg die wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.

1.1 Programmalijn: de beweging naar vergoeding uit het basispakket

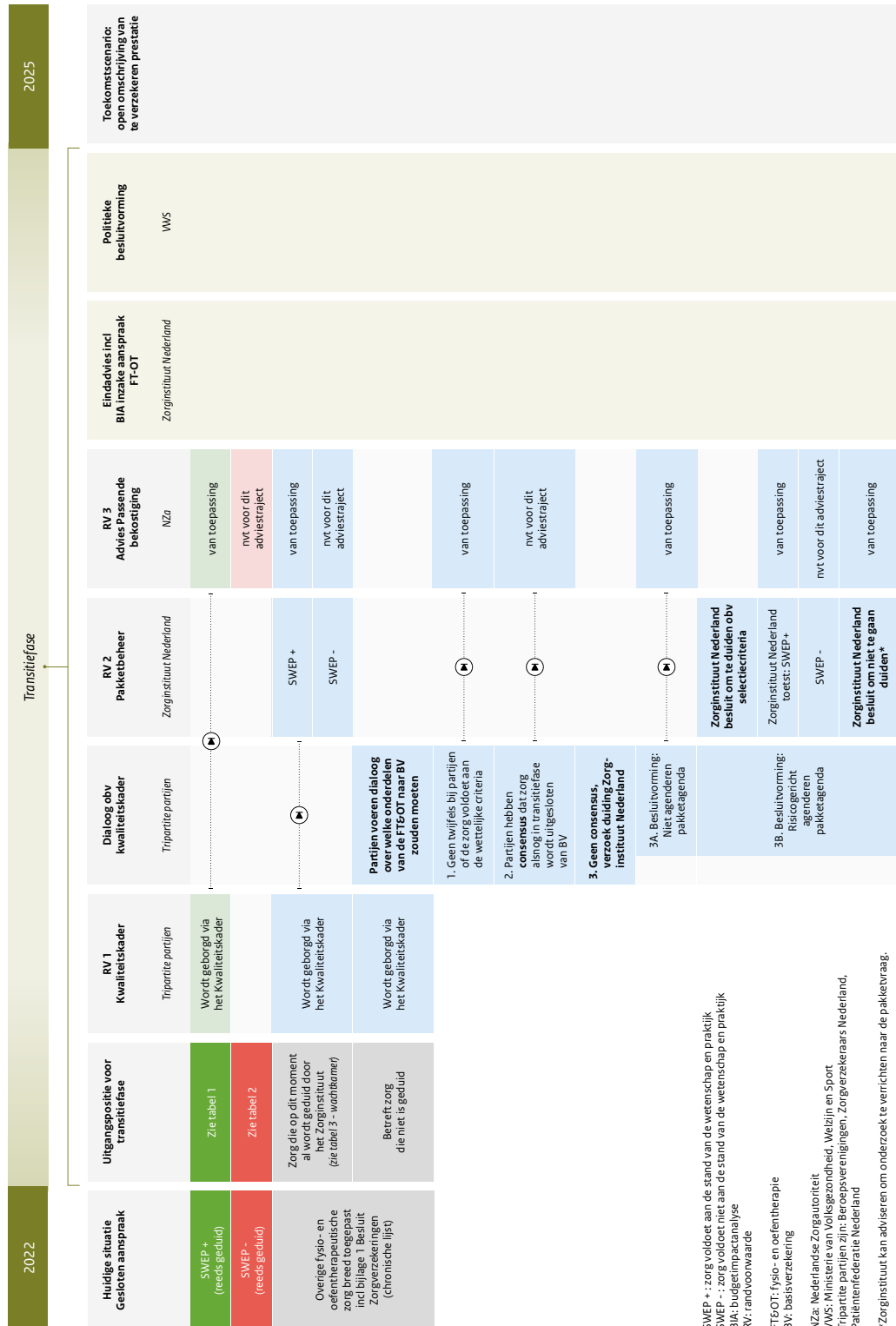
Het Zorginstituut adviseert een programmalijn die kan leiden tot een eindadvies voor de beoogde overgang van een gesloten aanspraak naar een open aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg. Pas nadat aan de randvoorwaarden van de programmalijn is voldaan kan politieke besluitvorming plaatsvinden over de beoogde overgang. In de programmalijn komen de principes van passende zorg integraal samen, zodat fysio- en oefentherapeutische zorg in de toekomst optimaal kan bijdragen aan toekomstbestendige passende zorg in brede zin.

Figuur 2 is een schematische weergave van de programmalijn, waarbij van links naar rechts de tijdlijn is weergegeven. Het schema geeft drie fases weer: de huidige situatie, de transitiefase en het toekomstscenario. We beschrijven de verschillende stappen die nodig zijn om van de huidige situatie in 2022 te komen tot het toekomstscenario op zijn vroegst in 2025.

In de huidige situatie is er een gesloten aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in de Zorgverzekeringwet. In het toekomstscenario is er een open aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg die wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Deze zorg moet voldoen aan de wettelijke criteria (zie hoofdstuk 2). Het is niet mogelijk noch wenselijk om alle fysio- en oefentherapeutische zorg te toetsen op de stand van de wetenschap en praktijk voordat die eventueel in het basispakket komt. De transitiefase beschrijft de beweging van de huidige situatie naar het toekomstscenario en omvat drie randvoorwaarden (aangeduid als RV 1, RV 2 en RV 3 in figuur 2). De verantwoordelijke partijen moeten die invullen om gezamenlijk de beweging van het gesloten naar het open deel van het basispakket mogelijk te maken.

We lichten de drie randvoorwaarden separaat toe in de hoofdstukken 3 (kwaliteitskader), 4 (pakket-beheer) en 5 (passende bekostiging). Met deze randvoorwaarden streven we ernaar om de vier principes van passende zorg in voldoende mate en samenhang te verankeren in de te verzekeren fysio- en oefentherapeutische zorg. Tijdens de transitiefase geven de partijen die bij fysio- en oefentherapie zijn betrokken vanuit hun rol en verantwoordelijkheid verder invulling aan deze randvoorwaarden. De rol van elke partij bij het invullen en implementeren van de randvoorwaarden staat beschreven in het overkoepelende plan van aanpak van VWS dat bestuurlijk geaccordeerd is door de betrokken partijen.³ Invulling van de randvoorwaarden maakt duidelijk wat de inhoud, omvang en wijze van bekostiging wordt van passende fysio- en oefentherapeutische zorg die in de mogelijke toekomstige open aanspraak wordt vergoed uit het basispakket. Deze informatie is essentieel voor het eindadvies van het Zorginstituut aan de minister van VWS en is nodig voorafgaand aan politieke besluitvorming over een verandering van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg (de twee lichtgroen gekleurde kolommen in figuur 2).

Figuur 2 - Schematische weergave van de programmalijn



In de volgende paragrafen lichten we figuur 2 verder toe en maken we duidelijk hoe partijen kunnen toewerken naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg in het basispakket door de programmalijn in te vullen.

1.1.1 *Fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventiecombinaties die al geduid zijn*

In de huidige situatie is een klein deel van de fysio- en oefentherapeutische zorg door het Zorginstituut geduid. Dat wil zeggen dat het Zorginstituut over een aantal indicatie-interventiecombinaties een uitspraak heeft gedaan of die zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (SWEP+) of niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (SWEP-). Indicatie-interventiecombinaties die voldoen (hoofdstuk 4, tabel 1), worden in de huidige situatie vergoed vanuit de gesloten aanspraak. Deze zorg kan in het toekomstscenario onderdeel zijn van de open aanspraak, op voorwaarde dat die voldoet aan de afspraken die de tripartite partijen vastleggen in het kwaliteitskader. De NZa brengt in de transitiefase een (concept)advies uit over passende bekostiging van deze zorg. Indicatie-interventiecombinaties die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (hoofdstuk 4, tabel 2) zijn geen onderdeel van de huidige gesloten aanspraak en komen in de transitiefase niet in aanmerking om onderdeel te worden van de toekomstige open aanspraak. Er volgt voor deze zorg ook geen advies over passende bekostiging.

1.1.2 *Overige fysio- en oefentherapeutische zorg*

De overige fysio- en oefentherapeutische zorg hebben we onderverdeeld in twee grijze gebieden, de grijze blokken in het schema. Het eerste blok bevat fysio- en oefentherapeutische zorg die op dit moment door het Zorginstituut wordt geduid (hoofdstuk 4, tabel 3). We plaatsen deze zorg in de zogenaamde wachtkamer, totdat het Zorginstituut standpunten uitbrengt, waaruit blijkt of de zorg al dan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (Figuur 2, kolom RV2 pakketbeheer SWEP+ of SWEP-). De onderwerpen met beschikbare onderzoeksresultaten worden gedurende de transitiefase geduid en worden opgenomen in het eindadvies. Niet van alle onderwerpen in de wachtkamer zijn de onderzoeksresultaten op tijd beschikbaar voor een beoordeling op stand van de wetenschap en praktijk, waardoor deze beoordelingen na de transitiefase definitief worden. Indien mogelijk kunnen voorlopige beoordelingen opgenomen worden in het eindadvies. Partijen maken afspraken over deze zorg en leggen die vast in het kwaliteitskader. De NZa brengt in de transitiefase een (concept)advies uit over passende bekostiging van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het tweede grijze blok bevat fysio- en oefentherapeutische zorg waarvan de tripartite partijen samen gaan beoordelen of die voldoet aan de wettelijke criteria (zie hoofdstuk 2). Op basis van de afspraken die zij vastleggen in het kwaliteitskader voor fysio- en oefentherapeutische zorg, voeren ze de dialoog om consensus te bereiken over welke zorg wel of niet voldoet. Ook kunnen partijen gezamenlijk besluiten om onderwerpen aan te dragen voor de pakketagenda. De pakketagenda (zie paragraaf 4.3.1) is onderdeel van de afspraken in het Integraal Zorgakkoord *Samen werken aan gezonde zorg*.⁸ Onderwerpen op de pakketagenda worden opgenomen in het cyclisch pakketbeheer. In het proces dat partijen gezamenlijk doorlopen naar aanleiding van het kwaliteitskader zijn drie uitkomsten mogelijk, namelijk:

1. Er zijn onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg waarover partijen consensus bereiken dat die voldoen aan de wettelijke criteria. In het toekomstscenario wordt deze zorg onderdeel van de te verzekeren prestatie in de open aanspraak, maar pas nadat de NZa heeft geadviseerd over passende bekostiging.
2. Er zijn onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg waarover partijen consensus bereiken dat die niet voldoen aan de wettelijke criteria. In het toekomstscenario wordt deze zorg geen onderdeel van de te verzekeren prestatie in de open aanspraak. Er volgt over deze zorg ook geen advies over passende bekostiging.
3. Er zijn onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg waarover partijen geen consensus bereiken. Er zijn dan twee opties, namelijk:
 - a. De tripartite partijen besluiten om bepaalde onderwerpen niet aan te dragen voor de pakketagenda.⁸ We redeneren dan vanuit het toekomstscenario (open aanspraak). De zorg kan onderdeel worden van de te verzekeren prestatie in de open aanspraak, op voorwaarde dat die voldoet aan de afspraken van de tripartite partijen in het kwaliteitskader en dat de NZa heeft geadviseerd over passende bekostiging van de zorg.

- b. De tripartite partijen besluiten om bepaalde onderwerpen aan te dragen voor de pakketagenda.⁸ De partijen verzoeken het Zorginstituut om deze zorg te duiden. Het Zorginstituut bepaalt op basis van selectiecriteria of onderwerpen geduid worden.⁸ Als we een duiding doen, volgt een standpunt of een indicatie-interventiecombinatie wel of niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarna zijn dezelfde processtappen van toepassing zoals eerder beschreven. Als het Zorginstituut geen duiding doet, dan kan het Zorginstituut adviseren om het onderwerp op de onderzoeksagenda te plaatsen. Voor deze zorg redeneren we vanuit het toekomstscenario. Dit betekent dat deze zorg onderdeel kan worden van de te verzekeren prestatie in de open aanspraak, op voorwaarde dat die voldoet aan de afspraken van de tripartite partijen in het kwaliteitskader en dat de NZa heeft geadviseerd over passende bekostiging van de zorg.

Bovengenoemde stappen beschrijven het proces om meer inzicht te krijgen in de omvang, inhoud en bekostiging van een toekomstige open aanspraak. Deze informatie heeft het Zorginstituut nodig om een budgetimpactanalyse (BIA) te maken voor het eindadvies aan de minister van VWS over het vergoeden van passende fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket.

1.1.3 *Budgetimpactanalyse, eindadvies en besluitvorming over het toekomstscenario*

In een BIA onderzoekt het Zorginstituut wat de financiële gevolgen zijn voor de totale zorguitgaven als passende fysio- en oefentherapeutische zorg onderdeel wordt van het basispakket. De BIA is een essentieel onderdeel van het eindadvies aan de minister en kan pas plaatsvinden ná invulling van de randvoorwaarden. Daarvoor hebben we gegevens nodig over de huidige indicaties, de bijbehorende hulpvragen en de toegepaste en gedeclareerde zorgactiviteiten in de huidige aanvullende verzekering. Met de huidige datastructuur is het nog niet mogelijk om deze informatie te achterhalen. In de paragrafen 3.2.6 en 3.2.7 beschrijven we wat nodig is om de juiste gegevens voor een goede BIA te verzamelen. Op basis van het eindadvies kan de minister van VWS een politiek besluit voorleggen aan de Tweede Kamer over het opnemen van passende fysio- en oefentherapeutische zorg in het basispakket van de zorgverzekering.

1.2 **Toekomstscenario**

In het toekomstscenario past het Zorginstituut risicogericht pakketbeheer toe. Dit houdt in dat we zorg in het open pakket proactief en cyclisch evalueren en beoordelen of bepaalde onderdelen wel of niet voldoen aan de wettelijke criteria.⁹ Zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord (IZA), wordt de toets op het basispakket verbeterd en verbreed.⁸ De Kamerbrief *Verbeteren en verbreden van de toets op de basisverzekering* beschrijft wat nodig is om een toekomst te realiseren waarin het basispakket alleen zorg bevat die effectief is en meerwaarde heeft voor de patiënt en die zorgt voor een doelmatige inzet van mensen (personele houdbaarheid), middelen en materialen.¹⁰

2 Wettelijke kaders voor een overgang naar een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering

Om de programmalijn te doorgronden is achtergrondinformatie nodig over de huidige wettelijke kaders van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarom gaan we in dit hoofdstuk in op: het domein van de Zvw, het begrip 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en praktijk. Ook leggen we de verbinding met belangrijke competenties in de fysio- en oefentherapie zoals begeleiding en ondersteuning en de kaders rondom preventie.

2.1 Waarom toewerken naar vergoeding van onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg naar het basispakket?

De voorgestelde programmalijn, in combinatie met de wettelijke kaders van de Zvw, zorgen voor een gecontroleerde overgang naar het vergoeden van passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket van de zorgverzekering en het integreren van de uitgangspunten van passende zorg. Een aanspraak op passende fysiotherapie die wordt vergoed uit het basispakket heeft als voordeel voor de verzekerde dat:

- passende fysio- en oefentherapeutische zorg voor alle verzekerden toegankelijk is;
- de juiste zorg op de juiste plek wordt gestimuleerd, bijvoorbeeld door samenwerking tussen huisartsen of medisch specialisten en eerstelijns fysio- en oefentherapeuten;
- keuze-informatie over het behandeltraject beschikbaar komt door het transparant maken van fysio- en oefentherapeutische zorg volgens afspraken in het kwaliteitskader (zie ook hoofdstuk 3);
- verschillende behandelopties gelijke financiële consequenties hebben. Samen beslissen leidt tot keuze voor de beste behandeloptie bij indicaties waarvoor fysio- of oefentherapie een effectief alternatief is voor risicovollere en duurdere medisch-specialistische behandelingen.

In de huidige (gesloten) aanspraak is een ervaren knelpunt bijvoorbeeld dat multidisciplinaire zorg in de tweede lijn minder beperkingen heeft op de toegang tot fysio- en oefentherapie, doordat deze zorg uit het basispakket wordt vergoed omdat die onder de zorg van een medisch specialist valt. In de eerste lijn is dit niet standaard het geval. Dit vormt een belemmering om multidisciplinaire zorg vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn te verplaatsen. Ook is fysio- en oefentherapie bij diverse aandoeningen een passend alternatief voor bijvoorbeeld een chirurgische ingreep. De chirurgische ingreep wordt nu wel uit het basispakket vergoed, maar fysio- en oefentherapie niet. Een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie voegt, mits goed georganiseerd, waardegedreven zorg toe aan het basispakket.

2.2 De kaders van de Zorgverzekeringswet

Om passende fysio- en oefentherapeutische zorg een plek te geven binnen het basispakket, moet de zorg voldoen aan de wettelijke kaders van de Zvw.⁶ Het Zorginstituut toetst of zorg aan de volgende wettelijke criteria voldoet:

- valt de zorg binnen het domein van de Zvw;
- voldoet de zorg aan de omschrijving van de te verzekeren prestaties in het Bzv, in dit geval 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden';
- voldoet de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk⁹

Deze drie criteria geven aan of zorg onder de Zvw kan vallen. Daarnaast geldt bij de vraag of een individuele verzekerde in aanmerking kan komen voor zorg, dat de verzekerde redelijkerwijs op de gevraagde zorg moet zijn aangewezen.

⁹ Het Zorginstituut actualiseert momenteel het beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk in het kader van de beweging naar passende zorg.

2.2.1 *Het domein van de Zvw*

Het domein van de Zvw wordt omschreven in de wet zelf.¹¹ De wet vormt de basis voor een verzekering die dekking biedt voor de kosten die voortvloeien uit een behoefte aan geneeskundige zorg. Zelfs als bepaalde zorg of activiteiten onderdeel zijn van de zorg zoals omschreven in het Bzv (bijvoorbeeld 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden'), dan kan deze alsnog buiten de verzekering vallen, omdat de zorg niet tegemoet komt aan 'een behoefte aan geneeskundige zorg'. Dit geldt bijvoorbeeld voor medische fitness. De fysiotherapeut is competent om medische fitness te bieden, maar medische fitness valt niet onder noodzakelijkerwijs verzekerde zorg, omdat hier geen behoefte is aan geneeskundige zorg. De zorg valt daarom niet binnen het domein van de Zvw. Dit voorbeeld is slechts ter toelichting opgenomen, want beroepsgroepen beschouwen deze vorm van begeleiding zelf ook als niet tot het vakgebied behorend en heeft deze vorm van ondersteuning expliciet uitgesloten in het beroepsprofiel. In de volgende paragraaf gaan we in op de omschrijving van de fysio- en oefentherapeutische zorg in het Bzv en geven we aan welke beperkingen voortvloeien uit het domein van de Zvw voor het verzekeren van deze zorg.

2.2.2 *Betekenis plegen te bieden*

Artikel 2.6 Bzv verzekert 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden'.¹² De wetgever omschrijft de te verzekeren zorg hiermee open en functioneel. 'Open' betekent dat de inhoud van de verzekering meebeweegt met veranderingen binnen de omschreven zorg. De inhoud van zorg ontwikkelt zich immers, en via 'plegen te bieden' kan de verzekering deze veranderingen naadloos en onmiddellijk incorporeren. 'Functioneel' betekent dat de Zvw niet aangeeft wie de te verzekeren zorg mag verlenen, maar alleen zegt welke zorg te verzekeren is (niet het 'wie', maar het 'wat'). De verwijzing naar een specifieke beroepsgroep is alleen bedoeld om de inhoud van de omschreven zorg te concretiseren. De zorgverzekeraar bepaalt wie en waar de zorg mag worden verleend. Dit legt hij vast in de verzekeringspolis.

2.2.3 *Plegen te bieden en beroepsnormen*

'Plegen te bieden' verwijst, kortweg, naar een professioneel arsenaal aan zorg. Het gaat om de zorg die de genoemde beroepsgroep tot zijn arsenaal en deskundigheidsgebied rekent.¹³ De inhoud van een arsenaal kunnen we bepalen aan de hand van de geneeskundige handelingen die de beroepsgroep tot de zijne rekent: vormen van diagnostiek, behandelingen, preventie, verwijzingen, et cetera. Geschreven documenten van de beroepsgroep zelf, zoals richtlijnen, standaarden en protocollen, verhelderen daarbij de inhoud. Ook opleidingseisen en de omschrijving van een deskundigheidsgebied in de *Wet op de beroepen* in de individuele gezondheidszorg (BIG) kunnen daarvoor een bron vormen. Dit betekent dat alle zorg die de fysio- en oefentherapeuten tot hun deskundigheidsgebied rekenen en voor zover dit blijkt uit geschreven documenten van de beroepsgroep(en)^{14a,14b}, kan vallen onder de omschrijving 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden'. Dit arsenaal moeten we dan nog wel toetsen aan de twee andere criteria die we noemden: valt deze zorg binnen het domein van de Zvw, dat wil zeggen, voorziet deze zorg in een behoefte aan geneeskundige zorg en voldoet de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om een voorbeeld te noemen voor het domein van de Zvw: een fysio- of oefentherapeut is bewegingsdeskundige en kan die expertise inzetten om de conditie te verbeteren van op zich gezonde mensen. Dit is algemene conditieverbetering die niet tegemoetkomt aan een 'behoefte aan geneeskundige zorg' en valt daarom buiten het domein van de Zvw. Dit voorbeeld is slechts ter toelichting opgenomen, want beroepsgroepen beschouwen deze vorm van begeleiding zelf ook als niet tot het vakgebied behorend. De stand van de wetenschap en praktijk behoort ook tot de Passende zorg-principes. Op dit criterium gaan we in hoofdstuk 3 nader in.

'Plegen te bieden' is in eerste instantie een beschrijvend begrip. In samenhang met de 'stand van de wetenschap en praktijk' heeft het echter ook een normatief aspect. Beroepsgroepen hebben immers ook opvattingen over de 'professioneel juiste wijze' waarop zorg geleverd moet worden. Het kan hierbij gaan om normen die samenhangen met de stand van de wetenschap en praktijk: de vraag naar effectiviteit, uitkomstmaten en indicaties. Het kan ook gaan om normen voor verantwoordelijkheidsverdeling, eindpunt van een behandeling, vervolgzorg, afspraken in een keten et cetera, met inachtneming van de complexiteit en diversiteit van indicaties. Zorg is meer dan de technische handeling en dit moet ook

uit de beschrijving van de zorg door de beroepsgroep blijken. Het gaat om alle beroepsnormen die een beroepsgroep hanteert bij het uitvoeren van de zorg. ‘Professioneel juiste wijze’ kunnen we niet los zien van de inhoud van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’: de juiste zorg is immers de optelsom van indicatie en interventie, die zoveel mogelijk leidt tot de gewenste uitkomst (‘passend is’) bij een specifieke patiënt in diens specifieke context.

2.2.4 *Plegen te bieden en de opgaven voor het passend vergoeden*

De omschrijving van de te verzekeren prestaties via ‘plegen te bieden’ (in combinatie met stand van de wetenschap en praktijk) legt dus verplichtingen bij de betrokken beroepsgroepen. Wat betekent dit voor een overgang naar het vergoeden van passende eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering? Dan moet er helderheid zijn over:

- de inhoud van de zorg (welomschreven behandelingen en zorgprogramma’s);
- de vereisten voor de rol en competentie van de zorgverlener;
- de indicaties waarbij de zorg ingezet kan worden (effectiviteit en uitkomstmaten);
- de start- en stopcriteria van de zorg (eindigheid van de behandeling);
- de zorginhoudelijke voorwaarden voor de behandeling (bijvoorbeeld leer- en trainbaarheid van de patiënt).

Binnen multidisciplinaire zorg waaraan de fysio- of oefentherapeut deelneemt, gelden dezelfde voorwaarden, maar is het ook van belang dat altijd duidelijk moet zijn wie de regiebehandelaar is. De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en draagt zorg voor samenhangende diagnostiek en behandeling en stelt het overkoepelend behandelplan op. Het is uiteindelijk de regiebehandelaar met wie de fysio- of oefentherapeut overlegt of het zinvol is om de zorg te beginnen of voort te zetten, en met wie besproken wordt of de gewenste doelen nog of niet meer (helemaal) te behalen zijn.

Het is aan de zorgverlener, in samenspraak met de patiënt, om steeds te kunnen verhelderen welke zorg nodig is bij een specifieke zorgvraag van een specifieke patiënt. Richtlijnen, standaarden, protocollen, beroepsnormen en ethische normen vormen daarbij de leidraad. De beroepsgroep geeft in deze documenten inzicht in de ‘professioneel juiste wijze’ waarop de zorg geleverd moet worden. Deze documenten geven de zorgverlener een handvat voor zijn zorgverlening en verduidelijken voor de verzekerde op welke zorg hij of zij is aangewezen en binnen de aanspraak valt.^b De zorgverzekeraar kan hiermee controleren of zorg rechtmatig gedeclareerd is.

2.2.5 *Stand van de wetenschap en praktijk*

Een belangrijke eis aan zorg in het basispakket is dat de zorg bewezen effectief is. Dit pakketcriterium is vastgelegd in de wet als de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Om vast te stellen of zorg voldoet aan de norm volgen we de principes van *evidence based medicine* (EBM). De kern van EBM is dat de beschikbare evidence – die uiteen kan lopen van gerandomiseerd vergelijkend onderzoek tot praktijkervaring – systematisch wordt gezocht en geselecteerd, en op gestructureerde wijze wordt gewogen en gebruikt. EBM heeft als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit in de afweging het zwaarste weegt. Het werken volgens de EBM-principes kent een aantal vaste stappen: het zoeken en selecteren van informatie, het beoordelen van de gevonden informatie en trekken van een conclusie. Een uitgebreide beschrijving van deze werkwijze wordt beschreven in het rapport *Stand van de wetenschap en praktijk*.¹⁵

2.2.6 *Algemene indicatievereiste*

Voor de daadwerkelijke vergoeding aan een individuele verzekerde speelt nog een andere voorwaarde uit de regelgeving een rol. Een verzekerde moet ook ‘redelijkerwijs aangewezen zijn’ op die zorg. Dit begrip is het algemene indicatievereiste binnen de Zvw: alleen die zorg waarvoor de verzekerde een indicatie heeft, wordt aan hem vergoed uit het basispakket. Deze indicatievereiste is neergelegd in artikel 2.1 lid 3 Bzv.¹²

^b Tenzij er andere voorwaarden of beperkingen gelden, zoals nu de chronische lijst fysiotherapie.

2.2.7 *De principes van passende zorg en de begrippen uit de regelgeving*

In hoofdstuk 1 gaven we aan dat het aan de beroepsgroep is (samen met zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen) om voldoende helderheid te bieden over de inhoud en omvang van de fysio- en oefentherapeutische zorg om deze zorg in de praktijk passend in te zetten. Dit is de strekking van de beleidslijn. Bij het verlenen van zorg zijn de principes van passende zorg het uitgangspunt en voor het vergoeden van zorg zijn de voorwaarden uit de regelgeving leidend. Hierboven gaven we aan dat de 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden' ook een normatief aspect hebben. De beroepsgroep moet 'professioneel juiste zorg' bieden en hier inzicht in geven, bijvoorbeeld met uitkomstmaten van de behandeling en start- en stopcriteria. Met deze uitwerking legt de beroepsgroep een koppeling tussen de principes van passende zorg en de begrippen uit de regelgeving. Het kwaliteitskader geeft aanleiding voor deze uitwerking en beschrijft de inhoudelijke aandachtspunten.

2.3 **Voorlichting, educatie, begeleiden en oefenen als onderdeel van het arsenaal**

Voorlichting, educatie, begeleiden en oefenen zijn onderdeel van het arsenaal van de fysio- en oefentherapeut. Hierbij staat de hulpvraag in de leefomgeving van de patiënt centraal en is de vraag tot welk punt deze onderdelen onder leiding van een fysio- of oefentherapeut nodig zijn. De beroepsgroep zelf geeft aan dat het doel van begeleiding altijd is om de verantwoordelijkheid voor de voortgang zo snel mogelijk weer naar de patiënt te leggen. Met andere woorden: de zorgverlener helpt de patiënt op weg, geeft handvatten voor herstel en verbetering en voor vertragen of voorkomen van onnodige achteruitgang bij progressieve aandoeningen (of besluit dat geen van de opties mogelijk is) en treedt vervolgens terug zo- dra mogelijk. Dit punt is bereikt als de zorg niet langer de competentie van een fysio- of oefentherapeut vraagt, omdat de patiënt zelfstandig verder kan of eventueel onder begeleiding van een niet-geneeskundige ondersteuner. Wanneer dit punt wordt bereikt kan afhankelijk zijn van de gezondheidsvaardigheden van de patiënt, hiermee dient rekening te worden gehouden. In dit verband spelen ook de algemene indicatievereisten binnen de Zvw een rol, waarover we hierboven spraken. Voorlichting, educatie, begeleiden en oefenen eindigen als de verzekerde daar niet meer 'redelijkerwijs op aangewezen is'.

Begeleiden bij bewegen is een onderdeel van het arsenaal waarbij ook het domein van de Zvw een beperking opwerpt. In verschillende standpunten heeft het Zorginstituut gespecificeerd in welke gevallen begeleiding bij beweging wel en wanneer niet onder de Zvw kan vallen.¹⁶ Samengevat zegt het Zorginstituut het volgende. 'Bewegen' is vanzelfsprekend goed voor iedereen. Het bevordert spierkracht, balans, mobiliteit en draagt bij aan een gezonde leefstijl. Dit betekent niet per se dat iedere vorm van begeleiding bij bewegen vergoed moet worden uit het basispakket. Het is immers goed mogelijk dat iemand zelfstandig bewegen incorporeert in het dagelijks bestaan door te wandelen, te fietsen, te zwemmen of wat dan ook, of door zelfstandig naar een sportschool te gaan. Begeleiding bij bewegen valt pas onder de Zvw als sprake is van een geneeskundig relevante beperking bij het bewegen die het fysiek functioneren beïnvloedt (bijvoorbeeld door bijkomende problemen of een onderliggende aandoening met een biomechanische, neurologische of fysiologische oorzaak), waardoor de competentie van een fysio- of oefentherapeut gewenst is.

2.4 **Preventie als onderdeel van fysio- en oefentherapeutische zorg**

Het beroepsprofiel fysiotherapeut van de Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF; 2021) beschrijft het beroep, de vakbekwaamheid, het vakgebied en de rollen van de fysiotherapeut.^{14a} De fysio- en oefentherapeuten zien voor zichzelf een rol weggelegd als gezondheidsbevorderaar, als sprake is van een beperking in het bewegen en functioneren. Zij integreren het belang van een gezonde leefstijl in het fysiotherapeutisch handelen.¹⁴ Het bevorderen van een gezonde leefstijl met gezond beweeggedrag is een preventieve interventie.

Er is een onderscheid tussen vier vormen van preventie^{14a}:

1. Universele preventie wordt toegepast bij een gezonde populatie ter bevordering van gezondheid in het private of sociale domein. Dit valt niet onder het domein van de Zvw.
2. Selectieve preventie bij de doelgroep met een verhoogd risico. De fysiotherapeut kan een signalerende rol vervullen. Dit valt echter niet onder het domein van de Zvw.

3. Geïndiceerde preventie voor de doelgroep met hoog risico op een aandoening. De fysiotherapeut kan voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Dit valt eventueel onder de Zvw, als het voldoet aan de wettelijke criteria (zie paragraaf 2.2).
4. Zorg gerelateerde preventie is gericht op de doelgroep met een chronische of progressieve ziekte of aandoening, met als doel complicaties voorkomen, recidieven beperken, kwaliteit van leven bevorderen en ziekteproces en sterfte vertragen. Dit valt eventueel onder de Zvw, als het voldoet aan de wettelijke criteria (zie paragraaf 2.2).

De beroepsvereniging heeft in zijn beroepsprofiel beschreven welke vormen van preventie deel uitmaken van het vakgebied. Hiermee worden 1 en 2 (universele en selectieve preventie) uitgesloten van het arsenaal van fysio- en oefentherapeutische zorg, conform de kaders van de Zvw.^{14a} De wet- en regelgeving voor preventie en ondersteuning binnen de zorgverzekering en andere domeinen worden weergegeven in de wegwijzer *Leefstijl interventies: van initiatief naar basisverzekering*.¹⁷

3 Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie (randvoorwaarde 1)

Partijen in de zorg staan samen voor de maatschappelijke opgave om de zorg toekomstbestendig te houden. Zoals eerder genoemd heeft het Zorginstituut het *Kader Passende zorg* gepubliceerd. Dit kader geeft algemene handvatten voor het ontwikkelen van beroepsgroepoverstijgende en indicatiespecifieke kwaliteitskaders en -standaarden. Het *Kader Passende zorg* geeft richting aan het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie*. De uitwerking van het kwaliteitskader vergt een samenspel tussen partijen, waarin ze samen bepalen wat er moet gebeuren om patiënten passende zorg te bieden en hoe die zorg georganiseerd moet worden.

3.1 Uitgangssituatie voor randvoorwaarde 1: het kwaliteitskader

Het tripartiet ontwikkelen van een kwaliteitskader voor passende fysio- en oefentherapie en opname in het Register van het Zorginstituut is de eerste randvoorwaarde in de programmalijn. Het kwaliteitskader en onderliggende kwaliteitsdocumenten vormen een basis waarop fysio- en oefentherapeuten de geleverde zorg 'zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden' (zie paragraaf 2.2.1) baseren. Partijen maken afspraken over wat goede fysio- en oefentherapeutische zorg is, uitgaande van de principes van passende zorg. Aan de randvoorwaarde is voldaan als de drie betrokken partijen het kwaliteitskader tripartiet – dus samen – hebben ontwikkeld, hebben aangeboden voor opname in het Register van het Zorginstituut en als het Zorginstituut het kwaliteitskader positief heeft beoordeeld voor opname in het Register.

3.2 Doel van het kwaliteitskader

Het doel van het te ontwikkelen *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* (hierna: het kwaliteitskader) is driedelig. Ten eerste beschrijft het kwaliteitskader wat patiënten mogen verwachten van goede fysio- en oefentherapeutische zorg. Ten tweede bevat het kwaliteitskader afspraken die zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars gezamenlijk opstellen om kwaliteit te waarborgen, te verbeteren, transparant te maken en het lerend vermogen te versterken. Ook maken partijen afspraken over hoe keuze-informatie tot stand komt en voor patiënten wordt ingezet. Ten derde vormt het een kader voor extern toezicht en voor passende inkoop en contractering van zorg door zorgverzekeraars.

Naar aanleiding van het *systeemadvies fysio- en oefentherapie* uit 2016 is er een tripartiet kwaliteitskader in ontwikkeling.¹⁸ Een gezamenlijke doorontwikkeling naar het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* is een essentiële randvoorwaarde voor een gecontroleerde overgang naar het vergoeden van eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering. In het kwaliteitskader worden de principes van passende zorg in samenhang uitgewerkt tot concrete afspraken tussen zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten (zie paragraaf 3.3.1 tot en met 3.3.7). De afspraken die zij samen vastleggen, moeten waarborgen dat zorg van goede kwaliteit is en dat zorg voldoet aan de principes van passende zorg (zie inleiding).

Om optimaal bij te dragen aan passende zorg, adviseert het Zorginstituut de partijen die samen het kwaliteitskader gaan ontwikkelen minstens zeven onderdelen te beschrijven. Deze staan hieronder uitgewerkt in de paragrafen 3.3.1 tot en met 3.3.7.

3.3 Advies over de inhoud van het kwaliteitskader

Het kwaliteitskader en onderliggende kwaliteitsdocumenten vormen een basis waarop fysio- en oefentherapeuten de geleverde zorg 'zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden' (zie paragraaf 2.2.1) baseren. Als partijen samen deze zeven onderdelen in voldoende mate beschrijven, maken zij inzichtelijk wanneer bepaalde zorg onder het wettelijke criterium van 'plegen te bieden' kan vallen en welke zorg een verzekerde mag verwachten.

3.3.1 Visie op goede en passende fysio- en oefentherapeutische zorg

Partijen beschrijven wat goede fysio- en oefentherapeutische zorg voor de patiënt is en hoe alle betrokkenen daaraan kunnen bijdragen. Dit kan een verschil in aanpak vragen voor patiënten met enkelvoudige of

acute klachten ten opzichte van patiënten met chronische of levenslange progressieve aandoeningen en ook voor patiënten met verschillende gezondheidsvaardigheden. De focus ligt op waar goede fysio- en oefentherapie voor de verschillende patiënten aan moet voldoen, op hoe de zorg georganiseerd wordt en op de meerwaarde van de fysio- en oefentherapeut in de beweging naar passende zorg. Deze meerwaarde kan bijvoorbeeld zitten in het substitutiepotentieel. Oftewel: passende fysio- en oefentherapie kan duurdere tweedelijnszorg voorkomen en bijdragen aan kwaliteit van leven.

Het Zorginstituut adviseert om een aantal onderwerpen specifiek uit te werken. Deze staan beschreven in bijlage 3. In aanvulling daarop is een afbakening van het domein van de fysio- en oefentherapie nodig, om inzichtelijk te maken of een zorgvraag of indicatie in de toekomst mogelijk vergoede zorg kan worden. De beroepsorganisaties kunnen hiervoor bijvoorbeeld verwijzen naar kwaliteitsdocumenten, zoals richtlijnen, kwaliteitsstandaarden, beroepsprofielen, et cetera.¹⁴ Deze kwaliteitsdocumenten bieden de kaders om te handelen volgens de wettelijke criteria van de Zvw (zie paragraaf 2.2) en geven de verzekerden inzicht in de zorg die passend wordt geacht.

3.3.2 Visie op samen leren en verbeteren

Het kwaliteitskader heeft aandacht voor het versterken van het lerend vermogen van de sector. Partijen beschrijven de kwaliteitseisen en voorwaarden voor zorgverleners en zorginstellingen om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. Denk hierbij aan:

- de wijze waarop partijen kwaliteitsinformatie over fysio- en oefentherapeutische zorg, zoals uitkomstindicatoren en patiëntwaarderingen, op landelijk en regionaal niveau benutten om te leren en de zorg te verbeteren;
- welke instrumenten of werkwijzen, zoals keuzehulpen, waardendialogen, lerende netwerken of leer- en verbeterbijeenkomsten, ingezet kunnen worden om de eigen leer- en verbetercyclus te versterken;
- hoe partijen een structurele bijdrage blijven leveren aan het lerend systeem van passende zorg, zoals lopende en nieuwe onderzoeksprogramma's en projecten gericht op het stimuleren van de principes van passende zorg.

3.3.3 Kwaliteitseisen voor richtlijnen, meetinstrumenten, protocollen en standaarden

In de afgelopen jaren hebben de beroepsorganisaties KNGF, Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) kwaliteitsdocumenten (waaronder richtlijnen, standaarden, meetinstrumenten) ontwikkeld en herzien volgens de meest recente leidraad.¹⁹ Het kwaliteitskader vormt een overkoepelend instrument om deze wijze van ontwikkeling of herziening van kwaliteitsdocumenten vast te leggen.

3.3.4 Kwalificaties fysio- en oefentherapeuten

Partijen beschrijven in het kwaliteitskader de taken en verantwoordelijkheden van de fysio- en oefentherapeut. Daarnaast beschrijven zij wanneer een gespecialiseerde fysio- of oefentherapeut vereist is, wanneer niet, en welke aanvullende competenties nodig zijn om specifieke doelgroepen gespecialiseerde zorg te bieden.

3.3.5 Organisatie, samenwerking, coördinatie en uitvoering van zorgactiviteiten en behandelprogramma's

Het kwaliteitskader omschrijft waaraan zorgactiviteiten en behandelprogramma's moeten voldoen. Het maakt onderscheid tussen mono- en multidisciplinaire zorgactiviteiten en behandelprogramma's, waarbij ook *blended-care*-oplossingen (door bijvoorbeeld zorg op afstand met passende e-Health-toepassingen), groepsbehandelingen of *stepped-care* programma's worden beschreven. Hierbij moet aandacht zijn voor:

- het onderscheid in ordening van doelgroepen, bijvoorbeeld verschillen tussen verzekerden met complex meervoudige aandoeningen, progressieve aandoeningen, enkelvoudige acute aandoeningen, verschil in gezondheidsvaardigheden et cetera;
- afspraken tussen de verschillende disciplines over het zorgpad van de patiënt;
- de rollen van de verschillende disciplines in een multidisciplinair behandelprogramma (wie is de regiebehandelaar, wie is verantwoordelijk voor het diagnostisch proces en wie voor het therapeutisch proces);
- start- en stopcriteria (waar haalbaar), op basis van gevalideerde meetinstrumenten;

- zorgactiviteiten die wel of juist niet in een behandelprogramma zijn geïndiceerd;
- fasering binnen een behandelprogramma die leidt van actief behandelen naar zelfmanagement.

3.3.6 *Uitvragen en transparant maken van kwaliteitsinformatie*

Het actief benutten van informatie heeft als doel ondersteuning te bieden bij de inzet van mensen en middelen, bij het leveren, monitoren, managen, samen leren en verbeteren van zorg en bij het informeren van patiënten. Het kwaliteitskader geeft richting aan hoe kwaliteitsinformatie tot stand komt en hoe geleverde zorg voor patiënten, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en toezichthouders transparant wordt gemaakt. Kwaliteitsinformatie, zoals uitkomstindicatoren en patiëntwaarderingen, wordt opgenomen in een landelijke database. Partijen maken onderling afspraken over het gestructureerd verzamelen en toepassen van deze data. Ook beschrijven partijen de wijze waarop kwaliteitsinformatie wordt benut bij het leren en verbeteren, zoals beschreven in voorgaande subparagraaf 3.3.2.

Het Zorginstituut is van mening dat het model *International Classification of Functioning, disability and health* (ICF) in combinatie met kwaliteitsdocumenten (zoals richtlijnen, zorgstandaarden, beroepsprofielen) het fundament kan vormen voor het verzamelen van data over indicatie-interventiecombinaties. Deze gegevens zijn essentieel om tot een open aanspraak te komen en om in de toekomst zorgvuldig pakketbeheer te kunnen toepassen. Op dit moment wordt de ICF nog niet op gestructureerde wijze vastgelegd in het elektronisch medisch dossier. Partijen maken onderling afspraken over het gestructureerd verzamelen en toepassen van deze data.

3.3.7 *Vastleggen en uitwisselen gegevens*

Bieden van passende zorg vraagt om het goed en veilig kunnen delen van informatie, in het hele netwerk van zorgprofessionals en de patiënt. Delen van data is noodzakelijk om multidisciplinair goed te kunnen werken, bijvoorbeeld in zorgnetwerken. Het kwaliteitskader beschrijft in een informatieparagraaf de gegevens die vastgelegd en gedeeld moeten worden om goede zorg te verlenen.

In een informatieparagraaf spreken partijen af welke gegevens vastgelegd en uitgewisseld moeten worden in het hele zorgproces van de cliënt. Van het eerste contact met een zorgverlener tot en met einde van de zorg, inclusief de benodigde overdrachten. Het is belangrijk om te weten dat zorgaanbieders de gegevens in de informatieparagraaf niet alleen gebruiken in het zorgproces, maar deze ook inzichtelijk maken voor patiënten ten behoeve van samen beslissen. Ook worden de gegevens ingezet om secundaire processen als 'samen leren en verbeteren' te bevorderen, voor uitkomst- en verantwoordingsinformatie en voor onderzoeks- en wetenschapsdoeleinden.

Ons advies is om expliciet aandacht te geven aan het secundaire gebruik en hoe de data uit het operationele proces ingezet kunnen worden voor de gewenste analyses voor onderzoek en toetsing van de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij streven partijen naar het beperken van de administratieve lasten van zorgverleners en patiënten. Voor het maken van een zorgvuldige beschrijving in een informatieparagraaf, kunnen partijen de *Handreiking informatieparagraaf kwaliteitsstandaard* raadplegen op de website Zorginzicht.²⁰

3.4 *Samenspel tussen de partijen*

In de beweging naar passende zorg is samenspel tussen de betrokken partijen van essentieel belang. In dit rapport staan de kwaliteit, het pakket en de bekostiging met elkaar in verbinding. Daarom is het belangrijk dat er naast gezamenlijke afspraken over het kwaliteitskader ook aandacht is voor samenwerking tussen de NZa, het Zorginstituut en VWS. Partijen en de NZa kunnen gelijktijdig aan het ontwikkelen van het kwaliteitskader een advies uitbrengen voor passende bekostiging van bepaalde onderdelen. En VWS kan als opdrachtgever de regie over dit proces nauwlettend te bewaken en samenwerking bevorderen.³ Afspraken over rollen, verantwoordelijkheden en planning voor het uitwerken van de randvoorwaarden staan in het overkoepelend plan van aanpak.³

4 Inzicht in stand van de wetenschap en praktijk fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventiecombinaties (randvoorwaarde 2)

De gestelde randvoorwaarden in de programmalijn moet invulling gaan geven aan de vier principes van passende Zorg. In dit hoofdstuk beschrijven we de randvoorwaarde voor het eerste principe van passende zorg: zorg is waardegedreven. Zoals gesteld in het *Kader Passende zorg*⁵ bedoelen we daarmee dat fysio- en oefentherapeutische zorg waarde moet toevoegen aan de gezondheid of kwaliteit van leven van mensen, tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen. Het gaat om zorg waarvan aannemelijk is dat die op groepsniveau effectief en doelmatig is en voldoet aan het wettelijke criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit criterium geldt voor alle zorg die deel uitmaakt van het basispakket van de zorgverzekering. Om inzicht te krijgen in de stand van de wetenschap en praktijk voor fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventiecombinaties zijn vervolgstappen nodig van het Zorginstituut en van zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders.

4.1 **Uitgangssituatie voor randvoorwaarde 2: inzicht in stand van de wetenschap en praktijk**

In de transitiefase is het nodig om te redeneren vanuit de regels van het open pakket van te verzekeren zorg. Dat is immers het toekomstscenario. Zoals weergegeven in figuur 2 gaat dat scenario uit van de volgende indeling:

- a. zorg die *voldoet* aan de stand van de wetenschap en praktijk;
- b. zorg die *niet voldoet* aan de stand van de wetenschap en praktijk; en
- c. zorg waarvan niet duidelijk is of die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor de eerste twee categorieën is op basis van de historie duidelijkheid welke zorg tot een open pakket zou behoren en welke (nog) niet. Voor de derde categorie zijn vervolgstappen nodig om de omvang en inhoud van een toekomstig open pakket van een toekomstig open pakket van verzekerde fysio- en oefentherapeutische zorg te kunnen vaststellen. Zorg die momenteel in de wachtkamer zit, moet eerst geduid worden. Het is de bedoeling dat partijen overeenstemming bereiken over het grootste deel van de fysio- en oefentherapeutische zorg die mogelijk tot het basispakket kan worden toegelaten. Hiervoor is vooraf geen expliciete beoordeling van stand van de wetenschap en praktijk nodig (zie hoofdstuk 2). Als partijen er onderling niet uitkomen, dan kunnen ze een klein aantal onderwerpen risicogericht agenderen voor de pakketagenda (zie paragraaf 4.3.1). Ook substitutie van duurdere zorg, zorg met een hoger complicatierisico en fysio- of oefentherapeutische zorgactiviteiten die huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg vervangen of ondersteunen voor patiënten met een chronische ziekte of aandoening, kunnen vanuit het oogpunt van passende zorg als meerwaarde worden gezien (zie bijlage 3). Aan de randvoorwaarde is voldaan als er inzicht is in de omvang en inhoud van het te verzekeren pakket voor passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.

4.1.1 **Rol en verantwoordelijkheid van Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut bij een open aanspraak**

In een mogelijk toekomstige open aanspraak op passende fysio- en oefentherapie hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol. De zorgverzekeraar stelt vast of er voor een individuele interventie een passende indicatie is gesteld door de zorgverlener en of deze interventie onderdeel is van de geaccepteerde pakketomschrijving. Het is dus bij een open aanspraak in eerste instantie aan de zorgverzekeraars om te beoordelen of zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als zorgverzekeraars er niet uitkomen, kunnen zij het Zorginstituut vragen om een standpunt in te nemen. Zorgverzekeraars moeten deze rol al in de transitiefase op zich nemen door de dialoog te voeren over wat wel en wat geen passende fysio- en oefentherapeutische zorg is.

Het Zorginstituut heeft als wettelijke taak om te beoordelen of bepaalde zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om te bevorderen dat we deze beoordelingen consistent en transparant uitvoeren, heeft het Zorginstituut een beoordelingskader ontwikkeld (zie kader op deze pagina).¹⁵ Een uitspraak over de stand van de wetenschap en praktijk door het Zorginstituut is een momentopname en gebaseerd op de tot dan toe beschikbare onderbouwing uit de wetenschap en praktijk. Als na verloop van tijd nieuwe informatie beschikbaar is, kan een herbeoordeling worden overwogen.

4.2 Inzicht in het wettelijke criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’

In de volgende paragrafen specificeren we welk inzicht historisch gezien al is opgedaan in het wettelijke criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en welke stappen partijen nog moeten zetten (zie schematische weergave in figuur 2).

We beschrijven:

1. indicatie-interventiecombinaties eerstelijns fysio- en oefentherapie die *voldoen* aan de stand van de wetenschap en praktijk op basis van een beoordeling door het Zorginstituut;
2. indicatie-interventiecombinaties eerstelijns fysio- en oefentherapie die *niet voldoen* aan de stand van de wetenschap en praktijk op basis van een eerdere beoordeling door het Zorginstituut;
3. zorg waarvan niet duidelijk is of die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze onderwerpen zijn onderverdeeld in een optie a of b:
 - a. indicatie-interventiecombinaties fysio- en oefentherapie die op dit moment al onderwerp zijn van lopend onderzoek, waarna het Zorginstituut een uitspraak zal doen over de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is de zogeheten *wachtkamer*.
 - b. Overige fysio- en oefentherapeutische zorg die nog niet is geduid. Dit betreft indicatie-interventiecombinaties die partijen risicogericht kunnen agenderen, als er twijfels bestaan over de meerwaarde van deze zorg.

Toelichting beoordelingskader¹⁵

Op basis van het beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk bepaalt het Zorginstituut per indicatie-interventiecombinatie wat passend wetenschappelijk bewijs is om de effectiviteit vast te stellen. We kijken daarvoor altijd naar: wat is het beoogde effect van de interventie bij welke indicatie en hoe kun je dit effect vaststellen? Dit noemen we de claim. Hoe groot moet dit effect zijn willen patiënten de effecten van deze interventie kunnen opmerken? Dit noemen we klinische relevantie. Wat is de plaats van deze interventie in het zorgpad van patiënten? Op basis van deze contextuele factoren bepalen we welk type onderzoek passend is om de stand van de wetenschap en praktijk vast te stellen. Daarover verzamelen we alle beschikbare wetenschappelijke onderbouwing, die tot een besluit leidt of de indicatie-interventiecombinatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarbij wegen we de volgende aspecten:

- argumenten die voortkomen uit de kwaliteit van de wetenschappelijke onderbouwing;
- argumenten die voortkomen uit de balans tussen de voor- en nadelen van de interventie;
- argumenten die voortkomen uit de ‘passend onderzoek benadering’;
- argumenten van beroepsgroepen of patiëntenorganisaties in relatie tot de claim en de plaats van de interventie in het zorgpad.

4.2.1 Fysio- en oefentherapeutische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk op basis van beoordeling door het Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft naar aanleiding van het systeemadvies fysio- en oefentherapie van 2016 een aantal beoordelingen uitgevoerd van fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventiecombinaties.¹⁸ Tabel 1 toont de daaruit voortkomende indicatie-interventiecombinaties die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Fysio- en oefentherapie voor deze indicaties behoren tot de verzekerde zorg in het basispakket.

Tabel 1 - Fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventiecombinaties die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk

Indicatie-interventiecombinatie	Jaartal
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie Vergoeding: 1-9 behandelingen	Instroomadvies 2006, geëffectueerd 2011
Looptraining bij claudicatio intermittens (etalagebenen) Vergoeding: 1-37 behandelingen	Instroomadvies 2016, geëffectueerd januari 2017
Oefentherapie bij artrose aan heup of knie Vergoeding: 1-12 behandelingen	Instroomadvies 2017, geëffectueerd januari 2018
Oefentherapie bij COPD: Vergoeding afhankelijk van ernst, maximaal 5, 27 of 70 behandelingen in eerste behandeljaar (ernstgroep A, B1, B2, C of D), daarna mogelijk onderhoudsbehandeling van 3 (groep B1) of 52 (groep B2, C of D) behandelingen per behandeljaar	Instroomadvies 2018, geëffectueerd januari 2019

4.2.2

Indicatie-interventiecombinaties die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk op basis van beoordeling door het Zorginstituut

Tabel 2 bevat indicatie-interventiecombinaties die eerder zijn beoordeeld door het Zorginstituut en die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze indicatie-interventiecombinatie kunnen daarom nog geen deel gaan uitmaken van het basispakket. Voor deze onderwerpen is inzet nodig van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars om gedegen onderzoek op te zetten en onderzoeksprogramma's te stimuleren. Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS en de partijen om hiervoor financiering uit te trekken. Dan kan deze zorg in de toekomst, als die voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'¹⁵, mogelijk in het basispakket worden opgenomen. Zodra er nieuwe wetenschappelijke informatie beschikbaar is of komt, kunnen partijen een herbeoordeling aanvragen. Het Zorginstituut beoordeelt op basis van de criteria voor risicogericht pakketbeheer of de indicatie-interventiecombinatie in aanmerking komt voor een nieuw duidingsproces via de zogeheten pakketagenda (zie paragraaf 4.3.1).

Tabel 2 - Fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventiecombinaties die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk

Indicatie-interventiecombinatie	Jaar van beoordeling	Uitslag van de beoordeling
Psychosomatische fysiotherapie in het algemeen	2007	Voldoet niet aan stand van de wetenschap en praktijk.
Fysio- en oefentherapie bij patiënten met hoog risico cardiale aandoeningen	2011	Langdurige fysiotherapie voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Kortdurende fysiotherapie niet bekeken.
Fysio- en oefentherapie bij patiënten met een manifeste cardiologische aandoening (chronisch hartfalen, coronair lijden)	2011	Langdurige fysiotherapie voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Kortdurende fysiotherapie niet bekeken.
Langdurige fysio- en oefentherapie bij patiënten met een wervelfractuur als gevolg van osteoporose	2011	Voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
Langdurige fysio- en oefentherapie bij postmenopauzale vrouwen met een verlaagde botdichtheid	2011	Voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

4.2.3

De wachtkamer: veelbelovende fysio- en oefentherapeutische interventies

Het Zorginstituut richt in de transitiefase tijdelijk een wachtkamer in. Die wachtkamer bestaat uit indicatie-interventiecombinaties waarvan het Zorginstituut op dit moment de stand van de wetenschap en praktijk beoordeelt (zie tabel 3). Dat gebeurt in een lopend duidingsonderzoek, zoals bij de indicatie fibromyalgie, of in onderzoek voor een voorwaardelijk toelatingstraject, zoals bij de indicaties reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen en bij spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen. In tabel 3 staan de onderwerpen die het Zorginstituut in de wachtkamer heeft geplaatst.

De wachtkamer is tijdelijk. De bedoeling is om in de transitiefase duidelijkheid te krijgen over de stand van de wetenschap en praktijk voor onderwerpen die in de wachtkamer zitten, indien onderzoeksresultaten op tijd beschikbaar zijn. Het inzicht in de effectiviteit van de indicatie-interventiecombinaties, waarvan onderzoeksresultaten op tijd beschikbaar zijn, worden door het Zorginstituut verwerkt in het eindadvies waarop politieke besluitvorming kan worden gebaseerd over toelating tot het basispakket van eerstelijns fysio- en oefentherapie voor deze indicaties. De tijdelijke wachtkamer kan in de transitiefase niet worden aangevuld.

Tabel 3 – De wachtkamer: Veelbelovende indicatie-interventiecombinaties waarover het Zorginstituut op korte termijn uitspraak doet over de stand van de wetenschap en praktijk

Indicatie-interventiecombinatie	Argument
Fysio- en oefentherapie bij mensen met fibromyalgie	Voldeed niet aan stand van de wetenschap en praktijk (2011). Gestart met herbeoordeling op basis van nieuwe informatie (2022).
Fysio- en oefentherapie bij mensen met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen	Negatieve beoordeling voor langdurige en kortdurende fysio- en oefentherapie (2017). Onderzoek gaande in het kader van voorwaardelijke toelating van langdurige fysio- en oefentherapie, waarna beoordeling stand van de wetenschap en praktijk volgt (2023).
Fysio- en oefentherapie bij mensen met spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen	Negatieve beoordeling voor langdurige en kortdurende fysio- en oefentherapie (2017). Onderzoek gaande in het kader van voorwaardelijke toelating van langdurige fysio- en oefentherapie, waarna beoordeling stand van de wetenschap en praktijk volgt (2024).
Fysio- en oefentherapie bij lage rugklachten (drie indicatiegebieden): - Fysio- en oefentherapie bij lage rug en sciatica zonder alarmsymptomen - Fysio- en oefentherapie bij gediagnosticeerde lumbale hernia of wervelkanaal stenose* - Fysio- en oefentherapie na een operatieve ingreep aan de lage rug*	Beoordeling gestart in 2018, aanvullend literatuuronderzoek is nodig om een standpunt in te nemen.
Fysio- of oefentherapie als onderdeel van paramedische herstellende zorg bij mensen die een COVID-19 infectie hebben gehad	Onderzoek gaande in het kader van voorwaardelijke toelating, waarna beoordeling stand van de wetenschap en praktijk volgt (2023).
Prehabilitatie bij mensen met (darm)kanker	Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk volgt na publicatie internationale studie onder darmkankerpatiënten (2023).

* Indicaties op de lijst van chronische aandoeningen, bijlage 1 van Bzv.

4.3 Risicogericht agenderen in de transitiefase van overige fysio en oefentherapeutische interventies

De overige fysio- en oefentherapeutische interventies hebben betrekking op alle indicatie-interventiecombinaties die niet in paragraaf 4.2 worden genoemd. Partijen omschrijven de inhoud en kwaliteit van deze zorg op groeps- of detailniveau in het kwaliteitskader (zie hoofdstuk 3). In de transitiefase gaan partijen met elkaar in gesprek over welke onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg wel en niet tot de verzekerde zorg kunnen behoren (zie stappen 1 en 2 van het schema in figuur 2). Dit doen zij op basis van de uitgangspunten van passende zorg. Het kwaliteitskader vormt de basis voor deze dialoog. Als aan het einde van de transitiefase is voldaan aan de gestelde randvoorwaarden dan kan het Zorginstituut middels een eindadvies de minister adviseren over een mogelijke open aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg. De overige fysio- en oefentherapeutische interventies kunnen onderdeel uitmaken van de aanspraak, mits ze voldoen aan de (overige) wettelijke eisen en aan de afspraken die partijen vastleggen in het kwaliteitskader.

4.3.1 Pakketagenda

De pakketagenda is onderdeel van de afspraken in het IZA *Samen werken aan gezonde zorg*.⁸ Rekening houdend met de formele rollen en verantwoordelijkheden van partijen, stelt het Zorginstituut met input van partijen een agenda van onderwerpen vast voor cyclisch pakketbeheer. Het is de bedoeling dat deze pakketagenda uiterlijk 1 juli 2023 klaar is.

Partijen kunnen er in de transitiefase gezamenlijk voor kiezen om een klein aantal onderwerpen waarover zij geen consensus hebben aan te dragen voor de pakketagenda van het Zorginstituut (zie stap 3 van het schema in figuur 2), op voorwaarde dat zij dit goed beargumenteren. Deze onderwerpen moeten voor de nader te bepalen deadline van de pakketagenda bekend zijn bij het Zorginstituut, partijen ontvangen hierover bericht. In het kader van risicogericht pakketbeheer maakt het Zorginstituut eerst een prioritering op basis van ingeschatte risico's, zoals aantal patiënten, impact op de gezondheid van deze patiënten, kosten van de interventie, mogelijke impact op het zorgbudget en mogelijk vereist arbeidspotentieel om deze zorg in de praktijk op de juiste manier te leveren. Op basis van deze prioritering beslist het Zorginstituut of een duiding het juiste instrument is om een uitspraak te doen over de effectiviteit van het geagendeerde onderwerp (zie stap 3b van het schema in figuur 2). Is dit niet het geval, dan zal het Zorginstituut het onderwerp niet beoordelen en kan deze zorg alsnog onder de mogelijk toekomstige open aanspraak komen te vallen (zie stap 3a van het schema in figuur 2). Als uit een screening van de beschikbare literatuur blijkt dat wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt, dan kan het Zorginstituut adviseren om het onderwerp op de onderzoeksagenda te plaatsen. Besluit het Zorginstituut het onderwerp wel te agenderen voor de pakketagenda dan kan de uitkomst van een eerste screening van de beschikbare literatuur worden meegenomen in het eindadvies aan de minister.

Een goede argumentatie van partijen waarom een onderwerp moet worden toegevoegd aan de pakketagenda is belangrijk voor een goed proces. Bijvoorbeeld als de zorg niet of onvoldoende is omschreven in het kwaliteitskader voor wat betreft interventieprogramma, organisatie en behandelintensiteit en -duur (op groeps- of detailniveau). De omschrijving in het kwaliteitskader is noodzakelijk om te weten om welke indicaties het gaat (welke klachten, aandoeningen of ziektes) en welke daarop gerichte interventies de fysio- of oefentherapeut kan inzetten om een bepaald beoogd effect te bereiken. Het kwaliteitskader moet ook aangeven in hoeverre op groepsniveau is te evalueren of die beoogde effecten in de praktijk daadwerkelijk worden bereikt.

5 Advies over passende bekostiging (randvoorwaarde 3)

In de beweging naar passende zorg spelen bekostiging en inkoop van zorg een belangrijke rol naast de inhoud en organisatie van zorg.⁵ In dit hoofdstuk bespreken we wat nodig is om tot een advies te komen over een passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapie. Dit advies is de derde randvoorwaarde zodat het Zorginstituut een eindadvies kan geven over een geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie.

5.1 Uitgangssituatie voor randvoorwaarde 3: advies passende bekostiging

Een advies over passende bekostiging is de derde randvoorwaarde in de programmalijn, omdat dit een integraal onderdeel is van het passende zorg-gedachtegoed.⁵ Conform het plan van aanpak *Naar een passende aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie*³ vraagt VWS de NZa om een advies uit te brengen over passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg. Hierbij gaat de NZa uit van een toekomstige aanspraak op de te verzekeren prestatie uit het open pakket. Om een advies te kunnen opstellen, is het van belang dat de NZa op de hoogte is van de omvang en inhoud van de fysio- en oefentherapeutische zorg, zowel die onder de toekomstige open aanspraak valt als zorg die van de open aanspraak wordt uitgesloten. Om een advies passende bekostiging op te stellen is een nauw samenspel tussen de NZa, tripartite partijen en het Zorginstituut van essentieel belang. Voorafgaand aan het uiteindelijke advies van het Zorginstituut over een aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg, onderzoekt de NZa welke bekostigingsmodel passende fysio- en oefentherapie het beste kan ondersteunen.

5.2 Rol van de Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa heeft in ons zorgstelsel wettelijke taken op het gebied van bekostiging. De huidige bekostiging van fysio- en oefentherapie vindt plaats op basis van prestaties die de NZa vaststelt op grond van de *Wet marktordening gezondheidszorg*. Deze prestaties zijn vastgelegd in NZa-beleidsregels. Met prestaties voor fysio- en oefentherapeutische zorg kunnen zorgaanbieders de geleverde zorg in rekening brengen. De beleidsregels bevatten de declaratievoorwaarden en beschrijven de tariefsoort.

5.3 Huidige bekostiging

In de prestatiebeschrijvingen voor fysio- en oefentherapie wordt een aantal prestaties onderscheiden. Bekostiging gaat grotendeels per zorgactiviteit (zitting); het zogenoemde *fee-for-servicemodel*. Dit zijn bijvoorbeeld prestaties als screening, intake en onderzoek, individuele zitting en groepszitting. Het is ook mogelijk om met een zorgverzekeraar afspraken te maken over een facultatieve prestatie, die bijvoorbeeld een bekostiging per zorgtraject (bundel) mogelijk maakt. Voor de prestaties die zijn vastgelegd in de beleidsregels fysio- en oefentherapie gelden vrije tarieven. De tarieven komen tot stand door onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

5.4 Andere vormen van bekostiging

Ieder bekostigingsmodel heeft voor- en nadelen. De huidige bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg gaat op basis van zittingen. Dit betekent dat fysio- en oefentherapeuten meer inkomsten genereren bij het verlenen van meer zorgactiviteiten. Dat kan passende zorg belemmeren, omdat dit bekostigingsmodel een prikkel tot productie geeft. Het huidige bekostigingssysteem is eenvoudig en geeft hoog overzicht in de geleverde zorgactiviteiten op basis van de verschillende prestaties die de NZa heeft vastgesteld. Het is belangrijk dat financiële prikkels passende zorg ondersteunen.⁵ De NZa heeft de opdracht om de bekostiging zo in te richten dat die de beweging naar passende zorg ondersteunt. Hierbij streven partijen gezamenlijk naar een lerende beweging van samen doen, reflecteren en leren.⁵ Door een lerende beweging krijgt de NZa inzicht in welk bekostigingsmodel passende en doelmatige zorg ondersteunt en welk bekostigingsmodel daar niet of in mindere mate aan bijdraagt.

Mogelijk is dat voor een deel van de fysio- en oefentherapeutische zorg een bekostiging passend is op basis van een totaal zorgpakket voor een bepaalde aandoening of patiëntengroep (bundelbekostiging). Dit verdient nader onderzoek. Bekostiging moet de inhoud van zorg volgen en passende zorg ondersteunen. Om te adviseren over passende bekostiging moet de NZa weten welke zorgactiviteiten onder de aanspraak vallen. De verbinding tussen het te ontwikkelen kwaliteitskader (zie hoofdstuk 3), inzicht in de stand van wetenschap en praktijk (hoofdstuk 4) en de bekostiging zijn hierbij van belang. Bijvoorbeeld om de stap naar bundelbekostiging te maken. Dit maakt het noodzakelijk dat de diverse elementen van de zorginhoud goed worden vastgelegd in het kwaliteitskader, richtlijnen en zorgstandaarden. Hierbij valt te denken aan:

- definiëren en afbakenen van patiëntengroepen met heldere in- en exclusiecriteria, waar nodig en mogelijk met uitsplitsing naar zorgzwaarte;
- afbakenen van het begin- en eindpunt van een zorgtraject (start- en stop criteria);
- transparantie over de inhoud van een zorgtraject (bijvoorbeeld toe te passen zorgactiviteiten, intensiteit en duur van het traject);
- transparantie over kwaliteit (bijvoorbeeld het ontwikkelen van heldere uitkomstindicatoren die te koppelen zijn aan vergoeding van fysio- en oefentherapeutische zorg).

5.5 Samenspel tussen partijen

In de beweging naar passende zorg is samenspel tussen de betrokken partijen van essentieel belang. In dit rapport staan de drie randvoorwaarden met elkaar in verbinding. Om een (concept)advies voor passende bekostiging op te stellen is nauwe afstemming noodzakelijk tussen de NZa, tripartite partijen en het Zorginstituut. VWS, als opdrachtgever, zal de regie voeren over dit proces nauwlettend bewaken.³

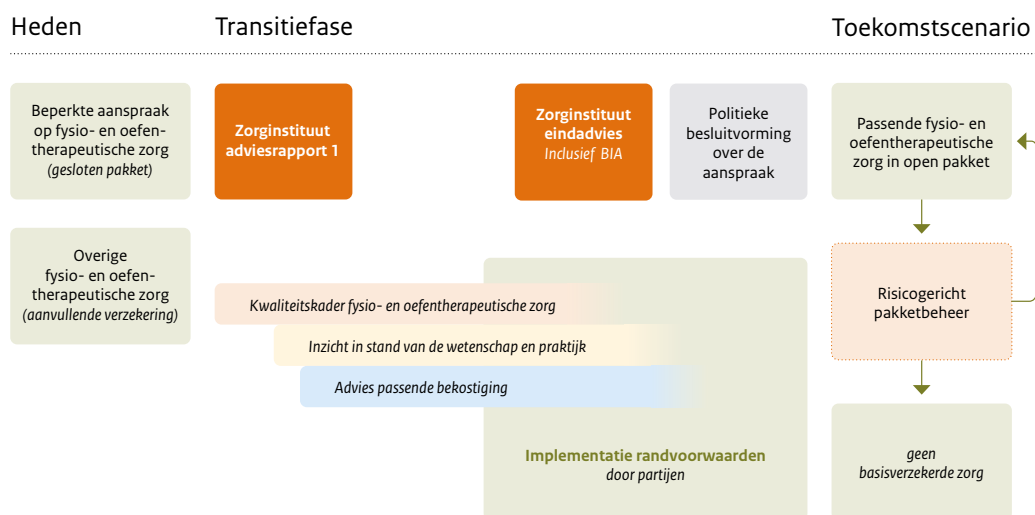
De samenhang tussen kwaliteit, pakket en bekostiging is van groot belang voor het eindadvies van het Zorginstituut als pakketbeheerder. Een belangrijk onderdeel van het eindadvies is de BIA. Die kan alleen plaatsvinden nadat aan de drie randvoorwaarden is voldaan. Parallel aan het opstellen van het uiteindelijke advies van het Zorginstituut, kan implementatie van het advies over passende bekostiging worden voorbereid, zodat de implementatie zo snel mogelijk na politieke besluitvorming kan plaatsvinden. Ook in dat vervolgproces blijft goede samenwerking tussen de betrokken partijen, het Zorginstituut en de NZa belangrijk.

6 Conclusie en vervolgstappen

Alle partijen in de zorg staan samen voor de maatschappelijke opgave om de zorg toekomstbestendig te houden. Zij gaan in samenspel bepalen wat nodig is om patiënten passende zorg te bieden, hoe zij die zorg gaan organiseren, wie wat gaat doen en wie er op welke manier voor gaat betalen. Dit hoofdstuk beschrijft welke vervolgstappen daarvoor nodig zijn.

In dit rapport beschrijven we de voorgestelde programmalijn om te komen tot een open aanspraak voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg. De programmalijn omvat drie randvoorwaarden voor kwaliteit, pakketbeheer en passende bekostiging. Figuur 3 is een weergave van de programmalijn waarin partijen in samenspel de beoogde overgang maken van een gesloten aanspraak naar een open aanspraak.

Figuur 3 - Van een gesloten aanspraak naar een open aanspraak



6.1 Rollen en verantwoordelijkheden

De drie randvoorwaarden zijn opgebouwd uit verschillende acties. Een aantal van deze acties moeten in samenhang worden uitgevoerd. Dit vergt inzet en nauwe samenwerking van alle betrokken partijen. De stappen in het benodigde samenspel en de bijbehorende planning staan in het overkoepelende plan van aanpak dat alle partijen bestuurlijk geaccordeerd hebben.³

Hieronder beschrijven we de vervolgstappen met bijbehorende verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken partijen. Het Zorginstituut adviseert aan VWS om het plan van aanpak tijdens de transitiefase kort-cyclisch te monitoren en tussentijds met de betrokken partijen te evalueren.

6.1.1 Overkoepelend plan van aanpak

- VWS is opdrachtgever en houdt de regie over het plan van aanpak met bijbehorende planning.³

6.1.2 Randvoorwaarde 1 - Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie

- Zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders ontwikkelen en implementeren het Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie waarin de onderwerpen genoemd in dit rapport worden belicht (paragraaf 3.3).

- In augustus 2022 heeft het Zorginstituut besloten om het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* op te nemen op de Meerjarenagenda. Als partijen er onderling niet uitkomen, dan heeft de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut vanuit haar wettelijke taak en verantwoordelijkheid de mogelijkheid om erop toe te zien dat het kwaliteitskader tot stand komt. Daarbij heeft de Kwaliteitsraad aangegeven dat ze gedurende het proces partijen kunnen faciliteren door middel van bijvoorbeeld richtinggevend advies zonder dat daarbij de regie en totstandkoming van het kwaliteitskader door de Kwaliteitsraad wordt overgenomen.
- Het Zorginstituut toetst het kwaliteitskader voor opname in het Register aan de hand van het Toetsingskader.²¹

6.1.3 *Randvoorwaarde 2 - Inzicht in de stand van de wetenschap en praktijk*

- Het Zorginstituut beoordeelt of de indicatie-interventiecombinaties in de wachtkamer (hoofdstuk 4, tabel 3) voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De onderwerpen die zijn opgenomen in de wachtkamer en waarvan de onderzoeksuitkomsten op tijd beschikbaar zijn voor een beoordeling worden door het Zorginstituut gedurende de transitiefase beoordeeld of ze wel of niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoen. Zijn onderzoeksuitkomsten van een onderwerp niet op tijd beschikbaar, dan volgt er een beoordeling na het eindadvies.
- Zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders voeren naar aanleiding van het ontwikkelde kwaliteitskader samen het gesprek over de fysio- en oefentherapeutische zorg die nog niet is gedeeld of gedeeld gaat worden. Zij bespreken samen welke onderwerpen voldoende vertrouwen bieden om te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en welke onderwerpen niet. Onderwerpen waarover de partijen geen consensus bereiken of ze voldoen, kunnen door de partijen worden aangedragen voor de pakketagenda.⁸ Het Zorginstituut bekijkt, risicogericht, of de aangedragen onderwerpen ook daadwerkelijk geagendeerd zullen worden op de pakketagenda.
- Zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders maken inzichtelijk welke fysio- en oefentherapeutische zorg die in de huidige aanspraak onder de aanvullende verzekering valt, voldoet aan de wettelijke criteria (paragraaf 2.2) en kwaliteitsafspraken (paragrafen 3.3.1 tot en met 3.3.7). Deze zorg kan in de toekomst vallen onder de aanspraak passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Aan het eind van de transitiefase is duidelijk welke zorg wel of (nog) niet uit de toekomstige aanspraak wordt vergoed.

6.1.4 *Randvoorwaarde 3 - advies passende bekostiging*

- De NZa werkt samen met partijen een advies uit voor passende bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg.
- Om een advies passende bekostiging op te stellen, is een nauw samenspel tussen de NZa, tripartite partijen en het Zorginstituut noodzakelijk.

6.2 **Toegankelijkheid van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg bij een verandering van de aanspraak**

Het doel is om met de transitie van een gesloten naar een open aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg de beweging naar passende en toekomstbestendige zorg in brede zin te ondersteunen. De beoogde transitie vraagt om een doorlopende evaluatie van de gevolgen voor de toegang tot passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Bij deze evaluatie is er aandacht voor de diversiteit van mensen die gebruik maken van fysio- en oefentherapeutische zorg. Alle verzekerden moeten passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg kunnen krijgen, die past bij hun hulpvraag.

De financiële gevolgen van de beoogde transitie naar het open pakket kunnen de toegang tot fysio- en oefentherapeutische zorg belemmeren voor een individuele patiënt of een groep verzekerden. Het kan bijvoorbeeld leiden tot hogere zorgpremies. Ook heeft een open aanspraak gevolgen voor het verplichte eigen risico. Daarentegen vervallen eventuele kosten voor een aanvullende verzekering voor fysio- en oefentherapeutische zorg, net als een wettelijke eigen bijdrage voor de eerste twintig behandelingen voor verzekerden met een aandoening op de chronische lijst. We gaan de invloed van deze financiële gevolgen verder onderzoeken in de vervolgfase en wegen de uitkomst mee in ons eindadvies aan de minister.

VWS en het Zorginstituut moeten ook opnieuw kijken naar een passende risicoverevening voor zorgverzekeraars.⁷ Door de acceptatieplicht hebben sommige zorgverzekeraars meer verzekerden die veel zorg nodig hebben dan andere zorgverzekeraars. Ze hebben hierdoor hogere kosten. Om ervoor te zorgen dat er geen scheve situatie ontstaat, krijgen deze zorgverzekeraars een vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds. Het Zorginstituut verstrekt deze zogeheten ‘vereveningsbijdrage’. Momenteel ontvangen zorgverzekeraars een bijdrage uit de risicoverevening op basis van verschillende kenmerken van hun verzekerden, waaronder gebruik van fysio- en oefentherapie. Verzekeraars ontvangen nu alleen een hogere vereveningsbijdrage als verzekerden voor bepaalde chronische aandoeningen fysio- of oefentherapie uit het basispakket hebben ontvangen. Bij een wijziging van de aanspraak moeten we onderzoeken hoe we in de nieuwe situatie kosten voor fysio- en oefentherapie het beste kunnen verevenen. Als we het risicovereveningsmodel na de wijziging van de aanspraak niet aanpassen, kan dit leiden tot negatieve financiële prikkels voor zorgverzekeraars om doelmatige fysio- en oefentherapie in te kopen. Want passende zorg leidt als het goed is namelijk tot lager zorggebruik door patiënten. En hoe lager het zorggebruik, hoe lager de risicovereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars. VWS en het Zorginstituut leggen voorafgaand aan ieder kalenderjaar vast hoe de risicoverevening dat jaar wordt uitgevoerd. Daarom is het voor de risicoverevening belangrijk dat VWS en het Zorginstituut zo vroeg mogelijk weten dat er een wijziging van de aanspraak aankomt en wat die wijziging precies inhoudt. Dan kan deze tijdig en juist worden verwerkt in de risicoverevening voor zorgverzekeraars.

6.3 Eindadvies aan de minister van VWS na invulling randvoorwaarden

Nadat alle drie de randvoorwaarden zijn uitgewerkt, stelt het Zorginstituut een BIA op en brengen we een eindadvies uit aan de minister van VWS. De BIA, de invulling van de randvoorwaarden, de inhoudelijke afspraken en uitwerking hiervan in het kwaliteitskader vormen belangrijke input voor het eindadvies. Daarom zijn nu eerst de tripartite partijen aan zet. Zonder hun welwillende inzet en samenwerking is het niet mogelijk om tot een eindadvies te komen. Daarnaast zijn de vier pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid) bepalend voor het eindadvies over onder welke voorwaarden een overgang mogelijk is naar een open aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie en wat de geschatte financiële gevolgen zijn. Het eindadvies wordt eerst als concept voorgelegd aan de Adviescommissie Pakket (ACP). Deze commissie toetst het eindadvies op de vier pakketcriteria, kijkt of de principes van passende zorg voldoende in samenhang tot uiting komen en of de uitkomsten maatschappelijk wenselijk zijn.

Referenties

- 1 a Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2021). Adviesaanvraag fysio- en oefentherapie. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/brief/2021/11/15/adviesaanvraag-fysio--en-oefentherapie>;
- b Zorginstituut Nederland. (2021). Projectbrief adviesaanvraag fysio- en oefentherapie. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/brief/2021/12/24/project-brief-adviesaanvraag-fysio--en-oefentherapie>
- 2 Zorginstituut Nederland. (2020). Advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu>.
- 3 Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2021). Projectplan aanspraak fysio- en oefentherapie. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/11/29/project-plan-aanspraak-fysio--en-oefentherapie>
- 4 Zorginstituut Nederland. Passende zorg werkagenda. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg>.
- 5 Zorginstituut Nederland. (2022). Kader passende zorg. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>
- 6 Zorginstituut Nederland. Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet? Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>
- 7 Zorginstituut Nederland. (2022). Advies passende zorg en risicoverevening. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/08/16/advies-passende-zorg-en-risicoverevening>
- 8 Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2022). Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. Afkomstig van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- 9 Zorginstituut Nederland. (2021). Adviezen en aanbevelingen voor toekomstbestendig pakketbeheer. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/adviezen/2021/04/29/adviezen-en-aanbevelingen-voor-toekomstbestendig-pakketbeheer>
- 10 Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2022). Kamerbrief verbeteren en verbreden toets op het basispakket. Afkomstig van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/12/02/kamerbrief-over-verbeteren-en-verbreden-van-de-toets-op-het-basispakket>
- 11 [wetten.overheid.nl](https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2022-01-01). Zorgverzekeringswet. Afkomstig van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2022-01-01>.
- 12 [wetten.overheid.nl](https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2022-01-01). Besluit zorgverzekering. Afkomstig van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2022-01-01>.
- 13 Zorginstituut Nederland. (2013). Pakketbeheer in de Praktijk (deel 3) Bijlage 2. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2013/10/18/pakketbeheer-in-de-praktijk-deel-3>
- 14 a KNGF. (2021). KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut. Afkomstig van https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf;
- b VvOCM. (2015). Beroepsprofiel Oefentherapeut. Afkomstig van <https://www.kwaliteitsregister-paramedici.nl/SiteAssets/Lists/InfoItem/AllItems/VvOCM%20Beroepsprofiel%20Oefentherapeut%202015.pdf>.
- 15 Zorginstituut Nederland. (2015). Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk'. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/01/15/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk>.
- 16 Zorginstituut Nederland. (2009). Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2009/02/23/preventie-bij-overgewicht-en-obesitas---de-gecombineerde-leefstijlinterventie>.

- 17 Zorginstituut Nederland. (2022). Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2022/08/15/wegwijzer-leefstijlinterventies-van-initiatief-naar-basisverzekering>
- 18 Zorginstituut Nederland. (2016). Systeemadvies fysiotherapie en oefentherapie. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/12/20/systeemadvies-fysiotherapie-en-oefentherapie>.
- 19 Zorginstituut Nederland. (2021). AQUA-leidraad. Afkomstig van <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/aqua-leidraad.pdf>
- 20 Zorginstituut Nederland. (2022). Handreiking voor het schrijven van de informatieparagraaf bij een kwaliteitsstandaard. Afkomstig van <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/handreiking-informatieparagraaf-kwaliteitsstandaard>
- 21 Zorginstituut Nederland. (2021). Toetsingskader. Afkomstig van <https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/toetsingskader#toetsingskader-3-o-criteria-voor-kwaliteitsinstrumenten>.
- 22 Veldkamp R, Kruisselbrink M, & Meijer W. (2022). Zorg door de Oefentherapeut Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2017-2020. Afkomstig van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004228.pdf>
- 23 Veldkamp R, Kruisselbrink M, & Meijer W. (2022). Zorg door de Fysiotherapeut. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2017-2020. Afkomstig van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004176.pdf>.
- 24 [wetten.overheid.nl](https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2022-01-01/#Bijlage1). Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Afkomstig van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2022-01-01/#Bijlage1>.
- 25 Ho-Henriksson C, Svensson M, Thorstensson CA, & Nordeman L. (2022). Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care – a cost-effective analysis of a pragmatic trial. BMC Musculoskeletal Disorders. doi:<https://doi.org/10.1186/s12891-022-05201-3>
- 26 Nederlandse Vereniging voor Extended Scope Specialisten. (2021). Beroepscompetentieprofiel Extended Scope Specialist Advanced Clinical Practitioner. Afkomstig van <https://nves.nl/vakgebied/>
- 27 Blom AW, Donovan RL, Beswick AD, Whitehouse MR, & Kunutsor SK. (2021). Common elective orthopaedic procedures and their clinical effectiveness: umbrella review of level 1 evidence. BMJ. doi:10.1136/bmj.n1511
- 28 ParkinsonNet. Afkomstig van <https://www.parkinsonnet.nl/>
- 29 Tweede Kamer der Staten-Generaal. (1995). Kostenbeheersing in de zorgsector. Afkomstig van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-24124-21.html>
- 30 Zorginstituut Nederland. (2021). Voortgangsrapportage overgangstraject Systeemadvies fysiotherapie en oefentherapie - juni 2021. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/brief/2021/06/11/voortgangsrapportage-overgangstraject-systeemadvies-fysiotherapie-en-oefentherapie---juni-2021>

Bijlage 1 - Betrokken partijen

Kernpartijen

Beroepsverenigingen

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF)
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

Zorgverzekeraars

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Patiëntenfederatie Nederland

- Spierziekten Nederland
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
- Parkinson Vereniging
- ReumaNederland
- MS Vereniging
- Vereniging Afwijkende Heupontwikkeling
- Longfonds
- Stichting Bekkenbodempall
- Vereniging van Ehlers-Danlos patiënten
- Vereniging Ieder(in)
- VSOP patiëntenkoepel voor zeldzame en genetische aandoeningen
- CP Nederland
- Fibromyalgie en Samenleving
- Diabetesvereniging Nederland (DVN)
- EDS-fonds
- Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON)

Overheidspartijen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Zorginstituut Nederland

Overige partijen

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Federatie Medisch Specialisten (FMS)

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Bijlage 2 Fysio- en oefentherapie in 2022

Het Nivel doet onderzoek naar eerstelijns zorggebruik. Tabel 4 geeft het gemiddeld aantal fysiotherapie- en oefentherapiebehandelingen weer in de jaren 2017 tot en met 2020, uitgevoerd bij ruim 300 fysiotherapiepraktijken en 177 oefentherapeuten werkzaam in 53 praktijken die deelnemen aan de *Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn*.^{22,23}

Tabel 4 - Gemiddeld aantal fysiotherapiebehandelingen per afgesloten behandelingsperiode: totale populatie en uitgesplitst naar patiënten met een chronische en niet-chronische aandoening, geslacht en leeftijd, 2017-2020

Gemiddelde ± SD	2017	2018	2019	2020 ^c
Totaal				
Fysiotherapie	7,5 ± 9,2	7,5 ± 9,6	7,3 ± 10,6	12,3 ± 23,4
Oefentherapie	9,6 ± 10,0	10,5 ± 12,4	9,6 ± 12,6	14,0 ± 18,3
Chronisch^a				
Fysiotherapie	18,5 ± 23,5	19,9 ± 23,7	22,5 ± 28,9	37,9 ± 51,1
Oefentherapie	30,2 ± 20,4	33,6 ± 26,4	33,4 ± 25,6	38,7 ± 30,0
Niet-chronisch				
Fysiotherapie	6,5 ± 5,3	6,0 ± 5,7	6,1 ± 6,3	8,7 ± 12,4
Oefentherapie	7,7 ± 5,3	8,5 ± 7,0	7,2 ± 7,0	10,1 ± 11,5
Leeftijdscategorie				
0 t/m 11 jaar				
Fysiotherapie	6,0 ± 6,4	5,9 ± 5,9	8,5 ± 9,1	12,3 ± 17,0
Oefentherapie	20,6 ± 17,0	23,9 ± 21,7	22,5 ± 20,4	20,9 ± 22,3
12 t/m 17 jaar				
Fysiotherapie	6,7 ± 7,3	7,9 ± 12,5	6,9 ± 8,1	9,6 ± 15,3
Oefentherapie	10,0 ± 11,3	9,6 ± 7,2	8,9 ± 9,2	13,4 ± 15,4
18 t/m 39 jaar				
Fysiotherapie	5,9 ± 6,9	5,8 ± 7,2	5,8 ± 8,8	8,5 ± 15,5
Oefentherapie	7,4 ± 4,7	7,6 ± 5,8	6,2 ± 6,9	8,4 ± 10,3
40 t/m 59 jaar				
Fysiotherapie	7,2 ± 8,5	7,0 ± 7,4	7,0 ± 9,5	11,3 ± 21,8
Oefentherapie	7,6 ± 5,6	7,6 ± 4,9	6,8 ± 6,3	10,2 ± 14,5
60 jaar en ouder				
Fysiotherapie	9,1 ± 11,5	9,3 ± 12,1	8,9 ± 13,2	16,6 ± 29,8
Oefentherapie	8,4 ± 9,3	8,9 ± 11,9	7,7 ± 10,5	12,0 ± 17,8
Totaal aantal afgesloten behandelingsperiodes^b				
Fysiotherapie	38.439	26.294	136.925	319.041
Oefentherapie	1.950	4.668	5.330	9.528

a Aandoening die voorkomt op de lijst van chronische aandoeningen (*Besluit Zorgverzekering*, bijlage 1).

b Kan lager liggen voor de subcategorieën chronisch, geslacht en leeftijd.

c Naar verwachting heeft de COVID-19-pandemie invloed op de cijfers van 2020.

© Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

De meeste eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg wordt in de huidige aanspraak niet uit het basispakket vergoed. Alleen de behandeling voor aandoeningen op de lijst van chronische aandoeningen (Bijlage 1 bij het Bzv)²⁴ en aandoeningen die in artikel 2.6 lid 2 tot en met 7 van het Bzv staan, worden beperkt vergoed uit het basispakket. Het Nivel-rapport²³ laat zien dat 11 procent van de gedeclareerde behandelingsperiodes declaraties zijn voor aandoeningen die op de lijst van chronische aandoeningen staan, en dat dus 89 procent van de gebruikte declaratiecodes zich richt tot de aanvullende verzekering of eigenbetalingen. Dit betekent dat een open aanspraak op passende fysio- en oefentherapie uit het basispakket in eerste instantie tot hogere kosten voor het basispakket leidt en tot lagere kosten voor vergoeding uit de aanvullende verzekeringen. Dat lijkt tegenstrijdig met het belang om met passende zorg bij te dragen aan blijvende betaalbaarheid en doelmatigheid van de zorg.

Bijlage 3 - Van goede lokale initiatieven naar landelijke passende zorg

In deze bijlage volgen drie beschrijvingen van lokale initiatieven die passende en kwalitatief hoogwaardige zorg voor patiënten mogelijk maken door goede afspraken tussen zorgverleners. De afspraken die binnen deze initiatieven bijdragen aan het inrichten van passende zorg, hebben ons geholpen om een beeld te vormen van de afspraken die nodig zijn in het kwaliteitskader op landelijk niveau.

Het is van belang om afspraken over fysio- en oefentherapeutische zorg op landelijk niveau vast te leggen en daarmee de beweging naar passende, kwalitatief hoogwaardige en toekomstbestendige zorg te ondersteunen. We vatten samen op welke terreinen resultaten zijn opgehaald bij de inventarisatie van begin 2022 die van belang zijn bij de beweging naar passende zorg, en die nu al zijn gerealiseerd in pilot-projecten, zorgexperimenten en onderzoeksverbanden. De gevonden voorbeelden schetsen een beeld van de potentiële meerwaarde van fysio- en oefentherapie in de beweging naar passende zorg.

Rol van de fysio- en oefentherapeut in triage en diagnostiek van problemen aan het bewegingsapparaat

Als een patiënt met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat zorg zoekt, dan stelt de geconsulteerde zorgverlener in eerste instantie een diagnose op basis van een gesprek en eventueel lichamelijk onderzoek. Achterhaald wordt welke achtergronden en oorzaken meespelen, of er aanvullende diagnostiek nodig is, zoals een röntgenfoto, of behandeling nodig is en zo ja, welke behandelingen mogelijk zijn. Deze consultatie gericht op diagnostiek en triage is een logisch startpunt en onderdeel van elk zorgtraject. Na het stellen van een diagnose, adviseert de zorgverlener de patiënt over wat die zelf kan doen aan de klachten (zelfzorg), hoe hij beter met de klachten kan omgaan (zelfmanagement) en wat er aan oorzakelijke factoren als (ongezonde) leefstijl of overgewicht te doen is (geïndiceerde preventie).

Vaak komt de patiënt met klachten aan het bewegingsapparaat als eerste bij de huisarts. Huisartsen zijn uitgebreid opgeleid om allerlei aandoeningen te diagnosticeren of uit te sluiten. Een aantal huisartsen heeft extra competenties opgedaan gericht op het houdings- en bewegingsapparaat (kaderhuisarts bewegingsapparaat), maar veel huisartsen zijn op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat minder goed in staat om in de korte tijd van een huisartsenconsult een diagnose te stellen en te adviseren hoe de patiënt zelf de klachten kan verminderen of verhelpen met oefeningen, meer of anders bewegen en aanpak van oorzakelijke factoren. Een fysio- of oefentherapeut, met extra competenties voor diagnostiek en triage van het houdings- en bewegingsapparaat, kan de huisarts hierbij ondersteunen en de druk op de huisartsenzorg verlichten.

Internationaal onderzoek suggereert dat bij patiënten met mogelijke knieartrose de inzet van fysiotherapeuten als eerste zorgverlener in plaats van huisartsen kan leiden tot minder zorgkosten, zonder verlies van kwaliteit van leven voor de patiënt.²⁵ Het lijkt ook de druk op de huisartsenzorg te verminderen en te leiden tot minder röntgenfoto's.²⁵ Maar er is aanvullend wetenschappelijk onderzoek nodig om deze onderzoeksbevindingen hard te maken.

Ook in Nederland zien we positieve ervaringen met het benutten van de expertise van fysio- en oefentherapeuten in de huisartsenzorg. Bijvoorbeeld op locaties met een schaarste aan huisartsen, waardoor de huisartsenzorg in het geding kwam. Op sommige plaatsen is de functie benoemd als 'praktijkondersteuner beweegzorg'. De financiering van deze zorgactiviteit is mogelijk uit de budgetten voor huisartsenzorg, onder voorwaarde dat goede afspraken worden gemaakt over communicatie en samenwerking met de huisarts. Ook moet de organisatie van deze consultatiefunctie goed in de huisartsenzorg worden ingebed, waarbij beide professionals hun eigen verantwoordelijkheden behouden. Een voordeel voor de patiënt is dat de huisartsenzorg uit het basispakket wordt vergoed zonder het eigen risico aan te spreken.

Daarom zijn afspraken nodig over de benodigde competenties van de fysio- of oefentherapeut die dit type zorgactiviteiten uitvoert.²⁶ Ook zijn afspraken nodig over hoe de onafhankelijkheid van de fysio- en oefentherapeut wordt gewaarborgd bij een eventueel geadviseerd behandeltraject. In Nederland kunnen fysio- en oefentherapeuten een post-masteropleiding volgen, die kandidaten opleidt specifiek voor deze consultatiefunctie in de eerste of tweede lijn. Met deze zorgactiviteit komen de principes van passende zorg in samenhang tot uiting:

- Efficiënte inzet van zorgverleners en zorgmiddelen draagt bij aan doelmatige zorg en toekomstbestendigheid van huisartsenzorg. De druk op de huisartsenzorg kan worden verlicht zonder verlies van zorgkwaliteit. Mogelijk leidt het ook tot minder of onnodige aanvullende diagnostiek, zoals een röntgenfoto bij beginnende knieartrose.
- De juiste zorg vindt plaats op de juiste plek. Door inzet van gespecialiseerde zorgverleners verbetert de kwaliteit van consultatie gericht op diagnostiek en triage, waardoor de patiënt sneller weet wat er aan de hand is en wat de beste aanpak van de klachten is.
- Zorg wordt samen met en rondom de patiënt georganiseerd. Doordat patiënten sneller en specifiek horen wat er met hen aan de hand is en hoe zij zelf kunnen meehelpen om hun klachten aan te pakken, kan belangrijke substitutie plaatsvinden van patiënten die anders op kortere of langere termijn bij een medisch specialist terecht zouden komen.
- Meer focus op gezondheid in plaats van op ziekte. Een ongezonde leefstijl en slecht beweeggedrag hangen heel vaak samen met de klachten waarvoor patiënten naar de fysio- of oefentherapeut gaan. Aandacht geven aan verandering van ongezonde leefstijl en slecht bewegingsgedrag, bijvoorbeeld door adviezen of verwijzing naar interventies die zich richten op het voorkomen van het ontstaan van een aandoening op beperking (zoals gecombineerde leefstijl interventies), zorgt voor meer focus op gezondheid.

Substitutiepotentieel naar passende fysio- en oefentherapie in de eerste lijn

Een aanspraak op passende fysio- en oefentherapie kan bijdragen aan doelmatige zorg door het verwachten substitutiepotentieel in de praktijk tot uiting te brengen. Duurdere tweedelijnszorg, die zich bijvoorbeeld richt op verschillende orthopedische klachten, kan worden voorkomen door een oefentherapeutische interventie.²⁷ Dit leidt tot meer doelmatige zorg. Met duidelijk omschreven en onderbouwde stepped-careprogramma's is het mogelijk om deze zorg doelmatig uit te voeren. Het uitgangspunt van stepped care is dat de patiënt niet zwaarder wordt behandeld dan strikt noodzakelijk is. Er wordt dus gestart met de eenvoudigste interventie die past bij de aandoening of de klachten. Dit principe is al zeer doelmatig gebleken bij aandoeningen zoals perifere arterieel vaatlijden (PAV) en artrose van knie en heup. Maar het kan nog veel breder worden gestimuleerd, bijvoorbeeld bij orthopedische ingrepen of medisch-specialistische revalidatiebehandelingen. Bij verschillende indicaties is oefentherapie even effectief gebleken als een invasieve behandeling, bijvoorbeeld een operatie.²⁷ Voor deze specifieke indicaties zijn of worden stepped-careprogramma's ontwikkeld. In een stepped-careprogramma start een patiënt bijvoorbeeld met adviezen voor omgaan met de klachten en stimuleren van zelfmanagement. Als dit onvoldoende effectief is, dan kan in overleg met de patiënt een conservatief behandeltraject bij de fysio- of oefentherapeut worden gestart. Als blijkt dat de patiënt ook onvoldoende baat heeft bij een conservatief behandeltraject, dan kan er op basis van gezamenlijke besluitvorming doorverwijzing naar de tweede lijn plaatsvinden. Dit levert waardegedreven zorg op, die bovendien samen met en dicht bij de patiënt te organiseren is. Zo ligt de focus ook meer op gezond functioneren in plaats van op behandeling van ziekte.

Multidisciplinaire zorg in de eerste lijn

Revalidatiezorg wordt nu vaak aangeboden via multidisciplinaire programma's, bijvoorbeeld hartrevalidatie of longrevalidatie in het ziekenhuis, of zorg in specialistische revalidatiecentra. Daarbij wordt fysio- of oefentherapie ingezet als onderdeel van de medisch-specialistische behandeling. Door de manier waarop de aanspraak nu is geregeld, wordt revalidatie in de tweede en derde lijn wél vergoed, maar in de eerste lijn niet. Met als uitzondering als hierover afspraken worden gemaakt tussen eerste- en tweedelijnszorgverleners: dan wordt de eerstelijns fysio- of oefentherapie betaald uit de vergoeding die de tweede lijn uit het basispakket ontvangt.

Doordat vergoeding uit het basispakket wel mogelijk is binnen een intramurale tweedelijnssetting, wordt multidisciplinaire ketenzorg in de meeste gevallen verder van de patiënt georganiseerd, tegen hogere kosten. Maar we hebben goede voorbeelden gezien van multidisciplinaire samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Die werd mogelijk op basis van duidelijke afspraken, onder meer over de betrokken disciplines, de rol van betrokken zorgverleners, het behandelprogramma, de aanvullende competenties van de fysio- en oefentherapeut, bekostiging en uitkomstindicatoren. De voorbeelden laten zien dat passende zorg zo samen met en rondom de patiënt en dicht bij huis tot stand komt, waar mogelijk tegen lagere kosten.

In de praktijk wordt multidisciplinaire zorg anders vormgegeven. In onze inventarisatie van praktijkvoorbeelden zagen we dat bijvoorbeeld terug in de zorg voor parkinsonpatiënten. Via multidisciplinaire samenwerking in een landelijk netwerk streven zorgaanbieders naar kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg, en transparantie voor de patiënt op zorguitkomsten.²⁸

Bijlage 4 - Historie van vergoeding uit de basiszorgverzekering

In deze bijlage volgt een overzicht van de manier waarop de huidige vergoedingswijze van fysio- en oefentherapie tot stand is gekomen.

Veel beheersmaatregelen

Voor 1 januari 1996 werd fysio- en oefentherapie volledig vergoed uit de *Ziekenfondswet*. Vanaf 1 januari 1996 werd de aanspraak fysio- en oefentherapie beperkt tot maximaal negen zittingen per indicatie per jaar, met de mogelijkheid tot verlenging tot achttien zittingen bij oefentherapie.²⁹ Vanaf datzelfde moment werd de vergoeding voor langdurige fysio- en oefentherapie geregeld met behulp van de lijst *Langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck* (in praktijk de 'chronische lijst' of 'lijst Borst' genoemd. Deze beperkende maatregel werd ingevoerd vanuit oogpunt van kostenbeheersing en onvoldoende inzicht in de effectiviteit en kwaliteit van deze zorg.

Met de introductie van de *Zorgverzekeringswet* (Zvw)¹¹ in 2006 is de prestatie fysio- en oefentherapie gereguleerd in artikel 2.6 van het *Besluit zorgverzekering* (Bzv), met als omschrijving 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden'. In beginsel omvat deze omschrijving het hele beroepsarsenaal van de fysio- en oefentherapeuten. Maar in het tweede lid van artikel 2.6 is opgenomen dat de vergoeding voor fysio- en oefentherapeutische zorg beperkt is tot de indicaties die limitatief zijn omschreven op de zogenaamde lijst van chronische aandoeningen.²⁴ Deze indicaties staan in bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Bzv. Voor een aantal indicaties gelden beperkingen voor de maximale periode waarin de te vergoeden behandelingen kunnen plaatsvinden. Behandelingen na deze periode komen dan voor eigen rekening van de patiënt of komen ten laste van een aanvullende zorgverzekering, als een patiënt die heeft afgesloten.

In de loop der jaren zijn extra beheersmaatregelen toegevoegd, met name voor uitsluiting van vergoeding voor het eerste aantal behandelingen voor een patiënt met een indicatie die voorkomt op de lijst van chronische aandoeningen. Vanaf 2011 is het aantal uitgesloten behandelingen vastgesteld op twintig. Verzekerden moeten deze eerste twintig behandelingen sindsdien zelf betalen of zich daarvoor aanvullend verzekeren.

Naast extra beheersmaatregelen zijn indicatie-interventiecombinaties toegevoegd of aangepast aan artikel 2.6. Dit geldt voor fysio- en oefentherapie bij urine-incontinentie, perifere arterieel vaatlijden (PAV), knie- en heupartrose en chronisch obstructieve pulmonale aandoening (COPD).²⁴ De aanspraak op verzekerde tot 18 jaar staat beschreven in lid 7 van artikel 2.6 van het Bzv.

Als een aandoening niet valt onder indicaties zoals omschreven in artikel 2.6 lid 2 tot en met 7 van het Bzv, dan komt fysio- en oefentherapie voor die betreffende verzekerden nu niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekering. Veel mensen (ongeveer 85 procent) hebben mede daarom een aanvullende zorgverzekering afgesloten, waarin een variërend maximaal aantal behandelingen is verzekerd. De meeste verzekeraars die een aanvullende zorgverzekering aanbieden, hebben verschillende pakketten met een oplopend maximaal aantal behandelingen. In de afgelopen jaren zijn deze maxima naar beneden bijgesteld; tegenwoordig zijn er geen pakketten meer met een onbeperkt aantal behandelingen.

Conclusies plan van aanpak volgend op het systeemadvies 2016

Het Zorginstituut heeft eind 2016 een systeemadvies uitgebracht over fysiotherapie en oefentherapie.¹⁸ In dit systeemadvies werd een toekomstbeeld geschetst van een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van fysio- en oefentherapie in het basispakket, van een gesloten naar een open aanspraak. In ons toekomstbeeld is sprake van een nieuwe balans tussen kwalitatief goede zorg, de toegankelijkheid van die zorg en de betaalbaarheid ervan. Het bereiken van die nieuwe balans is afhankelijk van de invulling van een aantal randvoorwaarden in een overgangstraject.

In antwoord op het advies uit 2016 heeft de toenmalige minister aan het Zorginstituut gevraagd een

overgangstraject uit te voeren en de mogelijkheden te bestuderen om in een vervolgsysteemadvies te adviseren over de haalbaarheid van een open aanspraak op fysio- en oefentherapie in Zvw. Met name voor die indicaties waarbij substitutiewinst te behalen is, oftewel waarbij eerstelijns fysio- en oefentherapie risicovollere of duurdere tweedelijnszorg kan vervangen met behoud van kwaliteit van zorg. Voor de uitvoering heeft het Zorginstituut in 2017 een plan van aanpak ontwikkeld in samenwerking met de betrokken partijen, die vertegenwoordigd zijn in een stuurgroep. Regelmatig vond een evaluatie van de voortgang plaats en rapporteerde het Zorginstituut aan de minister van VWS in een voortgangsbrief.

Het Zorginstituut constateert in de derde voortgangsbrief (2021) dat het opgestelde plan van aanpak niet gaat leiden tot beantwoording van de vraag van de minister over de haalbaarheid van een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van fysio- en oefentherapie in het basispakket.³⁰

In juni 2021 heeft het Zorginstituut de minister van VWS geadviseerd om niet verder te gaan met het plan van aanpak. Dit plan richtte zich op het bestuderen van de haalbaarheid van een open aanspraak op fysio- en oefentherapie in de Zvw, met name voor die behandelingen waarbij substitutiewinst te behalen is. We kwamen vanuit onze wettelijke taken en bijhorende beoordelingsprocedures tot de conclusie dat deze werkwijze niet kon leiden tot een advies van het Zorginstituut over een systeemverandering voor de hele sector fysio- en oefentherapie. Deze conclusie kwam voort uit de constatering dat het Zorginstituut bij beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk van fysio- en oefentherapie niet voor het geheel van indicatiegebieden tot een sluitende conclusie kon komen. En de Nederlandse Zorgautoriteit kwam samen met het Zorginstituut tot de conclusie dat het niet mogelijk was om te experimenteren met andere vormen van bekostiging, zo lang in de aanspraak beperkingen zijn in het maximaal aantal behandelingsessies per patiëntengroep.

Bijlage 5 - Reacties schriftelijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit rapport zijn de kernpartijen en overige partijen (zie bijlage 3) uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. De totstandkoming van dit rapport is ook meerdere keren met de kernpartijen besproken tijdens de Bestuurlijke Overleggen Fysio- en Oefentherapie van 10 maart 2022, 26 september 2022 en 29 november 2022. De consultatiereacties van kernpartijen en overige partijen zijn integraal bijgevoegd. In deze bijlage geven we een overzicht van de reactie van het Zorginstituut hierop.

In het rapport adviseren we over de programmalijn en bijbehorende randvoorwaarden. Ook beschrijven we hoe een open aanspraak kan bijdragen aan passende en toekomstbestendige fysio- en oefentherapeutische zorg. Het Zorginstituut heeft onderscheid gemaakt tussen consultatiereacties op de inhoud van dit rapport en consultatiereacties op het vervolgproces. Deze laatste gaan niet over de programmalijn zelf en hebben we daarom niet meegenomen in dit rapport. Mogelijk doen we dat wel in ons toekomstige eindadvies.

Consultatiereacties en aanpassingen

Hieronder beschrijven we op hoofdlijnen welke aanpassingen we hebben gedaan naar aanleiding van de consultatiereacties van partijen.

Programmalijn

Naar aanleiding van de consultatiereacties spreken we in het rapport niet van een beleidslijn, maar van een programmalijn op basis van drie randvoorwaarden. De wijziging van beleidslijn naar programmalijn is gemaakt, omdat die beschrijving beter aansluit op de toekomstige programmatische uitwerking zoals die volgt uit het overkoepelende plan van aanpak dat is geaccordeerd in het Bestuurlijk Overleg Fysio- en Oefentherapie.

Kwaliteitskader Fysio- en Oefentherapie

Het kwaliteitskader heeft een prominente plaats in de programmalijn. In de eindversie van dit rapport beschrijven we deze randvoorwaarde als eerste randvoorwaarde in plaats van als tweede randvoorwaarde. Het invullen van deze voorwaarde is namelijk voorwaardelijk voor invulling van de volgende twee randvoorwaarden. In de beweging naar passende zorg zijn de dialoog tussen partijen en de ontwikkeling van een tripartiet onderschreven *Kwaliteitskader Fysio- en oefentherapie* cruciaal.

Inzicht in stand van de wetenschap en praktijk

Naar aanleiding van de consultatiereacties is het hoofdstuk over de wachtkamer en kennislacunes (was hoofdstuk 3, maar is nu hoofdstuk 4) verhelderd. De lijst met kennislacunes was gebaseerd op eerdere duidingen van het Zorginstituut waaruit een negatief standpunt voortkwam. In deze versie hebben we die onderwerpen benoemd onder paragraaf 4.2.2, totdat nieuwe wetenschappelijk bewijs beschikbaar is. Het begrip kennislacunes staat niet meer in het rapport.

Passende zorg en beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

Het *Kader Passende zorg* verandert niets aan de wettelijke eisen van de *Zorgverzekeringswet* voor zorg in het basispakket. Zorg moet bewezen effectief zijn en volgens een transparante en consistente werkwijze voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut is bekend met de bezwaren tegen dit beoordelingskader. We hebben hiervoor eerder een traject doorlopen met partijen van het Bestuurlijk Overleg Fysio- en Oefentherapie en hebben toen moeten concluderen dat we het op dit punt niet eens met elkaar worden. Het beoordelingskader blijft in stand en is van toepassing op alle verzekerde zorg.

Noodzakelijkheid

Noodzakelijkheid is een van de vier pakketcriteria. Na invulling van de randvoorwaarden stelt het Zorginstituut een eindadvies op over de geschikte vormgeving van de aanspraak op fysio- en oefentherapie. Dit is een zogeheten pakketadvies. Daarom baseert het Zorginstituut de afwegingen voor het eindadvies op

basis van de pakketcriteria, waaronder het criterium ‘noodzakelijkheid’. Op basis van dit criterium kijken we enerzijds naar de medische noodzaak om een interventie op te nemen in de collectieve basisverzekering. Anderzijds kijken we of inzet van de collectieve verzekering zelf het juiste instrument is. Oftewel: kunnen mensen het zelf betalen of moet het vergoed worden. Zie hiervoor het advies over *Pakketbeheer in de Praktijk* (deel 3)¹³, waarin we uitleggen hoe we hiermee omgaan. Het is voor het Zorginstituut van belang om in de transitiefase alle benodigde informatie hierover te verzamelen.

Toegankelijkheid van fysio- en oefentherapeutische zorg

Een aantal partijen is bezorgd over de mogelijke effecten op toegankelijkheid van zorg. In hoofdstuk 6 lichten we het belang van toegankelijkheid en de uitdagingen daarbij nader toe.

Overige onderwerpen

- Tijdens de consultatieronde zijn het *Kader Passende Zorg* en het Integraal Zorgakkoord (IZA) gepubliceerd. We hebben dit rapport hiermee in lijn gebracht.
- De onderwerpen substitutiepotentieel, ontlasten van de huisarts door ondersteuning bij diagnostiek en triage voor klachten aan het bewegingsapparaat door de fysiotherapeut in de eerste lijn en effect op het eigen risico zijn belangrijke punten in het vervolgproces waarmee het Zorginstituut en partijen rekening moeten houden. In het vervolgproces onderzoeken we het draagvlak voor en de gevolgen van genoemde onderwerpen. We passen dit voorliggende rapport daar niet op aan. Indien nodig verwerken de uitkomsten van het vervolgonderzoek in het eindadvies aan de minister.
- In dit rapport verduidelijkt het Zorginstituut hoe we omgaan met de aandoeningen op de chronische lijst. We hebben dit verduidelijkt in de hoofdstukken 3 en 4.
- Waar mogelijk hebben wij de aandacht voor kwaliteit van leven van mensen toegevoegd als doelstelling, naast gezondheid en functioneren.

Niet overgenomen consultatiereacties

Na zorgvuldige afweging hebben we de volgende reacties niet overgenomen:

- Het aanpassen van wet- en regelgeving om passende zorg te stimuleren valt ons inziens buiten de scope van dit rapport.
- Uitwerking van een programmatische aanpak volgt in het plan van aanpak onder regie van VWS.
- Het Zorginstituut heeft in afstemming met de NZa geen specifieke voorstellen in het rapport opgenomen voor de uitwerking van passende bekostiging, zoals bundelbekostiging. De NZa volgt met een advies over passende bekostiging

Consultatiereacties van de kern- en overige partijen.

1. Consultatiereactie beroepsverenigingen
2. Consultatiereactie Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
3. Consultatiereactie Patiëntenfederatie Nederland
4. Consultatiereactie Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
5. Consultatiereactie Federatie Medisch Specialisten (FMS)
6. Consultatiereactie Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Consultatiereactie beroepsverenigingen



Oplegger bij de reactie van de beroepsorganisaties VvOCM, SKF, KNGF op het adviesrapport “Samen in beweging naar besluitvorming over een de aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket” van het Zorginstituut Nederland

d.d. 8 september 2022

Op 25 juli jongstleden heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) het conceptadvies met betrekking tot de aanspraak fysio- en oefentherapie ter bestuurlijke consultatie voorgelegd aan de Vereniging voor Oefentherapie Cesar Mensendieck (VvOCM), Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Patiënten Federatie Nederland (PFN).

Voorafgaand spreken wij graag onze waardering uit voor het vele werk dat door het Zorginstituut is verzet om tot dit conceptadvies te komen. Tegelijkertijd hebben wij een aantal bezwaren tegen het voorgestelde conceptadvies. Deze bezwaren zijn fundamenteel van aard. Dit signaal is direct na het aanbieden van de notitie aan bureau ZIN afgegeven. Het document kon echter niet meer worden teruggetrokken uit de consultatieronde, waarop is afgesproken dat beroepsorganisaties alle input direct in het document plaatsen als reactie op de consultatie. De meest fundamentele bezwaren, zoals verwoord in deze oplegnotitie, zijn ook tijdens het bureauoverleg Passende aanspraak Fysio- en oefentherapeutische Zorg (PAFOZ) van 26 augustus jl. naar voren gebracht.

Een deel van de input in bijgaande versie van het advies is in de lijn met hetgeen naar voren is gebracht tijdens het overleg van 20 juni jongstleden tussen besturen en direct betrokken medewerkers van Zorginstituut en de beroepsorganisaties. Ook in een eerder stadium zijn deze punten naar voren gebracht, maar zijn ze niet aangepast de notitie zelf. Om de input op het advies in de juiste context te plaatsen, is deze oplegger opgesteld als overall samenvatting op het aangeboden conceptadvies.

Onze fundamentele bezwaren richten zich op de volgende punten:

1. Een gewijzigde doelstelling (als gevolg van gebruikte formulering in het document);
2. Het gebrek aan concreetheid in het document;

Daarnaast zijn er in de laatste versie nieuwe passages toegevoegd, waarover niet eerder is gesproken (zie betreffende opmerkingen in het document zelf).

Ad 1. Gewijzigde doelstelling (als gevolg van gebruikte formulering in het document)

Vanaf de start van dit traject en in alle formele communicatie-uitingen over dit traject is consequent gesproken over ‘passende aanspraak fysio- en oefentherapie’, met als gezamenlijke ambitie/doelstelling: het komen tot een advies over een open aanspraak fysio- en oefentherapie. Die ambitie/doelstelling lag al ten grondslag aan het zogenaamde Systeemadvies en is voor dit traject niet anders. Tijdens het bestuurlijke overleg van 10 maart 2022 is dat door ZIN naar voren gebracht en door de andere bestuurlijke partijen onderschreven: een open aanspraak fysio- en oefentherapie (open, tenzij er sprake is van aantoonbaar risico voor de patiënt en/of de zorg bewezen niet effectief is). Dit conform de



overige zorgsoorten met een open omschrijving: zorg zoals fysio- en oefentherapeuten plegen te bieden (al dan niet in combinatie met risicogericht pakketbeheer).

Tijdens het bureauoverleg van 18 juli jongstleden heeft ZIN benoemd dat al die tijd sprake was van een foutief gebruik van het bijvoeglijk naamwoord 'passend' in relatie tot de term 'aanspraak'. Juridisch is niet zoiets als een 'passende aanspraak', aldus ZIN. Het is in het belang van alle partijen dat rapporten juridisch correct zijn. ZIN heeft er echter, zonder verder overleg, voor gekozen om als oplossing voor het gesignaleerde knelpunt de term 'passend' als bijvoeglijk naamwoord voor 'fysio- en oefentherapie' te plaatsen. Deze oplossing is vervolgens consequent door het gehele document doorgevoerd, ook waar het bijvoorbeeld het kwaliteitskader voor fysio- en oefentherapie betreft. Een ogenschijnlijk kleine aanpassing, die echter grote consequenties heeft, omdat hiermee niet alleen de hele beleidslijn wordt aangetast maar ook de doelstelling van het hele traject lijkt te zijn gewijzigd:

Van: het streven naar een open aanspraak fysio- en oefentherapie
Naar: het toewerken naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg

In het overleg van 20 juni jongstleden heeft ZIN aangegeven wat nodig is om te komen tot een advies over een open aanspraak:

- Inzage in de wijze waarop de beroepsgroep omgaat met effectiviteit van zorg;
 - Inzage in de wijze waarop de beroepsgroep omgaat met kwaliteit van zorg.
- Bovenstaande punten vormen integraal onderdeel van het project (door)ontwikkeling kwaliteitskader fysio- en oefentherapie;
- Inzage in de budgettaire impact van een open aanspraak. Hiervoor wordt een budgetimpact analyse uitgevoerd.

Voorgestelde oplossing:

Het document zou moeten starten met de gezamenlijke ambitie en een doelstelling. Deze beschrijving is eenduidig en niet voor meerdere uitleg vatbaar. Aansluitend volgt de beschrijving van de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om over te kunnen gaan tot het uitbrengen van een advies aan de minister van VWS. De beschrijvingen zijn conform de afspraken in het BO van 10 maart 2022 en de daarop gebaseerde adviesaanvraag van de minister van VWS.

Overigens benadrukken wij dat wij de gedachte en inhoud van het Kader Passende Zorg volledig onderschrijven. Hier is geen discussie over. Dit kader sluit net als de eerdere uitgangspunten van het rapport de Juiste Zorg op de Juiste Plek (2018) naadloos aan op het handelen van fysio- en oefentherapeuten en biedt veel mogelijkheden.

Ad 2. Het gebrek aan concreetheid in het document

In deze versie van het rapport ontbreken volgens ons – naast de eenduidige doelstelling - de volgende essentiële onderdelen.

- Een concretisering van de randvoorwaarden;
- Een consistente beleidslijn (passend bij de doelstelling);
- De integratie van de principes van het Kader Passende Zorg op alle onderdelen van het rapport;



Randvoorwaarden:

Feitelijk kan het rapport worden beschouwd als een programmaplan met drie deelprojecten. Deze drie deelprojecten worden geformuleerd als randvoorwaarden. De randvoorwaarden zijn in de laatste versie niet concreet geformuleerd, voor meerdere uitleg vatbaar en niet uniform beschreven. Daarnaast is niet duidelijk op basis waarvan wordt beoordeeld of en wanneer is voldaan aan de betreffende randvoorwaarde (wat moet er worden opgeleverd/wat is het gewenste resultaat?).

Er is daarnaast bij alle randvoorwaarden sprake van betrokkenheid van meerdere partijen. Er staat onvoldoende beschreven hoe exact het eigenaarschap en de verantwoordelijkheidsverdeling is geregeld. Zonder deze beschrijving ontbreekt de borging van het commitment van betrokken partijen om, vanuit de gezamenlijk geformuleerde ambitie en doelstelling, alles in het werk te stellen om te voldoen aan de gestelde randvoorwaarde (inclusief what if scenario)?

Voorgestelde oplossing:

Het document beschrijft de randvoorwaarden vanuit een programmatische aanpak. Beschrijf per deelproject het eindresultaat, het eigenaarschap, de verantwoordelijkheidsverdeling en de beoordelingscriteria (overall en daar waar van toepassing op deelresultaten). Voordat deze aanpassing wordt doorgevoerd is een nader overleg tussen de betrokken partijen in onze opvatting noodzakelijk zodat er zoveel mogelijk consensus over deze aspecten ontstaat.

Een consistente beleidslijn

Het is een enorme zoektocht om helder te krijgen hoe en op welke wijze de diverse onderdelen die worden beschreven, kunnen bijdragen aan het behalen van de doelstelling en/of wat de beoogde uitkomsten zijn. Hierbij kan ook de vraag worden gesteld hoe dit document kan worden getypeerd. Het document wordt een (advies)rapport genoemd, waarin een beleidslijn wordt beschreven met elementen die kunnen worden beschouwd als projecten uit het plan van aanpak, met een grote diversiteit in uitwerking/detailniveau en randvoorwaarden/criteria binnen de randvoorwaarden.

Kortom: indien wij ons verplaatsen in lezers die iets verder van de materie af staan, dan is onze inschatting dat het onduidelijk is wat nou precies de bedoeling is van dit document.

Voorgestelde oplossing:

Beperk het rapport tot de aanleiding, de gezamenlijke ambitie en doelstelling, de deelprojecten en de te behalen resultaten. Plaats andere delen van de tekst als achtergrondinformatie in de bijlage.

Een consequent gebruik van het Kader Passende Zorg

Er wordt in deze versie van het advies af en toe verwezen naar de principes vanuit het Kader Passende Zorg, maar dat gebeurt niet op consistente wijze. Het veranderen van 'passende aanspraak' naar 'aanspraak passende fysio- en oefentherapie', wordt ingegeven door een juridische omissie en niet vanuit het integreren van de principes en normen van het Kader Passende Zorg. Een belangrijk deel van de principes en normen is al geïntegreerd in het



fysio- en oefentherapeutische handelen en wordt geborgd in opleiding, beroepsprofiel en beroepsstandaarden. Beroepsgroepen hebben dat nadrukkelijk ingebracht bij de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader. Ten aanzien van dit conceptadvies kunnen we niet anders dan constateren dat het Kader Passende Zorg wordt aangestipt, maar zeker geen integraal onderdeel vormt van het rapport. Beroepsgroepen signaleren dat bepaalde passages niet congruent lijken te zijn met (of in de uitwerking mogelijk haaks komen te staan op) de normen en principes van het Kader Passende Zorg.

Voorgestelde oplossing:

Neem het Kader Passende Zorg op in het document. Beschrijf bij alle randvoorwaarden op welke principes van het Kader Passende Zorg deze zijn gebaseerd en toets of de voorgestelde activiteiten ook passen binnen de publieke normen van het Kader. Dit geeft houvast voor alle betrokken partijen en kan steeds als toetssteen worden gebruikt.

Reactie op de consultatievragen

Voor de volledigheid gaan wij hieronder in op de consultatievragen. In de tekst van het rapport hebben wij voorts concrete reacties bij tekstpassages geplaatst.

1. *Hoe kijkt u naar de beleidslijn om samen toe te werken naar een aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg vanuit het basispakket?*

Hiervoor verwijzen wij naar het bovengenoemde in deze oplegnotitie: de op 10 maart 2022 bestuurlijk afgesproken doelstelling is op zo kort mogelijke termijn toewerken naar een open aanspraak. Het conceptrapport is hiermee niet in overeenstemming.

2. *Randvoorwaarde: Inzicht verkrijgen in welke onderdelen van de fysio- en oefentherapeutische zorg in de toekomst verzekerde zorg kunnen worden, en welke onderdelen mogelijk (nog) niet (de randvoorwaarde van de zogenaamde wachtkamer en lijst met kennislacunes)?*

Wij begrijpen dat de fysio- en oefentherapie die eerder negatief is geduid (getoetst op de stand van de wetenschap en de praktijk), of waar nu nog onderzoek naar loopt, in de wachtkamer terecht komt.

Zoals bekend hebben wij bezwaren tegen de door het Zorginstituut toegepaste methodologie bij deze duidingen/toetsingen. Deze methodologie wijkt af van wat nationaal en internationaal aanvaard is. Als gevolg waarvan de uitkomst te negatief is en niet overeenkomt met de algemeen aanvaarde wetenschappelijke conclusies. Tegen die achtergrond pleiten wij voor een hernieuwde, methodologisch verantwoorde toetsing, waarmee de wachtkamer op korte termijn kan worden opgelost.

In onze opvatting is er geen sprake van kennislacunes. Op basis van *evidence*, al dan niet in onze eigen richtlijnen en multidisciplinaire richtlijnen van andere beroepsgroepen, voorzien wij dat we de genoemde kennislacunes kunnen opvullen.

Het toevoegen aan de lijst van kennislacunes van alle zorg die nu vanuit de aanvullende verzekering wordt vergoed, is niet aanvaardbaar.

3. *Randvoorwaarde: Het Kwaliteitskader Passende fysio- en oefentherapeutische zorg*



Het kwaliteitskader beschrijft fysiotherapeutische zorg in brede zin. In het kwaliteitskader worden de principes van het Kader Passende Zorg geïntegreerd. Daarmee blijft nog steeds een kwaliteitskader fysio- en oefentherapeutische zorg. Wij hechten eraan om dat kader op een zuivere wijze vorm en inhoud te geven, waarbij de wijze van vergoeding/verzekering geen rol mag spelen.

4. Randvoorwaarde: Het onderzoeken van mogelijkheden voor passende bekostiging?

Op dit moment zijn wij in overleg met de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) over de vraag welke vormen van bekostiging passend zijn. Anders dan wat het conceptadvies suggereert, staat wat ons betreft niet op voorhand vast dat de huidige bekostiging niet passend is. Alle vormen van bekostiging hebben voor- en nadelen, die ook nog kunnen variëren afhankelijk van de plaats en de positie van de zorg en de zorgverlener in het stelsel en in de lokale en regionale praktijk en werkwijze. Voorstel is om deze randvoorwaarde niet te richten op een andere wijze van bekostiging, als wel op een passende wijze van beheersing van de kosten.

Consultatiereactie Zorgverzekeraars Nederland (ZN)



Zorginstituut Nederland

T.a.v. mevrouw dr. M. Stam
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp	Concept-rapport aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg	Sparrenheuvel 16
Datum	20 september 2022	Postbus 520
Uw kenmerk		3700 AM Zeist
Ons kenmerk	B-22-5992	030 698 8911
Contactpersoon	Drs. S.J. Terpstra – s.terpstra@zn.nl	info@zn.nl
		www.zn.nl

Geachte mevrouw Stam,

Hartelijk dank voor het concept adviesrapport *Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket*. Dit rapport beschrijft de beleidslijn om tot een politiek besluit te komen over een aanspraak waarin passende fysio- en oefentherapie wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Samenvattend zijn wij van mening dat u een heldere en herkenbare uiteenzetting heeft gegeven m.b.t. de gedachte om fysio- en oefentherapie te bezien vanuit passende zorg en welke stappen en randvoorwaarden nodig zijn om te komen tot een passende aanspraak.

Vragen vooraf

Los van het streven om tot passende zorg te komen hebben we twee vragen waarvan we denken dat het belangrijk is om helderheid te hebben voor de inrichting van het verdere traject.

De eerste vraag betreft het politieke draagvlak om het verzekerde pakket uit te breiden. Zoals het in het verleden een politieke keuze is geweest, onder andere op financiële gronden, om een groot deel van de fysio- en oefentherapie uit de BV te halen, zal het nu ook een politieke keuze zijn om dit (deels) terug te draaien. Kijkend naar het tijdspad is in het kader van verwachtingsmanagement de vraag of er niet al eerder dan 2025 helderheid kan komen over dit punt. Ten tweede is het belangrijk om helder te hebben of aan het pakketcriterium 'noodzakelijkheid' wordt voldaan. Een deel van de fysiotherapie bestaat uit kortdurende enkelvoudige interventies (gemiddeld 6 behandelingen). De vraag is of deze kortdurende zorg aan dit noodzakelijkheids criterium voldoet.

Toegankelijkheid

Bij het toegankelijkheidsvraagstuk spelen voor delen van de fysio- en oefentherapie twee domeinoverstijgende aspecten die positief kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg in meer brede zin.

Op de eerste plaats is gekeken naar het substitutiepotentieel vanuit de tweede lijn. In het kader van passende zorg gaat het dan om het element de juiste zorg op de juiste plek. Voor een beperkt aantal interventies die nu vanuit de AV worden vergoed, ligt er een potentieel (o.a. hartrevalidatie, fit for surgery). Er kan verder bekeken worden of dit in de BV kan worden opgenomen.

Tweede punt betreft mogelijkheden om de huisarts te ontlasten bij triage en diagnostiek van klachten aan het bewegingsapparaat. Dertig procent van de patiënten komt bij de huisarts met klachten aan het bewegingsapparaat. Speciaal getrainde therapeuten kunnen de triage en diagnostiek van de huisarts overnemen. In de praktijk gebeurt dit al op verschillende plekken in het land. Het gaat daarmee om taakverschuiving met als doel om het arbeidsvraagstuk in de huisartsenzorg mee te helpen om op te lossen. Voor beide trajecten is dan inzet nodig om het verkrijgen van draagvlak bij huisartsen en ziekenhuizen/ medisch specialisten.

Met betrekking tot het toegankelijkheidsvraagstuk stellen we vraagtekens bij het effect van het eigen risico en dan vooral voor de kortdurende enkelvoudige zorg. Daar waar mensen nu een AV kunnen afsluiten, ook met een kleine portemonnee via een gemeentepolis, zullen zij de zorg volledig zelf moeten betalen. Het risico op zorgmijding of uitwijkgedrag naar de 2^e lijn wordt daarmee wellicht groter. En dat is nu precies wat met het passende zorg traject getracht wordt te voorkomen. Er zou wat ons betreft verder doorgesproken moeten worden over de vraag of en hoe op meer "geavanceerde" wijze met het vraagstuk van het eigen risico zou kunnen worden omgegaan, om ongewenste (gedrags)effecten ervan te voorkomen.

Kwaliteit

Fysio- en oefentherapie te beschouwen vanuit het concept passende zorg ondersteunen wij van harte. De operationalisatie van de vier pijlers van passende zorg herkennen wij in het voorliggende rapport. De genoemde randvoorwaarden zijn cruciaal: een tripartiet ingediend kwaliteitskader, een passende bekostiging en een antwoord op stand van wetenschap en praktijk. De pijlers van passende zorg zullen voor het grootste deel worden uitgewerkt in het op te stellen kwaliteitskader. Dit traject is inmiddels gestart. De suggesties die uzelf en de NZa ten aanzien van het kwaliteitskader hebben gedaan, zullen voldoende concreet moeten worden uitgewerkt in het kwaliteitskader.

U geeft aan dat de stand van wetenschap en praktijk voor het grootste deel van de fysio- en oefentherapie niet bekend is. Het is belangrijk dat dit helder wordt. Daarbij is het Zorginstituut daarvoor de wettelijk aangewezen partij, en niet de zorgverzekeraars. De voorgestelde transitiefase waarin een zogenaamde wachtkamer wordt ingericht en een kennislacunelijst wordt opgesteld, is dan ook van groot belang.

In het rapport gaat het vooral over de beweging van AV naar BV. Het is ook belangrijk om te kijken naar de mate van passendheid van de zorg die al in de BV zit. Het verdient dan ook aanbeveling om zorgevaluatiestudies te gaan uitvoeren (o.a. fysio/oefentherapie bij incontinentie, artrose, COPD).

Betaalbaarheid

Op dit moment is niet in te schatten wat de effecten zijn op de betaalbaarheid. Omdat de stand van wetenschap en praktijk van de zorg zoals die vanuit de AV wordt vergoed onvoldoende bekend is, is een budgetimpactanalyse niet goed uit te voeren. De al eerder genoemde wachtkamer en kennislacunelijst zijn dan ook voor het uitvoeren van de toets op de betaalbaarheid van belang.

Met betrekking tot de wachtkamer nog de opmerking dat niet duidelijk wordt hoe deze zich verhoudt tot de voorwaardelijke toelating. U schrijft over de wachtkamer *'Totdat er duidelijkheid is over de pakketwaardigheid van deze zorgactiviteiten, is het geen vergoede zorg van de basisverzekering'*. Vervolgens is er al een begin gemaakt met deze wachtkamer en met zorg die op dit moment uit de voorwaardelijke toelating worden vergoed en daarmee uit de BV (bv Covid herstellzorg, reuma). Dit vraagt om nadere uitleg.

Een ander punt wat opgelost moet worden is het voorzien in de vergoeding van deze potentieel passende zorg. Op dit moment komt het onderzoek onvoldoende op gang en worden initiatieven naar Passende Zorg eerder geremd dan gestimuleerd. Om dit vlot te trekken is aanpassing van wet- en regelgeving nodig, zodanig dat de kosten van deze (nog) niet bewezen zorg niet onbedoeld ten laste van verzekerde komen, dan wel onrechtmatig t.l.v. de BV worden gebracht.

Conclusie

Er zijn nog veel stappen te zetten. In het streven om te komen tot een open aanspraak is de onwetendheid met betrekking tot de stand van wetenschap en praktijk een belangrijk knelpunt en dit zal naar verwachting de nodige tijd vergen om helder te worden. Ook is het lastig dat waar we ons in het IZA gesteld zien voor de vraag om middels passende zorg toe te werken aan herstel van het evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod, we nu rondom de paramedie een gesprek voeren over (mogelijke) pakketverruiming. Daarmee wordt dat knelpunt vooreerst dus groter. Het zou wenselijk zijn meer zicht te krijgen op de effecten op ander zorggebruik in de BV in geval van verruiming van de aanspraak voor fysiotherapie en oefentherapie.

Ons voorstel is om een parallel traject te starten voor een 'passende aanspraak'. Met een gericht onderzoeksprogramma met een korte doorlooptijd kan dan gekeken worden naar beloftevolle zorg die volgens de principes van passende zorg wordt vormgegeven en waarvan de stand van wetenschap en praktijk kan worden vastgesteld. Ook kunnen verdere stappen worden gezet voor de triagefunctie bij de huisarts. Het kwaliteitskader en een passende bekostiging zijn los van de (type) aanspraak relevant en wenselijk. Deze trajecten dienen dan ook te worden voortgezet. Met deze aanpak kan mogelijk een versnelling worden aangebracht en verantwoorde stappen worden gezet die recht doen aan het vak, waarborgen bieden voor passende aanspraken binnen het gegeven financieel kader, en bovenal in het belang zijn van de patiënt.

Met vriendelijke groet


Drs. W.J. Adema RA MBA
Directeur Zorg

Consultatiereactie Patiëntenfederatie Nederland (PFN)



Zorginstituut Nederland
Ter attentie van dr. Mariska Stam
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen

Deze reactie is per mail verstuurd naar: pafoz@zinl.nl

datum 5 september 2022
ons kenmerk 2022-49
voor Corrien van Haastert (c.vanhaastert@patiëntenfederatie.nl)
informatie Winny Toersen (w.toersen@patiëntenfederatie.nl)
uw kenmerk
Onderwerp **Reactie bestuurlijke consultatie concept adviesrapport over aanspraak passende fysio- en oefentherapeutische zorg**

Orteliuslaan 871
3528 BE Utrecht
Postbus 1539
3500 BM Utrecht
030 297 03 03
info@patiëntenfederatie.nl
www.patiëntenfederatie.nl

IBAN NL07RABO0188933328
BIC RABONL2u
BTW-nr. NL801406134B01
KVK 40482340

Geachte mevrouw Stam,

Op 25 juli 2022 ontvingen wij de bestuurlijke consultatie m.b.t. het concept adviesrapport over aanspraak passende fysio- en oefentherapeutische zorg, waarvoor dank. Hierbij ontvangt u de gezamenlijke reactie van Patiëntenfederatie Nederland en haar leden. Wij reageren eerst op de vragen die gesteld zijn in de consultatie. Vervolgens beschrijven wij onze overige punten.

Fysio- en oefentherapie zijn belangrijke zorgvormen voor mensen^{1,2,3}. Zowel voor mensen met een (levenslange) chronische progressieve aandoening als voor mensen met kortdurende klachten of mensen die revalideren. In onze meldactie van juni 2022 geven mensen aan dat ze door fysio- en oefentherapie beter kunnen bewegen, minder pijn en/of klachten hebben, minder medicijnen gebruiken en soms een operatie uitgesteld of voorkomen wordt. Tegelijkertijd geven mensen aan dat minder of geen vergoeding gevolgen zou hebben voor de therapiefrequentie en dat ze verwachten hier nadeel van te ondervinden. Goede en laagdrempelige toegang tot fysio- en oefentherapie voor iedereen is voor ons een belangrijk punt. De overstap van een gesloten naar een open systeem zou de toegankelijkheid en passende therapie moeten stimuleren: niet minder therapie dan nodig, maar ook niet meer dan nodig, passend bij de hulpvraag van de patiënt. Helaas kunnen wij, na lezing van het advies, niet concluderen of de geschetste aanpak daadwerkelijk leidt tot een betere toegang voor patiënten. Hierop is voor ons verduidelijking nodig. Onderstaand gaan we specifiek in op de in het advies gestelde vragen.

Reactie op de gestelde vragen

Hoe kijkt u naar de beleidslijn om samen toe te werken naar een aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg vanuit het basispakket?

In het concept advies wordt een beleidslijn voorgesteld met als uiteindelijk doel toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie te verbeteren en passende zorg te faciliteren via een open aanspraak.

¹ <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/1220-rapport-meldactie-fysiotherapie-2022/file>

² Bijlage 1: Fysiotherapie statement Spierziekten Nederland

³ Bijlage 2: Fysiotherapie statement Dwaarslaesie Organisatie Nederland



kenmerk: 2022-49

datum: 5 september 2022

blad: 2 van 4

De ambitie van een open aanspraak en de voorgestelde beleidslijn ondersteunen wij. Tegelijkertijd worden randvoorwaarden en wettelijke kaders beschreven, waardoor wij het lastig vinden om te doorgronden of het realiseren van verbeterde toegang tot fysio- en oefentherapie met de voorgestelde beleidslijn kansrijk is. Ook hebben wij vragen over of de wettelijke pakketcriteria het mogelijk maken om tot passende zorg te komen die van meerwaarde is voor gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt. Het is daarom voor ons essentieel zorgvuldig betrokken te blijven bij de transitiefase en het eindadvies van Zorginstituut. Voor nu hebben wij de volgende (aandachts) punten:

- In het rapport wordt een beleidslijn geadviseerd om tot een open aanspraak van fysio- en oefentherapie te komen. Tegelijkertijd is er het wettelijk criterium dat zorg moet voldoen aan de stand van wetenschap en de praktijk. In het concept advies staat *dat het in eerste instantie aan de zorgverzekeraar is om te beoordelen of nieuwe zorg voldoet aan stand der wetenschap en praktijk*. In het concept advies staat ook *dat als er aanleiding toe is er met risicogericht pakketbeheer op onderdelen van de zorg in de open omschrijving alsnog beoordeeld kan worden of een specifieke zorgactiviteit voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk*. Wat betekent dit voor de toegankelijkheid? Moeten de meeste indicatie-interventiecombinaties eerst getoetst worden door zorgverzekeraars en kan via risicogericht pakketbeheer alsnog een specifieke zorgactiviteit worden uitgesloten? Hoe wordt voorkomen dat kosten een overheersende rol spelen? Wat zijn uiteindelijk de gevolgen voor patiënten? Kortom is de aanspraak wellicht minder open dan de naam doet vermoeden?
- Mensen met verschillende soorten klachten en aandoeningen maken gebruik van fysio- en oefentherapie. Variërend van mensen met een levenslange ernstige progressieve aandoening die soms langdurig een hoge behandel frequentie en veel maatwerk nodig hebben, tot aan mensen met een 'simpele' klacht die met een paar behandelingen geholpen zijn. De voorgestelde beleidslijn en de uiteindelijke bekostiging moet voor beide groepen leiden tot passende toegang en therapie. Wij lezen dit onvoldoende terug in het advies.
- Bij het beoordelen of zorg bewezen effectief is, vragen wij aandacht voor de zeldzamere aandoeningen en groepen met multimorbiditeit waarbij het moeilijk of soms onmogelijk is om harde evidence voor het effect van fysio- en oefentherapie te verkrijgen. Hoe wordt hiermee omgegaan? Zijn hier alternatieve methoden om de effectiviteit aan te tonen? Is bij de beoordeling of zorg voldoet aan stand der wetenschap en praktijk voldoende ruimte voor de praktijk? En worden voor deze en andere groepen de ervaringen van patiënten en het effect op kwaliteit van leven voldoende meegenomen?
- De focus in het concept advies ligt op gezondheid en functioneren in plaats van ziekte. Wij missen aandacht voor kwaliteit van leven en zien dit graag prominent terug in het advies.

Specifiek m.b.t. de randvoorwaarden over wachtkamer en kennislacunes

- In het concept advies staat dat in een vervolgtraject zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties onderwerpen kunnen aandragen voor de lijst met kennislacunes waarvan de (kosten)effectiviteit onduidelijk is. Het is ons niet duidelijk of dit geldt voor bestaande toepassingen of alleen voor nieuwe toepassingen. Daarnaast is het voor ons onduidelijk op basis waarvan onderwerpen aangedragen kunnen worden.



kenmerk: 2022-49

datum: 5 september 2022

blad: 3 van 4

Dit maakt het lastig een inschatting te maken van wat werken met kennislacunes betekent voor de toegankelijkheid.

Specifiek m.b.t. de randvoorwaarden over het Kwaliteitskader Passende fysio- en oefentherapeutische zorg

- Er wordt al langere tijd gewerkt aan het verbeteren van de toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie. In dit advies worden voorwaarden benoemd om tot een eindadvies van het Zorginstituut te komen waar de politiek uiteindelijk over kan besluiten. De planning hiervoor is ambitieus. Hoe wordt geborgd dat de planning gehaald wordt? Wij adviseren hier iets over op te nemen in het advies.
- In paragraaf 4.2.5 worden adviezen gegeven over de inhoud van het kwaliteitskader, waaronder ook het opnemen van start- en stop criteria. Voor veel klachten of aandoeningen is dit van meerwaarde en zorgt dit voor duidelijkheid. Tegelijkertijd is bij complexe chronische aandoeningen een stopcriterium persoons- en situatie gebonden, zal herindicatie regelmatig nodig zijn en/of is er helemaal geen sprake van een stop criterium, maar is langdurige fysiotherapie nodig om te kunnen blijven functioneren. Ook met duidelijke start- en stopcriteria moet hiervoor ruimte zijn.
- In paragraaf 4.2.7 gaat het over het delen van gegevens. Inzage van gegevens voor de patiënt komt nog onvoldoende naar voren als onderdeel van zelfmanagement en voeren van eigen regie.

Specifiek m.b.t. de randvoorwaarden over het onderzoeken van mogelijkheden voor passende bekostiging?

- In het concept advies worden verschillende manieren van bekostiging benoemd. De manier van bekostiging heeft naar verwachting grote invloed op de toegankelijkheid en is daarmee voor ons een essentieel onderwerp waar we goed bij betrokken willen zijn.
- We beamen dat de bevorderende en belemmerende factoren op de toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie, als gevolg van passende bekostiging in een vervolgtraject moeten worden onderzocht. We vragen hierbij specifiek aandacht voor de invloed van eigen betalingen op de toegankelijkheid van fysiotherapie.
- Bij het uitwerken van de bekostiging zien wij graag dat ook zorg op afstand, e-health, multidisciplinaire programma's, preventie, etc. een plek krijgen. Wij lezen dit nog niet terug in het hoofdstuk over passende bekostiging. Daarnaast is het belangrijk dat het voor de patiënt (vooraf) duidelijk is of/welke kosten voor eigen rekening komen.

Overige punten

- De budgetimpactanalyse is een belangrijk onderdeel van het eindadvies van het Zorginstituut. Wordt in de budgetimpactanalyse ook rekening gehouden met substitutie effecten en effecten van shared care (dichtbij wat kan, ver weg wat nodig is)? Bij substitutie effecten kan naast 2e en 3e lijn ook gedacht worden aan andere vormen van zorg en ADL-ondersteuning, zoals behoud van functioneren en zelfstandigheid, minder verzorging en verpleging nodig en maatschappelijke voordelen als langer aan het werk blijven of actief blijven deelnemen aan de maatschappij. We verzoeken u ook deze substitutie effecten te benoemen.



kenmerk: 2022-49

datum: 5 september 2022

blad: 4 van 4

- Op pagina 15 staat benoemd dat de indicatiebeperkingen die nu zijn opgenomen in artikel 2.6 van het Bzv en de bijbehorende Bijlage 1 bij het Zvw (de chronische lijst) komen te vervallen in het toekomstscenario. Tegelijkertijd zijn 'indicaties chronische lijst' wel opgenomen in tabel 4 en adviseert het Zorginstituut op pagina 29 om de zorg die in de huidige aanspraak vergoed wordt uit het basispakket, ook in de toekomst te vergoeden uit het basispakket. Wij vragen het Zorginstituut nadrukkelijk aandacht te besteden in het beleidsadvies aan de 'groep van de chronische lijst'. Ook bij de ontwikkeling van het kwaliteitskader vragen wij specifiek aandacht voor deze groep.
- Op pagina 17 wordt in de laatste alinea beschreven dat er meer transparantie is over de kwaliteit van de verleende zorg. Kan verduidelijkt worden welke transparantie bedoeld wordt?
- Op pagina 23 wordt begeleiden en oefenen als arsenaal beschreven. Dit is te summier. Voorlichting en educatie is een essentieel onderdeel van de behandelmogelijkheden van de fysio- en oefentherapeut.
- We vragen om de volgende tekstuele wijziging op pagina 25: 'Huidige voorbeelden van lopend onderzoek zijn oefentherapie bij reumatoïde artritis en bij spondyloartritis' vervangen door 'Huidige voorbeelden van lopend onderzoek zijn langdurige oefentherapie bij mensen met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen en spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen'.
- We vragen om de volgende tekstuele wijziging in tabel 2 op pagina 26: 'Fysio- en oefentherapie bij mensen met spondyloartritis' vervangen door 'Fysio- en oefentherapie bij mensen met spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen'.
- In bijlage 3: graag Dwaarslaesie Organisatie Nederland toevoegen als betrokken partij.

Uiteraard zijn wij bereikbaar voor toelichting.

Met vriendelijke groet,

Dianda Veldman
Directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland

Consultatiereactie Nederlandse huis-artsengenootschap (NHG) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Bestuurlijke consultatie concept adviesrapport over passende aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg – Reactie NHG en LHV

1. Hoe kijkt u naar de beleidslijn om samen toe te werken naar een aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg vanuit het basispakket?

Het plan om een kwaliteitskader te ontwikkelen waarmee beoordeeld kan worden of fysiotherapeutische zorg in het kader Passende zorg past, vinden we een goede beweging. In het concept van passende zorg staat de patiënt centraal en is wetenschappelijk bewezen effectiviteit van de zorg één van de belangrijkste uitgangspunten.

In het rapport worden verwachtingen gepresenteerd over de substitutie van duurdere (tweedelijns) zorg en het ontlasten van de huisarts en de tweede lijn door een open aanspraak voor fysiotherapie. We zien in het rapport onvoldoende onderbouwing voor deze aannames en willen graag meer inzicht in de onderbouwing voor deze verwachtingen. Wij verwachten dat een reëel scenario ook kan zijn dat er in totaliteit juist meer zorg afgenomen gaat worden en een open aanspraak op fysiotherapie geen vermindering van de zorgvraag aan de huisarts zal betekenen. We willen kortom voorkomen dat er niet minder, maar juist meer zorg moet worden geleverd. De wetenschappelijke evidence voor het wel of niet vergoeden van een behandeling moet immers leidend zijn. Wetenschappelijk bewezen effectiviteit van de geleverde zorg is een belangrijke pijler voor passende zorg.

Het inzetten van de fysiotherapeut als een patiënt op de wachtlijst staat voor de tweede lijn zien wij niet als doelmatige inzet van de fysiotherapeut. Huisartsenzorg richt zich op passende zorg en het voorkomen van onnodig verwijzingen naar duurdere 2^e lijnszorg. Huisartsen hebben de beschikking over NHG-Standaarden en andere richtlijnen die gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidence. Indien de huisarts naar de 2^e lijn verwijst, is dat op basis van de aanbevelingen in de NHG-Standaard. Inzet van de fysiotherapeut zonder indicatie en evenmin ter overbrugging van de wachttijd beschouwen wij als niet-passende zorg.

Het inzetten van fysiotherapeuten om patiënten te stimuleren meer te bewegen kan, ook ingegeven vanuit geïndiceerde preventie, leiden tot meer inzet van fysiotherapie en hogere kosten wanneer zij ook de daadwerkelijke begeleiding gaan doen van deze patiënten bij het bewegen. Bewegen en sporten kan voor de meeste mensen prima buiten de zorg plaatsvinden (bij een sportschool- of club). Er moet wetenschappelijke evidence zijn die effectieve inzet van de fysiotherapeut onderschrijft.

Inzetten op beweggedrag als solitaire interventie zal waarschijnlijk onvoldoende tot geen effect hebben op een daadwerkelijke leefstijlverandering. Leefstijlverandering vraagt meer dan beweggedrag alleen, het vereist een multidisciplinaire aanpak. We vragen ons af hoe deze rol zich verhoudt ten opzichte van de ingezette beweging om leefstijlcoaches in het kader van de GLI op te leiden en in te zetten bij leefstijlvragen van patiënten.

Bijlage 4 beschrijft een rol voor de fysiotherapeut waarin deze de triage en diagnostiek van het bewegingsapparaat doet. Wij hebben veel vragen bij de wenselijkheid hiervan. Het is niet duidelijk welk doel men precies voor ogen heeft, consultering van een fysiotherapeut zonder verwijzing is namelijk nu ook al mogelijk. Een vergaande rol van de fysiotherapeut bij iedere klacht van het bewegingsapparaat, zonder verder wetenschappelijk onderzoek, is niet wenselijk. De huisarts is als arts opgeleid en kent de samenhang tussen de orgaansystemen. De huisarts is de centrale zorgverlener van iedere patiënt, waarbij de kernwaarden persoonsgericht en continu van groot belang zijn. De huisarts kent de patiënt en houdt rekening met individuele kenmerken en context van

de patiënt. Er wordt gestreefd naar langdurige arts-patiëntrelaties en huisartsen zijn de constante factor in de medische zorg voor hun patiënten. De huisarts zal fysiotherapie adviseren aan de patiënt indien dat passende zorg is voor die betreffende patiënt. Een gedegen onderzoek voor welke patiënten/patiëntgroepen directe doorgeleiding naar de fysiotherapeut veilig en effectief is, is nodig om na te gaan welke substitutie van zorg mogelijk is. In bijlage 4 wordt verwezen naar 1 onderzoek, maar hier wordt geen significant verschil gemeten. Meer onderbouwing is nodig.

De suggestie van een POH Beweegzorg wijzen wij af. Een praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) werkt als verlengde arm van de huisarts, een fysiotherapeut heeft een eigen vakgebied en verantwoordelijkheid en levert geen huisartsenzorg. Het is dus onlogisch om de fysiotherapeut in de huisartsenpraktijk te positioneren. Ook attenderen we erop dat zorg geleverd door de fysiotherapeut niet valt onder het budget huisartsenzorg. Dat betekent tevens dat dit niet betaald moet worden vanuit het huisartsenbudget.

2. De transitiefase vraagt om nadere afstemming tussen de huisartsgeneeskunde, het domein van de fysio- en oefentherapeutische zorg en medisch specialistische zorg. Welke rol ziet u hierin voor uw organisatie weggelegd?

Zowel NHG als LHV kunnen vertegenwoordigd zijn in de bijeenkomsten van de transitiefase. Tot nu toe heeft het NHG op de voorgrond meegedaan in dit project, waarbij de LHV geïnformeerd werd geïnformeerd over de voortgang. Dit paste in de oorspronkelijke setting van dit project waarbij het wetenschappelijke bewijs over fysiotherapie in kaart gebracht zou worden. Dit bleek niet haalbaar en met de wijziging van het projectplan richt de focus zich naast de wetenschappelijke onderbouwing, veel meer op organisatie van zorg, positionering van de huisarts en vergoeding. Gezien de bijgestelde focus van de projectgroep is aansluiten van de LHV nodig voor het vervolg. Gezamenlijk optrekken en borgt zowel de wetenschappelijke als de organisatorische kant van dit vraagstuk.

Consultatiereactie Federatie Medisch Specialististen (FMS)

Onderstaand onze reactie op de gestelde vragen:

1. Hoe kijkt de FMS naar de beleidslijn om samen toe te werken naar een aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg vanuit het basispakket?

Net als bij andere vragen betreffende aanspraak voor zorg in het medisch specialistisch domein zijn wij als Federatie graag betrokken bij de inhoudelijke duiding hiervan. In de praktijk betekent dit dat wanneer u een verzoek hiertoe doet wij uw vraag zullen voorleggen aan de wetenschappelijke verenigingen met het verzoek om - indien voor hen relevant - door hen gemandateerde experts af te vaardigen.

2. De transitiefase vraagt om nadere afstemming tussen de huisartsgeneeskunde, het domein van de fysio- en oefentherapeutische zorg en medisch specialistische zorg. Welke rol ziet u hierin voor uw organisatie weggelegd?

Ons antwoord op deze vraag is in lijn met ons antwoord op uw vraag hiervoor. Ook hier zullen wij een eventuele vraag van u voorleggen aan de wetenschappelijke verenigingen met het verzoek om - eventueel experts te mandateren die betrokken kunnen zijn bij de duiding van het passend bewijs van fysiotherapeutische zorg in de transitie. In het verlengde hiervan dient dit bewijs beschreven te worden door het NHG, KNGF en de relevante wetenschappelijke verenigingen in de transmurale afspraken die zij maken. Het NHG en de betrokken wetenschappelijke vereniging dienen gezamenlijk te bepalen bij wie het initiatief hiertoe ligt - dit kan per onderwerp verschillen.

Reactie Nederlandse Orthopedische Vereniging

Een aantal punten die opvallen + aantal opmerkingen:

- Tabel 1: Gemiddeld aantal fysiotherapie behandelingen per afgesloten behandelingsperiode; ook voor COVID-19 (2020) is er een trend zichtbaar van toename van het aantal behandelingen per periode 'Chronisch'. In 2020 is een flinke stijging zichtbaar, terwijl behandeling van 'long COVID' pas in de laatste maanden van dat jaar op gang is gekomen. Ook is er een toename zichtbaar in alle leeftijds-categorieën. Het lijkt dus niet waarschijnlijk dat COVID-19 verantwoordelijk is voor de gehele toename van het aantal behandelingen.
- Geldt nog steeds dat ook als er sprake is van een 'chronische aandoening' er bij aanvang van het fysio/oefentherapeutisch behandeltraject een x-aantal behandelingen uit de aanvullende verzekering of eigen portemonnee vergoed dient te worden?
Dit kan leiden tot 'mijden van zorg' wat weer leidt tot toename/ in stand houden van klachten en uiteindelijk duurdere medisch specialistische zorg. (zoals ook beschreven op p.11)
- Is bekend wat de invloed is van persoonlijke factoren en complexiteit van een aandoening op de duur van een behandeltraject (lees: aantal behandelingen) i.r.t. outcomes.
- [Binnen multidisciplinaire zorg waaraan de fysio- of oefentherapeut deelneemt gelden dezelfde voorwaarden, maar is het ook van belang dat altijd duidelijk moet zijn wie de regiebehandelaar is. Het is uiteindelijk de regiebehandelaar met wie de fysio- of oefentherapeut overlegt of het zinvol is om de zorg te beginnen of voort te zetten, en met wie besproken wordt of de gewenste doelen nog of niet meer (helemaal) te behalen zijn.]
(p.22) Wie is de regiebehandelaar? Kunnen dit ook meerdere behandelaars (2^e lijn) zijn? Kan de oefen-/fysiotherapeut ook zelf regiebehandelaar zijn?
- Outcomes zouden in eerste en tweede lijn gelijk moeten zijn/ op elkaar aan moeten sluiten bij 'stepped care' trajecten. In het programma Uitkomstgerichte Zorg wordt hier vooralsnog niet aan gewerkt: huisarts en fysiotherapeut zijn niet vertegenwoordigd in de verschillende werkgroepen. Wordt vanuit het 'passende zorg' en 'professioneel juiste zorg' principe hier wel op aangestuurd?

- 5.3 passende bekostiging: is er in de eerste lijn ook sprake van een mogelijke verandering richting 'zorgbundels'.

Door de variëteit aan constructies rondom de vergoeding oefen-/ fysiotherapie is het vaak voor verwijzers en patiënt niet duidelijk welke zorg onder welke voorwaarden al dan niet wordt vergoed. Om de principes van stepped care, juiste zorg op de juiste plek, passende zorg etc. goed toe te kunnen passen (en dus de effectiviteit in kaart te kunnen brengen) dient deze zorg in de eerste plaats toegankelijk te zijn.

Reactie Nederlandse Vereniging voor Reumatologie

Een aantal opmerkingen en vragen:

1. De lijst met basisverzekerde zorg is niet zo lang, maar de wachtkamerlijst en de lijst met kennislacunes lijkt ook een heleboel indicaties waarvoor patiënten naar de fysio/oefentherapeut worden verwezen te missen:
 - er staat wel frozen shoulder, maar bijvoorbeeld niet cuffletsel schouder
 - of patellafemorale pijnsyndroom of ander knieletsel (mechanisch)
 - artrose rug
 - revalidatie na (osteoporotische) fracturen
 - houdingsafwijkingen anders dan scoliose
 - andere reumatische aandoeningen: PSA, SLE, systemische sclerose, etc.

Waar vallen die aandoeningen onder? Wat voor vergoeding geldt er voor deze indicaties? Het is zinvol dat dit ook wordt meegenomen, mede omdat het wellicht kosten bespaart als je de fysio indicatie zo gericht mogelijk houdt ipv alles onder RA/SPA te scharen. Maar misschien zijn de lijsten het bewust 'behaftbaar' gehouden.

2. Er gelden geen vaste prijzen voor fysiotherapie en oefentherapie, is het wellicht niet zinvol hier iets over te noemen in het concept (wellicht wel vaste tarieven)
3. Het gaat nu vooral over EBM, maar toetsing van effectiviteit en vooral tussentijdse evaluatie in de dagelijkse praktijk voor de individuele patiënt is ook belangrijk (zodat niet onnodig lang doorgedaan wordt met niet effectieve therapie voor patiënt of juist te vroeg gestopt wordt zonder goed resultaat)
4. Hoe wordt de kosteneffectiviteit straks gemeten? Hier wordt weinig over gezegd behalve dat er zal worden gekeken naar afname van (duurdere) 2e lijns zorg. Wordt bijvoorbeeld meegenomen: behoud van arbeidsproductiviteit?
5. Kan er met fysiotherapie ook gekeken worden naar betere afstemming met bijvoorbeeld huisartsen/ verwijzers. Er wordt gesproken van ontlasten van huisartsen, maar weinig over op welke manier dit zal gebeuren. Hoe communiceren fysiotherapeuten met de zorgaanvrager? Dit lijkt niet te gebeuren vanuit de fysiotherapeuten naar de verwijzers, terwijl dit een sterke verbetering zou kunnen zijn.

Reactie Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

In het algemeen is de stap open systeem voor valpreventie gunstig omdat ze niet afhankelijk zijn van een specifiek label en dat het een doel is om uit te gaan van de ICF classificatie. Het gelijktrekken van fysiotherapie en oefentherapie als gelijkwaardige opties lijkt de NVKG echter onwenselijk, omdat dit in strijd is met het leveren van passende zorg. Het zijn verschillende 'producten' en zodoende ook in verschillende situaties van toepassing, echter is dit aan de specifieke beroepsgroepen om dit te verduidelijken.

Er dient voor gewaakt te worden dat FT/OT behandelingen die nu wel onder het aanvullend pakket vallen (en in richtlijnen genoemd staan) komen te vallen onder 'niet vergoede zorg' (als bijvoorbeeld er voor vergoeding gevraagd wordt om studies in de Nederlandse setting als bewijsvoering en wordt geen genoegen genomen met trials uit het buitenland; dan zou dan een zeer onwenselijke situatie zijn vanuit kostenroep en haalbaarheid).

Specifiek voor valpreventie maakt de NVKG zich zorgen over de bewoording van preventie-onderdelen die niet vallen onder de zorgverzekeringswet volgens het stuk op blz 25 punt 2., namelijk signalering van een verhoogd risico. Dit is juist als taak van zorgverleners waaronder fysiotherapeuten en oefentherapeuten beschreven in de landelijke richtlijn valpreventie en ook nodig om het landelijk valpreventieplan van VWS uit te voeren.

Mogelijk dat pakketbekostiging tot problemen kan leiden (blz 35) ten aanzien van de verdeling en situaties waarin meer dan het standaardpakket nodig is.

Reactie Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen

In algemene zin kunnen wij ons prima vinden in het rapport. Het geeft de huidige stand van zaken weer en waar aanspraken nu en in de toekomst aan moeten voldoen. Bij eventuele nieuwe aanspraken moet er bewijs zijn en wordt ook eerst nog een budget impact analyse gedaan. Belangrijk doel is aanspraak op duurdere ze lijns zorg te verminderen. In dat kader vallen ons vanuit de revalidatiegeneeskunde de volgende zaken op:

1. Het eigen risico als drempel wordt wel genoemd, maar de gevolgen van vergoeding vanaf de 20e behandeling niet. Dit vormt in de praktijk een groot probleem. Het vormt een extra drempel, die voor veel patiënten een te grote financiële belasting geeft. Tevens geeft het meer druk op de duurdere ze lijn, waar deze patiënten door hun aandoening toch al in behandeling zijn. Het is zeker niet uitgesloten dat dit leidt tot meer ingrepen. Het is noodzakelijk dat ook naar deze mogelijke consequenties onderzoek wordt gedaan omdat het rapport wel op andere vlakken bewijskracht vraagt.
2. Multidisciplinaire behandeling in de 1e lijn wordt in dit rapport onderbelicht. Naar onze mening is het noodzakelijk dat partijen uitgenodigd worden ook hier bewijskracht voor te leveren en niet meer dan in de 2e lijn als gebruikelijke zorg reeds geleverd wordt.
3. Stepped care wordt wel genoemd, matched care in het geheel niet. Hier geldt hetzelfde voor, ook hier zouden partijen uitgenodigd moeten worden onderzoek te verrichten.
4. 1,5 lijn wordt ook niet genoemd. Er zijn goede en succesvolle projecten, die verbreed en met onderzoek ondersteund moeten worden.

De wetenschappelijke verenigingen van de longartsen en neurologen hebben aangegeven dat zij geen aanvullende consultatiereactie hebben.

Consultatiereactie Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Reactie NVZ rapport aanspraak op fysio- en oefentherapie uit basispakket

U heeft de NVZ gevraagd te reageren op het rapport "Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket". Onderstaand treft u onze bestuurlijke reactie.

1. De NVZ onderschrijft het belang van passende zorg en daarmee ook de beleidslijn om fysio- en oefentherapie via het basispakket beschikbaar te maken.
2. Het Zorginstituut benoemt in het rapport de verwachting dat de toename van kosten voor fysio- en oefentherapie bespaard wordt in de tweedelijnszorg, door de verschuiving van risicovolle en duurdere zorg in de tweede lijn naar fysio- en oefentherapeutische zorg in de eerste lijn. Het zorginstituut dient zich hierbij te realiseren dat impact van de daadwerkelijke verschuiving lastig valt in te schatten en pas op de lange termijn zichtbaar is. Allereerst hebben ziekenhuizen te maken met een stuwmeer aan zorg. Eventuele ruimte die vrijkomt door substitutie naar de eerste lijn zal door ziekenhuizen (in eerste instantie) worden benut om bestaande wachtlijsten weg te werken. Dit levert netto geen besparing op, maar biedt wel de mogelijkheid om meer patiënten te behandelen. Indien er wel sprake is van het afschalen van zorg dienen ziekenhuizen de ruimte en mogelijkheden te krijgen om dit daadwerkelijk te realiseren. Hierbij lopen de kosten voor de baten uit en is de netto besparing pas op de lange termijn zichtbaar.
3. Bij de verdere invulling van de drie randvoorwaarden dient specifiek aandacht te zijn voor de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Er zijn situaties denkbaar waarbij fysiotherapie mogelijk een deel van de tweedelijnszorg kan vervangen, maar waarbij de patiënt nog steeds onder verantwoordelijkheid valt van de specialist. Effectieve samenwerking tussen beide partijen is in dit geval van belang. De bekostigingssystematiek dient deze samenwerking te faciliteren en te ondersteunen. Deze vorm van zogenoemde anderhalvelijnszorg komt nu onvoldoende aan bod in het rapport.
4. De huidige bekostiging van fysio- en oefentherapie blokkeert veelal de transitie van de juiste zorg op de juiste plaats en tijd. De ziekenhuizen en vooral de medisch-specialistische revalidatie lopen hiertegen aan. Patiënten moeten nu na een traject binnen het ziekenhuis en/of de medisch-specialistische revalidatie vaak de eerste behandelingen van de fysio- en oefentherapeut zal moeten betalen. Voor veel patiënten is dit een forse drempel met als gevolg druk van de patiënten om binnen de tweede lijn te verblijven of om te stoppen met het herstel met ongewenste lange termijn gevolgen voor de patiënt zelf en voor ons als maatschappij. Kortom, passende fysio- en oefentherapie (inclusief bekostiging) is zeer wenselijk;
5. Het is inderdaad wenselijk om onderzoek te doen naar de stand van wetenschap en praktijk. Bij revalidatie (derde, tweede en eerste lijn) is dit moeilijk aantoonbaar. Immers, het vertrekpunt is de specifieke revalidatievraag van de betreffende patiënt en niet een diagnose en/of behandeling. Het is wenselijk dat



Vergaderstuknr Pagina
2/2

ZIN hier een eenduidig en helder kader voor de gehele revalidatie biedt. Binnen de duidingsrapporten van het ZIN over de medisch-specialistische revalidatie was dit juist het essentiële discussiepunt;

6. Een relativerende opmerkingen zijn
 - o dat er binnen de eerste lijn van fysio- en oefentherapie soms / vaak nog weinig tot niet evidence based wordt gewerkt. De rationalisering van deze zorg is zeer gewenst. Vanuit de medisch-specialistische zorg / revalidatie wordt hier graag aan bijgedragen;
 - o dat de huidige financiële prikkels kunnen leiden tot overbehandeling;
 - o dat de huidige vergoedingen voor fysio- en oefentherapie dermate laag zijn dat geen ruimte is cq ervaren wordt om te werken aan verbetering van kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld geen vergoeding voor MDO met ziekenhuis / revalidatiecentrum).
7. Fysio- en oefentherapie vormt veelal een belangrijk onderdeel cq vervolg van de zorgketens van medisch-specialistische zorg. Het is dus noodzakelijk om naar de effecten van de gehele zorgketen te kijken. Het is belangrijk dat ZIN deze oriëntatie meeneemt in haar aanpak. Dus is het ook wenselijk cq noodzakelijk dat de beroepsverenigingen (FMS) intensief betrokken hierbij betrokken zijn (bv. NVVC, NVALT, VRA, NVvH);
8. Het door ZIN voorgestelde proces is zorgvuldig, uitgebreid en langdurig. De eerste mogelijke effecten van dit traject zijn pas in 2026 te verwachten. Dit maakt dat dit traject geen wezenlijke bijdrage (passende fysio- en oefentherapie) kan leveren aan de doelen van IZA. Een oproep aan ZIN om te versnellen lijkt wenselijk cq noodzakelijk.
9. Onderdeel van het voorgestelde proces is een BudgetImpactanalyse (BIA). Dit is een essentiële stap. De veronderstelling dat dit gaat resulteren in vermindering van de kosten van de medisch-specialistische zorg zal uitdrukkelijk getoetst moeten gaan worden. Het is belangrijk dat de NVZ / RN hierbij betrokken zijn bij deze BIA.
10. Per ziekenhuis is het verschillend of er nog wel of niet fysio- en oefentherapie binnen het ziekenhuis verzorgd worden. Deze zorg is onderdeel van de bekostiging via de DBC's van het ziekenhuis. Afhankelijk daarvan kan passende fysio- en oefentherapie meer of minder effecten (kwaliteit van zorg, bekostiging, financiën) hebben. Het is wenselijk om dit wel mee te nemen. Afhankelijk van de keuzes van ziekenhuis kan dit om 'forse' kosten gaan.
11. Bij deze BIA is het tevens noodzakelijk om naar de maatschappelijke opbrengsten te kijken en naar de financiële impact op patiënten/verzekerden zelf;
12. In de notitie wordt tevens kort ingegaan op de verschillende mogelijkheden voor bekostiging van de fysio- en oefentherapie. De NZa en RN voeren al jaren een forse discussie over de bekostiging van de medisch-specialistische revalidatie. Dit heeft tot meerdere mislukte pogingen van een nieuwe bekostiging stelsel geleid. Het is wenselijk om te leren van andere trajecten en om de systematiek van de bekostiging van de fysio- en oefentherapie qua incentives in lijn te brengen met de bekostiging van de tweede lijnszorg. Dus is het belangrijk dat de NVZ (inclusief RN) bij deze uitwerking betrokken is.

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Sector Zorg

Contact

www.zorginstituutnederland.nl

E-mail: pafoz@zinl.nl

Volgnummer 2022012740

Uitgebracht aan

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport