



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon J

0530.2016135198

Datum 20 december 2016
Betreft Systeemadvies fysio- en oefentherapie

Onze referentie
2016135198

Geachte mevrouw Schippers,

In uw brief van 6 november 2015 hebt u ons gevraagd om een beschouwing over een verstandig, zinnige en zuinig inrichting van fysio- en oefentherapie in het Zvw-pakket. De reden voor uw verzoek is dat de wijze waarop deze te verzekeren prestatie nu in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is opgenomen tot knelpunten leidt. Deze beschouwing biedt Zorginstituut Nederland u aan in het rapport *Systeemadvies fysio- en oefentherapie. Een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg.*

Bijlage

Systeemadvies fysio- en oefentherapie. Een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg

Wij adviseren u, als dat haalbaar blijkt te zijn, de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie op een andere manier in de Zvw te omschrijven. Die andere manier is een zogenoemde open omschrijving van de aanspraak waarbij, net als bij (bijna) alle andere Zvw-zorg, de inhoud en omvang van de te verzekeren zorg worden bepaald door de wettelijke criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Om de haalbaarheid van ons voorstel te onderzoeken adviseert het Zorginstituut een overgangstraject te starten en te evalueren.

Gedurende het overgangstraject is het noodzakelijk dat zorgaanbieders en patiëntenorganisaties, vanuit het perspectief van de patiënt, gezamenlijk kwaliteitstandaarden ontwikkelen, waarin goede en effectieve zorg wordt beschreven en onderbouwd. Daarnaast moeten zij informatiestandaarden en meetinstrumenten voor de kwaliteit van zorg ontwikkelen en afspraken maken over de implementatie en borging daarvan.

Zorgaanbieders en patiëntenorganisaties hebben aangegeven dat zij deze kwaliteitsstandaarden willen maken, maar dat het hen aan voldoende middelen ontbreekt om dit te doen. Dit geldt niet alleen voor het binnen afzienbare termijn opstellen van de standaarden zelf, maar ook voor de bekostiging van onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de in de standaarden beschreven goede zorg. Wij adviseren u daarom met betrokken partijen na te gaan of er aanvullende maatregelen nodig zijn om hen in staat te stellen hun rol in het geschetste groeiscenario op passende wijze te kunnen invullen. Ook adviseren wij u om voorrang te geven aan onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapeutische behandelingen binnen bestaande onderzoeksprogramma's dan wel hiervoor additionele middelen beschikbaar te stellen. De Adviescommissie

Pakket van het Zorginstituut heeft het belang van het beschikbaar komen van financiering voor beide bovengenoemde activiteiten benadrukt.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Wanneer kwaliteitstandaarden beschikbaar komen, brengen wij advies aan u uit over het opnemen van de daarin beschreven goede en effectieve zorg in de basisverzekering. Dit doen wij met toepassing van de pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Als u vervolgens besluit de aanspraak op fysio- en oefentherapie vanuit de basisverzekering te wijzigen, brengen wij door middel van een evaluatieonderzoek de effecten hiervan in beeld, ook voor wat betreft de toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Datum
20 december 2016

Onze referentie
2016135198

Een deel van de huidige knelpunten vloeit (mede) voort uit de bekostiging per zitting van de te verzekeren prestatie. Dat kan leiden tot een verkeerde prikkel: hoe meer zittingen worden gegeven en gedeclareerd, hoe groter de omzet van de fysio- of oefentherapeut is. Daarom adviseren wij u de NZa te vragen om samen met de zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars te onderzoeken welke andere bekostigingsmogelijkheden passend en haalbaar zijn en die in de praktijk te testen.

Op basis van de uitkomsten van het evaluatie-onderzoek, de resultaten van de praktijktest met een andere wijze van bekostiging en een nieuwe budget-impactanalyse brengen wij een vervolgadvisie uit. Op basis van een integrale afweging tussen goede zorg, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid ervan, zullen wij adviseren of de overstap naar een open omschrijving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie kan worden gezet. De termijn waarop wij dit advies kunnen uitbrengen, is afhankelijk van de mate waarin kwaliteitstandaarden tot stand komen en de (kosten)effectiviteit van de in die standaarden beschreven goede zorg is aangetoond.

Bij betrokken partijen bestaat voldoende draagvlak voor dit advies. Partijen hebben aangegeven dat het de voorkeur verdient dat het Zorginstituut tijdens het overgangstraject de regierol op zich neemt. Wij zijn hiertoe graag bereid.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Systemadvies fysio- en oefentherapie

Een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg

Datum 19 december 2016
Status Definitief

Colofon

Volgnummer 2016076626

Contactpersoon

Afdeling Zorg – team Bewegen

Uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1	Inleiding—9
1.1	Aanleiding—9
1.2	Systeemadvies: een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg—9
1.3	Advies over enkele specifieke aandoeningen—10
1.4	Opbouw van dit rapport—10
2	Huidige te verzekeren prestatie en bekostiging—11
2.1	Inleiding—11
2.2	De te verzekeren prestatie—11
2.2.1	Zorgverzekeringwet (Zvw)—11
2.2.2	Besluit zorgverzekering (Bzv)—11
2.2.3	Langdurig en intermitterend—12
2.2.4	De chronische lijst—12
2.3	Bekostiging—13
3	Knelpunten in de huidige regelgeving—15
3.1	Inleiding—15
3.2	Knelpunten in de aanspraak—15
3.2.1	Knelpunten op het gebied van goede zorg—15
3.2.2	Knelpunten op het gebied van toegankelijkheid—16
3.3	Bekostigingsknelpunten—16
4	Een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg—17
4.1	Inleiding—17
4.2	De nieuwe balans—17
4.2.1	Goede zorg—18
4.2.2	Toegang tot goede zorg—19
4.2.3	Betaalbaarheid van toegankelijke goede zorg—19
4.3	Groeiscenario—20
5	Goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario—23
5.1	Inleiding—23
5.2	Randvoorwaarden voor goede zorg—23
5.2.1	Ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden—23
5.2.2	Clïëntversie, implementatieplan en onderhoudsplan—25
5.2.3	Inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg: ontwikkeling van meetinstrumenten—26
5.2.4	Informatiestandaarden in het register—27
5.2.5	Sturing op (verbetering van) kwaliteit van zorg: Ontwikkeling en implementatie van een monitoring- en verbeterstelsel—27
5.2.6	Voor de cliënt inzichtelijk wat goede zorg is.—27
5.3	Groeiscenario—28
6	Toegang tot goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario—31
6.1	Inleiding—31

6.2	Randvoorwaarden voor de toegang tot goede zorg—31
6.2.1	Het domein van de Zvw—32
6.2.2	Plegen te bieden—32
6.2.3	Toetsing aan de pakketcriteria—33
6.2.3.1	Noodzakelijk te verkeren zorg—33
6.2.3.2	Effectiviteit (stand van de wetenschap en praktijk)—36
6.2.3.3	Kosteneffectiviteit—36
6.3	Groeiscenario—37
7	Betaalbaarheid: randvoorwaarden en groeiscenario—39
7.1	Inleiding—39
7.2	Randvoorwaarden voor betaalbaarheid van toegankelijke goede zorg—39
7.2.1	Borging van de zorginkoop—39
7.2.2	Inzicht in financiële consequenties—39
7.2.3	Bekostiging—40
7.3	Groeiscenario—40
8	Consultatie belanghebbende partijen—43
8.1	Geconsulteerde partijen—43
8.2	Ontvangen reacties—43
8.3	Conclusies Zorginstituut—46
9	Adviescommissie Pakket—49
10	Advies Zorginstituut—51

Bijlagen:

- 1. Brief minister van VWS d.d. 6 november 2015**
- 2. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering**
- 3. Historisch overzicht beperkende maatregelen fysio- en oefentherapie**
- 4. Kostenontwikkeling fysio- en oefentherapie 2006-2015**
- 5. Bekostigingsmodellen, theoretische onderbouwing – NZa, augustus 2016**
- 6. Inventarisatie aanspraak op fysio- en oefentherapie in andere Europese landen**
- 7. Ontvangen consultatiereacties belanghebbende partijen**

Samenvatting

Aanleiding

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de aanspraak op fysio- en oefentherapie beperkt opgenomen. Deze beperking is het gevolg van een aantal pakketmaatregelen, die sinds medio jaren negentig vooral vanuit het oogpunt van kostenbeheersing en beperkte inzichten in de effectiviteit zijn genomen. De huidige te verzekeren prestatie kent voor volwassenen een limitatieve (gesloten) omschrijving van aandoeningen waarvoor fysio- en oefentherapie ten laste van de basisverzekering kan worden vergoed. Daarbij geldt voor volwassenen dat de eerste 20 behandelingen voor eigen rekening komen (geen noodzakelijk te verzekeren zorg zijn).

De huidige vormgeving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie leidt, samen met de wijze van bekostiging waarin zittingen het leidende principe zijn, tot een aantal knelpunten in de uitvoeringspraktijk. Het gaat onder meer om het uitwijken naar duurdere vormen van zorg (bijvoorbeeld operaties en ziekenhuisopnamen) en om uitstel of zelfs het afzien van zorg. Daarom heeft de minister van VWS aan het Zorginstituut gevraagd een brede beschouwing te geven op een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van de fysio- en oefentherapie in het basispakket van de Zvw. In dit rapport geeft het Zorginstituut deze beschouwing.

Toekomstbeeld

De bestaande knelpunten kunnen naar het oordeel van het Zorginstituut worden opgelost door op termijn de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie gelijk te trekken met de wijze waarop (nagenoeg alle) andere zorgvormen in de Zorgverzekeringswet zijn opgenomen. De inhoud en omvang van de te verzekeren prestatie worden dan bepaald op basis van de wettelijke criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk' en de huidige beperkende voorwaarden kunnen (op systeemniveau) worden losgelaten. Deze omvorming van de te verzekeren prestatie kan pas worden doorgevoerd als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Die randvoorwaarden hebben betrekking op goede zorg en op de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van die goede zorg. De invulling van die randvoorwaarden moet plaatsvinden tijdens een overgangstraject.

Overgangstraject

Gedurende het overgangstraject zullen zorgaanbieders en patiëntenorganisaties, eerst gezamenlijk in kwaliteitsstandaarden moeten beschrijven wat goede fysio- en oefentherapeutische zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Hierbij geven zij ook een adequate onderbouwing van de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van deze zorg. Verder moeten de kwaliteitsstandaarden een onderbouwing van de duur en de frequentie van de interventie en start- en stopcriteria bevatten. Als onderdeel van de kwaliteitsstandaarden is ook de ontwikkeling van meetinstrumenten voor de kwaliteit van zorg en van informatiestandaarden van belang. Ten slotte moeten de betrokken partijen afspraken maken over de implementatie van de kwaliteitsstandaarden en borging daarvan.

De kwaliteitsstandaarden voor fysio- en oefentherapie kunnen opgesteld zijn voor specifieke aandoeningen, maar ook vanuit beperkingen in functioneren en participatieproblemen. Uit onderzoek zal moeten blijken of het mogelijk is om de effectiviteit in voldoende mate te onderbouwen, wanneer beperkingen in functioneren en participatieproblemen de basis van de kwaliteitsstandaard vormen.

Het Zorginstituut zal in overleg met de betrokken partijen bepalen in welke volgorde de kwaliteitsstandaarden worden gemaakt. Argumenten om een aandoening dan wel een functiebeperking of participatieprobleem hierbij voorrang te geven, zijn onder meer:

- een hoge mate van substitutie naar duurdere zorg;
- een grote medische noodzaak;
- een voldoende onderbouwing van effectiviteit (waar deze bestaat, dan wel waar deze naar verwachting snel kan worden verkregen).

Als een kwaliteitsstandaard gereed is, zal het Zorginstituut deze toetsen op basis van de pakketcriteria (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid). Bij een positief oordeel zullen wij de minister van VWS adviseren om de in die kwaliteitsstandaard beschreven goede zorg vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering op te nemen. Geleidelijk aan kan op deze manier de aanspraak op fysio- en oefentherapie vanuit de basisverzekering toenemen. Deze wijzigingen in de aanspraak en de effecten op de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg betrekken wij in ons evaluatie-onderzoek dat wij met betrokken partijen zullen opzetten en dat in de loop van 2017 van start gaat.

Zorgaanbieders en patiëntenorganisaties hebben ook aangegeven dat zij de rol die van hen in het overgangstraject wordt verwacht graag oppakken, maar dat hiervoor extra financiering noodzakelijk is. Dit geldt niet alleen voor de directe activiteiten die verband houden met het opstellen van kwaliteitstandaarden, maar ook voor het uitvoeren van onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapie.

Omdat een deel van de huidige knelpunten (mede) voortvloeit uit de bekostiging van de te verzekeren prestatie, acht het Zorginstituut het van belang dat gedurende het overgangstraject ook wordt nagegaan of een andere wijze van bekostiging een bijdrage kan leveren aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van goede zorg.

Advies

Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS in te stemmen met het in dit advies geschetste toekomstbeeld en met het voorgestelde overgangstraject (in het verdere rapport 'het groeiscenario'). Ook adviseren wij de minister van VWS het beleidsvoornemen uit te spreken om de stap te zetten naar een open omschrijving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie, als uit het vervolgadvisie blijkt dat aan de randvoorwaarden voor goede zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid is voldaan en dat het geschetste toekomstbeeld realiseerbaar is.

Een deel van de huidige knelpunten vloeit (mede) voort uit de bekostiging van de te verzekeren prestatie. Daarom adviseren wij de minister van VWS eveneens de NZa te vragen om samen met de zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars te onderzoeken welke bekostigingsmogelijkheden passend en haalbaar zijn en die in de praktijk te testen.

Verder adviseren wij de minister van VWS om in overleg met de betrokken zorgaanbieders en patiëntenorganisaties na te gaan of aanvullende middelen nodig zijn om partijen hun rol in het overgangstraject te kunnen laten vervullen en in het bevestigende geval die middelen beschikbaar te stellen. Ten slotte adviseren wij om met de betrokken partijen na te gaan of onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapeutische interventies prioriteit kan krijgen in bestaande onderzoeksprogramma's of dat het nodig is hiervoor een aparte financieringsmogelijkheid te creëren.

Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat er bij de betrokken partijen voldoende draagvlak bestaat voor dit advies en is bereid om gedurende het overgangstraject de regierol op zich te nemen.

Vervolgadvies

Het Zorginstituut brengt een vervolgadvies uit waarin wij een integrale afweging maken tussen goede zorg, de toegankelijkheid van die zorg en de betaalbaarheid ervan. Op basis hiervan zullen wij de minister van VWS adviseren of de overstap naar een open omschrijving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie (het toekomstbeeld) kan worden gezet. De termijn waarop wij dit advies kunnen uitbrengen, is afhankelijk van de mate waarin kwaliteitstandaarden tot stand komen en de (kosten)effectiviteit van de in die standaarden beschreven goede zorg is aangetoond.

Ons vervolgadvies zal gebaseerd zijn op het in dit advies beschreven evaluatieonderzoek, de uitkomsten van de praktijktest met een ander wijze van bekostiging en een budgetimpactanalyse.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de aanspraak op fysio- en oefentherapie beperkt opgenomen. Na een aanvankelijk onbeperkte vergoeding, heeft sinds medio jaren negentig een aantal pakketbeperkingen plaatsgevonden die vooral vanuit het oogpunt van kostenbeheersing zijn genomen. Zo geldt voor volwassenen dat fysio- en oefentherapie alleen ten laste van de basisverzekering komt, wanneer het gaat om de behandeling van een aandoening die is opgenomen op de zogenoemde chronische lijst (Bijlage 1 Besluit zorgverzekering). Daarbij geldt dat de eerste 20 behandelingen per aandoening niet ten laste van de basisverzekering komen en dat sommige aandoeningen daarnaast qua behandelduur een beperking in (doorloop)tijd kennen. Voor verzekerden tot 18 jaar geldt een ruimere aanspraak.

In het Algemeen Overleg Pakketmaatregelen van 18 juni 2015 heeft de Vaste Commissie de aandacht van de minister van VWS gevraagd voor het feit dat de huidige vormgeving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie kan leiden tot substitutie naar duurdere vormen van zorg (bijvoorbeeld operaties en ziekenhuisopnamen). De commissie heeft de minister gevraagd nader onderzoek te doen naar de perverse prikkels in het pakket die de toepassing van stepped care in de weg staan.

Per brief van 6 november 2015 (bijlage 1) heeft de minister van VWS ons gevraagd om een brede beschouwing over een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van de fysio- en oefentherapie in het Zvw-pakket.

1.2 **Systeemadvies: een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg**

De vraag van de minister sluit aan bij de al langer bestaande wens van het Zorginstituut om meer ten principale naar het systeem van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie te kijken. Dit om voor burgers de kwaliteit en de toegankelijkheid tot fysio- en oefentherapie te verbeteren in relatie tot de betaalbaarheid (op macroniveau). Het huidige systeem is voornamelijk gericht op kostenbeheersing.

Een benadering waarbij per aandoening de aanspraak op fysio- en oefentherapie in de wet- en regelgeving wordt opgenomen, sluit niet aan bij de benadering die met de Zvw is beoogd. Het grootste deel van het basispakket kent een open, generieke omschrijving van de aanspraken, waarbij niet in detail is vastgelegd bij welke indicatie welke zorg mag worden vergoed. Zorg valt binnen die open omschrijving als die voldoet aan de wettelijke criteria 'Plegen te bieden' en 'Stand van de wetenschap en praktijk'. Of zorg aan die wettelijke criteria voldoet, is in eerste instantie ter beoordeling van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorg die aan de criteria voldoet stroomt automatisch in, daarvoor is geen wijziging van regelgeving nodig.

Voor de extramurale farmaceutische zorg en voor fysio- en oefentherapie is de politieke behoefte gevoeld om de omschrijving van de aanspraak meer gedetailleerd vast te leggen. Deze zorgvormen stromen niet automatisch in, maar vereisen een besluit van de minister van VWS (pakketbeslissing). Vandaar dat we spreken over

een 'gesloten' systeem¹. Een belangrijke reden hiervoor was de beheersing van de kosten.

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben eerder ook al aangegeven dat het bestaande (gesloten) systeem het gepast gebruik van zorg niet bevordert.

De knelpunten die voortvloeien uit de huidige vormgeving van de te verzekeren prestatie zijn breder dan alleen de ongewenste substitutie naar duurdere zorg. In hoofdstuk drie gaan wij hier verder op in.

In dit systeemadvies beschrijft het Zorginstituut een groeiscenario, waarin de bij de fysio- en oefentherapie betrokken partijen gezamenlijk toewerken naar een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg. Bij de totstandkoming van dit advies hebben wij meermalen overleg gevoerd met de direct betrokken partijen en de informatie van die partijen (mede) gebruikt voor het opstellen van dit advies.

1.3 Advies over enkele specifieke aandoeningen

De minister heeft ook advies gevraagd over eventuele opnemings van de eerste behandelingen fysio- en oefentherapie in de basisverzekering bij enkele specifieke aandoeningen (claudicatio intermittens, artrose aan heup en knie, reuma en hernia met motorische uitval).

Over één specifieke aandoening, gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens² heeft de minister inmiddels besloten de eerste 37 behandeling per 1 januari 2017 in het pakket op te nemen. Wanneer fysio en oefentherapie bij de andere in de brief van de minister genoemde aandoeningen ook in de basisverzekering wordt opgenomen, betrekken we die aandoeningen bij het in dit advies voorgestelde groeiscenario.

1.4 Opbouw van dit rapport

Na een beschrijving van de huidige te verzekeren prestatie en de bekostiging en de geconstateerde knelpunten daarin, schetsen wij in hoofdstuk vier onze visie op de totstandkoming van een andere vormgeving van de te verzekeren prestatie. Die visie is opgesteld na overleg met de direct bij de fysio- en oefentherapie betrokken (koepel)organisaties van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Onze visie is een toekomstbeeld waarin een nieuwe balans ontstaat tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid ervan. Of een nieuwe balans kan worden bereikt, is afhankelijk van de invulling van een aantal randvoorwaarden in het groeiscenario. Deze randvoorwaarden voor 'goede zorg', de 'toegang tot goede zorg' en 'de betaalbaarheid van toegankelijke goede zorg' beschrijven wij in de hoofdstukken vijf, zes en zeven.

De ontvangen consultatiereacties van belanghebbende partijen hebben wij in hoofdlijnen opgenomen en becommentarieerd in hoofdstuk acht. Hoofdstuk negen bevat het advies van de Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut en in hoofdstuk 10 formuleert het Zorginstituut zijn advies.

¹ Met een 'gesloten' systeem bedoelen wij dit advies dat in de regelgeving is geëxpliceerd bij welke aandoeningen fysio- en oefentherapie een te verzekeren prestatie is. Wijziging van deze limitatief opgesomde aandoeningen (bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) vergt een besluit van de regelgever.

² Gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens, rapport Zorginstituut Nederland, 1 maart 2016

2 Huidige te verzekeren prestatie en bekostiging

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven wij hoe de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie in de Zvw is opgenomen en hoe deze nu wordt bekostigd. De te verzekeren prestatie (paragraaf 2.2.) gaat over de zorg zoals die nu verzekerd is en daarmee over de toegang tot deze zorg. De bekostigingssystematiek (paragraaf 2.3) is van invloed op hoe de zorg in de praktijk wordt geleverd.

In bijlage 2 bij dit rapport treft u de zogenoemde chronische lijst aan (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), zoals nu deze luidt en in bijlage 3 geven wij een beknopt overzicht van de kostenbeheersende maatregelen die sinds medio jaren negentig zijn genomen.

In bijlage 6 treft u een beknopt overzicht aan van de aanspraak fysio- en oefentherapie in een aantal Europese landen.

2.2 De te verzekeren prestatie

2.2.1 *Zorgverzekeringwet (Zvw)*

In artikel 10, onder a, van de Zvw is bepaald dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.

Artikel 11, derde lid, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering.

2.2.2 *Besluit zorgverzekering (Bzv)*

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In artikel 2.1, derde lid van het Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Geneeskundige zorg is één van de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw (artikel 2.4, eerste lid, Bzv). Die zorg omvat onder meer zorg zoals medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede **paramedische zorg** als bedoeld in artikel 2.6.

Paramedische zorg

Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.

In artikel 2.6, tweede lid, Bzv is bepaald dat fysio- en oefentherapie de zorg omvat zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 (verder te noemen: de chronische lijst) aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen. Voor

verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan artikel 2.6, tweede lid, Bzv, tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.

Met andere woorden: voor verzekerden tot 18 jaar bestaat aanspraak op fysio- en oefentherapie bij de op de chronische lijst opgenomen aandoeningen vanaf de eerste behandeling, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden en de verzekerde daarop redelijkerwijs is aangewezen. Voor aandoeningen die niet op de chronische lijst zijn opgenomen, is fysio- en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar ook vanaf de eerste behandeling een te verzekeren prestatie. Het gaat dan om ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.

Op deze algemene regeling is op dit moment één uitzondering. In artikel 2.6, derde lid Bzv is bepaald dat fysiotherapie tevens bekkenfysiotherapie omvat in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen (waarbij vergoeding ten laste van de basisverzekering plaatsvindt vanaf de eerste behandeling).

Per 1 januari 2017 bestaat ook aanspraak op gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden

2.2.3 *Langdurig en intermitterend*

Uit de toelichting bij de Regeling paramedische zorg ziekenfondsverzekering (inwerking getreden per 1 januari 1996) is op te maken dat de regelgever met het begrip langdurige fysio- en oefentherapie meer dan achttien behandelingen oefentherapie en aanzienlijk meer dan negen behandelingen fysiotherapie bedoelde.

Deze langdurige behandelingen waren geïndiceerd bij specifiek benoemde chronische aandoeningen. Het betrof:

1. aandoeningen die continu en gedurende verschillende jaren moesten worden behandeld;
2. (acute) aandoeningen met een zgn. geprotraheerd verloop (aandoeningen die eenmalig in enig jaar langer moesten worden behandeld);
3. aandoeningen die in een of meer jaren tijdens wisselende perioden kortere of langere tijd moesten worden behandeld.

Het betrof dus zowel langdurige aaneengesloten behandelperioden als kortdurende regelmatig terugkerende (intermitterende) behandelperioden.

2.2.4 *De chronische lijst*

De chronische lijst is tot stand gekomen bij de inwerkingtreding van de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering per 1 januari 1996. De wettelijke regeling ging op dat moment uit van kortdurende behandelingen (negen behandelingen en eventuele verlenging met nogmaals negen behandelingen) en van langduriger of intermitterende behandeling van de zogenoemde chronische aandoeningen, met aanspraak op het noodzakelijk aantal behandelingen.

De chronische lijst is destijds opgesteld in overleg met alle betrokken partijen, waaronder patiënten/consumenten, verzekeraars, aanbieders, verwijzers, de

inspectie en wetenschappelijke instituten. Uitgangspunt voor de chronische lijst was de basislijst chronische aandoeningen uit het NIVEL-rapport 'De omvang van de fysiotherapeutische behandeling naar verschillende patiëntencategorieën'.

2.3

Bekostiging

De bekostiging van fysio- en oefentherapie vindt plaats op grond van beleidsregels van de NZa (op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg). Het doel van deze beleidsregels is vastleggen van het beleid met betrekking tot diverse prestatiebeschrijvingen en het (tarief)soort voor fysio- en oefentherapeutische zorg.

In de prestatiebeschrijvingen fysio- en oefentherapie wordt een groot aantal (bekostigings)prestaties onderscheiden. Bekostiging vindt plaats per zorgactiviteit (zitting); het zogenoemde 'fee for service-model'. Samenvattend gaat het om (combinaties van) screening, intake en onderzoek en om individuele zittingen, lange zittingen, telefonische zittingen en groepzittingen. Daarnaast bestaan er onder meer toeslagen voor behandelingen aan huis, in een instelling of buiten de reguliere werktijden.

Voor prestaties vastgelegd in de beleidsregels fysio- en oefentherapie gelden vrije tarieven. De tarieven komen tot stand door onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

3 Knelpunten in de huidige regelgeving

3.1 Inleiding

Fysio- en oefentherapie is beperkt in de basisverzekering is opgenomen. Sinds de jaren negentig heeft een aantal ingrepen in de omvang van de te verzekeren prestatie plaatsgevonden die vooral uit het oogpunt van kostenbeheersing zijn genomen, maar ook omdat er twijfels bestonden over de (kosten)effectiviteit. In de loop der jaren zijn enkele aandoeningen van de chronische lijst geschrapt, of er niet aan toegevoegd, omdat langdurige en/of intermitterende fysio- en oefentherapie bij die aandoeningen als niet voldoende effectief is beoordeeld.

Als beheersinstrumentarium voor de omvang van de te verzekeren zorg, heeft de regelgever gekozen voor een (grotendeels) gesloten systeem, waarbij de omvang van de te verzekeren prestatie wordt begrensd door een limitatieve lijst van aandoeningen waarbij fysio- en oefentherapie ten laste van de basisverzekering kan plaatsvinden. Dit in combinatie met het oordeel van de wetgever dat de eerste 20 behandelingen van die aandoeningen geen noodzakelijk te verzekeren zorg zijn.

Dit beheersinstrumentarium leidt, samen met de wijze van bekostiging met zittingen als leidend principe, tot knelpunten in de uitvoeringspraktijk.

3.2 Knelpunten in de aanspraak

Hieronder geven wij een aantal knelpunten weer, gebaseerd op signalen die ons vanuit de uitvoeringspraktijk bereiken. Deze signalen vloeien voor een deel ook voort uit de regelgeving die als complex wordt ervaren, en waarover ook interpretatieverschillen bestaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gaat zowel om zorginhoudelijk als financiële knelpunten, die overigens soms nauw met elkaar samenhangen of elkaar deels overlappen.

3.2.1 *Knelpunten op het gebied van goede zorg*

Knelpunten rondom goede zorg betreffen vooral:

- 1 de vraag waarom bepaalde aandoeningen op de chronische lijst zijn opgenomen en waarom andere aandoeningen niet, terwijl die kunnen leiden tot dezelfde beperkingen in de functioneren (zie hiervoor ook historie in bijlage 3);
- 2 de chronische lijst sluit onvoldoende aan bij de huidige manier van werken door de beroepsgroepen en bij maatschappelijke ontwikkelingen (zie hierna);
- 3 het niet vergoeden van fysio- en oefentherapie leidt tot substitutie naar zwaardere (en vaak duurdere) vormen van zorg, bijvoorbeeld operatie en ziekenhuisopnamen of tot het uitstellen of het afzien van zorg;
- 4 het niet of onvoldoende van de grond komen van initiatieven voor multidisciplinaire zorg in de eerstelijns (stepped care) door het ontbreken van de vergoeding van fysio- en oefentherapie.

Bij punt 2:

Langdurige en/of intermitterende fysio- en oefentherapie is het uitgangspunt van de te verzekeren prestatie, terwijl de beroepsgroepen steeds meer inzetten op kortdurende behandelingen. Verder vormen specifieke aandoeningen nog steeds de basis van de chronische lijst. Een degelijke basis sluit niet meer goed aan bij de patiënten die de fysio- en oefentherapeut zien in de eerstelijnspraktijk. Daarbij is de behandeling veelal gericht op de beperkingen en het opheffen van of leren omgaan met die beperkingen. Ook omdat er vaak co- en multimorbiditeit is. Het zou

passender zijn om aan te sluiten bij de nieuwe definitie van gezondheid³ en de aanspraak te richten op de ICF-classificatie met functionele omschrijvingen en met generieke start- en stopcriteria. Daarbij speelt de diagnose natuurlijk wel een rol, maar is die niet leidend.

De maatschappelijke ontwikkeling dat ouderen langer zelfstandig thuis wonen, kan leiden tot een toenemende vraag naar kortdurende fysio- en oefentherapie die is gericht op het aanleren van bepaalde handelingen of vaardigheden die het langer zelfstandig wonen nog (mede) mogelijk maken. Die kortdurende fysio- en oefentherapie is nu niet verzekerd.

3.2.2 *Knelpunten op het gebied van toegankelijkheid*

Bij de knelpunten rondom de toegang tot zorg gaat het onder meer om:

1. de cumulatie van de eigen betalingen en de invoering en verhoging van het eigen risico (sinds 2008);
2. de afname van de dekking van de meeste aanvullende verzekeringen voor fysio- en oefentherapie, dan wel de hogere premie voor aanvullende verzekeringen met een uitgebreidere dekking;
3. de geleidelijke afname van het aantal mensen dat zich (uitgebreid) aanvullend verzekert.

Deze financiële knelpunten vloeien enerzijds voort uit de stapsgewijze verhoging van het aantal behandelingen fysio- en oefentherapie dat door de regelgever is aangemerkt als niet noodzakelijk te verzekeren. Aan de nadere kant spelen ook afwegingen van zorgverzekeraars en van patiënten zelf een rol, waar het de omvang van de fysio- en oefentherapie in de aanvullende verzekering betreft en waar het gaat om de keuze om al dan niet een dergelijke verzekering af te sluiten.

3.3 **Bekostigingsknelpunten**

Het feit dat fysio- en oefentherapie per zitting worden bekostigd, geeft een prikkel tot productie. Immers, hoe meer zittingen worden gegeven en gedeclareerd, hoe groter de omzet van de fysio- of oefentherapeut.

Daarnaast blijkt uit een door TNS NIPO in opdracht van de NZa uitgevoerd verkennend (kwalitatief) onderzoek naar dat de declaratieregels door fysiotherapeuten (oefentherapeuten zijn niet in dit onderzoek betrokken) niet altijd goed worden nageleefd. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek en van een aantal praktijkbezoeken, werkt de NZa samen met de beroepsorganisatie KNGF en de zorgverzekeraars aan een plan van aanpak. De verbetervoorstellen richten zich op drie pijlers: meer kennis en opleiding, minder administratieve lasten en betere voorlichting aan patiënten.

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Herkent u de knelpunten rondom de te verzekeren prestatie en de bekostiging die wij in dit hoofdstuk op hoofdlijnen hebben genoemd.
- Mist u knelpunten die naar uw oordeel een structureel karakter hebben?

³ "Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven".

4 Een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetst Zorginstituut Nederland zijn visie op een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van de fysio- en oefentherapie in de basisverzekering.

Het Zorginstituut wil voor burgers de kwaliteit van en de toegankelijkheid tot fysio- en oefentherapie verbeteren. Het huidige vergoedingsstelsel is voornamelijk gericht op kostenbeheersing, waardoor goede en effectieve fysio- en oefentherapie voor de burgers met een beperking niet altijd toegankelijk is. Het verbeteren van die kwaliteit en toegankelijkheid heeft wel een nauwe relatie met de betaalbaarheid (op macroniveau). Immers, de onbeheersbaarheid van de kosten heeft in het verleden meermalen geleid tot pakketbeperkende maatregelen.

Bij het formuleren van onze visie hebben wij gebruik gemaakt van onze expertise op het gebied van kwaliteit en pakketbeheer. Vanuit onze kwaliteitstaken bevorderen wij goede zorg door partijen in de zorg te helpen de kwaliteit van de zorg steeds te verbeteren en door patiënten de weg te wijzen naar zorg van goede kwaliteit. Vanuit onze taak op pakketbeheer richten wij ons op een basispakket dat niet meer zorg bevat dan nodig en niet minder dan noodzakelijk.

Een verdere uitwerking van onze visie vond plaats in samenspraak met vertegenwoordigers (van de koepelorganisaties) van de zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Voorafgaand aan een gezamenlijke bespreking van de eerste contouren van dit advies, hebben afzonderlijke gesprekken plaatsgevonden tussen de betrokken partijen en het Zorginstituut, om de knelpunten binnen het huidige stelsel, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, en de mogelijke oplossingen daarvoor te inventariseren.

4.2 De nieuwe balans

Wij hebben een toekomstbeeld voor ogen waarin een nieuwe balans ontstaat tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid ervan. Deze balans steunt op drie pijlers, namelijk goede zorg, de toegang tot de goede zorg en de betaalbaarheid van die goede en toegankelijke zorg. De betaalbaarheid bekijken wij vanuit het bredere perspectief van het pakketcriterium uitvoerbaarheid. Dit betekent dat wij ook kijken naar de bekostiging van de aanspraak en ingaan op de aansluiting tussen in kwaliteitstandaarden beschreven goede zorg en de inkoop van die zorg door de zorgverzekeraars.

Als die nieuwe balans ontstaat, kan de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie op 'systeemniveau' worden genormaliseerd met de manier waarop de overige zorg in de Zvw is omschreven. Dit betekent dat naast de wettelijke criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk' in het Besluit zorgverzekering niet langer (aanvullende) voorwaarden zijn opgenomen die de toegang tot goede zorg op voorhand beperken. Wel geldt uiteraard, net als bij de overige in de Zvw geregelde zorg, dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

In de hoofdstukken vijf tot en met zeven gaan wij 'per pijler' in op de randvoorwaarden die moeten zijn vervuld om tot de nieuwe balans te komen, en

waar de verantwoordelijkheid voor de invulling van die randvoorwaarden (primair) ligt. Ook beschrijven wij per hoofdstuk het groeiscenario voor dat onderdeel van ons advies.

4.2.1

Goede zorg

De ambitie is dat fysio- en oefentherapeuten goede en effectieve zorg leveren: conform de kwaliteitsstandaarden⁴ die door relevante partijen zijn opgesteld, die voldoet aan het 'Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden, Informatiestandaarden en Meetinstrumenten' en als norm voor goede zorg zijn opgenomen in het Register.

Zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het formuleren van wat goede zorg is, vanuit het perspectief van de patiënt. Iedere partij heeft hierbij zijn eigen rol en brengt zijn eigen unieke kennis en ervaring mee. De patiënt(vertegenwoordiger) kan uitleggen wat belangrijk is voor de patiënt en de zorgvraag centraal stellen, om zo de zorg passend te maken. De zorgaanbieder kan, met kennis van de stand van de wetenschap en praktijk, aangeven welke zorgmogelijkheden er zijn bij een bepaalde aandoening en de meest passende zorg verlenen. En de zorgverzekeraar kan duiden of nieuwe zorg onder de Zorgverzekeringswet valt en, met oog op (keten)organisatie, aangeven waar deze zorg het meest doelmatig geleverd kan worden. Samen met andere relevante partijen ontwikkelen zij kwaliteitsstandaarden waarin zij definiëren welke zorg zij, vanuit het perspectief van de patiënt, als goede zorg beschouwen.

Kwaliteitsstandaarden zijn geen doel op zich. Zij hebben een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus: het beschrijven van goede zorg, het implementeren en verlenen van goede zorg, het evalueren op basis van inzicht in de kwaliteit van de verleende zorg en bijstellen en verbeteren van de beschreven goede zorg. Ze bevorderen zo de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Om de kwaliteitscyclus op gang te houden is, naast een beschrijving van wat partijen onder goede zorg verstaan, ook inzicht in de feitelijk bereikte resultaten nodig. Daarom zijn aan een kwaliteitsstandaard één of meer meetinstrumenten gekoppeld. Alleen wanneer de kwaliteitsstandaard en de meetinstrumenten op elkaar aansluiten, leveren meetinstrumenten betekenisvolle informatie op. Daarnaast zijn aan een kwaliteitsstandaard één of meer informatiestandaarden gekoppeld. Een *informatiestandaard* is een verzameling afspraken die er voor moet zorgen dat partijen in de zorg informatie over de verleende zorg met de juiste kwaliteit betrouwbaar en tijdig kunnen vastleggen, opvragen, uitwisselen en overdragen. Dit zorgt voor eenmalige vastlegging en meervoudig gebruik en idealiter kunnen de gegevens die zorgverleners in het primaire proces vastleggen worden gebruikt voor het genereren van kwaliteitsinformatie.

De kwaliteitsstandaarden (met bijbehorende informatiestandaarden en meetinstrumenten), opgenomen in het Register, vormen een bron van informatie voor iedereen. Patiënten kunnen hierin vinden wat een bepaalde aandoening voor hen betekent en welk zorgtraject hierbij hoort. Zorgaanbieders zorgen voor een goede implementatie van de kwaliteitsstandaarden binnen de beroepsgroepen, zijn transparant over het werken conform de kwaliteitsstandaarden en rapporteren over afgesproken meetinstrumenten. En omdat zorgverzekeraars de in de kwaliteitsstandaard beschreven goede en effectieve zorg voor hun verzekerden

⁴ kwaliteitsstandaard: richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die:

- betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces;
- vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen, en
- overeenkomstig [artikel 66b](#) in een openbaar register is opgenomen.

Meetinstrument: een middel waarmee een indicatie kan worden verkregen van de kwaliteit van de geleverde zorg.

inkopen en hieraan voorwaarden verbinden, stimuleren zij het ontwikkel- en implementatietraject.

4.2.2 *Toegang tot goede zorg*

Het beschrijven van goede en effectieve zorg in kwaliteitstandaarden is voorliggend aan de beoordeling van de toegankelijkheid.

Om de toegang tot goede zorg te borgen, en daarmee de geconstateerde knelpunten (zie 3.2.2) weg te nemen, moet in de visie van het Zorginstituut de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie in overeenstemming worden gebracht met de wijze waarop de overige zorg in de Zvw is opgenomen. Deze normalisatie op systeemniveau betekent het loslaten van de huidige (grotendeels gesloten) omschrijving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie. De toegang tot goede zorg wordt niet op voorhand beperkt door het van vergoeding ten laste van de basisverzekering uitsluiten van goede en effectieve zorg.

Niet alle zorg, ook niet alle goede zorg die in kwaliteitsstandaarden is beschreven, valt in onze toekomstvisie onder de dekking van de basisverzekering. Zorg moet ook in de toekomstige situatie behoren tot het domein van de Zvw en het moet gaan om zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden. Ook moet worden getoetst of de goede zorg voldoet aan de pakketcriteria (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid)⁵.

In beginsel is het aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om, bij een open omschrijving van de aanspraak, te beoordelen en vast te stellen of het gaat om zorg die de beroepsgroep pleegt te bieden en of die zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Echter, wanneer deze partijen er onderling niet uitkomen of wanneer een verzekerde vanwege een geschil met zijn verzekeraar naar de geschillencommissie stapt, verduidelijkt het Zorginstituut welke zorg mag worden gerekend tot de verzekerde aanspraken binnen de Zvw.

Tijdens het groeiscenario is het huidig wettelijk kader nog van kracht. Dit betekent dat de beoordeling of fysio- en oefentherapie in de basisverzekering moet worden opgenomen, plaatsvindt door het Zorginstituut. Deze beoordeling doet het Zorginstituut op basis van de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Dit geldt voor de fysio- en oefentherapie bij de door de minister in haar brief van 6 november 2015 genoemde specifieke aandoeningen (artrose aan heup en knie, reuma en hernia met motorische uitval) en voor de beoordeling van in kwaliteitstandaarden beschreven goede zorg die tijdens het groeiscenario beschikbaar komen.

4.2.3 *Betaalbaarheid van toegankelijke goede zorg*

Ons doel is dat er een balans ontstaat tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg. Die balans kan alleen worden bereikt als de kosten beheersbaar blijven. Dit zal moeten blijken tijdens het groeiscenario.

De twijfel over de (kosten)effectiviteit, de doelmatigheid en de beheersbaarheid van de kosten voor fysio- en oefentherapie zijn in het verleden voor de regelgever mede aanleiding geweest voor het stapsgewijs beperken van het aantal aandoeningen en het aantal zittingen dat verzekerde zorg is.

Het loslaten van het huidige beheersinstrumentarium en het verruimen van de toegang tot de fysio- en oefentherapie zou kunnen leiden tot forse stijging van de

⁵ Pakketbeheer in de praktijk deel 3, College voor zorgverzekeringen, 14 oktober 2013

kosten die ten laste van de basisverzekering komen. Daar tegenover staat dat het opnemen van goede en effectieve zorg in de basisverzekering zal leiden tot substitutiewinst binnen de Zvw en daarbuiten. Betere toegang tot fysio- en oefentherapie zal naar verwachting bijdragen aan een betere mobiliteit en het langer thuis wonen van verzekerden. Hoe groot de kostenstijging (per saldo) zal zijn is niet helemaal te voorspellen omdat onvoldoende inzichtelijk is, of alle zorg die nu vanuit de aanvullende verzekering wordt vergoed, na toetsing aan de pakketcriteria, ook onder de basisverzekering zal komen te vallen.

4.3

Groeiscenario

De nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg is niet op korte termijn te realiseren. De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitstandaarden is nog onvoldoende geborgd en er zijn knelpunten rondom de toegankelijkheid van de zorg. Ook bestaat er op dit moment onvoldoende inzicht in de financiële consequentie van het op termijn mogelijk loslaten van het huidige beheersinstrumentarium. Het feit dat in de loop der jaren de wetgever een toenemend aantal behandelingen fysio- en oefentherapie niet als noodzakelijk te verzekeren zorg beschouwde, was juist ingegeven door de financiële onbeheersbaarheid en twijfels over de kosteneffectiviteit.

Wij adviseren daarom een groeiscenario naar een nieuwe situatie. Met de bij de fysio- en oefentherapie betrokken partijen willen wij toewerken naar een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg.

Uitgangspunt van het geschetste groeiscenario is dat wij bij de goede zorg, die door partijen gezamenlijk in kwaliteitsstandaarden beschreven, in ieder geval toetsen of:

- tot het domein van de Zvw behoort;
- zorg is zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden;
- effectief is (voldoet aan het wettelijke criterium stand van de wetenschap en praktijk);

In onze komende rapporten over de eventuele opneming van die goede zorg in de basisverzekering (artrose aan heup en knie, reuma en hernia met motorische uitval en andere aandoeningen waarvoor gedurende de het groeiscenario kwaliteitstandaarden beschikbaar komen), beoordelen wij de zorg, waar nodig, ook aan de pakketcriteria. Verder brengen wij in beeld welke mogelijke substitutie-effecten zullen optreden wanneer de regelgever besluit die zorg vanaf de eerste behandeling vanuit het basispakket te vergoeden en besteden wij aandacht aan aspecten als verbetering van de kwaliteit van leven en verbetering van participatie.

Als tijdens de groeifase uit evaluatieonderzoek blijkt dat op adequate wijze invulling is gegeven aan de randvoorwaarden die wij in de volgende hoofdstukken benoemen, kunnen wij integraal afwegen of die balans ook is bereikt. Op grond van die integrale afweging brengen wij een vervolgadvisie uit aan de minister van VWS over de gewenste andere vormgeving van de te verzekeren prestatie (normalisatie met overige Zvw-zorg).

In de hoofdstukken vijf tot en met zeven specificeren wij het groeiscenario voor 'goede zorg', de 'toegankelijkheid' en de 'betaalbaarheid'.

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Bestaat er in uw organisatie bestuurlijk draagvlak voor het geschetste toekomstbeeld, dat uitgaat van een nieuwe balans tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid daarvan?
- Herkent uw organisatie de gegeven uitwerking van de 'pijlers' onder deze toekomstvisie en onderschrijft zij de activiteiten die nodig zijn voor een goede invulling daarvan?
- Welke rol gaat uw organisatie daarbij oppakken?
- Onderschrijft uw organisatie dat er een overgangperiode noodzakelijk is waarin het geschetste groeiscenario zich kan voltrekken?

5 Goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario

5.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk vier aangegeven, betreft ons systeemadvies een groeiscenario. Zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten waarin zij definiëren welke zorg zij, vanuit het perspectief van de patiënt, als goede en effectieve zorg beschouwen (inclusief start- en stopcriteria) en hoe de resultaten van de geleverde zorg inzichtelijk worden gemaakt. Ook voor de goede implementatie, evaluatie en verbetering is het van belang dat de bijbehorende meetinstrumenten inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg.

5.2 Randvoorwaarden voor goede zorg

- Betrokken partijen (zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars) moeten samenwerken, vanuit een gemeenschappelijke visie en met commitment voor de uitvoering, met daarin elk hun eigen rol.
- Betrokken partijen formuleren een gezamenlijke ambitie voor het realiseren van goede en effectieve fysio- en oefentherapie. Die ambitie wordt geconcretiseerd in een plan van aanpak voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg: voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden, de implementatie, de monitoring/evaluatie en bijstellen en verbeteren, inclusief een planning.

Het Zorginstituut verwacht dat betrokken partijen bij de invulling van die randvoorwaarden in ieder geval:

- de 'norm voor goede zorg' bepalen: ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsstandaarden, inclusief een kwaliteitscyclus voor het onderhoud daarvan;
- de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk maken: ontwikkeling van meetinstrumenten;
- sturen op (verbetering van) de kwaliteit van zorg: de ontwikkeling en implementatie van een monitorsysteem om de relevante effecten en de doelmatigheid van de geboden zorg inzichtelijk te maken, te evalueren en te verbeteren;
- voor de burger/cliënt inzichtelijk maken wat goede zorg is;
- criteria (door)ontwikkelen en vaststellen op basis waarvan zorgverzekeraars de verzekerde goede zorg kunnen inkopen.

5.2.1 *Ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden*

Betrokken partijen beschrijven in kwaliteitsstandaarden op welke goede zorg de cliënt kan rekenen en bieden deze kwaliteitsstandaarden gezamenlijk aan voor opname in het Register. Het Zorginstituut toetst de kwaliteitsstandaard met behulp van het Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden, Informatiestandaarden en Meetinstrumenten⁶.

In het Register staan de kwaliteitsstandaarden die als norm dienen voor goede fysio- en oefentherapeutische zorg. Partijen moeten komen tot een gezamenlijke agenda voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Het is aan partijen te bepalen in hoeverre deze aandoeningspecifiek of meer functioneel beschreven (op basis van de ICF) moeten zijn. Gezien de betrokkenheid van verschillende partijen is het afstemmen van deze gezamenlijke agenda een uitdaging. Een zorgvraag, zoals

⁶ Zorginstituut. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden

beschreven in een kwaliteitsstandaard, kan beperkt zijn met daarbij passende zorg van monodisciplinaire aard. Maar in veel gevallen kan het om een zorgvraag gaan die complexer is en een betere samenwerking en afstemming vereist tussen de verschillende zorgverleners, bijvoorbeeld binnen de eerste lijn en de tweede lijn. Dan verwacht het Zorginstituut dat alle betrokken partijen gezamenlijk een kwaliteitsstandaard (multidisciplinair) ontwikkelen. Wij stellen voor om deze agenda (welke kwaliteitsstandaarden/meetinstrumenten, door wie ontwikkeld en met welke planning) op te nemen op de Meerjarenagenda⁷.

Het Zorginstituut zal in overleg met de betrokken partijen bepalen in welke volgorde de kwaliteitsstandaarden worden gemaakt. Argumenten om een aandoening dan wel een functiebeperking of participatieprobleem hierbij voorrang te geven, zijn onder meer:

- een hoge mate van substitutie naar duurdere zorg;
- een grote medische noodzaak;
- een voldoende onderbouwing van effectiviteit (waar deze bestaat, dan wel waar deze naar verwachting snel kan worden verkregen).

Zo is duidelijk aan welke prioriteiten gewerkt wordt, zodat het Zorginstituut de ontwikkeling faciliteren en monitoren en indien nodig, bij stagnatie discussiepunten tussen partijen kan beslechten. Na het ontwikkelen en accorderen van een kwaliteitsstandaard bieden zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars deze gezamenlijk aan voor opname in het Register.

De beschrijving van de zorg in de kwaliteitsstandaard dient voldoende gedetailleerd en zodanig geordend te zijn dat deze praktisch toepasbaar is. Het Zorginstituut kan partijen faciliteren bij het maken van goede kwaliteitsstandaarden en bijbehorende informatiestandaarden en meetinstrumenten. Onder andere met de Leidraad voor kwaliteitsstandaarden⁸. Deze leidraad geeft partijen in de zorg handvatten voor de wijze waarop kwaliteitsstandaarden idealiter tot stand komen en hun weg vinden in de praktijk.

Een kwaliteitsstandaard bevat in ieder geval:

1. een beschrijving van wat goede zorg is vanuit het perspectief van de cliënt (inclusief voor de patiënt relevante korte en lange termijn effecten);
2. een toelichting op de meerwaarde (specifieke deskundigheid) van fysio- of oefentherapeuten ten opzichte van andere beweeg(zorg)professionals of van zelfzorg;
3. voldoende uitspraken over het stellen van indicaties voor diagnostiek, behandeling en begeleiding;
4. criteria voor het eventueel doorverwijzen naar ander zorgverleners, op basis van de beschreven diagnostiek;
5. een beschrijving van de gangbare duur en frequentie van behandeling, alsmede te hanteren start- en stopcriteria;
6. een overzicht van consistenties en inconsistenties met betrekking tot andere kwaliteitsstandaarden die opgenomen zijn in het Register;

⁷ Het Zorginstituut stelt een Meerjarenagenda vast met daaraan gekoppeld een jaarlijks werkprogramma. De Meerjarenagenda geeft aan voor welke gebieden van zorg met voorrang kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten worden ontwikkeld en wanneer deze gereed moeten zijn. De Meerjarenagenda laat tevens zien welke organisaties van cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars de ontwikkeling van de verschillende kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten op zich genomen en wanneer deze ontwikkeling gereed moet zijn. Wanneer het Zorginstituut constateert dat partijen in gebreke zijn gebleven, doordat de in de Meerjarenagenda gestelde termijnen niet zijn gehaald, zal het zelf een kwaliteitsstandaard, informatiestandaard of een meetinstrument laten ontwikkelen. Het Zorginstituut zal de Kwaliteitsraad dan verzoeken om het initiatief of de coördinatie van de ontwikkeling op zich te nemen. Dit wordt de doorzettingsmacht van het Zorginstituut genoemd. Overigens zal het Zorginstituut deze doorzettingsmacht alleen inzetten als uiterste middel.

⁸ Zorginstituut. Leidraad voor kwaliteitsstandaarden.

7. een eenduidige beschrijving van de gegevens die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden;
8. een beschrijving van de evaluatiemomenten en/ of overlegmomenten.
9. een beschrijving van zelfmanagement of eigen regie (al dan niet met ondersteuning);
10. een toelichting op de bewijsvoering met in ieder geval systematische beoordelingen van de literatuur en transparante rapportage over deze wetenschappelijke evidence en andere overwegingen die bijdragen aan de totstandkoming van aanbevelingen.

Voor de goede orde merken wij op dat voor wat betreft de toelating van goede zorg tot het verzekerde pakket, een toetsing aan de pakketcriteria plaatsvindt⁹. Die beoordeling doet het Zorginstituut gedurende de groeifase (zie ook paragraaf 5.3. en hoofdstuk 6). Met name voor wat betreft de onderbouwing van de (kosten)effectiviteit van de in de kwaliteitsstandaard beschreven goede zorg, gelden bij de beoordeling voor toelating tot het verzekerde pakket aanvullende eisen ten opzichte van de hiervoor gegeven opsomming van punten waaraan een kwaliteitsstandaard moet voldoen voor opname in het register van het Zorginstituut.

Aandoening versus beperkingen/ICF

Het domein van de fysio- en oefentherapie is zeer breed en omvat veel diagnosecategorieën. Voorafgaand aan het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden is de vraag van belang of afzonderlijke kwaliteitsstandaarden moeten worden ontwikkeld voor de vele aandoeningen (of groepen van aandoeningen) of klachtlocaties, zodat deze het vakgebied in voldoende mate bestrijken. Een andere mogelijkheid is na te gaan of een overkoepelende kwaliteitsstandaard mogelijk is die voor het gehele vakgebied of een groot deel daarvan toereikend zou kunnen zijn. Een dergelijke overkoepelende kwaliteitsstandaard zou bijvoorbeeld gebaseerd kunnen worden op beperkingen en participatieproblemen zoals die benoemd zijn in de International Classification of Functioning (ICF)¹⁰. Dit zou wellicht tot inperking van de benodigde doorlooptijd en tijdsinvesteringen kunnen leiden, hoewel ook het ontwikkelen van een dergelijke methodiek een aanzienlijke investering van tijd en middelen zal vergen. Daarnaast is het de vraag of er voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor effectiviteit te verkrijgen is met literatuur die op een dergelijke methodiek gebaseerd is. In een groeiscenario zouden partijen kunnen overwegen om één kwaliteitsstandaard voor een grote patiëntensubgroep te ontwikkelen (bijvoorbeeld specifieke lage rugklachten), waarin naast de gebruikelijke onderbouwing ook een ICF-gebaseerde benadering wordt gehanteerd. Op basis van de mate waarin er voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor effectiviteit te verkrijgen is met literatuur die uitgaat van beperkingen of participatieproblemen bij patiënten uit de betreffende subgroep, kan de bredere bruikbaarheid van deze methodiek worden beoordeeld.

5.2.2

Clïëntversie, implementatieplan en onderhoudsplan

Wanneer een nieuwe kwaliteitsstandaard is ontwikkeld, dient deze geïmplementeerd te worden in de praktijk. Om de kwaliteitsstandaard in de praktijk goed toe te passen, is een aantal onderdelen nodig. De cliëntversie beschrijft de kwaliteitsstandaard in leekentaal en belicht vooral de onderdelen die voor de cliënt van belang zijn. Wanneer samen beslissen over de behandeling een thema is, gaat het ook om ondersteunende tools die worden gebruikt door cliënten en professionals, zoals option grids en keuzehulpen voor de behandeling.

⁹ Pakketbeheer in de praktijk deel 3, College voor zorgverzekeringen, 14 oktober 2013

¹⁰ World Health Organisation (WHO). International Classification of Functioning.

De beroepsgroepen dienen gezamenlijk een implementatieplan op te stellen, waarmee geborgd kan worden dat fysio- en oefentherapeuten¹¹ in voldoende mate gaan werken conform de ontwikkelde kwaliteitsstandaard(en). In het monitorsysteem kunnen indicatoren worden opgenomen voor het conform de kwaliteitsstandaard(en) werken.

Daarnaast is het van belang dat de partijen een plan opstellen voor het periodiek onderhoud van de kwaliteitsstandaarden op basis van nieuw wetenschappelijk onderzoek en van de evaluatie van de kwaliteitsindicatoren.

5.2.3 *Inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg: ontwikkeling van meetinstrumenten*

Het Zorginstituut verwacht dat partijen gezamenlijk meetinstrumenten bij de kwaliteitsstandaarden formuleren en deze aanbieden voor opname in het Register. Meetinstrumenten geven een indicatie van de kwaliteit van de geleverde zorg. Ze hebben verschillende doelen:

- **publieke informatie:** de informatie is bedoeld voor het brede publiek/ burgers. Met deze informatie kunnen zij zich informeren over de kwaliteit van de zorg die een zorgverlener verleent. Ze kunnen de informatie ook gebruiken om meerdere zorgverleners met elkaar te vergelijken en tussen hen een keuze te maken.
- **zorginkoopinformatie:** de informatie over de kwaliteit van de zorg is geschikt voor zorgverzekeraars om verschillende zorgaanbieders te vergelijken en om de prestaties van één zorgaanbieder over een langere tijd te volgen. Deze informatie kunnen zorgverzekeraars gebruiken voor afspraken bij inkoopcontracten met zorgaanbieders over de klantgerichtheid van zorg (zogenaamde pay-for-performance afspraken).
- **interne verbetering:** de informatie is geschikt voor interne verbetering van de zorgorganisatie waar de informatie verzameld is. De informatie kan een stimulans zijn voor managers en/of zorgverleners om verbeteracties in gang te zetten daar waar de zorg beter kan.
- **toezicht:** de informatie is beschikbaar voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg om toezicht te houden.

Het Zorginstituut verzoekt partijen een beperkte set van meetinstrumenten af te spreken met als doel publieke informatie. Deze indicatoren moeten vooral in kaart brengen in welke mate de geleverde zorg een toegevoegde waarde heeft voor de cliënt. We verzoeken daarom de partijen zich te richten op de ontwikkeling van uitkomstindicatoren en patiëntgerichte indicatoren (PREMs en PROMs). Het Zorginstituut voegt deze meetinstrumenten toe aan de Transparantiekalender. Deze bevat een overzicht van de indicatoren(sets) en vragenlijsten waarover zorgaanbieders op een bepaald moment gegevens moeten aanleveren voor publieke informatie (de openbare database van het Zorginstituut). Voor meetinstrumenten op de transparantiekalender geldt een aanleververplichting; zorgaanbieders zijn verplicht de door het Zorginstituut opgevraagde kwaliteitsgegevens te rapporteren. De aangeleverde gegevens worden openbaar gemaakt in de openbare database, zodat deze gebruikt kunnen worden door de verschillende gebruikers en voor verschillende doeleinden, zodat parallele uitvraag wordt voorkomen.

¹¹ In 2014 bedroeg het aantal extramuraal werkende fysiotherapeuten bijna 18.000, werkzaam in ongeveer 4.700 praktijken. De meerderheid van fysiotherapeuten is aangesloten bij het KNGF, daarnaast is ongeveer 14% aangesloten bij het Keurmerk Fysiotherapie. Verder waren er bijna 1.400 oefentherapeuten Cesar Mensendieck extramuraal werkzaam, in ruim 700 zelfstandige praktijken. Vrijwel alle oefentherapeuten zijn aangesloten bij de VVOCM. Bron: NIVEL.

5.2.4 *Informatiestandaarden in het register*

Het Zorginstituut verwacht dat partijen gezamenlijk bepalen wat relevante informatiestandaarden zijn. Een informatiestandaard legt eenduidig en uniform vast welke gegevens bij het verlenen van deze zorg worden geregistreerd en uitgewisseld en op welke manier. Het gaat uit van het principe van eenmalige vastlegging en meervoudig gebruik; zo gaat minder informatie verloren. In eerste instantie worden de gegevens geregistreerd ten bate van het zorgproces tussen de zorgverlener en de patiënt of cliënt. Maar deze gegevens zijn, mits goed en eenduidig vastgelegd aan de bron, voor meerdere doelen bruikbaar. Daarmee leveren dergelijke afspraken op termijn dus winst op. De gegevens kunnen gebruikt worden voor:

- Keuze-informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Bovendien wordt dit beter betrouwbaar als de gegevens kunnen worden afgeleid van de registratie aan de bron. Hiermee hoeven de gegevens niet opnieuw worden ingevuld in vragenlijsten, waarbij de kans bestaat op verkeerd invullen of interpretatieverschillen bij het beantwoorden van vragenlijsten.
- Bij het verlenen van (complexere) zorg zijn er verschillende zorgaanbieders die zorg en ondersteuning bieden. Voor het verlenen van goede zorg is het van belang dat er goede informatie beschikbaar is. Om dit te bereiken moeten zorgaanbieders informatie eenduidig kunnen uitwisselen. Voor de overdracht en uitwisseling van informatie tussen zorgaanbieders onderling, tussen zorgaanbieder en cliënt, en voor doeleinden als kwaliteitsinformatie, is standaardisatie nodig van deze gegevens. Afspraken over welke gegevens uit het zorgproces eenduidig vastgelegd moeten worden en op welke wijze dit moet gebeuren, wordt vastgelegd in de informatiestandaard.

Het vastleggen van deze gegevens kan worden gefaciliteerd door het zorginformatiesysteem, zodat dit aansluit bij de werkwijze van de betrokken zorgaanbieder. Door gegevens gestandaardiseerd vast te leggen, zijn de gegevens ook voor andere doeleinden te gebruiken, bijvoorbeeld voor kwaliteitsinformatie. Het gebruik van informatiestandaarden draagt zo niet alleen bij aan de verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg voor de cliënt maar ook aan de vermindering van de registratielast van de zorgaanbieder.

5.2.5 *Sturing op (verbetering van) kwaliteit van zorg: Ontwikkeling en implementatie van een monitoring- en verbeterstelsel*

Kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden zijn geen doel op zich. Zij hebben een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus: beschrijven van goede zorg, implementeren, evalueren en verbeteren. Ze bevorderen zo de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Het Zorginstituut verzoekt partijen om de landelijk geformuleerde kwaliteitsinstrumenten te gebruiken om de zorg te verbeteren. En om gezamenlijk een duurzaam verbeterstelsel te ontwikkelen en implementeren.

5.2.6 *Voor de cliënt inzichtelijk wat goede zorg is.*

Voor de zorgvrager is zorg geen doel op zich, maar een middel om te komen tot betere gezondheid, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie. Een cliënt moet kunnen vertrouwen op wat goede zorg is en moet zich goed kunnen informeren. De cliënt moet weten wat bij zijn zorgvraag en in zijn context goede zorg is en waar hij die kan vinden. De cliëntversie van de kwaliteitsstandaard geeft het antwoord op de vraag "wat is goede zorg?". Deze informatie wordt gepubliceerd op KiesBeter. De publieke kwaliteitsgegevens uit de openbare database geven informatie over de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders, zodat de cliënt kan kiezen. Deze worden ook gepubliceerd op KiesBeter.

Inzicht in goede zorg voor de cliënt draagt bij aan het bevorderen van gedeelde besluitvorming. Gedeelde besluitvorming is eigenlijk het nemen van behandelbeslissingen door zorgverlener en cliënt samen, op basis van het best beschikbare bewijs en de situatie en voorkeur van de goed geïnformeerde cliënt. De beschikbaarheid van heldere cliënteninformatie en keuzehulp helpt om de cliënt goed te informeren en dient tevens ter ondersteuning in het gesprek tussen zorgverlener en cliënt. In dit gesprek geeft de zorgverlener informatie aan de cliënt (over de behandelmogelijkheden, de voor- en nadelen ervan én wetenschappelijke onzekerheden van alternatieven), maar geeft de cliënt ook informatie aan de zorgverlener (in welke mate hij betrokken wil zijn bij besluitvorming en zijn persoonlijke voorkeuren). Om de kwaliteit van het uiteindelijke besluitvormingsproces te verbeteren is het van belang dat er goede cliënteninformatie beschikbaar is en keuzehulp worden ontwikkeld. Gedeelde besluitvorming draagt bij aan cliëntgerichte zorg die is afgestemd op de behoeften, voorkeuren en waarden van de cliënt. De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg kan hiermee positief worden beïnvloed, mede omdat de cliënt zelf participeert in en verantwoordelijkheid krijgt voor zijn eigen zorgtraject.

5.3

Groeiscenario

Het groeiscenario dat wij voor ogen hebben, betreft een scenario waarin, na bekkenfysiotherapie en de gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens, geleidelijk aan fysio- en oefentherapie bij meer aandoeningen vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering wordt opgenomen.

In februari 2017 zullen wij in ieder geval rapporteren over fysio- en oefentherapie bij artrose aan heup en knie en bij reumatoïde artritis en spondyloartritis. Het is aan de minister van VWS om te besluiten of fysio- en oefentherapie bij deze aandoeningen per 1 januari 2018 in de basisverzekering wordt opgenomen. Afhankelijk van de afspraken die partijen met elkaar maken over de totstandkoming van goede zorg, zoals in bovenstaande paragrafen beschreven, kunnen wij de komende jaren over meer aandoeningen rapporteren op het moment dat de kwaliteitsstandaarden gereed zijn en de implementatie is geborgd.

Om goede aansluiting te creëren tussen ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en pakketbeheer, wil het Zorginstituut in samenwerking met partijen komen tot een systematiek waarbij al in de eerste fase van de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard overleg plaats vindt over de wijze waarop de effectiviteit van de goede zorg wordt onderbouwd. Dit overleg zal bij de start vooral ingaan op het opstellen van de zogenoemde PICOT, op de vaststelling van inclusie/exclusiecriteria, op de zoekstrategie, en op welke patiëntgerelateerde uitkomstmaten cruciaal zijn in de beoordeling en wanneer een effect klinisch relevant wordt geacht. Dit alles draagt bij aan de beantwoording van de vraag welke mate van bewijs voor effectiviteit haalbaar en wenselijk is. Gaandeweg zal de discussie steeds meer ingaan op het interpreteren van de resultaten en de gevolgen voor de uitvoeringspraktijk.

Tijdens de groeifase kan het Zorginstituut betrokken partijen faciliteren door de uitvoering van een aantal reviews van de literatuur. De uitkomsten van die literatuurreviews kunnen partijen dan gebruiken ter onderbouwing van de kwaliteitsstandaard, terwijl het Zorginstituut die uitkomsten kan gebruiken voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

Het Zorginstituut organiseert gedurende de groeifase een periodiek overleg met betrokken partijen (zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars) waarin de vooruitgang rondom de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden wordt geagendeerd. Wanneer de te ontwikkelen

kwaliteitsstandaarden een multidisciplinair karakter hebben, zullen we ook andere partijen uitnodigen, Basis hiervoor vormen de afspraken die betrokken partijen met elkaar vastleggen rondom de totstandkoming van goede zorg. Eén keer per jaar stellen de betrokken partijen gezamenlijk een voortgangsrapportage 'Goede zorg' op die ook in dit periodiek overleg zal worden besproken.

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'goede zorg'?
- Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario om te komen tot 'goede zorg'?
- Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'goede zorg' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?
- Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?

6 Toegang tot goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario

6.1 Inleiding

Niet alle zorg, ook niet alle goede en effectieve zorg die door partijen gezamenlijk is beschreven in een kwaliteitsstandaard die is opgenomen in het Register, valt onder de reikwijdte en/of dekking van de basisverzekering. De zorgverzekering is een middel om de toegang tot goede zorg te borgen.

Voor de beoordeling of fysio- en oefentherapie onder de reikwijdte of de dekking van de basisverzekering valt, speelt een aantal (wettelijke) criteria een rol. Dit wijzigt niet als het gewenste toekomstbeeld kan worden gerealiseerd. Wel zal de rol die partijen vervullen veranderen.

In de huidige situatie (gesloten omschrijving van de aanspraak) is het het Zorginstituut dat de minister adviseert over opnemings van fysio- en oefentherapie in het te verzekeren pakket. Voor deze adviseren hanteert het Zorginstituut de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosten-effectiviteit en uitvoerbaarheid¹². Dit zal ook tijdens het groeiscenario het geval zijn.

Als de minister op basis van ons vervolgadvisie besluit de overstap te maken van een gesloten systeem naar een open systeem van aanspraken, zijn het de zorgverzekeraars en zorgaanbieders die primair bepalen of de in de kwaliteitsstandaarden beschreven goede en effectieve zorg is verzekerd (tot het domein van de Zvw behoort en voldoet aan de wettelijke criteria 'plegen te bieden' en stand van de wetenschap en praktijk). Wanneer partijen daar met elkaar niet uitkomen of wanneer sprake is van een geschil tussen een verzekeraar en een verzekerde, kan het Zorginstituut een standpunt innemen.

6.2 Randvoorwaarden voor de toegang tot goede zorg

Algemeen:

Net als bij alle andere zorgvormen geldt voor de beoordeling voor toelating tot het wettelijk verzekerde pakket dat zorg tot het domein van (in dit geval) de Zvw moeten behoren en dat het moet gaan om zorg die de beroepsbeoefenaar pleegt te bieden. Daarnaast vindt toetsing aan de pakketprincipes¹³ plaats.

Specifiek:

- De te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie wordt in overeenstemming gebracht (geharmoniseerd) met de wijze waarop de overige Zvw-zorg is geregeld. Hierdoor worden belemmeringen weggenomen die de stepped care toepassing van goede en effectieve zorg op voorhand in de weg staan.
- De goede en effectieve zorg wordt door de zorgverzekeraars ook ingekocht en komt bij de juiste patiënten terecht.

Deze randvoorwaarden moeten worden gezien in nauwe relatie met de betaalbaarheid/uitvoerbaarheid (zie hoofdstuk zeven). Immers, juist kostenoverschrijdingen in het verleden zijn aanleiding geweest om op systeemniveau beperkingen aan te brengen in de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie (zie bijlage 3).

¹² Pakketbeheer in de praktijk deel 3, College voor zorgverzekeringen, 14 oktober 2013

¹³ Pakketbeheer in de praktijk deel 3, College voor zorgverzekeringen, 14 oktober 2013

6.2.1 *Het domein van de Zvw*

De vraag of bepaalde zorg tot het domein van de Zvw behoort, gaat vooraf aan de vraag of zorg voldoet aan de andere (wettelijke) criteria. Immers, toetsing aan die andere criteria kan achterwege blijven als zorg niet onder de reikwijdte van de Zvw valt.

Uit de considerans van de Zvw¹⁴ blijkt dat deze wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Het begrip in de considerans heeft dus betrekking op het doel, waarmee de in de wet genoemde prestaties (zoals fysio- en oefentherapie) ingezet worden.

6.2.2 *Plegen te bieden*

De betekenis van het criterium plegen te bieden en de wijze waarop het Zorginstituut dit criterium beoordeelt, is beschreven in twee rapporten¹⁵.

Het is aan de beroepsgroep om goed te onderbouwen welke zorg zij plegen te bieden. Het gaat er om, welke klachten/aandoeningen de beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg hij daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg **tot het domein** van een bepaalde beroepsgroep en rekent hij die tot het deskundigheidsgebied van de beroepsgroep.

Bij 'plegen te bieden' gaat het om de zorg die de zorgverlener, in dit geval de fysio- en oefentherapeuten, volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde behandelarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. De verwijzing naar de beroepsgroep geeft aan dat 'plegen te bieden' een geobjectiveerde norm is.

Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kan onder andere worden gekeken naar de richtlijnen van de beroepsgroep, naar beleidsdocumenten, richtlijnen van andere bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen en beroepscode.

Het Zorginstituut concludeert op basis van een eerste analyse van documenten van de beroepsgroepen dat op veel punten een adequate onderbouwing beschikbaar is van de zorg die aanvaarde behandelarsenaal van de fysio- en oefentherapeuten behoort en dat dit behandelarsenaal ook wordt toegepast op een wijze die de beroepsgroepen als professioneel juist beschouwen.

Wel zijn wij van oordeel dat de omschrijving van de specifieke deskundigheid van de fysio- of oefentherapeut ten opzichte van de deskundigheid van andere (beweeg)zorgprofessionals (zoals: huisarts, praktijkondersteuner, sportinstructeur, sportarts, revalidatiearts) en ten opzichte van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt nog aanscherping verdient. Dit is door de beroepsgroepen inmiddels ingang gezet.

Dat voldaan is aan het wettelijk criterium 'plegen te bieden' zal door de betrokken partijen ook in de kwaliteitsstandaarden moeten worden beschreven, toegespitst op de zorg die in die standaard wordt beschreven.

¹⁴ Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is dat de gehele bevolking onder voor ieder gelijke sociale voorwaarden verzekerd is tegen de gevolgen van behoefte aan geneeskundige zorg.

¹⁵ Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden (uitgave CVZ 2008, publicatienummer 268 en 'Pakketbeheer in de praktijk deel 3' (uitgave CVZ, 14 oktober 2013)

6.2.3 *Toetsing aan de pakketcriteria*

6.2.3.1 Noodzakelijk te verkeren zorg

De vraag die bij van het pakketprincipe noodzakelijkheid aan de orde is, is: *Rechtvaardigt de ziekte of benodigde zorg, gegeven de culturele context, een claim op de solidariteit?*¹⁶

Eenzijds betreft dit pakketprincipe de criteria 'ziektelast' en 'zorgbehoefte', anderzijds gaat het om de samenhang met de kosten van de interventie (op individueel niveau). Het idee achter een verzekering is immers dat deze de kosten dekt die niet voor eigen rekening kunnen komen.

- **Ziektelast en zorgbehoefte**

De aandoeningen waarbij fysio- en oefentherapie kan worden ingezet, zijn divers van aard. De mate van ziektelast en zorgbehoefte verschilt per aandoening, en zal binnen die aandoeningscategorieën ook van persoon tot persoon variëren. Omdat gegevens over ziektelast bij de behoefte aan fysio- en oefentherapie veelal niet voorhanden zijn, de verschillende patiëntengroepen moeilijk zijn af te bakenen, en ook sprake kan zijn van comorbiditeit, achten wij het niet mogelijk om in zijn algemeenheid een uitspraak te doen ziektelast bij de behoefte aan fysio- en oefentherapie. Bij de toetsing van een aandoeningsspecifieke kwaliteitsstandaard of een kwaliteitsstandaard gebaseerd op de ICF-classificatie kan een oordeel over de ziektelast en zorgbehoefte wel aan de orde zijn. Wat wel steeds duidelijker blijkt is dat het kunnen bewegen van vitaal belang is voor de gezondheid en zeker van ouderen, bij wie de mobiliteit minder wordt. Daar waar fysio- en oefentherapie hieraan kan bijdragen is dat van belang voor de volksgezondheid.

- **Claim op de solidariteit**

De vraag is wanneer bepaalde zorgkosten nog voor eigen rekening kunnen komen (niet noodzakelijk te verzekeren) en wanneer een claim op de solidariteit is gerechtvaardigd.

Huidige situatie

Bij de beantwoording van de vraag of een claim op de solidariteit is gerechtvaardigd, spelen twee factoren een rol, namelijk:

1. de zorgverzekering als instrument;
2. de financiële toegankelijkheid voor het individu.

Bij 1 – zorgverzekering als instrument

Vragen die betrekking hebben op de zorgverzekering als instrument gaan onder meer over het algemeen gebruikelijk zijn van de zorg, het de risico's van onder- en overconsumptie wanneer de desbetreffende zorg respectievelijk niet of wel verzekerd is.

Bewegen is algemeen gebruikelijk voor mensen die niet worden gehinderd door een aandoening of beperking die dat bewegen in de weg staat. Deze burgers zijn zelf verantwoordelijk voor bijvoorbeeld gezond gedrag en voldoende bewegen. Het Zorginstituut is van oordeel dat de zorg 'die fysio- en oefentherapeuten plegen te bieden', met de aanscherping die wij in paragraaf 6.2.2 hebben benoemd, niet algemeen gebruikelijk is. Deze zorg richt zich specifiek op de behandeling aan een aandoening of van beperking voortvloeiend uit een uitdoening. Mensen zonder een dergelijke aandoening of beperking of zouden deze zorg niet nodig hebben.

¹⁶ Pakketbeheer in de praktijk deel 3, College voor zorgverzekeringen, 14 oktober 2013

Er bestaan zowel risico's op onderconsumptie van noodzakelijke zorg als de zorg niet verzekerd is, als risico op overconsumptie wanneer de zorg wel verzekerd is. Dit blijkt uit de eerder benoemde knelpunten (hoofdstuk drie). Over- en onderbehandeling wordt deels veroorzaakt door het ontbreken van voldoende kwaliteitstandaarden en de implementatie van die standaarden. Juist in die kwaliteitstandaarden zouden de indicatiestelling, de duur en de frequentie van de interventie en de start- en stopcriteria een adequate onderbouwing moeten krijgen. Daarnaast bevat het huidige bekostigingssysteem onvoldoende financiële prikkels om overbehandeling te voorkomen.

Het Zorginstituut is gelet op het bovenstaande van oordeel dat voor fysio- en oefentherapie de zorgverzekering op zich geschikt is als verzekeringsinstrument

Bij 2 – financieel toegankelijk voor het individu:

Hier gaat het om de volgende vragen:

- gaan verzekerden duurdere zorg consumeren omdat die wel verzekerd is?
- kunnen de behandelkosten door de patiënt zelf worden gedragen?
- staan er tegenover die kosten ook relevante besparingen voor de patiënt?
- zijn de behandelkosten eenmalig of structureel?

Op grond van de eerder in dit rapport genoemde knelpunten (hoofdstuk drie), constateert het Zorginstituut dat het gevaar bestaat dat het niet verzekerd zijn van fysio- en oefentherapie leidt tot substitutie naar duurdere zorgvormen die wel verzekerd zijn. En omgekeerd: het wel verzekerd zijn van fysio- en oefentherapie kan (per saldo) leiden tot een besparing op de zorgkosten. Vanuit die gedachte zijn ook per 2011 de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in de basisverzekering opgenomen.

Bekkenfysiotherapie

Met ingang van 1 januari 2011 zijn, op basis van een eerder rapport van het CVZ¹⁷, de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie in de basisverzekering opgenomen.

Hiermee werd voor de eerste maal een uitzondering gemaakt op geldende systematiek dat de eerste behandelingen (toentertijd 12) geen noodzakelijk te verzekeren zorg zijn.

De belangrijkste argumenten voor het CVZ om een positief uit te brengen waren:

- bekkenfysiotherapie is effectief en de eerst aangegeven behandeling bij urine-incontinentie bij volwassenen¹⁸;
- er is een onderbouwde richtlijn van de beroepsgroep;
- opneming in het pakket leidt per saldo tot substitutie omdat de kosten van opneming in het pakket lager zijn dan de kosten van incontinentie-absorptiematerialen en geneesmiddelen die wel tot de verzekerde zorg behoren.

Naast deze kosten en baten, uitgedrukt in geld, woog het CVZ in zijn advisering ook mee dat de vergoeding van bekkenfysiotherapie voor patiënten ook leidt tot:

- een verbetering van mobiliteit van leven door afname van schaamte, depressie en beperkingen in mobiliteit en fysiek functioneren;
- een toename in maatschappelijke participatie.

¹⁷ Voorstel opname bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie in de Zorgverzekeringswet, CVZ juni 2006

¹⁸ Rapport CVZ 2003: Urine-incontinentie bij volwassenen

In de huidige situatie kan de verzekerde geconfronteerd worden met een aanzienlijk bedrag aan kosten dat, naast het eigen risico, voor eigen rekening komt. Het gaat om kosten die afhankelijk van de aard van de aandoening(en) incidenteel of structureel van karakter zijn. Daar tegenover staan in principe geen relevante besparingen voor de patiënt.

De kosten voor een zitting fysio- en oefentherapie bedragen ongeveer € 30. Voor aandoeningen die niet zijn genoemd op de chronische lijst, komen deze kosten (voor volwassenen) geheel voor rekening; staat de aandoening wel op de chronische lijst dan betalen volwassenen de eerste twintig behandelingen zelf. In totaal dus ongeveer € 600.

Dit bedrag is aanzienlijk hoger dan de bedragen die het Zorginstituut (en zijn rechtsvoorgangers) in het verleden hebben gehanteerd bij de beantwoording van de vraag of een claim op de solidariteit gerechtvaardigd is, bijvoorbeeld bij de vraag of de kosten van een rollator door het individu gedragen konden worden. Overigens speelt soms ook de omgekeerde situatie, bijvoorbeeld bij de eenvoudige aan- en uittrekhelp voor therapeutisch elastische kousen. Hoewel de kosten voor dit hulpmiddel laag zijn, adviseerden wij toch positief over opname in het pakket omdat dit hulpmiddel de therapietrouw en de levensduur van de therapeutisch elastische kous bevordert en het beroep of thuiszorg zou doen afnemen.

Situatie tijdens groeiscenario

Het Zorginstituut is van mening dat, om de gewenste toekomstsituatie te realiseren, de toegang tot goede en effectieve zorg, niet op voorhand door de regelgeving moet worden belemmerd door te stellen dat een claim op de solidariteit niet is gerechtvaardigd. Tijdens het groeiscenario zullen wij bij onze pakketadvisering over de goede en effectieve zorg die is beschreven in kwaliteitsstandaarden, beoordelen of die zorg tot het domein van de Zvw behoort, of het gaat om zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden en of de zorg effectief is (voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk). Waar nodig beoordelen wij die zorg, ook aan de (andere) pakketcriteria. Verder brengen wij in beeld welke mogelijke substitutie-effecten zullen optreden wanneer de minister besluit die zorg vanaf de eerste behandeling vanuit het basispakket te vergoeden en besteden wij aandacht aan aspecten als verbetering van de kwaliteit van leven en verbetering van participatie.

De brief van de minister van 6 november 2015 (bijlage 1) biedt perspectief voor 'meer maatwerk' in de afweging of fysio- en oefentherapie noodzakelijk te verzekeren zorg betreft.

In vervolg op deze brief hebben wij in maart 2016 het rapport 'Gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens' uitgebracht. In dat rapport hebben wij geoordeeld van het vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering opnemen van 29-46 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per saldo leidt tot een opbrengst van € 21,5 miljoen doordat het aantal personen dat een (dure) invasieve behandeling ondergaat afneemt nadat gesuperviseerde oefentherapie is ingezet.

In februari 2017 brengen wij een rapport uit waarin wij in ieder geval zullen oordelen of fysio- en oefentherapie bij artrose aan heup en knie en bij reumatoïde artritis en spondyloartritis effectief is (voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk) en welke substitutie-effecten kunnen optreden op het moment dat die zorg vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering wordt opgenomen. Op basis van dit rapport kan de minister besluiten deze zorg met ingang van 1 januari 2018 in de basisverzekering op te nemen.

De financiële consequenties (per saldo) van het vanaf de eerste behandeling vergoeden van in kwaliteitsstandaarden beschreven goede en effectieve zorg, evalueren wij tijdens het groeiscenario. Daarbij gaan we dan ook in op de vraag in hoeverre het eigen risico een belemmering vormt voor de toegang tot kortdurende fysio- en oefentherapie die in de basisverzekering wordt opgenomen.

- 6.2.3.2 Effectiviteit (stand van de wetenschap en praktijk)
Alleen zorg die voldoende effectief is (voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk), wordt vergoed vanuit de basisverzekering¹⁹.

Om dit te bepalen moet worden nagegaan of een interventie, gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), leidt tot relevante (meer)waarde voor de patiënt in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling (de zogenoemde relatieve effectiviteit). Anders gezegd: vinden wij de 'netto-toevoeging' van de te beoordelen interventie in vergelijking met de al bestaande zorg een gewenste, relevante toevoeging en voldoende/groot genoeg, en hebben wij er voldoende vertrouwen in dat deze toevoeging ook daadwerkelijk optreedt?

De beoordeling van het pakketcriterium effectiviteit heeft een nauwe relatie met de onderbouwing van goede en effectieve zorg in kwaliteitsstandaarden. De beoordeling van de effectiviteit vindt, waar mogelijk, plaats op basis van nieuw opgestelde kwaliteitsstandaarden, die in het Register zijn opgenomen en waar wij gedurende het groeiscenario extra eisen aan stellen met betrekking tot de onderbouwing.

- 6.2.3.3 Kosteneffectiviteit
Bij het criterium kosteneffectiviteit staat de vraag centraal of de meerkosten van de interventie in een redelijke verhouding staan tot de gewonnen effectiviteit. Meerkosten en meerwaarde worden bepaald in vergelijking met de beste behandeling van dat moment. In een kosteneffectiviteitsanalyse worden dus twee interventies of situaties met elkaar vergeleken voor wat betreft kosten en effecten, waarbij het verschil in kosten wordt afgezet tegen het verschil in effectiviteit.

In zijn rapport 'Richtlijnen voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg' van februari 2016 heeft het Zorginstituut inzichtelijk gemaakt op welke wijze kosteneffectiviteit in beeld kan worden gebracht en welke elementen daarbij een rol spelen.

Wij realiseren ons dat een dergelijke opzet van economische evaluaties binnen de eerstelijnszorg nog geen gemeengoed is. Toch bevelen wij aan dat bij de opstelling van nieuwe kwaliteitsstandaarden en het eventueel uitzetten van onderzoek naar de effectiviteit, ook de aspecten van kosteneffectiviteit, zoals beschreven in onze hiervoor genoemde richtlijn worden betrokken.

Tijdens de groeifase zullen wij bij onze pakketadvisering nagaan of bij het opnemen in de basisverzekering van fysio- en oefentherapeutische interventies (vanaf de eerste behandeling) substitutiewinst kan worden behaald. Wij betrekken in onze advisering ook andere aspecten, zoals verbetering van de kwaliteit van leven en verbetering van participatie. Onderdeel van de evaluatie is ook het nagaan of de

¹⁹ Onze werkwijze om 'de stand van de wetenschap en praktijk' te beoordelen is uitgebreid beschreven in het rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk (geactualiseerde versie 2015).

verwachte effecten in de praktijk kunnen worden gerealiseerd en welke factoren daarop van invloed zijn.

6.3 Groeiscenario

Tijdens het groeiscenario zal ook informatie verzameld moeten worden om tot het vervolgvraagstuk te komen (zie ook paragraaf 4.3).

Wij zullen hiertoe, in samenspraak met de betrokken partijen, een evaluatieonderzoek opzetten en (laten) uitvoeren. In dit evaluatieonderzoek betrekken wij ook de aspecten die van invloed zijn op de betaalbaarheid/uitvoerbaarheid (zie hoofdstuk 7).

Die evaluatie zal in omvang toenemen naarmate fysio- en oefentherapie bij meer aandoeningen vanaf de eerste behandeling in het basispakket wordt opgenomen (groeiscenario).

Vragen waarop de evaluatie in ieder geval (per aandoening of functionele omschrijving) een antwoord en verklaring moet geven zijn:

- Wordt door zorgaanbieder de in de kwaliteitsstandaarden beschreven goede zorg verleend (richtlijnconform gehandeld)?
- Zijn de zorgaanbieders transparant over de uitkomsten van hun handelen?
- Koopt de verzekeraar de in de kwaliteitstandaarden beschreven goede zorg in?
- Is keuze-informatie voor patiënten tot stand gekomen?
- Wordt de toegang tot de kortdurende fysio- en oefentherapie belemmerd door het eigen risico en zo ja, in welke mate en voor welke populatie patiënten?

Bij de opzet van de evaluatie zullen wij ook met betrokken partijen bespreken vanuit welke bronnen betrouwbare informatie kan worden verkregen ter beantwoording van de evaluatievragen.

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'toegankelijkheid'?
- Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?
- Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'toegankelijkheid' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?
- Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?
- Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie?
- Welk rol wil uw organisatie in dat evaluatieonderzoek vervullen?
- Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?

7 Betaalbaarheid: randvoorwaarden en groeiscenario

7.1 Inleiding

Zoals eerder aangegeven bekijken wij de betaalbaarheid vanuit het bredere perspectief van het pakketcriterium uitvoerbaarheid. Dit betekent in dit geval dat wij niet alleen kijken naar de betaalbaarheid van de fysio- en oefentherapie op macroniveau, maar daarbij ook de substitutie-effecten betrekken die elders in de zorg en daarbuiten kunnen worden bereikt en dat wij kijken naar de effecten van de wijze van bekostiging van de te verzekeren prestatie.

7.2 Randvoorwaarden voor betaalbaarheid van toegankelijke goede zorg

- Er is kwaliteitsinformatie beschikbaar op grond waarvan zorgverzekeraars doelmatige zorg kunnen inkopen.
- Inzicht in de financiële consequenties (kosten en baten) van het loslaten van het huidige beheersinstrumentarium op het budgettaire kader zorg.
- Een bekostigingssysteem met zo min mogelijk administratieve lasten dat het verlenen van goede en effectieve zorg en het rechtmatig declareren ervan bevordert.

7.2.1 *Borging van de zorginkoop*

Als een nieuwe kwaliteitsstandaard is ontwikkeld, dient deze geïmplementeerd te worden in de praktijk. De beroepsgroepen dienen gezamenlijk een implementatieplan op te stellen en uit te voeren, waarmee geborgd is dat de zorgaanbieders (veelal kleine of eenpersoonspraktijken, die ook niet allemaal bij een beroepsvereniging zijn aangesloten) in voldoende mate werken conform de ontwikkelde kwaliteitsstandaard(en) en ook transparant zijn over de zorg die zij leveren en de uitkomsten daarvan. Voor wat betreft de betaalbaarheid spelen vooral elementen als om een scherpe indicatiestelling, het in de praktijk hanteren van de start- en stopcriteria een rol.

Het is relevant om in dit implementatietraject samen op te trekken met de zorgverzekeraars, zodat een match kan plaatsvinden met de criteria die verzekeraar hanteren voor de zorginkoop.

7.2.2 *Inzicht in financiële consequenties*

Om te komen tot het vervolgadvis, is het belangrijk inzicht te hebben in de financiële effecten van het (vanaf de eerste behandeling) opnemen in de basisverzekering van goede en effectieve fysio- en oefentherapie. Alleen wanneer de kosten (per saldo) beheersbaar zijn, kan het huidige beheersinstrumentarium op termijn worden losgelaten.

Als bijlage 4 bij dit rapport hebben wij een overzicht gevoegd van de kosten voor fysio- en oefentherapie die in de jaren 2006-2015 ten laste van de basisverzekering zijn gebracht.

Als we specifiek kijken naar de totale kosten voor fysio- en oefentherapie over de jaren 2012 t/m 2014, gaat het (afgerond) om respectievelijk: € 470 miljoen, € 459 miljoen en € 482 miljoen.

Over die jaren hebben wij vanuit het Zorgprestatie en declaratiesysteem (ZPD) ook de kosten beschikbaar die ten laste van de aanvullende verzekering werden gebracht. Voor de jaren 2012 t/m 2014 gaat het (afgerond) om respectievelijk:

€ 922 miljoen, € 926 miljoen en € 964 miljoen.

De kosten van fysio- en oefentherapie die ten laste van de aanvullende verzekering komen, liggen een factor twee hoger dan de kosten ten laste van de basisverzekering. De voorlopige cijfers over 2015 en 2016 bevestigen dit beeld. Daarnaast is ook nog sprake van eigen betalingen, bijvoorbeeld omdat mensen niet aanvullend verzekerd zijn of dat het beroep op fysio- en oefentherapie groter is dan de dekking van de aanvullende verzekering. Welk bedrag aan eigen betalingen omgaat in de fysio- en oefentherapie is niet bekend.

Het loslaten van het huidige beheersinstrumentarium kan, gelet op het bovenstaande, leiden tot forse stijging van de kosten die ten laste van de basisverzekering komen. Op dit moment is echter onvoldoende duidelijk of de zorg die wordt vergoed van vanuit de aanvullende verzekering goede en effectieve zorg is die ook doelmatig wordt verleend. Daarnaast kan het opnemen van goede en effectieve zorg in de basisverzekering leiden tot substitutiewinst.

Door middel van een evaluatieonderzoek brengen we ook in beeld hoe, rekeninghoudend met onder meer substitutie-effecten, per saldo de zorgconsumptie wijzigt en wat hiervan de budgetimpact is.

7.2.3

Bekostiging

Wij hebben eerder geconstateerd dat de huidige bekostigingsmethode voor de fysio- en oefentherapie (per zorgactiviteit) een aantal prikkels bevat dat doelmatig en rechtmatig declareren niet bevordert.

Internationaal zijn vier basisbekostigingsmethoden te onderscheiden. In de bekostiging van de Nederlandse zorg zijn die modellen in meer of mindere mate terug te vinden. Het gaat om de volgende vier methoden:

1. Bekostiging per zorgactiviteit – bv. fysio- en oefentherapie
2. Bekostiging per zorgbundel per patiënt – bv. DBC's
3. Bekostiging per zorgbundel per verzekerde - bv. inschrijftarief huisarts
4. Vast bedrag per periode (salaris of budget) - bv. omzetplafond zonder nadere afspraken.

Een theoretische beschouwing over deze bekostigingsvormen en hun voor- en nadelen treft u aan als bijlage 5

Omdat aan ieder van de vier onderscheiden bekostigingsmethoden voor- en nadelen zitten, worden componenten van de verschillende methoden vaak in combinatie gebruikt. Bij de huisartsenzorg zien we bijvoorbeeld een combinatie tussen bekostiging per zorgactiviteit en per zorgbundel.

Wij adviseren de minister om de NZa te vragen samen met de betrokken partijen een of twee alternatieve bekostigingsmethoden te ontwikkelen met juiste prikkels voor doelmatigheid en rechtmatigheid declareren en met zo min mogelijk administratieve lasten en deze te testen in de dagelijkse praktijk.

7.3

Groeiscenario

Om te komen tot een vervolgvadvisie zullen wij tijdens de groeifase ook voldoende inzicht moeten verkrijgen in de financiële consequenties van het loslaten van het huidig beheersinstrumentarium op het Budgettair Kader Zorg en in welke mate een andere wijze van bekostiging een bijdrage kan leveren aan die betaalbaarheid.

In aanvulling op paragraaf 6.2. moet de evaluatie (per aandoening of functionele omschrijving) ook een antwoord met verklaring geven op de volgende vragen:

In het evaluatieonderzoek (zie 6.3) zullen wij ook de volgende vragen betrekken:

- Komt de patiëntengroep en het deel daarvan dat gebruikt maakt van fysio- en oefentherapie in omvang overeen met de ramingen uit onze rapporten? Zo nee, waarom niet welke verklaringen zijn er voor de verschillen?
- Worden de in onze rapporten geraamde substitutie-effecten in de praktijk bereikt en kan dat effect ook worden verzilverd?
- Zijn er, naast genoemde substitutie-effecten, ook andere (financiële) effecten die de betaalbaarheid op macroniveau beïnvloeden, Zo ja welke en wat in hun invloed?
- Draagt een andere wijze van bekostiging bij aan de betaalbaarheid op macroniveau (resultaten praktijktest)?

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'de betaalbaarheid'?
- Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?
- Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'betaalbaarheid' van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?
- Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?
- Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie?
- Welke rol wil uw organisatie tijdens het evaluatieonderzoek vervullen?
- Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?

8 Consultatie belanghebbende partijen

8.1 Geconsulteerde partijen

Het Zorginstituut heeft het conceptrapport voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:

- Koninklijk Nederland Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);
- Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Patiëntenfederatie Nederland;
- Ieder(in);
- Consumentenbond;
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV);
- Federatie Medisch Specialisten (FMS);
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV);
- Long Alliantie Nederland (LAN);
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR);
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA);
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

8.2 Ontvangen reacties

Van de volgende partijen is een reactie op het conceptadvies ontvangen: KNGF, VvOCM, SKF, ZN, VRA, NVR, NZa en gezamenlijk van de Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) en van de NVHB/NVHP (Nederlandse Vereniging van Hemofiliebehandelaars en – patiënten). De ontvangen reacties zijn als bijlage zeven bij dit rapport gevoegd.

Hieronder gaan wij op hoofdlijnen in op de ontvangen reacties.

- **Knelpunten in te verzekeren prestatie en bekostiging**
Partijen herkennen in algemene zin de genoemde knelpunten in de huidige te verzekeren prestatie en de bekostiging en bekostiging. Het KNGF voegt daar aan toe dat interpretatieverschillen tussen en met zorgverzekeraars leiden tot onduidelijkheid en tot ongelijke behandeling van verzekerden en de NVR, de Patiëntenfederatie en Ieder(in) geven aan dat knelpunten ook voortkomen uit de complexiteit van de regelgeving. Dit hebben wij in het rapport toegevoegd.

Het KNGF is van mening dat de conclusies uit het verkennend onderzoek naar de naleving van de declaratieregels door fysiotherapeuten geen plaats zouden moeten hebben in het systeemadvies. Het benoemen van alleen de conclusies, zonder de verdere context geeft een vertekend beeld. De VvOCM merkt op dat het verkennend onderzoek alleen gaat over de naleving van de declaratieregels door fysiotherapeuten en niet door oefentherapeuten.

De VvOCM merkt terecht op dat het onderzoek van TNS NIPO geen betrekking heeft op oefentherapeuten. Dit hebben wij verduidelijkt. Anders dan het KNGF menen wij dat het onderzoek naar de naleving van de declaratieregels ook een plek moeten hebben in het systeemadvies. De verkeerde prikkels in de bekostiging en de onvoldoende naleving van de declaratieregels zijn aanleiding om te kijken of tot een andere manier van bekostiging kan worden gekomen. Wij hebben de tekst over

beide aspecten beter met elkaar in evenwicht gebracht.

Daarnaast geeft het KNGF aan dat het Zorginstituut, gelet op de genoemde knelpunten, zou moeten terugkomen op zijn eerdere advisering uit 2011 rondom reuma en hartproblemen. In dat advies gaf de rechtsvoorganger van het Zorginstituut aan dat het besluit van de wetgever om kortdurende fysio- en oefentherapie niet als noodzakelijk te verzekeren zorg aan te merken viel te billijken. Op dat moment waren geen signalen bekend dat het niet vergoeden van kortdurende fysio- en oefentherapie tot onevenredige problemen voor verzekeren leidt onder meer doordat alle zorgverzekeraars invulling hadden geven aan de ruimte die de wet biedt om het niet verzekerde deel van te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie op te nemen in hun aanvullende polissen.

Het Zorginstituut ziet geen aanleiding om terug te komen op dit eerdere rapport. Dat advies zag op de situatie zoals die in 2011 was, namelijk dat de eerste 12 behandelingen fysio- en oefentherapie (en in het Regeerakkoord de eerste 15) geen noodzakelijk te verzekeren zorg waren, op de invulling van de aanvullende verzekeringen en op het percentage mensen dat zich aanvullend verzekerde op dat moment. Door de wetgever is per 1 januari 2012 bepaald dat de eerste twintig behandelingen fysio- en oefentherapie van op de zogenoemde chronische lijst vermelde aandoeningen geen noodzakelijk te verzekeren zorg betreffen. Deze wijziging, tezamen met een geleidelijke afname van het aantal mensen dat zich aanvullend verzekerde en de hogere premie voor aanvullende verzekeringen met een uitgebreidere dekking voor fysio- en oefentherapie is juist voor het Zorginstituut aanleiding geweest te komen tot het nu voorliggende advies over een andere inrichting van de te verzekeren prestatie. Over enkele reumatoïde aandoeningen brengen wij in februari 2017 een apart rapport uit dat kan leiden tot het vanaf de eerste behandeling opnemen van fysio- en oefentherapie in de basisverzekering. Het is verder aan betrokken partijen (zorgaanbieder en patiëntenorganisaties) om gezamenlijk in kwaliteitstandaarden te beschrijven wat goede en effectieve zorg is. Dat kan op niveau van aandoening of beperking. Die goede en effectieve zorg kan vervolgens, overeenkomstig het in dit systeemadvies geschetste groeiscenario, vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering worden opgenomen.

- Toekomstbeeld en groeiscenario

Het Zorginstituut constateert dat bij partijen voldoende draagvlak bestaat voor het geschetste toekomstbeeld en het groeiscenario. Partijen geven wel aan dat het Zorginstituut gedurende de groeifase de regie/coördinatie op zich zou moeten nemen. Verschillende partijen (KNGF, VvOCM, Patiëntenfederatie/Ieder(in)), wijzen erop het dat groeiscenario geruime tijd in beslag zou nemen. Partijen willen dit traject versnellen, onder meer door zich in de groeifase te baseren op een functionele benadering op basis van de ICF in plaats van op een benadering via aandoeningen.

Het Zorginstituut neemt de regierol graag op zich. Over de verdere invulling van het groeiscenario zijn in een bijeenkomst met direct belanghebbende partijen ook al (procesmatige)afspraken gemaakt. Het Zorginstituut merkt op dat het onderhavige advies de mogelijkheid bevat om tijdens de groeifase kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen vanuit de door partijen genoemde functionele benadering. Het is aan partijen om daar een verdere invulling aan te geven. Het is wel de vraag of partijen, gelet op de door hen gewenste versnelling van de groeifase, uitsluitend de functionele benadering als uitgangspunt zouden moeten nemen. Er is naar het oordeel van het Zorginstituut onderzoek nodig om na te gaan of uitkomsten van aandoeningsgericht onderzoek naar de effectiviteit van fysio- en oefentherapie een bredere vertaling kunnen krijgen naar functioneel omschreven fysio- en

oefentherapeutische zorg. Het Zorginstituut pleit er daarom voor om naast het onderzoek naar het opstarten van de functionele aanpak, gelijktijdig een aantal aandoeningsspecifieke kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. Ook bestaande richtlijnen kunnen hiervoor als basis dienen. Voor zowel de aandoeningsspecifiek als de functioneel omschreven kwaliteitsstandaarden geldt dat zij moeten voldoen aan de randvoorwaarden voor goede zorg (zie hoofdstuk 5).

Het KNGF geeft aan dat het lijkt of er voor fysio- en oefentherapie zwaardere eisen worden gesteld aan de toelating van deze zorg tot de basisverzekering. Het Zorginstituut deelt die mening niet. Zoals aangegeven in paragraaf 1.2 van dit advies is bij fysio- en oefentherapie en bij extramurale geneesmiddelenzorg sprake van een gesloten systeem van aanspraken. Voor dat gesloten systeem heeft de wetgever gekozen vanwege de beheersbaarheid. Voor een pakketwijziging is in die situatie een besluit van de regering nodig. Wanneer het Zorginstituut de minister adviseert doet het dit op basis van de pakketcriteria die voor alle (gesloten omschreven) zorgvormen op een gelijke manier worden toegepast.

Een aantal partijen (KNGF, VvOCM, SFK en Patiëntenfederatie/Ieder(in)) pleit ervoor om per 1 januari 2018 als tussenoplossing de eerste 20 behandelingen fysio- en oefentherapie voor de aandoeningen genoemd op de chronische lijst in de basisverzekering op te nemen. Dit omdat het groeiscenario geruime tijd in beslag zou nemen, waarbij de in hoofdstuk drie van dit advies genoemde knelpunten voor deze patiënten blijven bestaan.

Ons systeemadvies heeft een breder perspectief, namelijk het komen tot een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg. Daarvoor is het, zoals wij eerder aangaven, eerst nodig dat die goede en effectieve zorg door zorgaanbieders en patiëntenorganisaties gezamenlijk in kwaliteitstandaarden worden omschreven, en dat die kwaliteitsstandaarden ook worden geïmplementeerd en door middel van meetinstrumenten de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk wordt gemaakt.

Op het moment dat kwaliteitsstandaarden er zijn, kan het Zorginstituut zoals voorzien in het groeiscenario de minister adviseren om de in die standaarden beschreven goede en effectieve fysio- en oefentherapie vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering op te nemen.

In het algemeen geldt voor besluitvorming over wijzigingen in de aanspraak dat deze uiterlijk op 1 maart van het voorgaande jaar dient plaats te vinden.

- Goede zorg

Partijen herkennen en steunen de randvoorwaarden en het groeiscenario voor de totstandkoming van goede zorg en willen hun rol in dat traject ook oppakken. Vanuit het KNGF, SKF, Patiëntenfederatie/Ieder(in) en de VvOCM wordt wel aangegeven dat zij hun rol, het gezamenlijk opstellen van onderbouwde kwaliteitsstandaarden waarin goede en effectieve zorg vanuit het perspectief van de patiënt is beschreven en geborgd, alleen kunnen vervullen als hiervoor extra middelen beschikbaar worden gesteld. Ook de VRA wijst er op dat voor de totstandkoming van kwaliteitsverbeterende trajecten financiering noodzakelijk is.

Het Zorginstituut begrijpt dit verzoek om extra middelen. Wij adviseren partijen om, met dit advies in de hand, hiertoe een gezamenlijk verzoek te doen aan de minister van VWS en wij adviseren de minister van VWS om samen met partijen te onderzoeken op welke manier aan dit verzoek tegemoet kan worden gekomen.

Het KNGF merkt verder op dat in paragraaf 6.2.3 is beschreven dat de ziektelast of zorgbehoefte alleen kan worden vastgesteld op aandoeningsniveau. Het KNGF merkt terecht op dat de ziektelast of zorgbehoefte ook zou kunnen worden vastgesteld op het niveau van functionele beperkingen en participatieproblemen. Dit hebben wij in het rapport aangepast.

- Toegankelijkheid en betaalbaarheid

Partijen onderschrijven de randvoorwaarden voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van goede zorg. Wel hebben zij een aantal suggesties voor de opzet van het evaluatie-onderzoek en dan met name op de wijze waarop de substitutie-effecten van de inzet van fysio- en oefentherapie op een goede en betrouwbare manier in beeld gebracht kunnen worden.

Zoals in het advies aangegeven zullen wij het evaluatie-onderzoek samen met betrokken partijen vormgeven. De suggesties van partijen betrekken wij in de uiteindelijke opzet van de evaluatie.

De SFK geeft verder aan dat naar haar oordeel de fysiotherapeut de rol van poortwachter van de beweegzorg zou moeten vervullen en voor de patiënt de schakel zou kunnen zijn tussen de nulde lijn (sportinstructeurs, bewegecoach etc.) en de tweede lijn (bijv. orthopeden en sportartsen)

Fysio- en de oefentherapeuten vervullen, mede doordat zij direct (zonder verwijzing) toegankelijk zijn een belangrijke rol in de keten van de beweegzorg. In de paragrafen 5.2 en 6.2 heeft het Zorginstituut juist gewezen op het belang van een goede omschrijving en onderbouwing in kwaliteitstandaarden van de zorg die fysio- en oefentherapeuten plegen te bieden. Daar hoort ook bij dat wanneer de fysio- of de oefentherapeut niet de aangewezen behandelaar is, beschreven is op basis van welke criteria een eventuele verwijzing plaatsvindt. Wanneer naar het oordeel van de fysio- en oefentherapeut zorg in de zogenoemde tweede lijn dient plaats te vinden, is het in de systematiek van de Zvw de huisarts die de rol van poortwachter vervult. De fysio- of oefentherapeut kan wel richting de huisarts beargumenteren waarom een verwijzing naar de tweede lijn naar zijn idee noodzakelijk is.

NVHB/NVHP geven aan dat zij met waardering kennis hebben genomen van het conceptadvies, maar verzoeken ons apart te adviseren over fysio- en oefentherapie bij hemofilie, analoog aan de door de minister gestelde adviesvraag over claudicatio intermittens, reuma, artrose en hernia met motorische uitval. Het is voor niet haalbaar om gelijktijdig met de hiervoor genoemde aandoeningen te adviseren over het opnemen van fysio- en oefentherapie bij hemofilie. Wij adviseren de NVHB/NVHP om in overleg te treden met de koepelorganisaties van fysio- en oefentherapeuten om na te gaan of hemofilie binnen het in dit advies geschetste groeiscenario prioriteit kan krijgen.

8.3

Conclusies Zorginstituut

Het Zorginstituut concludeert op basis van de ontvangen reacties dat partijen het geschetste toekomstbeeld en het groeiscenario om na te gaan of kan worden gekomen een nieuwe balans ontstaat tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid ervan, onderschrijven. Een toekomstbeeld waarin het voor de burger verbeteren van de kwaliteit van en de toegankelijkheid tot fysio- en oefentherapie centraal staat, in relatie tot de betaalbaarheid op macroniveau. Als die nieuwe balans ontstaat, kan de minister van VWS op basis van een vervolgadvisie van het Zorginstituut besluiten de huidige (gesloten) omschrijving van te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie los te laten en de overstap te maken naar een

vormgeving van de te verzekeren prestatie die, net als bijna alle overige ZVw-zorg, wordt beheerst door de wettelijke criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Partijen steunen ook het groeiscenario naar die nieuwe balans en hebben aangegeven dat zij hun rol in dat groeiscenario willen vervullen. Zorgaanbieders en patiëntenorganisaties geven wel dat zij voor de invulling van die rol extra middelen nodig hebben. Daarom adviseren wij de minister van VWS in overleg te treden met de betrokken zorgaanbieders en patiëntenorganisaties om na te gaan of er aanvullende maatregelen nodig zijn om partijen in staat te stellen hun rol in het geschetste groeiscenario op passende wijze te kunnen invullen. Wij adviseren betrokken partijen om daarover met het ministerie van VWS in overleg te treden.

Het Zorginstituut concludeert ook dat partijen nog verschillende suggesties hebben voor de opzet van het evaluatieonderzoek. Wij hebben aangegeven dat wij dit evaluatie-onderzoek samen met betrokken partijen willen vormgeven. De suggesties van partijen betrekken wij in dit vervolgtraject.

Er bestaat ook draagvlak voor het gezamenlijk met de NZa kijken naar een andere wijze van bekostiging van de te verzekeren prestatie en om die andere wijze van bekostiging in de praktijk te testen. Het is wel belang dat in dat traject ook nadrukkelijk te kijken naar de haalbaarheid in administratieve lasten.

Op grond van het evaluatie-onderzoek, de praktijktest met een andere bekostiging en een budgetimpactanalyse brengt het Zorginstituut zijn vervolgradvies uit.

Bij het bovenstaande draagvlak voor het advies en de geschetste aanpak van het groeiscenario, plaatsen de zorgaanbieders en patiëntenorganisaties wel een kanttekening. Partijen vrezen dat het groeiscenario en de besluitvorming op basis van het vervolgradvies wel 5-7 jaar in beslag kan nemen. In die periode wordt patiënten goede zorg onthouden omdat de in hoofdstuk benoemde knelpunten voor hen blijven bestaan. Partijen roepen daarom op tot een versnelling en doen het voorstel om per 1 januari 2018 voor eerste 20 behandelingen fysio- en oefentherapie voor aandoeningen die zijn genoemd op de chronische lijst in de basisverzekering op te nemen. Daarnaast willen partijen het proces versnellen door het opstellen van kwaliteitsstandaarden op basis van functionele beperkingen en participatieproblemen (ICF-classificatie) in plaats van aandoeningsgerichte kwaliteitsstandaarden.

Het Zorginstituut concludeert dat het voorstel van partijen over het opstellen van kwaliteitsstandaarden op basis functionele beperkingen en participatieproblemen past in het geschetste groeiscenario. Het is primair aan zorgaanbieders en patiëntenorganisaties om daar een verdere invulling aan de te geven. In hoofdstuk acht hebben wij aangegeven waarom concluderen dat het voorstel van partijen om de eerste 20 behandelingen fysio- en oefentherapie voor aandoeningen die zijn genoemd op de chronische lijst in de basisverzekering op te nemen niet overnemen. Op het moment dat kwaliteitsstandaarden ontwikkeld en geïmplementeerd zijn, kunnen wij, zoals voorzien in het groeiscenario, de minister van VWS adviseren om de in die standaarden beschreven goede en effectieve fysio- en oefentherapie vanaf de eerste behandeling is de basisverzekering op te nemen.

9 Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Deze kunnen gaan over in- of uitstroom van interventies in de zorgverzekering, maar ook over het domein waar bepaalde zorg moet worden ondergebracht. In het laatste geval spreken we van systeemadviezen. Zij doet dit vanuit het principe dat het systeem van de zorgverzekering en aanpalende regelingen maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking. Bij systeemadviezen beoordeelt de commissie of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de toegang tot zorg en de mogelijke uitvoeringsconsequenties een belangrijke rol spelen.

De commissie heeft in haar vergadering van 9 december 2016 gesproken over het toekomstbeeld fysio- en oefentherapie dat het Zorginstituut schetst en de weg daarnaar toe.

De commissie ondersteunt in beginsel de visie dat fysio- en oefentherapie niet anders zou moeten worden behandeld dan andere interventies. Dat de fysio- en oefentherapie op termijn ook een open omschreven aanspraak zou kunnen worden, vindt zij daarom een juist streven. Binnen die open omschreven aanspraak moet de zorg echter wel, net als andere interventies, bewezen effectief en doelmatig zijn. Het zal nog moeten blijken of de (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapie bij verschillende aandoeningen voldoende kan worden onderbouwd, en dat er inderdaad sprake kan zijn van een groeiscenario.

Om de (kosten)effectiviteit te kunnen onderbouwen, is er nog veel onderzoek nodig. Daar ziet de commissie wel een belangrijk probleem, vooral wanneer het gaat om beschikbare financiële middelen voor het uitvoeren van onderzoek. Zo ook zullen middelen beschikbaar moeten komen voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden. De commissie adviseert de Minister om hier de randvoorwaarden voor te bevorderen. De commissie merkt overigens op dat het (kosten)effectiviteitsonderzoek complex zal zijn omdat fysio- en oefentherapie vaak een onderdeel zijn van een totale geïntegreerde en multidisciplinaire behandeling en het lastig kan zijn om hierin het directe effect van de individuele fysio- en oefentherapie vast te stellen. Het is dan ook belangrijk om een heldere en haalbare visie te ontwikkelen op de aard van wetenschappelijke onderbouwing die van fysio- en oefentherapie verwacht mag worden.

De commissie ziet voordelen in het beoordelen van de effecten van fysio- en oefentherapie op het niveau van functiebeperkingen en niet op het niveau van aandoeningen. Het is echter de vraag of het mogelijk zal zijn om op dit niveau de (kosten)effectiviteit en de andere pakketcriteria (waaronder uitvoerbaarheid, dit is inclusief 'therapietrouw') voor fysio- en oefentherapie te onderbouwen en te beoordelen. De commissie adviseert te onderzoeken of dit mogelijk is. Indien dit zo is, zal dit mogelijk sneller tot adviezen kunnen leiden in welke gevallen fysio- en oefentherapie (ziekte overstijgend) tot de basisverzekering zou moeten behoren.

Dit tijdsaspect is belangrijk: het is niet wenselijk dat het zeer lang duurt voor de benodigde kwaliteitsstandaarden gerealiseerd zijn. Ook een goede prioritering is belangrijk. In het systeemadvies wordt ook voorgesteld te beginnen met de beoordeling van enkele aandoeningen en zo verder te werken. De commissie stelt

voor om prioriteit te verlenen aan de beoordeling van aandoeningen, waarbij sprake is van:

- een hoge mate van substitutie naar duurdere zorg;
- een grote medische noodzaak;
- een voldoende onderbouwing van effectiviteit (waar deze bestaat, dan wel waar deze naar verwachting snel kan worden verkregen).

De commissie adviseert de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut om, mede op basis van deze prioriteringscriteria, onderwerpen op de Meerjarenagenda te plaatsen.

De commissie merkt tot slot op dat het, bij toepassing van bovenstaande prioriteringscriteria, mogelijk moet zijn om op afzienbare termijn de toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie te verbeteren.

10 Advies Zorginstituut

Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS in te stemmen met het in dit advies geschetste toekomstbeeld en met het voorgestelde het groeiscenario. Ook adviseren wij de minister van VWS het beleidsvoornemen uit te spreken om de stap te zetten naar een open omschrijving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie (het geschetste toekomstbeeld), als uit het vervolgadvisie blijkt dat aan de randvoorwaarden voor goede zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid is voldaan en dat toekomstbeeld realiseerbaar is.

Een deel van de in dit rapport benoemde knelpunten op het terrein van de fysio- en oefentherapie vloeit (mede) voort uit de bekostiging van de te verzekeren prestatie. Daarom adviseren wij de minister van VWS eveneens de NZa te vragen om samen met de zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars te onderzoeken welke bekostigingsmogelijkheden passend en haalbaar zijn en die in de praktijk te testen.

Verder adviseren wij de minister van VWS om in overleg met de betrokken zorgaanbieders en patiëntenorganisaties na te gaan of aanvullende middelen nodig zijn om partijen hun rol in het overgangstraject te kunnen laten vervullen en in het bevestigende geval die middelen beschikbaar te stellen. Ten slotte adviseren wij om met de betrokken partijen na te gaan of onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapeutische interventies prioriteit kan krijgen in bestaande onderzoeksprogramma's of dat het nodig is hiervoor een aparte financieringsmogelijkheid te creëren.

Als de minister van VWS besluit dit advies over te nemen, is het Zorginstituut graag bereid de regierol gedurende het geschetste groeiscenario op zich te nemen. Ook zal het Zorginstituut tijdens het groeiscenario samenwerken met betrokken partijen met het doel een goede aansluiting tussen kwaliteitsstandaarden en pakketbeheer te borgen. Wij denken hierbij onder meer aan de wijze waarop de effectiviteit van goede zorg kan worden onderbouwd, het opstellen van de zogenoemde PICOT, het vaststellen van in- en exclusiecriteria en van de cruciale patiëntgerelateerde uitkomstmaten. Het Zorginstituut is ook bereid om betrokken partijen tijdens de groeifase te faciliteren door het uitvoeren van een aantal literatuurreviews. Betrokken partijen kunnen de uitkomsten daarvan gebruiken voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden, terwijl diezelfde uitkomsten ook gebruikt kunnen worden voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

Het Zorginstituut brengt een vervolgadvisie uit waarin wij een integrale afweging maken tussen goede zorg, de toegankelijkheid van die zorg en de betaalbaarheid ervan. Op basis hiervan zullen wij de minister van VWS adviseren of de overstap naar een open omschrijving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie (het toekomstbeeld) kan worden gezet. De termijn waarop wij dit advies kunnen uitbrengen, is afhankelijk van de mate waarin kwaliteitsstandaarden tot stand komen en de (kosten)effectiviteit van de in die standaarden beschreven goede zorg is aangetoond.

Ons vervolgadvis zal gebaseerd zijn op het in dit rapport beschreven evaluatieonderzoek, de uitkomsten van de praktijktest met een ander wijze van bekostiging en een budgetimpactanalyse.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

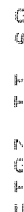
2016126868

Bijlagen bij het Systemadvies fysio- en oefentherapie

Bijlage 1



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut
T.a.v. de heer drs.A.H.J. Moerkamp,
Voorzitter Raad van bestuur van ZiNL
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team B

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum **6 - NOV. 2015**
Betreft Substitutiemogelijkheden bij fysiotherapie

Geachte heer Moerkamp,

Bij het Algemeen Overleg Pakketmaatregelen op 18 juni 2015 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer mijn aandacht gevraagd voor het onnodig gebruik van zware vormen van zorg dat mogelijk zou worden bevorderd door de inhoud van het verzekerde pakket. In dit verband werd als voorbeeld genoemd de fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen), waarvan de eerste 20 behandelingen voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet in het pakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn opgenomen. Dit zou tot ongewenste substitutie naar medisch-specialistische zorg -in dit geval vaatchirurgie- kunnen leiden. In reactie hierop heb ik geantwoord dat met het oog op het bevorderen van substitutie en van gepast gebruik volgens het principe van stepped care, gezien moet worden of lichtere zorgvormen onderdeel van het verzekerde pakket moeten zijn. In dat licht heb ik over de fysiotherapie aangegeven dat er een concreet en getoetst voorstel moet komen of voor enkele specifieke aandoeningen, zoals bijvoorbeeld claudicatio intermittens, met ingang van 2017 de eerste behandelingen fysiotherapie duurzaam in het basispakket kunnen worden opgenomen. Een dergelijke opname in het Zvw-pakket moet eraan bijdragen dat door fysiotherapie bij specifieke aandoeningen waarvoor fysiotherapie de eerst aangewezen behandeloptie, sprake is van aantoonbare en inboekbare substitutie.

Op ambtelijk niveau heeft hierover overleg plaatsgevonden met het Zorginstituut Nederland, het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In dit overleg is het verband gelegd met het Programma Zinnige Zorg dat het Zorginstituut uitvoert. In het kader van dat programma vindt binnen het gebied Ziekten van hart- en vaatstelsel een verdiepingsonderzoek plaats naar zorg bij perifere arterieel vaatlijden (PAV) dat begin 2016 wordt afgerond. Aan de hand van de uitkomsten van dit verdiepingsonderzoek PAV zou het Zorginstituut kunnen adviseren over opname in het Zvw-pakket van de eerste behandelingen fysiotherapie bij claudicatio intermittens. Verder zijn tijdens dit overleg naast claudicatio intermittens nog drie andere aandoeningen genoemd waarbij vergoeding van de eerste behandelingen fysiotherapie uit het Zvw-pakket mogelijk zou kunnen bijdragen aan substitutie vanuit medisch-specialistische zorg en daarmee tot een meer gepast gebruik van zorg.

Kenmerk

141126-852993-CZ

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*



**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Kenmerk
141126-852993-CZ

Deze aandoeningen betreffen artrose van knie en heup (is ook opgenomen in het Programma Zinnige Zorg), reumatoïde aandoeningen en hernia met motorische uitval.

Gelet op het bevorderen van substitutie en meer gepast gebruik van zorg verzoek ik het Zorginstituut een instroomadvies over de eerste behandelingen fysiotherapie bij claudicatio intermittens waarin het Zorginstituut zich aan de hand van de vigerende pakketcriteria uitspreekt over de mogelijke opname in het Zvw-pakket. Ik verzoek het Zorginstituut daarbij in zijn advies mee te nemen hoe effecten, in de zin van gepast gebruik van zorg en substitutie, van een mogelijke opname van fysiotherapie bij claudicatio intermittens gemeten kunnen worden. Gaarne ontvang ik het rapport van het Zorginstituut voor 1 april 2016. Ook verzoek ik het Zorginstituut in zijn advies aan te geven wat de budgettaire consequenties zijn van opname in het verzekerde pakket van de Zvw, daarbij rekening houdend met de besparing die voorkomt uit een verminderd gebruik van medisch-specialistische zorg, te weten vaatchirurgie. Met het oog op de noodzakelijke voorbereiding van de besluitvorming komend voorjaar over een eventuele pakketopname per 1 januari 2017, ontvang ik uw inzichten omtrent de budgettaire gevolgen graag zo vroeg mogelijk maar uiterlijk voor 1 maart 2016.

Daarnaast verzoek ik het Zorginstituut mij in een later stadium te adviseren of vergoeding uit het Zvw-pakket van de eerste behandelingen fysiotherapie bij artrose van knie en heup, reumatoïde aandoeningen en hernia met motorische uitval leidt tot substitutie van zorg en meer gepast gebruik van zorg. De rapporten over deze drie aandoeningen ontvang ik graag begin 2017.

Ook zou ik graag mede aan de hand van deze casus van het Zorginstituut een bredere beschouwing ontvangen over een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van de fysiotherapie in het Zvw-pakket. Staan de prikkels op de juiste manier om de meest gunstige uitkomst te krijgen. Ik denk daarbij ook aan de wetenschappelijke onderbouwing van langer doorbehandelen. Verder vraag ik specifieke aandacht voor de verkeerde prikkels die kunnen ontstaan door omdraaiing van het vergoedingensysteem (ipv de eerste 20 behandelingen zelf betalen, de eerste behandelingen vergoeden). Ik denk hierbij ook aan het risico dat behandelingen die mensen zelf kunnen betalen of die (door natuurlijk herstel) vanzelf overgaan, ten lasten van de zorgverzekering worden gebracht waardoor de zorg voor chronisch zieken zou kunnen worden verdrongen.



0
0
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1

Ook verzoek ik in deze analyse in te gaan op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om oefeningen te doen en andere aanwijzingen van de fysiotherapeut op te volgen, met het oog op een betere uitkomst van de fysiotherapeutische behandeling.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team B

Ik ontvang dit bredere rapport graag na de zomer van 2016.

Kenmerk
141126-852993-CZ

Ik zie uw rapporten met belangstelling tegemoet.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. ~~drs.~~ E.I. Schippers

Bijlage 2

De zogenoemde chronische lijst: bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Besluit zorgverzekering Geldend van 06-10-2016 t/m heden

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. [vervallen;]
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. [vervallen;]
 - 9°. [vervallen;]
 - 10°. [vervallen;]
 - 11°. [vervallen;]
 - 12°. [vervallen;]
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. [vervallen;]
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. Chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor COPD;
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;

- 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6°. claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
 3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
 4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
 5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
 6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
 7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

Bijlage 3

Historisch overzicht beperkende maatregelen fysio- en oefentherapie

De aanspraken fysio- en oefentherapie, zoals die in het Besluit paramedische hulp ziekenfondsverzekering 1974 waren geregeld, waren onbeperkt.

Eerste beperkende maatregel fysio- en oefentherapie per 1 januari 1996

In 1994 wilde het kabinet (Lubbers III) de aanspraken fysio- en oefentherapie beperken. Dit kabinet stelde drie mogelijkheden voor om tot de gewenste versobering te komen:

1. beperking van de aanspraken door de kosten van de eerste zes behandelingen ten laste van de verzekerden te brengen;
2. maximering van het aantal behandelingen (bijvoorbeeld tot 12 of 24);
3. invoering van een eigen bijdrage van 50% voor de eerste twaalf behandelingen.

Op basis van de adviezen van ZN en de Ziekenfondsraad concludeerde het volgende kabinet (Kok I) dat een zorginhoudelijke beperking de voorkeur verdiende boven door de het kabinet Lubbers III aangedragen mogelijkheden.

Het Kabinet Kok I beperkte de aanspraak op fysio- en oefentherapie werd beperkt door middel van invoering van de lijst 'Aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck' (zgn. chronische lijst).

Voor deze beperking werd een zogenoemd 2-clustermodel gehanteerd.

- Cluster 1: beperkt tot maximaal negen behandelingen fysiotherapie, oefentherapie of kinderfysiotherapie van de meer acute blessures en stoornissen aan het bewegingsapparaat, met eventuele verlenging met nog eens negen behandelingen oefentherapie of kinderfysiotherapie.¹
- Cluster 2: beperkt tot langduriger of intermitterende behandeling met fysiotherapie of oefentherapie van de zogenaamde 'chronische aandoeningen' met aanspraak op het noodzakelijke aantal behandelingen. Dit betreft de aandoening die zijn opgenomen op de zogenoemde chronische lijst.

De chronische lijst is samengesteld in overleg met onder meer: patiënten/cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, verwijzers en wetenschappelijke instituten. Startpunt voor de samenstelling was de basislijst chronische aandoeningen uit het NIVEL-rapport 'De omvang van fysiotherapeutische behandeling naar verschillende patiëntencategorieën'.

Aan de hand van een aantal criteria is bepaald welke aandoeningen uit deze basislijst op de chronische lijst die geldt voor vergoeding vanuit de basisverzekering zouden moeten komen staan.

Een aandoening werd op de lijst opgenomen wanneer sprake was van stoornissen die leiden tot beperkingen waarvan de verwachting was dat langdurige of intermitterende fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck leidt tot behoud van het functioneren of tot vermindering van de beperkingen (in elementaire bewegingsvaardigheden, persoonlijke verzorging (ADL) of mobiliteit). In dit criterium is rekening gehouden met het behandeldoel van de fysio- en oefentherapie dat zich richt op de gevolgen van een aandoening. Deze gevolgen worden beschreven in termen van stoornissen en beperkingen.

Aandoeningen werden NIET op de chronische lijst opgenomen als:

- de aandoening onvoldoende is af te grenzen;

¹ Per indicatie per kalenderjaar. Als reden voor de mogelijkheid om de eerste negen behandelingen kinderfysiotherapie uit te breiden met negen behandelingen werd aangevoerd dat behandeling met kinderfysiotherapie veelal is gericht op problematiek die samenhangt met de ontwikkeling van het kind en daarom in veel gevallen niet in negen behandelingen per jaar kan worden behandeld. Bovendien vergt in een aantal gevallen het betrekken van de ouders/verzorgers bij de behandeling of het instrueren van hen extra tijd.

- er een indicatie is voor intramurale fysiotherapie;
- de aandoening niet behandelbaar is met fysio- of oefentherapie;
- over de behandeling van de aandoening met fysio- of oefentherapie (nog) te weinig duidelijkheid bestaat;
- het gaat om een aandoening waarvoor kortdurende fysiotherapie of oefentherapie volstaat.

In de Ziekenfondswet was sprake van een toestemmingsvereiste.

Voor de voortzetting van fysiotherapie, oefentherapie of kindersfysiotherapie na de eerste negen behandelingen en voor het tot gelding brengen van de aanspraak op behandelingen van een zgn. chronische aandoening was voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vereist. De aanvraag om toestemming moest vergezeld gaan van een deugdelijke motivering van de verwijzende arts.

Betrof het bijvoorbeeld één van de specifiek benoemde aandoeningen op de chronische lijst, kon het ziekenfonds slechts toestemming geven als een specialist de diagnose had gesteld. Ging het om recidive van deze aandoeningen, dan kon de huisarts de hulp voorschrijven. Ging het bijvoorbeeld om 'status na opname in een ziekenhuis, verpleeginrichting of revalidatie-instelling, dan kon het ziekenfonds slechts toestemming geven als een specialist of verpleeghuisarts de hulp had voorgeschreven.

Als het ziekenfonds toestemming verleende, werd in de beschikking het aantal behandelingen vermeld of de periode waarvoor de toestemming gold.

Per 1 januari 2006 is fysio en oefentherapie direct toegankelijk geworden. In artikel 14, tweede lid van de Zorgverzekeringswet staat dat verzekeraars alleen verplicht zijn een verwijzing te vragen voor medisch specialistische zorg (acute zorg uitgezonderd). Voor wat betreft fysio- en oefentherapie kunnen zorgverzekeraars in hun verzekeringspolis bijvoorbeeld nog wel opnemen dat een verklaring van een (huis)arts nodig is, waaruit blijkt dat de verzekerde lijdt aan een van de aandoeningen genoemde op de chronische lijst.

Tweede beperkende maatregel fysio- en oefentherapie per 1 januari 2004

Vanwege de stijging van collectief verzekerde zorguitgaven, besloot het kabinet Balkenende II om per 1 januari 2004 bij de aanspraak voor verzekerden van 18 jaar en ouder de vergoeding van de eerste 9 behandelingen per aandoening uit te sluiten.

Derde beperkende maatregel fysio- en oefentherapie per 1 januari 2011

De financiële overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg over 2009 en 2010 leidde tot het besluit van het kabinet Balkenende IV dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder met ingang van 2011 de eerste 12 behandelingen van een aandoening van de chronische lijst niet in het basispakket zitten.

Vierde beperkende maatregel fysio- en oefentherapie per 1 januari 2012

In het Regeerakkoord VVD-CDA 'Vrijheid en verantwoordelijkheid' is opgenomen dat met ingang van 2012 voor verzekerden van 18 jaar en ouder de eerste 15 behandelingen fysio- en oefentherapie voor eigen rekening komen. Dat zijn de eerste 20 behandelingen geworden.

Daarnaast heeft de minister van VWS per 1 januari 2012 een aantal aandoeningen van de zogenoemde chronische lijst geschrapt, daartoe geadviseerd door het College voor zorgverzekeringen.²

² Rapport fysio- en oefentherapie – beoordeling aandoeningen chronische lijst, CVZ publicatie 299, mei 2011.

Op het terrein van het bewegingsapparaat betrof dit:

- wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
- reumatoïde artritis of chronische reuma;
- chronische artriden;
- spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
- reactieve artritis;
- juveniele (idiopatische) chronische artritis.

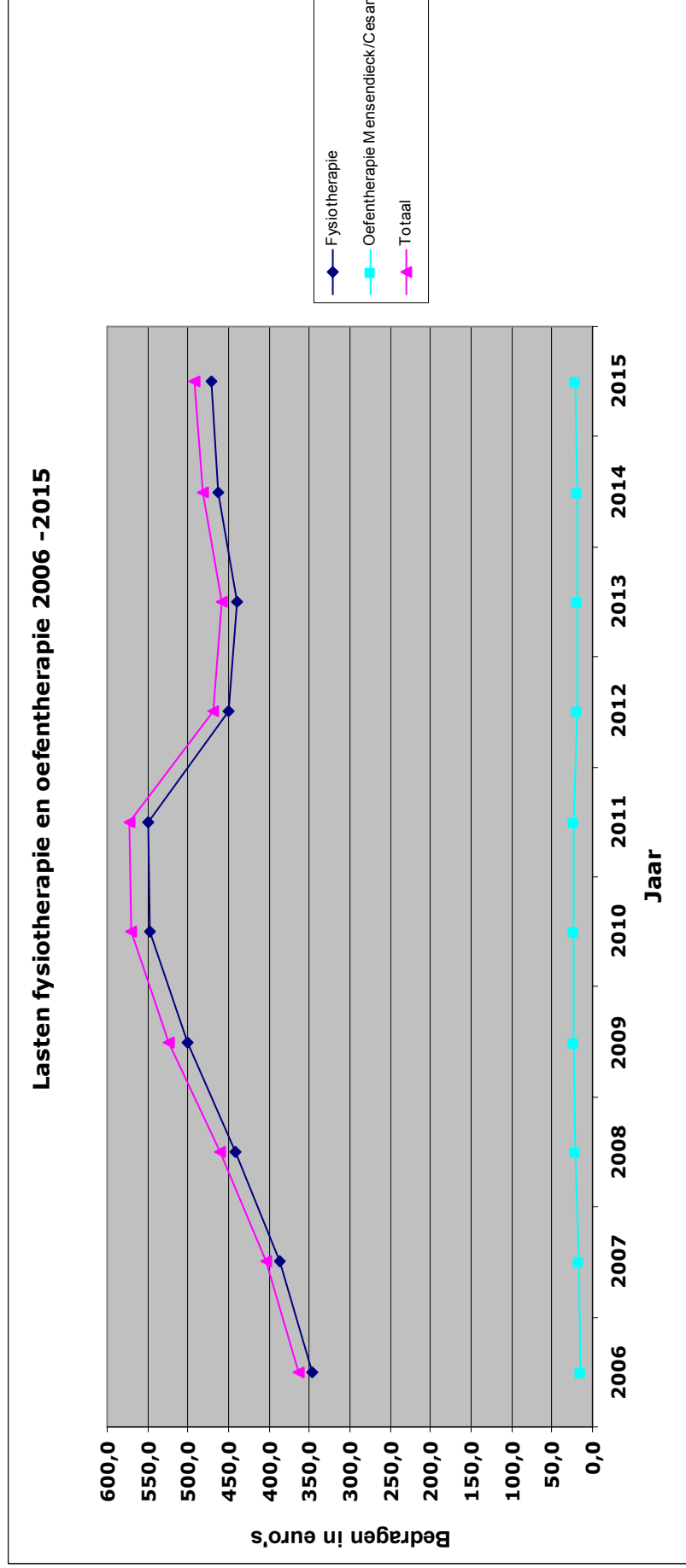
Op het terrein van de cardiale aandoeningen betrof dit:

- myocard-infarct;
- status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
- status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
- status na hartklepoperatie;
- status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen.

Bijlage 4

Kostenontwikkeling fysio- en oefentherapie 2006-2015

Lasten Fysiotherapie en Oefentherapie		Code	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Lasten incl. BP obv verschillende JS (1 = € 1 mln.)		ZIN	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Fysiotherapie		620	346,8	385,6	441,1	501,3	547,0	549,2	450,1	439,6	462,4	471,8
Oefentherapie Mensendieck/Cesar		621	15,8	17,1	20,2	22,3	23,7	23,5	19,9	19,1	19,7	20,2
Totaal			362,6	402,7	461,3	523,6	570,8	572,7	470,0	458,6	482,1	492,0



Bijlage 5

Bekostigingsmodellen, theoretische beschouwing – NZa, augustus 2016

Inleiding

In deze notitie worden, theoretisch, de gangbare bekostigingsmodellen besproken. De aanleiding is dat er door het Zorginstituut wordt nagedacht over een andere wijze van het bepalen van de aanspraak voor onder andere paramedische vakken. Een mogelijke andere wijze van aanspraak raakt ook de bekostiging. Zowel aanspraak als bekostiging zijn nu gekoppeld aan tijd of het een aantal zittingen. Mogelijk dat in de toekomst een andere keuze wordt gemaakt. Om voldoende achtergrond informatie te hebben worden in deze notitie de meest gangbare bekostigingsmodellen besproken. Daarbij worden de voor- en nadelen zoals die in de literatuur terug te vinden zijn bij elk van de modellen opgesomd.

De voor- en nadelen zijn toegespitst op de gewenste uitkomst van de bekostiging. De gewenste uitkomst is afgeleid van de 'triple aim' en wordt beoordeeld via vijf gewenste uitkomsten. Die uitkomsten zijn, net als een groot deel van de theoretische beschouwing, ontleend aan een rapport van iBMG over uitkomstbekostiging³.

Het gaat om de volgende uitkomsten:

- Kwaliteit
- Kostenbewust gedrag
- Coördinatie/substitutie
- Preventie
- Overig

De theoretische beschouwing staat in het teken van een advies over de doorontwikkeling van de bekostiging van de paramedische beroepsgroepen. Doel van de doorontwikkeling is het uniformeren van de bekostiging, het stimuleren van goede uitkomsten en het faciliteren van de bepaling van het verzekerde pakket.

Bekostigingsmodellen

Er zijn internationaal vier basisbekostigingsmethoden te onderscheiden. In de bekostiging van de Nederlandse zorg zijn die modellen in meer of mindere mate terug te vinden. In de onderstaande bespreking van de methoden zullen Nederlandse voorbeelden worden gegeven. Het gaat om de volgende vier methoden:

1. Bekostiging per zorgactiviteit (fee-for-service)
2. Bekostiging per zorgbundel per patiënt (bundled payment)
3. Bekostiging per zorgbundel per verzekerde (capitation payment)
4. Vast bedrag per periode (salaris of budget)

Voetnoot:

In de praktijk worden componenten van de verschillende bekostigingsmodellen gecombineerd gebruikt. Een voorbeeld is de huisartsenbekostiging waarin bekostiging via een aantal verrichtingen wordt gecombineerd met bundelbekostiging. De veronderstelling is dat mengvormen prikkels in evenwicht houden. "Een combinatie van retrospectieve bekostiging per zorgactiviteit en prospectieve bekostiging per verzekerde heeft de voorkeur boven het gebruik van één van beide methoden afzonderlijk omdat de prikkels tot onder- en overbehandeling elkaar neutraliseren"⁴.

Een theoretisch optimale bekostigingssystematiek bestaat uit twee bouwstenen:

1. Een integrale, multidisciplinaire basisbekostiging per verzekerde (populatiebekostiging)
2. Expliciete financiële prikkels voor goede kwaliteit via prestatiebeloning (pay-for-

³ iBMG- Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?, maart 2015, Dr. Frank Eijkenaar, Prof. dr. Erik Schut

⁴ iBMG- Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?, maart 2015, p. 33, Dr. Frank Eijkenaar, Prof. dr. Erik Schut

performance)⁵.

Mono- en multidisciplinair

Bij bekostigingsmethoden is het ook nog belangrijk om onderscheid te maken tussen monodisciplinaire- en multidisciplinaire bekostiging van zorg.

Er is sprake van monodisciplinaire zorg als er per praktijk of aanbieder bekostigd wordt. De paramedische bekostiging valt hier (grotendeels) onder.

Bij multidisciplinaire bekostiging is sprake als er meerdere typen aanbieders collectief worden bekostigd (bijvoorbeeld binnen de ketens diabetes en COPD).

Een voordeel van een gezamenlijke betaling aan een multidisciplinair samenwerkingsverband of organisatie is dat er prikkels bestaan voor goede coördinatie en substitutie van zorg.

Nadelen van ketenbekostiging zijn de transactie- en verrekenkosten en de daarbij optredende administratieve lasten. Een ander nadeel is dat de hoofdaannemer er (financieel) belang bij heeft om de onderaannemer tegen minimale kosten te laten werken. Dat kan ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.

1. Bekostiging per zorgactiviteit: Fee for service

Bekostiging per zorgactiviteit of per zitting. De meest eenvoudige en wereldwijd meest toegepaste bekostigingsmethodiek. Zorgaanbieders voeren afzonderlijke zorgactiviteiten uit (zoals een consult door een huisarts, een zitting door een fysiotherapeut, een MRI-scan door een radioloog etc.) en declareren het tarief bij de zorgverzekeraar of patiënt.

Voorbeelden van fee-for-service

- De gehele paramedie wordt volgens het fee for service principe bekostigd. Per zitting of per tijdperiode wordt geregistreerd en gedeclareerd. Ook de aanspraak is gekoppeld aan zitting (aantal) of tijd (uren).
- OZP's in de tweedelij
- Verrichtingen door de huisarts

Beoordeling:

- Kwaliteit. Deze bekostigingswijze heeft geen prikkel voor het leveren van goede kwaliteit omdat extra zorg vanwege gebrekkige kwaliteit gewoon in rekening kan worden gebracht. Er bestaat overigens ook geen prikkel voor bekribbelen op kwaliteit door uit financiële overwegingen niet de beste behandeling te geven.
- Kostenbewust gedrag. Deze bekostigingswijze bevat geen prikkel tot kostenbewust gedrag; er bestaan juist prikkels tot verlening van onnodig(e) (dure) zorg via verruimen en/of verschuiven van indicaties.
- Coördinatie/substitutie. Een nadeel van fee-for-service bekostiging is dat er geen prikkel bestaat voor doelmatige coördinatie met andere aanbieders (bijvoorbeeld in het kader van ketenzorg). Coördinatiewerkzaamheden worden niet beloond (is over het algemeen geen prestatie voor)
- Preventie. Er is geen prikkel voor preventie. Immers, hoe gezonder, hoe minder vraag er is naar zorg en hoe minder er gedeclareerd kan worden.
- Overige voor- en nadelen. Voordelen van een fee-for-service systeem zijn de eenvoud en de transparantie over de geleverde zorgactiviteiten.

2. Bekostiging per zorgbundel per patiënt

De essentie van bekostiging per zorgbundel per patiënt is dat er een indicatie wordt gesteld op basis van de diagnose of andere (patiënt) kenmerken en dat de betaling afhankelijk is van de indicatie. De bundel betreft een clustering van samenhangende zorgactiviteiten rondom een bepaalde diagnose of behandeling, zoals de diagnose/behandeling van beroerte, heupfractuur of diabetes. Voorbeelden zijn bekostiging op basis van Diagnosis-Related Groups (DRG's), de DBC-systematiek en de ketens voor chronische zorg in de eerstelij. Een verschil tussen de keten- en

⁵ iBMG- Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?, maart 2015, p. 8, Dr. Frank Eijkenaar, Prof. dr. Erik Schut

ziekenhuis-DBC's is dat keten-DBC's worden geleverd door een multidisciplinair samenwerkingsverband, terwijl ziekenhuis-DBC's gedeeltelijk monodisciplinair zijn. In de literatuur is geen eenduidigheid over of het DBC-systeem valt onder fee for service of onder bundels. Het bevat kenmerken uit beide systemen. Naar mijn oordeel zit het er tussenin. Dat kan overigens ook van het DRG-systeem gezegd worden. Eén enkele verpleegdag zorgt ervoor dat er een DRG mag worden vastgelegd.

Voorbeelden van bekostiging via bundels zijn:

- De diabetes prestaties die door de zorggroepen worden geleverd
- DBC's zoals de behandeling van een collum fractuur waarin diagnostiek, verpleging, operatie(s) en nazorg binnen één prestatie vallen.

Beoordeling:

- Kwaliteit. Of sprake is van een prikkel voor goede kwaliteit hangt af van de mate waarin de kosten van behandeling van complicaties en/of toekomstige gezondheidsklachten onder de bekostigde prestatie vallen. Vallen die kosten niet onder de bekostiging, dan bestaat juist een prikkel tot onderbehandeling binnen de betreffende zorgbundel. Een heropname of heroperatie valt meestal binnen de kosten van de DBC. Bij het DRG-systeem is, afhankelijk van het land, een heropname een nieuwe DRG.
- Kostenbewust gedrag. Een voordeel van deze bekostigingswijze is dat er een prikkel bestaat voor kostenbeheersing binnen de zorgbundel, bijvoorbeeld via doelmatige substitutie en goede afstemming van zorg. Er bestaat echter mogelijk ook een stimulans tot het stellen van meer en/of zwaardere indicaties dan nodig (upcoding), vooral wanneer er onduidelijkheid bestaat over de benodigde omvang van de zorg. Door een patiënt op te nemen kan een nieuwe DRG geregistreerd worden. Dit speelt bij DBC's in mindere mate omdat poliklinische zorg en dagbehandelingen in de bundel zijn inbegrepen, echter een verpleegdag zorgt bij conservatieve behandelingen wel weer voor een duurdere DBC. Voor operatief geldt dat niet.
- Coördinatie/substitutie. Een inherent nadeel van bekostigingsmethoden voor één type zorgaanbieder is dat goede coördinatie met andere zorgaanbieders niet wordt beloond en gestimuleerd. Dit is het geval bij de DRG's en de DBC-zorgproducten voor ziekenhuizen. Wel bestaat er een prikkel voor efficiënte substitutie en afstemming van zorg *binnen* de zorgbundel.
- Innovatie. Vanwege het prospectieve karakter (de bekostiging vindt vooraf plaats, dus niet op basis van werkelijke kosten van de individuele patiënt) bestaat er in vergelijking tot fee-for-service een grotere prikkel tot kosteneffectieve proces- en productinnovatie.
- Preventie. Net als een fee-for-service systeem biedt bekostiging per patiënt in principe geen prikkel voor preventie omdat er een positieve relatie bestaat tussen het aantal zorgbundels en de inkomsten.
- Overige voor- en nadelen. Een mogelijk nadeel is de stimulans tot het verschuiven van kosten die eigenlijk onder de zorgbundel vallen, naar andere zorgaanbieders. Een ander potentieel nadeel is de prikkel tot risicoselectie, ofwel het selecteren van patiënten met minder-dan-gemiddelde verwachte kosten binnen de onderscheiden prijsklassen van de betalingen per zorgbundel. Deze prikkel geldt vooral als patiënten binnen een zorgbundel sterk verschillen in zorgzwaarte. De prikkel tot risicoselectie neemt toe naarmate de zorgbundel betrekking heeft op meer zorgvormen en -kosten, en kan worden verkleind door de bundels zo goed mogelijk af te stemmen op specifieke patiëntengroepen. Een nadeel van een dergelijke verfijning is dat dit de mogelijkheden voor

3. Bekostiging per zorgbundel per verzekerde

Bij een betaling per zorgbundel per verzekerde ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag per persoon per periode voor een vooraf omschreven zorgpakket. Een

voorbeeld in Nederland is het inschrijftarief dat de huisarts ontvangt. Het verschil met bekostiging per patiënt is dat de bundel niet alleen bestaat uit activiteiten die zijn gerelateerd aan een specifieke diagnose en/of behandeling, maar uit een breder scala aan zorg (inclusief preventie). Ook voor patiënten die geen zorg afnemen ontvangt de huisarts het tarief. Of de bekostiging voldoende is in relatie tot de inspanningen die de aanbieder moet verrichten (voor het leveren van de zorg) is in beginsel voor risico van de aanbieder en zal per patiënt anders zijn. Als veel zorg wordt afgenomen is het niet kostendekkend, maar als een patiënt geen zorg afneemt, ontvangt de huisarts toch het bedrag.

Een voorbeeld van bekostiging per zorgbundel per verzekerde:

- Het inschrijftarief per verzekerde dat voor de basiszorg van de huisarts geldt

Beoordeling

- Kwaliteit. Een belangrijk nadeel van bekostiging per verzekerde is de prikkel tot het beknibben op kwaliteit, bijvoorbeeld door uit financiële overwegingen niet de beste (duurste) behandeling te geven.
- Kostenbewust gedrag. Bij deze bekostigingsmethode bestaat er een sterke stimulans voor kostenbeheersing met betrekking tot het geheel aan zorgactiviteiten dat onder de bekostiging valt, bijvoorbeeld via het voorkomen van onnodig(e) (dure) zorg en substitutie. Hoe meer zorgvormen onder de zorgbundel vallen, hoe sterker de prikkel tot kostenbewust gedrag.
- Coördinatie/substitutie. Zoals gezegd is een nadeel van bekostigingsmethoden voor een afzonderlijke discipline (zoals een huisarts) dat er geen prikkel is voor goede afstemming en samenwerking met ander type aanbieders. Dat geldt ook voor bekostiging per verzekerde als de zorgbundel monodisciplinair is.
- Innovatie. Bij deze bekostigingsmethode bestaat een sterke prikkel tot kostenbesparende innovatie; vanwege de prikkel tot onderbehandeling en beknibben op kwaliteit wordt kosteneffectieve innovatie niet noodzakelijk gestimuleerd. Hoewel het mogelijk is dat kostenbesparende en preventiegerichte innovatie positieve kwaliteits-/gezondheidseffecten heeft en kosteneffectieve innovatie dus niet is uitgesloten, biedt deze bekostigingswijze hiervoor geen garantie.
- Preventie. Van alle basisbekostigingsmethoden is de prikkel tot preventie het sterkst bij bekostiging per verzekerde. Immers, hoe beter erin wordt geslaagd de verzekerdenpopulatie gezond te houden, hoe lager het zorggebruik en de -kosten.
- Overige voor- en nadelen. Een belangrijk nadeel van bekostiging per verzekerde is dat er een prikkel bestaat tot risicoselectie en kostenverschuiving.

4. Vast bedrag per periode

Bij zowel een salaris als een budget is sprake van een vast bedrag per periode voor een vooraf bepaald takenpakket. Het verschil met bekostiging per verzekerde is dat er bij een salaris/budget geen sprake is van een afgebakende populatie waar de aanbieder verantwoordelijk voor is.

Beoordeling

- Kwaliteit. Voor zover salaris-/budgetverschillen tussen aanbieders niet samenhangen met prestaties qua kwaliteit is er geen prikkel voor een goede kwaliteit.
- Kostenbewust gedrag. In tegenstelling tot bij fee-for-service is bij een vast bedrag per periode sprake van een prikkel om zo min mogelijk vraag naar zorg te genereren omdat de betaling onafhankelijk is van de geleverde inspanningen
- Coördinatie/substitutie. Een vast bedrag per periode bevat geen stimulans voor een goede coördinatie van zorg en samenwerking.

- Innovatie. Een nadeel van een vast bedrag per periode is de afwezigheid van een prikkel tot kosteneffectieve innovatie. Wel bestaat er bij een budget een prikkel tot kostenbesparende innovatie omdat dat een grotere besparing op de vooraf vastgestelde betaling kan betekenen.
- Preventie. Hoewel er geen directe prikkel bestaat voor preventie, leidt het voorkómen van gezondheidsproblemen tot minder vraag wat leidt tot meer vrije tijd en een grotere besparing (die mogelijk deels ten gunste komt van de praktijk of organisatie). Onderbehandeling is echter niet uitgesloten omdat er geen prikkel bestaat voor een hoge arbeidsproductiviteit.
- Overige voor- en nadelen. Een voordeel van een salaris/budget is dat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars zekerheid geeft over de kosten van de zorg die onder de bekostiging valt. Bijkomend voordeel is dat de transactiekosten laag zijn ten opzichte van contractering in een netwerk. Nadelen zijn de beperkte transparantie in waar precies voor wordt betaald en het ontstaan van wachtlijsten.

Een voorbeeld van een vast bedrag per periode is:

- De wijze van bekostiging in de tweedelijns als er alleen een omzetplafond wordt afgesproken zonder nadere afspraken over kwaliteit en productie en kosten per prestatie

Bekostiging paramedische beroepen

Onderstaand schematisch een weergave van de wijze van bekostiging van de paramedische beroepen. Volgens het besluit zorgverzekering artikel 2.6 omvat paramedische zorg: fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. De kosten die paramedische zorgaanbieders bij de verzekeraar in rekening brengen, komen ten laste van het verplichte eigen risico (alleen voor de zorg die vanuit de basisverzekering wordt vergoed).

Paramedische sector	Bekostiging	Regulering	Zvw
Fysiotherapie & Oefentherapie	Per zitting	Vrije prijzen	<ul style="list-style-type: none"> • Tot 18 jaar: <ul style="list-style-type: none"> ○ behandeling van aandoeningen op de chronische lijst: de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn; ○ overige aandoeningen: maximaal 9 behandelingen voor dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoreikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; • Vanaf 18 jaar: <ul style="list-style-type: none"> ○ vanaf 21^{ste} behandeling van aandoeningen op chronische lijst: de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn; ○ bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie t/m de 9^e behandeling; ○ Claudicatio behandeling (vanaf 2017).
Ergotherapie	Per 15 minuten	Gereguleerd per 2017: gereguleerde prestaties en vrije prijzen.	Maximaal 10 uur per kalenderjaar
Logopedie	Per zitting	Vrije prijzen (per 2017)	Valt volledig binnen de Zvw
Diëtetiek	Per 15 minuten	Vrije prijzen	Maximaal 3 uur per kalenderjaar
Voetzorg (voor diabetici)	Per jaar obv zorgprofielen	Maximum tarieven	Valt volledig binnen de Zvw

Beoordeling huidige bekostiging paramedische beroepen

Zoals blijkt worden alle paramedische beroepen bekostigd via de 'fee for service' methode. In tijd, of per zitting ongeacht de tijd. Alle beroepen hebben gereguleerde prestaties en vrije prijzen. Ook de aanspraak sluit aan bij fee for service. Tijd of het aantal behandelingen is binnen de aanspraak gemaximeerd. Voetzorg (voor diabetici) heeft gereguleerde prestaties en tarieven (max/max). Het is niet gekoppeld aan een aanbieder. Het is zorg die huisartsen plegen te bieden, iedereen die bekwaam en bevoegd is mag deze zorg leveren. De NZa doet geen uitspraken over bekwaam en bevoegd. De zorgverzekeraars wel. Zij contracteren alleen de podotherapeut. Die achten zij bekwaam en bevoegd.

Bijlage 6

Inventarisatie aanspraak op fysio en oefentherapie in andere Europese landen

Inventarisatie

Onder contactpersonen van zusterorganisaties van het Zorginstituut in de andere Europese landen is een korte inventarisatie uitgevoerd van de aanspraak op fysio- en oefentherapie in de extramurale gezondheidszorg. Er zijn reacties verkregen uit 10 Europese landen: Frankrijk, Duitsland, Polen, Zwitserland, Griekenland, België, Tsjechië, Luxemburg, Finland en Letland. In deze reacties is niet aangegeven wat de overwegingen zijn geweest om tot bepaalde voorwaarden of beperkingen te komen.

Conclusies op basis van de verkregen informatie:

- In alle landen van waaruit een reactie is verkregen is fysiotherapie een zelfstandig te verzekeren prestatie. Bekostiging vindt meestal plaats per behandlesessie. Soms betreft de aanspraak 'revalidatie', waarbij alleen fysiotherapie of fysiotherapie in combinatie met andere interventies kan worden vergoed (Letland). In sommige landen vindt tariefdifferentiatie plaats op basis van complexiteit van de patiëntengroep.
- In sommige landen bestaan additionele bekostigingsmogelijkheden. Zo heeft Polen naast de aanspraak op vergoeding uit de nationale zorgverzekering de mogelijkheid tot bekostiging van een revalidatieprogramma voor werknemers die risico lopen op arbeidsongeschiktheid. In Finland bestaat naast de aanspraak op vergoeding vanuit de nationale zorgverzekering de mogelijkheid tot bekostiging van fysiotherapie als onderdeel van gemeentelijke openbare gezondheidszorg. In Frankrijk kan bij patiënten met een complex revalidatieprobleem fysiotherapie onderdeel uitmaken van een uitgebreider extramuraal revalidatieprogramma met dagbekostiging voor het gehele programma.
- In vrijwel alle landen is fysiotherapie alleen toegankelijk op verwijzing van een arts. Daarnaast is in sommige landen uitgebreide indicatie informatie vereist (Tsjechië, Luxemburg), is een herhaalde verwijzing bij langere behandelduur noodzakelijk (Griekenland, Finland) of is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig tenzij het aantal behandelingen onder een per aandoening vastgesteld maximum blijft (Frankrijk).
- Over directe of vrije toegankelijkheid wordt alleen in Frankrijk nagedacht.
- In enkele landen zijn er beperkingen in de aanspraak, vooral met betrekking tot het aantal behandlesessies en doorlooptijd van behandeling. Frankrijk en Duitsland hanteren richtlijnen voor frequent voorkomende aandoeningen, waarin een 'plausibel' maximum aantal zittingen gedurende een bepaalde periode is vastgesteld. Griekenland kent een vast maximum aantal zittingen (2 keer 10 zittingen per jaar), tenzij de patiënt tot één van de als complex beoordeelde patiëntencategorieën behoort. België heeft 3 categorieën van maximum aantal zittingen per jaar (18, 60 en 80) vastgesteld, die samenhangen met de ernst van de aandoening. Luxemburg heeft een lijst van behandelingen die voor vergoeding in aanmerking komen en kent een eigen bijdrage van de patiënt van 30% van de behandelkosten. In Finland komt 10-15% van de behandelkosten voor rekening van de patiënt.

Implicaties voor het systeemadvies fysio- en oefentherapie

De inventarisatie van de aanspraak op fysio en oefentherapie therapie in andere Europese landen geeft niet direct aanleiding om in het systeemadvies voor fysio- en oefentherapie bepaalde veranderingen voor de Nederlandse situatie voor te stellen. Het Zorginstituut acht het van belang dat onderzoek wordt gedaan naar andere bekostigingsmodellen, omdat met betrekking tot het model dat gebaseerd is op behandelzittingen veel knelpunten gesignaleerd is.

De beperkingen in de aanspraak op fysiotherapie in andere landen lijken niet te zijn ingegeven op criteria voor goede zorg zoals wij die in Nederland hanteren. Wellicht dat in de Franse en Duitse richtlijnen dergelijke informatie is opgenomen, maar de bruikbaarheid daarvan dient nader onderzocht te worden. Het Zorginstituut is van mening dat de indicatie voor fysiotherapie adequaat omschreven dient te zijn in kwaliteitsstandaarden en dat de juiste toepassing daarvan door middel van monitoring van kwaliteitsindicatoren inzichtelijk moet worden gemaakt. In het voorliggende advies willen we in een groeiscenario juist toewerken naar een hierop gebaseerd systeem met een open aanspraak op fysiotherapie, zonder beperkende voorwaarden vooraf met betrekking tot behandelduur en -omvang.

In ons advies is meegenomen dat wanneer in voldoende mate is onderbouwd en in kwaliteitsstandaarden is beschreven welke goede en effectieve zorg door de fysio- of oefentherapeut kan worden geboden bij een bepaalde indicatie, die zorg in de basisverzekering kan worden opgenomen.

Reimbursement of physiotherapy

Questions:

1. In your country do health insurers or (local) government authorities reimburse physiotherapy and remedial therapy as independent interventions (i.e., not as part of, e.g., recuperation treatment or a hospital admission)? If so, go to question 2.
2. Are conditions attached to the reimbursement of costs if so, which and why? Examples are requirements relating to the therapist's training and the proven efficacy of treatment, whether treatment complies with guidelines, only in response to a referral from, e.g., a GP or a specialist
3. Is reimbursement also subject to limiting conditions? If so, which and why? Examples are limiting reimbursement to certain groups of patients and the duration and frequency of treatment per patient group.

NAME	COUNTRY	Reaction	Question 2	Question 3
<p>Ursula Descamps Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) Mission Relation Internationales et Européenne et Coopération Responsable des Affaires Européennes Tel: 01 72 60 16 38 / 03 67 07 90 51 Mob : 06 81 12 05 95 ursula.descamps@crsm-strasbourg.cnamts.fr</p>	France	<p>Question 1 In order to reimburse physiotherapy by the health fund, patients need a medical prescription. Direct access for certain common conditions, which are regulated by guidelines, is under discussion.</p>	<p>Question 2 Physiotherapy needs prior authorisation from the health fund. For certain frequent conditions, the process was simplified: the national Union of Health Funds defined guidelines limiting the plausible number of sessions that can be reimbursed - these references are validated by the French HTA-Agency HAS. Up to the recommended number of session, the physiotherapists will be paid without prior authorisation. Additional sessions are possible, but have to be motivated by the physiotherapist.</p>	<p>Question 3 Office based physiotherapists are paid on a fee for service bases for every session. For certain complex conditions (after orthopaedic surgery, rheumatic disorders, pneumatic disorders and follow-up care after a hospitalisation) they might charge additional four euros per session. There are diagnostic and therapeutic acts; the classification is based on the type of disorder. Outpatient physiotherapy that is part of a complex rehabilitation program in rehabilitation centres, where the patient is taken care of over a longer time span (we call it "day hospitalisation"), is tariffed with a per diem lump sum (DRG).</p>
<p>Johannes Eisenbarth GKV-Spitzenverband Reinhardtstraße 28 10117 Berlin Tel.: 030 206288-4114 Fax: 030 206288-84114 johannes.eisenbarth@gkv-spitzenverband.de www.gkv-spitzenverband.de</p>	Germany	<p>In Germany, a physician can prescribe physiotherapy as a part of medical treatment. Physiotherapy is then provided by an independent physiotherapist. The Physiotherapist may only treat patients at the expense of the GKV on the basis of the doctor's prescription. The responsibility for appropriate execution of the physical therapy is ensured by the therapist, the medical and economic responsibility for the treatment of patients on the other hand lies with the doctor. In Germany, the doctor acts as a gatekeeper to almost all outpatient GKV-services.</p>	<p>The prerequisite for the supply of physiotherapy services is the medical prescription (see answer to question 1). Every panel physician is entitled to prescribe physiotherapy. Therapy may only be provided by authorized therapists or by employees of an authorized practice. Every trained therapist with a suitably equipped practice has the right to obtain authorization, as long as he recognizes the relevant contracts. The services that are part of physiotherapy are listed in the physiotherapeutic guidelines made by the federal joint Committee (https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/fz/). Extent and duration of the treatments as well as possible additional services as part of physiotherapy are described in the specifications of the federal guideline, which is being negotiated by the National Association of Statutory Health Insurance Funds and the Physiotherapeutic Associations according to § 125 Abs. 1 SGB V (https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heimliche/vereinbarungen_mit_heimlicheleistungbringern.jsp). Other services are not reimbursed.</p>	<p>Depending on the medical condition and medical status, the physiotherapeutic guidelines describe different standard-cases. A standard-case comprises specific physiotherapeutic treatments and the quantity and frequency of those physiotherapeutic treatments that are necessary to achieve the therapeutic goal. The extent of the standard-case does not necessarily have to be fully exploited. If necessary, prescriptions for additional treatments are possible, provided there is a therapeutic indication.</p>
<p>Anna Patek Social Insurance Institution (ZUS) International Cooperation Department Tel. 48 22 667 17 64</p>	Poland	<p>National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ) is the main institution financing the physiotherapy, and all other health benefits in Poland, with public funds coming, inter alia, from the public contributions for health insurance. The rehabilitation is financed independently of the National Health Fund, with funds from the Social Insurance Fund (FUS). The Social Insurance Institution (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ZUS) is a state institution dealing with the collection of social insurance contributions of citizens (pension, sickness, accident contributions) and with benefits distribution (pensions, sickness and maternity allowances). One of many tasks performed by ZUS, is to conduct medical rehabilitation within the framework of pension prevention. The rehabilitation is financed independently of the National Health Fund, with funds from the Social Insurance Fund (FUS).</p>	<p>The rehabilitation conducted by ZUS is intended for persons insured in ZUS, who are at risk of incapacity for work due to sickness or injury and at the same time there is a good prognosis as to restoration of their earning capacity after rehabilitation.</p>	<p>The rehabilitation is free for the insured persons. ZUS covers the total rehabilitation cost, including treatment (tests and medical consultations, physiotherapy, psychological therapy and other), accommodation, meals for all the day.</p>
<p>Andreas Schliesser Abteilung Grundlagen Resort Arzneimittel und HTA Projektleiter Medikamente Dr. rer. phil. Römerstrasse 20 4502 Solothurn Tel. +41 32 625 4287 Fax +41 32 625 41 51 andreas.schliesser@sanetsuisse.ch www.sanetsuisse.ch Blog: www.monseur-same.ch</p>	Swiss	<p>Yes – a medical prescription is required for reimbursement e.g. from a GP or a specialist. An individual person can agree on services financed out of pocket on a private basis. Please find enclosed the details for the services. The website of physioswiss can be consulted for more information regarding trainings etc. : http://www.physioswiss.ch/</p>	<p>Reimbursement is based on a tax points. The value is of a tax point is negotiated on a cantonal level between professional associations with the cantonal government for the validation.</p>	

<p>Reimbursement of physiotherapy</p> <p><i>Questions:</i></p> <p><i>1. In your country do health insurers or (local) government authorities reimburse physiotherapy and remedial therapy as independent interventions (i.e., not as part of, e.g., recuperation treatment or a hospital admission)? If so, go to question 2.</i></p> <p><i>If not: why not? What considerations played a role?</i></p> <p><i>2. Are conditions attached to the reimbursement of costs? If so, which and why?</i></p> <p><i>Examples are requirements relating to the therapist's training and the proven efficacy of treatment, whether treatment complies with guidelines, only in response to a referral from, e.g., a GP or a specialist</i></p> <p><i>3. Is reimbursement also subject to limiting conditions? If so, which and why?</i></p> <p><i>Examples are limiting reimbursement to certain groups of patients and the duration and frequency of treatment per patient group.</i></p>				
<p>Jenni Hämäläinen Suunnittelija / Planerare / International Affairs Counselor Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteistyö / Kontaktpunkt för gränsöverskridande hälsövård / Contact Point for Cross-Border Health Care Keila / FPA / Social Insurance Institution of Finland Tel. +358 50 551 7365 Email jenni.hamalainen@keila.fi www.hoitopalkkamallina.fi www.vardenhetsval.fi www.choosehealthcare.fi</p> <p>Finland</p>	<p>The Finnish National Health Insurance (NHI) scheme covers a share of the costs for examinations and treatments prescribed by a private doctor. To be covered the treatment must be medically necessary due to illness, pregnancy or childbirth. NHI is administered by Keila. Please note, that role of the NHI is more complementary within Finnish health care system as comprehensive public health care services are provided by municipalities and are available for all residents. Physiotherapy (therapeutic treatment and other physiological treatment) is reimbursed by Keila if care is given by a private/ self-employed registered physiotherapist or if care is given at an authorized institution (with the exclusion of physiotherapy organized and financed by municipalities - see above). Authorization for an institution may be given by either National Supervisory Authority for Health and Welfare (Valvira) or by Regional State Administrative Agency.</p>	<p>Persons can get state funded rehabilitation services (including physiotherapy) only with referral from general practitioner or other specialist. State funded physiotherapy includes treatment methods according Annex 16 of Regulations.</p>	<p>Physical therapies are carried out at the physical therapy practices of EOPYY, the State Hospitals, affiliated physical therapy practices, physical medicine and rehabilitation practices, in private clinic practices, upon referral by the treating doctor of a corresponding specialty.</p> <p>Physical therapy acts are performed only by physical therapist graduates in accordance with the provisions of L. 3325/2005.</p> <p>Physical therapy is reimbursed per session in which the physical therapy acts deemed necessary are performed.</p> <p>Insured persons, who need physical therapy acts, must have a referral issued every month for the same condition, listing the acts required per session.</p> <p>The issuance of a new referral for physical therapy for the same condition is only required after treatment completion.</p> <p>Referrals are issued only electronically and in the event of system failure they are handwritten. Their validation must take place within ten (10) days from the date of issuance and they must be carried out within sixty (60) days.</p>	<p>Greece</p>
<p>Rimma Beļikova Ārstniecības pakalpojumu departamenta Procesu un metodiskās vadības nodaļas Vecākā eksperte Tālrunis: +371 67 043 748 www.vimvd.gov.lv www.twitter.com/vimvd Cēsu iela 31. k-3, 6. ieeja, Rīga, LV-1012, Latvija</p> <p>Latvia</p>	<p>In Latvia physiotherapy is paid for patients with health related functional disabilities to facilitate restoration of physical and sensory capabilities.</p>	<p>Persons can get state funded rehabilitation services (including physiotherapy) only with referral from general practitioner or other specialist. State funded physiotherapy includes treatment methods according Annex 16 of Regulations.</p>	<p>Up to ten (10) sessions twice a year are justified and the compensation per session is set at fifteen (15) euros. Up to ten (10) sessions twice a year are justified and the compensation per session is set at fifteen (15) euros.</p> <p>There are certain groups of patients with extended limits in duration and frequency of treatment, such as:</p> <p>A. Insured persons who have recently undergone (within three months of the onset of the problem) a cerebral vascular accident (stroke) and have not been hospitalised in a Hospital's rehabilitation clinic or Recovery and Rehabilitation Centers (KAAs) or Physical medicine and rehabilitation programmes as outpatients at the KAAs or PM&Rs) and have not attended rehabilitation programmes as outpatients at the KAAs or PM&Rs) may be granted twelve (12) physical therapy sessions a month, according to the medical opinion of the Hospital or Clinic, to which the referral is attached and for up to six (6) months.</p> <p>B. Insured persons with mobility problems resulting from recent injury (within three months of the onset of the problem) to the spinal cord or head, multiple sclerosis, GULLAIN BARRÉ polyneuropathy, serious CNS diseases, who have not been hospitalised in a Hospital's rehabilitation clinic or Recovery and Rehabilitation Centers (KAAs) or Physical medicine and rehabilitation centers (PM&Rs) and have not attended rehabilitation programmes as outpatients at the KAAs or PM&Rs may be granted twelve (12) physical therapy sessions a month, according to the medical opinion of the Hospital or Clinic, to which the referral is attached and for up to six (6) months.</p>	<p>Greece</p>
<p>Panagiotis Paterakis</p>				

Reimbursement of physiotherapy

Questions:
 1. In your country do health insurers or (local) government authorities reimburse physiotherapy and remedial therapy as independent interventions (i.e., not as part of, e.g., recuperation treatment or a hospital admission)? If so, go to question 2.
 If not, why not? What considerations played a role?
 2. Are conditions attached to the reimbursement of costs, if so, which and why?
 Examples are requirements relating to the therapist's training and the proven efficacy of treatment, whether treatment complies with guidelines, only in response to a referral from, e.g., a GP or a specialist
 3. Is reimbursement also subject to limiting conditions? If so, which and why?
 Examples are limiting reimbursement to certain groups of patients and the duration and frequency of treatment per patient group.

c. Insured persons with multiple fractures, and those who have recently experienced (within three months of the onset of the problem) serious fractures, contracture and heterotopic ossification, who have not been hospitalized in a Hospital's rehabilitation clinic or Recovery and Rehabilitation Centers (KAAs) or Physical medicine and rehabilitation centers (PM&Rs) and have not attended rehabilitation programmes as outpatients at the KAAs and the PM&Rs may be granted twelve (12) physical therapy sessions a month, according to the medical opinion of the Hospital or Clinic, to which the referral is attached and up to two(2) months maximum.

The above are not reimbursed for the patients in cases a, b and c above who have been hospitalized in a Hospital's rehabilitation clinic or Recovery and Rehabilitation Centers (KAAs) or Physical medicine and rehabilitation centers (PM&Rs) or have attended rehabilitation programmes as outpatients in the above centers. In the above cases a, b and c, twelve (12) physical therapy sessions in a month can be performed at home and for up to six (6) months, with a reimbursement of twelve (12) euros a session on the conditions and according to the procedure set out above. For patients who have been hospitalized in the past in any kind of mental health unit, who do not attend or who have not been integrated in a mental health programme at the same time and require psychotherapy, may be granted up to four (4) psychotherapy sessions a month.

Normally, all physiotherapy treatments will be reimbursed if in accordance with the rules above (and some administrative rules - for example, the person must be insured). The amount of the reimbursement depends on multiple parameters, for the same reasons as mentioned above.

General parameters:
 - The number of treatments with the highest rate to be annually paid is limited, the reimbursement for the following treatments will be reduced. This amount is dependent on the pathological situation and the related need for physiotherapy. The limit can be at 18, 60 or 80. For heavy conditions all reimbursements are paid at the highest rate. If there will be a new pathological situation in the future a new "package" can be granted.

That reimbursement is linked to various criteria and the main reason for that is the aim to allocate the limited public resources as adequately as possible aiming at stimulating quality, the coverage of care needs and avoiding fraud.

General:
 - The provision must be provided by a qualified physiotherapist
 - The provision must be "physiotherapy". Except in some specific cases (eg. Manual lymphatic drainage) the repayment does not depend on the physiotherapy technique used. Some technologies do provide access to reimbursement, like sonotherapie, hippotherapie and acupuncture. Other techniques such as massage and ultrasound therapy may only be reimbursed if they are complementary and if they can not be applied exclusively

Heide Goethals
Adviseur
Dienst voor geneeskundige verzorging
Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
 Belgium

Reimbursement of physiotherapy

Questions:

1. In your country do health insurers or (local) government authorities reimburse physiotherapy and remedial therapy as independent interventions (i.e., not as part of, e.g., recuperation treatment or a hospital admission)? If so, go to question 2.
- If not: why not? What considerations played a role?
2. Are conditions attached to the reimbursement of costs? If so, which and why? Examples are requirements relating to the therapist's training and the proven efficacy of treatment, whether treatment complies with guidelines, only in response to a referral from, e.g., a GP or a specialist
3. Is reimbursement also subject to limiting conditions? If so, which and why? Examples are limiting reimbursement to certain groups of patients and the duration and frequency of treatment per patient group.

- Place of the treatment: the treatment is stimulated to take place in the practice room (in stead of at home), as there the conditions (material, space, etc) are better for a high quality treatment. Therefore, the reimbursements for treatments at home is slightly lower.

- If the physiotherapist does not want to be connected to the fixed rates, than the fee is lower. In this way the physiotherapists are stimulated to make that commitment, which increases the rate security for the patient and avoids higher health care costs for the patient.

- The reimbursement does not depend on the degree of specialization of the physiotherapist. For example, in the past some complete Physiotherapy educations lasted three years and some four years, this has no impact on the reimbursement.

The duration of the personal involvement of the physiotherapist plays a role (eg. a minimum duration of 10 minutes)

- The treatment must be prescribed by a doctor

- Also, the location of provision plays a role. The possibilities are various but eg. Physical therapy at the office is not reimbursed. Physiotherapy in institutions (eg for the elderly) is sometimes reimbursed through a flat-rate funding of the institution, but there is no separate fee for the physiotherapy given.

Aim of the treatment has to be stated on the indicating document which is used for invoicing to the health insurance fund as well. The physician has to state what he/she expects from the treatment (e.g. stance stability increase, movement stereotype modification, muscle strength increase etc.). The request has to be in line with generally accepted principles of physiotherapy or occupational therapy. Unambiguous specification of the procedure has to be stated when prescribing the physiotherapy. Time limit in minutes and total number of procedures has to be stated. Indication has to contain a recommended process – at least the name, technique, and method, part of the body or location of application. If appropriate more detailed specification, taking into account the aim that should be achieved, shall be indicated

Normally the patients have to bear 30% of the costs of the treatment. Treatments for patients under the age of 18 are free of charge. It's the same for some treatments of chronic or long term diseases such as manual lymphatic drainage, neuromuscular reeducation, cardiac rehabilitation

After each 8 sessions another medical prescription is normally required. But for some long term treatments the practitioner can also prescribe a larger amount of sessions.

Please find the link to our rules <http://www.cns.lu/7p=121&lm=2,0,08;lp=124> (articles 54-60)

Adam Ander
lawyer
Kancelář zdravotního pojištění | Health Insurance Bureau
Liaison body of the Czech Republic
for sickness benefits in kind
nám. W. Churchillia 1800/2
CZ-13000 Praha 3
Tel.: +420 236 033 412

Czech

Sonja TRIERWEILER
Département Coordination Juridique
Chef de Département
Tél.: (+352) 2757 - 4661. Fax: (+352) 49 83 32
www.cns.lu – 125, route d'Esch – L-2980 Luxembourg

Luxembourg
physiotherapy

Luxembourg's health insurance company "CNS" reimburses independent physiotherapy on medical prescription if the treatment exists in our list of reimbursed services (http://www.cns.lu/files/listepos/Tarifs_kin_012015.pdf) The medical prescription must contain some information (the diagnosis, the scheduled treatment, the number of sessions and the weekly frequency of the sessions).

Consultatie reactie systeem advies fysio- en oefentherapie ZiNL

Een balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg raakt ons allen. Met de toename van de vergrijzing, multi-morbiditeit en toename van zorg consumptie is het goed om de aanspraak fysio- en oefentherapie tegen het licht te houden zoals in dit advies gebeurt.

Vanuit de visie van het Keurmerk Fysiotherapie is het in deze situatie voorwaardelijk om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken aan de hand van de uitkomsten van de zorg. De systematiek van het Keurmerk Fysiotherapie is mede daarop ingericht en hoopt daarmee in de komende jaren te kunnen bijdragen aan optimale, effectieve en betaalbare zorg.

Vanuit deze visie zouden wij graag een poortwachtersrol voor de fysiotherapeut zien op het gebied van de beweegzorg naast de huisarts. Deze beweging is al in gang gezet door de diverse opleidingen tot Extended scope specialist anderhalvelijns fysiotherapie (ESP). De ESP kan door taakherschikking binnen het musculoskeletale domein een positieve bijdrage leveren aan doelmatigheid, kostenefficiëntie en kwaliteit van zorg. Een verschuiving van de regie van de beweegzorg in de eerste lijn naar de Fysiotherapie zal op korte termijn de kwaliteit van de zorg verhogen en de kosten verlagen. Een voorwaarde hierbij is wel dat er voldoende transparantie geboden wordt middels duidelijke uitkomsten van zorg.

Advies over enkele specifieke aandoeningen

De minister heeft ook advies gevraagd over eventuele opname van de eerste behandelingen fysio- en oefentherapie in de basisverzekering bij enkele specifieke aandoeningen (claudicatio intermittens, artrose aan heup en knie, reuma en hernia met motorische uitval). Als opmerking willen wij hierbij maken dat:

1. Claudicatio is al opgenomen in het basispakket. Een goede monitoring van kosten en opbrengsten is hier van belang.
2. Artrose aan heup en knie. De diagnose artrose aan heup en knie is niet onderscheidend tussen patiënten en vaak aanwezig zonder dat er een causale relatie is met de ernst van de beperking in activiteiten. Iedereen krijgt uiteindelijk artrose. Opname van deze diagnose in het basispakket zonder aanvullende criteria zal leiden tot onduidelijkheid en overbehandeling. Beter onderscheidende criteria zijn daarom noodzakelijk.
3. RA is op verwijzing van de reumatoloog mogelijk een aandoening die zou kunnen vallen onder 'ernstige handicap' waarvoor fysiotherapie in de basis zonder eigen kosten vergoed zou kunnen worden. Duidelijke start- en stopcriteria zullen moeten worden geformuleerd op basis van wetenschappelijke evidentie.
4. Hernia moet veranderd in radiculair syndroom, en dan vervolgens juist niet op motorische uitval; dit is bij progressief verloop een indicatie voor een verwijzing naar de neuroloog. Radiculair syndroom zou wel vergoed moeten worden, maar dan zonder deze toevoeging.

3. Knelpunten in de huidige regelgeving

De gestelde knelpunten op het gebied van goede zorg zijn een weergave van de realiteit in de praktijk. Opvallend is echter dat in de 3 pijlers van de aanpak van de knelpunten de relatie tussen paragraaf 3.2 en 3.3 niet genoemd wordt. Daar waar door fysiotherapeuten een knelpunt wordt geconstateerd in het leveren van goede zorg en een gebrek aan toegankelijkheid van de zorg, worden oplossingen gevonden die in paragraaf 3 als knelpunten worden geformuleerd. Aanpak van de knelpunten in paragraaf 3.2 zou de belangrijkste pijler moeten zijn voor de knelpunten in paragraaf 3.3.

Zo valt paragraaf 3.2.2 niet onder de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut, en dat zou ook niet moeten gebeuren. Daarom is de gegeven oplossing 'meer kennis en opleiding' ook van ondergeschikt belang. Zorg voor een duidelijk systeem en informatieverstrekking door de financier, en houdt de relatie tussen zorgverlener en patiënt helder en gericht op het primaire proces. Specifiek voor paragraaf 3.3 geldt dat duidelijke maar ook logische en zinvolle regelgeving aanwezig dient te zijn alvorens over te gaan tot opleiding van fysiotherapeuten en informatieverstrekking aan patiënten.

4. Nieuwe balans

Wij zien de geschetste uitgangspunten als wenselijk, maar missen een voldoende concrete uitwerking van de overgangsfase. Een goede uitwerking van dit overgangsscenario zou de omkering van het pakket kunnen zijn: de eerste 20x wel vergoed conform de Zvw, de rest niet, in tegenstelling tot de huidige situatie waarin de eerste 20 niet worden vergoed maar er voor de rest van het leven onbeperkt aanspraak kan worden gemaakt op fysiotherapie.

Daarnaast missen wij voldoende nadruk op het meten van substitutie. Een optimale opname van fysiotherapie zal de kosten voor fysiotherapie substantieel doen stijgen, terwijl de kosten van de gezondheidszorg in haar geheel met een veelvoud zullen dalen. Wordt deze besparing niet vastgelegd dan is het scenario voorspelbaar; ondanks de besparingen zullen uitgaven aan fysiotherapie opnieuw worden beperkt met nadelige gevolgen voor patiënt, therapeut en maatschappij. Ons advies is om op voorhand al vast te stellen op welke wijze besparingen in de gehele zorgketen zullen worden geregistreerd.

5. Randvoorwaarden: goede zorg

Wij herkennen ons in de genoemde randvoorwaarden, maar hebben daarbij nog wel enige aanvullingen/opmerkingen:

- Een gemeenschappelijke visie, commitment en ambitie van de betrokken partijen is weliswaar uitermate bevorderlijk voor het resultaat, maar kan vanwege de verschillende primaire belangen als een struikelblok in de voortgang fungeren. Wij zien daarom een sterke rol van het ZiNL als wenselijk in het doen slagen van dit proces.
- Een grote zorg betreft de wijze waarop de kwaliteitsstandaarden leidend zullen zijn voor de inkoop van zorg. Hoe zinvol ook, een kwaliteitsstandaard blijft in de huidige vorm een procesbeschrijving. In de nieuwe kwaliteitsstandaarden zal de nadruk op uitkomsten moeten liggen terwijl de procesbeschrijving als hulpmiddel gebruikt dient te worden. Het risico dat we in een volgende procesmeting belanden is niet gering.
- Wij missen in het monitor en registratiesysteem het expliciet benoemen van de gevolgen van substitutie van zorg, zowel in financiële als kwalitatieve zin. Deze afweging kan ook worden opgenomen in de criteria voor een kwaliteitsstandaard (paragraaf 5.2.2).
- In de box onder paragraaf 5.2.2 betreffende de ICF willen wij opmerken dat de ICF geen model is, maar een classificatie. Om onduidelijkheid te voorkomen kan beter gesproken worden van prognostische profielen beschreven in ICF terminologie. Bovendien geven prognostische profielen een veel betere mogelijkheid effecten van behandelingen te meten en te vergelijken. Prognostische profielen zijn feitelijk de oplossing voor het diagnosecoderingsysteem.
- De fysiotherapie is als beroepsgroep al jaren koploper in het ontwikkelen van richtlijnen. De kwaliteitsstandaarden lijken een logische doorontwikkeling/vertaling van bestaande richtlijnen te kunnen zijn.
- Logischerwijs zullen kwaliteitsstandaarden moeten worden opgesteld door inhoudelijk deskundigen. De fysiotherapie beschikt inmiddels over tientallen hoogleraren en lectoren. Deze zullen ingeschakeld moeten worden om de kwaliteitsstandaarden te beschrijven.
- Ontwikkelen kwaliteitsstandaarden, patiënten informatie, (nieuwe) meetinstrumenten en al wat dies meer zij gaat nogal wat kosten. Over financiering wordt (nog) niet gesproken. Het is goed om dit in een volgende fase te concretiseren.
- Het groeiscenario zou ook omgedraaid kunnen worden: direct de eerste 20 behandeling in het pakket en de rest eruit. Dat is overzichtelijker, gemakkelijker en komt veel meer tegemoet aan wat gevoelsmatig logisch en eerlijk is.
- Spondyloartritis en artrose dienen verder omschreven te worden, de diagnose is niet specifiek en onderscheidend genoeg.
- Binnen ons bestuur is draagvlak om het ingeslagen pad verder te gaan.
- Wij zijn bereid om deel te nemen of te zorgen voor deelneming in zowel de verdere ontwikkeling van zowel de grote lijn als de specifieke kwaliteitsstandaarden. Een en ander is wel afhankelijk van de randvoorwaarden (frequentie, duur en financiën).

6. Randvoorwaarden: toegang tot goede zorg

Keurmerk fysiotherapie is van mening dat het groeiscenario vooral moet bestaan uit het inzichtelijk maken van uitkomsten van zorg door transparante en zuivere data. Een overgangsfase kan worden ingevuld door de omkering van het aansprakenpakket. Bij voorkeur op het niveau van prognostische profielen zullen uitkomsten moeten worden bekeken (patiënttevredenheid, functionele verbetering en kosten) en moeten worden afgezet tegen kosten in andere sectoren van zorg (tweedelij) of zelfs kosten op ander gebied (denk aan arbeidsongeschiktheid, of opname in verpleeghuis omdat zelfstandig wonen niet meer mogelijk is). Voor enkele profielen zullen al in 2017 dergelijke trajecten starten, andere zullen volgen en bij toename -en zuiverheid- van data zullen de resultaten en daarmee dus de effectiviteit steeds zichtbaarder worden. In samenwerking met de overige veldpartijen (patiënten en zorgverzekeraars) zullen de resultaten geanalyseerd worden en keuzes gemaakt worden voor bekostiging, alsook opname in basisverzekering. De solidariteit zien wij daarin als belangrijkste factor en we denken mede daarom dat behandelingen van kinderen en mensen met een ernstige functionele beperking hoe dan ook vanaf behandeling 1 in de basisverzekering opgenomen dienen te worden.

Wat betreft de randvoorwaarden zijn wij ook hier van mening dat de rol van de fysiotherapeut vooral die van poortwachter van de beweegzorg zou moeten zijn en dat deze daarom schakel zou moeten zijn voor de patiënt tussen voldoende beweeg- en sport advies (nulde lijn; sportinstructeurs, bewegagoog, buurtcoach etc.) en het inzetten van aanvullende onderzoeken en ingrepen in de tweedelij (orthopeden, sportarts). Het tussengebied is kerntaak van de fysiotherapeut en daarmee is deze daar ook verantwoordelijk voor. Met de Extended scope, de wet BIG en de kwaliteitsregisters is de bevoegdheid op orde, de betaalbaarheid zal beter te monitoren zijn om de fysiotherapeut ook daadwerkelijk de regie op beweegzorg te geven.

De vragen ten aanzien van evaluatie onderschrijven wij, al zou wat ons betreft de transparantie van de zorgaanbieders geen vraag maar een verplichting moeten zijn (ten aanzien van Keurmerk fysiotherapeuten kunnen we hier nu al aan voldoen). Een aanvullende vraag zou moeten zijn wat de resultaten zijn van de behandeling op zowel patiënttevredenheid als op verbetering in functioneren. Ook dient per aandoening in kaart te worden gebracht wat de kosten zijn en de (geschatte) kostenbesparing.

Wij zien de rol die wij hierbij vervullen vooral in het delen van uitkomsten van data op hoog niveau en meedenken met het maken van pakket keuzes.

7. Betaalbaarheid

Keurmerk heeft een bewuste keuze gemaakt om het monitoren van substitutie van zorg mogelijk te maken door data van patiënten pseudoniem (i.p.v. anoniem) te verzamelen middels de PVM van ZorgTTP. Hiermee is de patiënt binnen de keten te vinden en te volgen, ook behandelingen van andere zorgverleners in de eerstelij, waardoor de totale kosten per patiënt inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Ook door het genereren van grote hoeveelheden transparante data kunnen kosten per aandoening beter inzichtelijk worden gemaakt en uiteindelijk zelfs per aandoening worden ingekocht of begrensd.

De door het Zorginstituut voorgestelde bekostigingsmodellen per zorgbundel zou voor de beweegzorg makkelijker worden als de regie van de beweegzorg in zijn geheel bij de fysiotherapeut zou komen te liggen. Dan kan er een vergelijkbaar systeem als bij de huisarts worden ontwikkeld. Wij zouden voorstander zijn van het starten van pilots hiermee in diverse gezondheidscentra in het land.

De vragen t.a.v. het evaluatie onderzoek onderschrijven wij en als extra vraag zouden wij willen voorstellen de verschillen in uiteindelijke uurloon van fysiotherapeuten mee te nemen in de berekeningen, zeker ook als in bovengenoemde bekostigingsmodellen wordt onderzocht.

Keurmerk zou hierbij een adviserende rol willen innemen.



Reactie VRA op Consultatievragen systeemadvies Fysio en Oefentherapie.

Hoofdstuk 3: inventarisatie knelpunten

Consultatievragen :

- *Herkent u de knelpunten rondom de te verzekeren prestatie en de bekostiging die wij in dit hoofdstuk op hoofdlijnen hebben genoemd.*
- *Mist u knelpunten die naar uw oordeel een structureel karakter hebben?*

VRA: De VRA herkent een aantal knelpunten die beschreven zijn onder het kopje goede zorg. Deze knelpunten zorgen er tevens voor dat er een vraag ontstaat (substitutie) naar relatief duurdere wel verzekerde zorg zoals Medisch Specialistische Revalidatie. Deze vraag is dan niet terecht omdat de complexiteit ontbreekt voor het toepassen van b.v. interdisciplinaire revalidatie zorg. Tevens komt afzien van zorg veel voor, waardoor de klachten een chronisch karakter kunnen krijgen. Lang niet iedereen is aanvullend verzekerd en juist deze mensen hebben vaak niet de middelen om 20 behandelingen uit eigen zak te betalen.

Ook worden stepped care initiatieven belemmerd door de beperkingen in financiering van de eerste lijn FT. De mogelijkheid tot stepped care wordt in twee richtingen belemmerd: zowel het stapsgewijs opschalen van therapeutische zorg als het stapsgewijs terugbrengen van zorg (1^e lijns therapie in aansluiting op revalidatie).

Hoofdstuk 4: een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg

Consultatievragen:

- *Bestaat er in uw organisatie bestuurlijk draagvlak voor het geschetste toekomstbeeld, dat uitgaat van een nieuwe balans tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid daarvan?*

VRA: Er bestaat bij het bestuur van de VRA draagvlak voor het toekomstbeeld van een nieuwe balans tussen toegang tot zorg door fysio- en oefentherapeut enerzijds en betaalbaarheid anderzijds. Echter, om beheersbaarheid van de kosten te garanderen, lijkt het gewenst een groeiscenario te volgen waarbij de bekostiging van fysio- of oefentherapie voor bepaalde (groepen van) aandoeningen beschikbaar komt vanuit de basisverzekering, maar gekaderd door de genoemde kwaliteitsstandaarden.

- *Herkent uw organisatie de gegeven uitwerking van de 'pijlers' onder deze toekomstvisie en onderschrijft zij de activiteiten die nodig zijn voor een goede invulling daarvan?*

VRA: De geschetste pijlers worden door de VRA herkend en onderschreven: het ontwikkelen van zorg- of kwaliteitsstandaarden met daarin ook de na te streven uitkomsten van de zorg en bij voorkeur ook normatieve aantallen behandelingen (uiteraard met een zekere bandbreedte) voor bepaalde (groepen) aandoeningen is van groot belang.

De keuze voor artrose van heup en knie, reuma en hernia met motorische uitval lijkt vrij willekeurig gekozen. De keuze voor gesuperviseerde claudicatio is een gevolg van beschikbaar gekomen wetenschappelijke evidentie. Maar deze bestaat lang niet voor alle aandoeningen en hun behandeling.

De keuze voor aandoeningen die achtereenvolgens volgens een groeiscenario voor bekostiging vanuit de basisverzekering in aanmerking komen moet o.i. op pragmatische gronden en op de thans beschikbare wetenschappelijke evidentie gemaakt worden door zorgaanbieders, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties (lieft op landelijk niveau) en ziektekostenverzekeraars.

- *Welke rol gaat uw organisatie daarbij oppakken?*

VRA: De VRA heeft reeds het initiatief genomen om met de KNGF te praten over een Pilot waarbij de ketenzorg rond CVA patiënten geregeld kan worden naar de eerste lijn toe. Hiervoor zullen tevens kwaliteitsstandaarden voor FT ontwikkeld worden. De VRA kan daarbij helpen. Dit geldt natuurlijk ook voor andere diagnosegroepen.

- *Onderschrijft uw organisatie dat er een overgangperiode noodzakelijk is waarin het geschetste groeiscenario zich kan voltrekken?*

VRA: Ja, dit zal enige tijd in gaan nemen. Er zal dus een tussenvorm gevonden dienen te worden.

Hoofdstuk 5: Goede zorg Randvoorwaarden en groeiscenario

Consultatievragen:

- *Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'goede zorg'?*

VRA: De randvoorwaarden voor goede zorg worden ook door de VRA herkend. Die zijn namelijk ook geldig voor de Medisch Specialistische Revalidatie. De VRA heeft echter geen compleet of duidelijk beeld hoever de KNGF hiermee al is. Wij nemen aan dat er al diverse kwaliteitsstandaarden zijn ontwikkeld. Op dit moment is er, voor zover ons bekend, nog geen sprake van stop- of startcriteria, hetgeen betekent dat ook deze ontwikkeld moeten worden. Echter er dient zeker rekening gehouden te worden met het feit dat fysiotherapie een zeer breed palet van diagnosegroepen en dientengevolge behandelingen beslaat. Het zal dus niet makkelijk zijn dit gehele veld met standaarden te dekken.

Tevens lijkt het uitgaan van het ICF natuurlijk een oplossing maar stelt o.i. de KNGF direct voor het probleem dat dit een nieuw veld is om kwaliteitsstandaarden in te ontwikkelen.

Dat houdt o.i. in dat er intussen op een meer pragmatische manier gestart moet worden met het bekostigen van delen van de te verlenen zorg op basis van criteria die nu al geformuleerd kunnen worden (bestaande wetenschappelijke evidentie, kosten-batenanalyses e.d.), zoals dat ook voor bekkenfysiotherapie gedaan is.

- *Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario om te komen tot 'goede zorg'?*

VRA: Ja

- *Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'goede zorg' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?*

VRA: Jazeker: dit initiatief hebben wij reeds genomen. Stepped Care dient ontwikkeld te worden.

Diagnose(groepen) waar stepped care wenselijk en haalbaar is en waarbij de thans bestaande regelgeving aantoonbaar tot een belemmering voor goede ketenzorg leidt verdienen hierbij prioriteit.

Aanvullende voorbeelden zijn rugklachten (stepped care vooral van 1^e lijn naar 2^e lijn), nabehandeling van handletsel-patiënten (stepped care vooral van 2^e lijn naar 1^e lijn), e.a.

- *Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?*

VRA: Wij willen graag meedenken in dit traject en samen met de KNGF pilots opstellen t.a.v. verschillende ketenzorg voor diagnose groepen. Financiering voor dergelijke kwaliteit verbeterende trajecten om vorm te geven aan stepped care is daarbij onontbeerlijk.

Hoofdstuk 6: toegang tot goede zorg; Randvoorwaarden en groeiscenario

Consultatievragen:

- *Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'toegankelijkheid'?*

VRA: Ja, die herkent de VRA; Daarbij dient opgemerkt te worden dat deze toegankelijkheid op dit moment verre van optimaal is. Ook revalidatieartsen worden geconfronteerd met het uitstellen of beperken van adequate fysio-of oefentherapeutische zorg door patiënten i.v.m. de kosten.

Patiënten die in de eerste lijn behandeld zouden kunnen worden, kunnen (of willen) dat niet altijd betalen en komen (in een aantal gevallen) dan via de huisarts bij de revalidatiearts met het verzoek tot medisch specialistische revalidatie. Deze is zeker niet geïndiceerd wanneer de behandeling ook even doelmatig in de eerste lijn kan plaatsvinden.

- *Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?*

VRA: Ja

- *Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'toegankelijkheid' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?*

VRA: ja, hoewel de VRA voor zichzelf hierin niet echt een rol ziet, behalve wellicht als klankbord.

- *Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?*

VRA: zie hierboven.

- *Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie?*

- *Welk rol wil uw organisatie in dat evaluatieonderzoek vervullen?*

VRA: De VRA onderschrijft de noodzaak voor evaluatieonderzoek maar ziet hierin geen rol voor haar eigen organisatie weggelegd.

Aanvullende vragen voor de evaluatie kunnen zijn:

-zijn er heldere afspraken over (door- of terug)verwijzing naar andere zorgverlener?

-is er inzicht in de kosten/baten verhouding van de geleverde zorg?

-is er een vergelijking mogelijk tussen de eerder voor deze diagnose(groep) gemaakte kosten en de kosten die gemaakt worden nadat bekostiging vanuit de basisverzekering mogelijk is gemaakt?

-is er inzicht in het gemiddelde aantal behandelingen voor de desbetreffende aandoening?

-zijn er gegevens bekend over benchmarking?

-zijn er 'best practices' bekend voor deze diagnose(groep)?

- *Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?*

VRA: Ja, geen verdere suggesties

Hoofdstuk 7: Betaalbaarheid; Randvoorwaarden en groeiscenario

Consultatievragen:

- *Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor ‘de betaalbaarheid’?*
- *Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?*
- *Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor ‘betaalbaarheid’ van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?*
- *Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?*
- *Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie?*
- *Welke rol wil uw organisatie tijdens het evaluatieonderzoek vervullen?*
- *Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?*

VRA:

Het bestuur van de VRA herkent zich in de genoemde randvoorwaarden. Het bestuur zet wel vraagtekens bij de haalbaarheid van e.e.a. Immers, bij het vooralsnog grotendeels ontbreken van kwaliteitsstandaarden, kosten-batenanalyses en wetenschappelijke evidentie zullen andere afspraken gemaakt moeten worden om de kosten beheersbaar te houden en dit lijkt onvermijdelijk een administratieve belasting te zullen geven.

De VRA ziet geen rol voor zich weggelegd bij het invullen en onderbouwen van het groeiscenario voor betaalbaarheid. Dit zal grotendeels een invulling van de beroepsbeoefenaren en hun wetenschappelijke vertegenwoordigers moeten zijn.

De VRA steunt uw voornemen om te kijken of alternatieve bekostigingsmethoden wellicht meer geschikt zijn voor een juiste verhouding tussen betaalbaarheid en rechtmatigheid, zgn. ‘value for money’. De gestelde vragen lijken ons relevant en correct; aanvullende vragen op het gebied van betaalbaarheid zijn reeds geformuleerd in de antwoorden in hs. 6.

Aan
Zorginstituut Nederland

Van
Directie regulering

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

Onderwerp
consultatiereactie systeemadvies fysio- en oefentherapie

Datum
14 november 2016

Consultatiereactie op systeemadvies Zorginstituut Nederland fysio- en oefentherapie

Algemeen

Voordat het advies is opgesteld heeft het Zorginstituut twee maal met de NZa gesproken over hun denkrichting betreffende de aanspraak en over bekostigingsmogelijkheden. Er is verkend wat de samenhang is tussen de nieuwe wijze van het bepalen van de aanspraak en de manier van vormgeving van de prestatie(s). Wij vinden dat positief. Het is van belang dat de aanspraak en de vormgeving van prestaties en bekostiging goed op elkaar aansluiten. Dat maakt uitvoering in de praktijk eenvoudiger en eenduidiger en het maakt de controle op het verzekerde pakket door de zorgverzekeraars eenvoudiger.

Wij willen samen met het Zorginstituut en direct betrokkenen werken aan een systeem waarin goede uitkomsten voor patiënten meetbaar en verifieerbaar worden behaald en betaald.

Inhoudelijk

Per onderwerp zullen wij antwoorden op de consultatie vragen. In het geval wij vanuit onze rol geen mening hebben of als het onderwerp buiten ons kennisgebied valt, geven wij dat aan. In de beantwoording van de vragen houden we de volgorde van het systeemadvies aan. Voor de leesbaarheid van het document hebben wij de vragen uit uw advies in de beantwoording opgenomen.

2. Bekostigingsknelpunten

U stelt in uw advies:

Het feit dat fysio- en oefentherapie per zitting worden bekostigd, geeft een prikkel tot productie. Immers, hoe meer zittingen worden gegeven en gedeclareerd, hoe groter de omzet van de fysio- of oefentherapeut.

Door TNS NIPO is in opdracht van de NZa een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de naleving van de declaratieregels door fysiotherapeuten. Daarin worden verschillende knelpunten genoemd.

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Herkent u de knelpunten rondom de te verzekeren prestatie en de bekostiging die wij in dit hoofdstuk op hoofdlijnen hebben genoemd.
- Mist u knelpunten die naar uw oordeel een structureel karakter hebben?

1. Ja wij herkennen de knelpunten. De bekostiging is nu per zitting (fee for service). Het gaat om algemeen geformuleerde prestaties en vrije tarieven. De afrekening is per zitting. Zoals wij in de bijlage al schreven heeft dat de volgende gevolgen:
- Kenmerk**
- Pagina**
2 van 6
- Kwaliteit. Deze bekostigingswijze heeft geen prikkel voor het leveren van goede kwaliteit omdat extra zorg vanwege gebrekkige kwaliteit gewoon in rekening kan worden gebracht. Er bestaat overigens ook geen prikkel voor beknibben op kwaliteit door uit financiële overwegingen niet de beste behandeling te geven.
 - Kostenbewust gedrag. Deze bekostigingswijze bevat geen prikkel tot kostenbewust gedrag; er bestaan juist prikkels tot verlening van onnodig(e) (dure) zorg via verruimen en/of verschuiven van indicaties.
 - Coördinatie/substitutie. Een nadeel van fee-for-service bekostiging is dat er geen prikkel bestaat voor doelmatige coördinatie met andere aanbieders (bijvoorbeeld in het kader van ketenzorg).
 - Preventie. Er is geen prikkel voor preventie. Immers, hoe gezonder, hoe minder vraag er is naar zorg en hoe minder er gedeclareerd kan worden.
 - Overige voor- en nadelen. Voordelen van een fee-for-service systeem zijn de eenvoud en de transparantie over de geleverde zorgactiviteiten.

Bovenstaande gevolgen worden voor een deel ondervangen door de rol van de zorgverzekeraar. De productieprikkels kan via de contractering, via de tarieven worden gedempt. Ook kunnen er door de zorgverzekeraar op aanbieder niveau kwaliteitseisen worden gesteld.

De NZa ziet in de door u voorgestelde wijze van het bepalen van de aanspraak kansen om in de vormgeving van de prestaties ruimte te maken voor prikkels voor kwaliteit en in het wegnemen van productieprikkels.

2. Verder vindt de NZa de conclusies van het TNSNIPO onderzoek, dat de declaratieregels door fysiotherapeuten niet goed worden nageleefd, zorgelijk.
3. Wat nog ontbreekt bij de bekostigingsknelpunten is dat de huidige prestaties, vanuit oogpunt van transparantie, niet geschikt zijn voor de manier van aanspraak bepalen die u in de toekomst voorstelt (op basis van indicatiegebieden, gekoppeld aan een richtlijn voor dat gebied). De zitting zonder indicatie (huidige situatie) levert aan de zorgverzekeraar onvoldoende informatie over de prestatie in relatie tot de indicatie en de aanspraak. Controle op het verzekerde pakket is dan niet mogelijk. Dit is een punt van aandacht voor de vormgeving van de prestaties.

3. Knelpunten in de aanspraak

De NZa heeft geen oordeel over wat wel en niet via de lijst chronische aandoeningen in het verzekerde pakket hoort. Wel is de NZa van mening dat betaalbare en doelmatige zorg aan burgers zoveel mogelijk gestimuleerd moet worden. De volgende in het advies van ZIN benoemde knelpunten in de aanspraak vinden wij vanuit doelmatigheid zorgelijk.

- Het niet vergoeden van fysio- en oefentherapie leidt tot substitutie naar zwaardere (en vaak duurdere) vormen van zorg, bijvoorbeeld operatie en ziekenhuisopnamen of tot het afzien van zorg. Dat vinden wij vanuit het perspectief van de patiënt (onnodig invasieve zorg) en betaalbaarheid (onnodig dure zorg) onwenselijk.
- Het niet of onvoldoende van de grond komen van initiatieven voor multidisciplinaire zorg in de eerstelijns (stepped care) door het ontbreken van de vergoeding van fysio- en oefentherapie.

Binnen de vormgeving van aanspraak en bekostiging en de afstemming op elkaar moet aandacht komen voor bovenstaande knelpunten. De NZa wil graag, met ZIN en partijen, nadenken over oplossingen in de bekostiging.

4. Een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg

U stelt het volgende:

Wij hebben een toekomstbeeld voor ogen waarin een nieuwe balans ontstaat tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid ervan. Deze balans steunt op drie pijlers, namelijk goede zorg, de toegang tot de goede zorg en de betaalbaarheid van die goede en toegankelijke zorg. De betaalbaarheid bekijken wij vanuit het bredere perspectief van het pakketcriterium uitvoerbaarheid. Dit betekent dat wij ook kijken naar de bekostiging van de aanspraak en ingaan op de aansluiting tussen in kwaliteitstandaarden beschreven goede zorg en de inkoop van die zorg door de zorgverzekeraars.

Daarbij heeft u de volgende vragen;

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Bestaat er in uw organisatie bestuurlijk draagvlak voor het geschetste toekomstbeeld, dat uitgaat van een nieuwe balans tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid daarvan?
- Herkent uw organisatie de gegeven uitwerking van de 'pijlers' onder deze toekomstvisie en onderschrijft zij de activiteiten die nodig zijn voor een goede invulling daarvan?
- Welke rol gaat uw organisatie daarbij oppakken?
- Onderschrijft uw organisatie dat er een overgangperiode noodzakelijk is waarin het geschetste groeiscenario zich kan voltrekken?

1. De NZa is voorstander van de relatie tussen de prestatie en een richtlijn. Op die manier wordt de relatie gelegd tussen kwaliteit en prestatie.
2. Verder is de NZa van mening dat de burger recht heeft op kwalitatief goede en betaalbare zorg. Elke stap die dat verder borgt steunen wij. Bij de vormgeving van de toekomstige bekostiging willen wij aandacht besteden aan voldoende positieve prikkels (stimuleren van doelmatigheid, kwaliteit en betaalbaarheid).
3. Om dit te bereiken is tijd nodig. Richtlijnen moeten ontwikkeld worden. We zien kansen voor een nieuwe

vormgeving voor de bekostiging. Een overgangperiode is daarvoor onvermijdelijk.

Kenmerk

De NZa heeft over het opstellen van kwaliteitsrichtlijnen nog een algemene opmerking. Het is van belang om de richtlijn multidisciplinair op te stellen. In het voorbeeld van claudicatio intermittens zijn er diverse partijen die een rol spelen. De huisarts stelt de eerste diagnose en bepaalt of er aanvullende diagnostiek nodig is. Op basis van diagnostiek wordt het behandelplan opgesteld. Daarbij kunnen oefentherapeuten en/of medisch specialisten een rol hebben. Goede afbakening wie op basis van welke criteria gaan handelen is noodzakelijk.

Pagina
4 van 6

5. Goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario

U stelt het volgende:

- Betrokken partijen (zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars) moeten samenwerken, vanuit een gemeenschappelijke visie en met commitment voor de uitvoering, met daarin elk hun eigen rol.
- Betrokken partijen formuleren een gezamenlijke ambitie voor het realiseren van goede en effectieve fysio- en oefentherapie. Die ambitie wordt geconcretiseerd in een plan van aanpak voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg: voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden, de implementatie, de monitoring/evaluatie en bijstellen en verbeteren, inclusief een planning.

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'goede zorg'?
- Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario om te komen tot 'goede zorg'?
- Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'goede zorg' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?
- Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?

De NZa is van mening dat goede zorg gebaat is bij afspraken met alle betrokkenen over de inrichting van die zorg. Het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsstandaarden en monitoring en evaluatie zijn daarbij belangrijke middelen om goede zorg te ontwikkelen en onderhouden. De randvoorwaarden die u stelt zijn herkenbaar.

Het groeiscenario naar meerdere indicatiegebieden op voorwaarde van een gemeenschappelijke visie en de ontwikkeling van standaarden en monitoring zien wij als een belangrijke route naar goede zorg. Het kost tijd maar het is een stimulans voor alle betrokkenen om daar aan te werken.

Voor de NZa zien wij een rol weggelegd in de vormgeving van de bekostiging. Daarbij is het realiseren van 'triple aim' een belangrijk doel: het stimuleren van betaalbare, kwalitatief goede

zorg die gezondheidswinst oplevert. De bekostiging moet prikkels hebben die triple aim stimuleren. De uitkomsten moeten meetbaar en te verifiëren zijn.

Kenmerk

Pagina
5 van 6

6. Toegang tot goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario

In dat hoofdstuk schetst u de beoordeling door ZIN of zorg binnen het domein van de Zvw valt. De NZa heeft daarover geen mening en rol. Wel zien wij een rol in de borging van toegankelijkheid en betaalbaarheid. Op het moment dat u heeft geduid dat zorg onder de Zvw valt is het de taak van de NZa om te borgen dat de zorg toegankelijk is: wordt er door zorgverzekeraars voldoende van die zorg ingekocht? Voldoen zij aan hun zorgplicht?

De vormgeving van de prestaties moet prikkels voor doelmatigheid hebben: blijft de zorg betaalbaar en kwalitatief goed?

Ook worden eisen gesteld aan transparantie: de zorg moet herkenbaar en controleerbaar zijn.

7. Betaalbaarheid: randvoorwaarden en groeiscenario

U stelt in uw advies het volgende:

Zoals eerder aangegeven bekijken wij de betaalbaarheid vanuit het bredere perspectief van het pakketcriterium uitvoerbaarheid.

Dit betekent in dit geval dat wij niet alleen kijken naar de betaalbaarheid van de fysio- en oefentherapie op macroniveau, maar daarbij ook de substitutie-effecten betrekken die elders in de zorg en daarbuiten kunnen worden bereikt en dat wij kijken naar de effecten van de wijze van bekostiging van de te verzekeren prestatie

Randvoorwaarden voor betaalbaarheid van toegankelijke goede zorg

- Er is kwaliteitsinformatie beschikbaar op grond waarvan zorgverzekeraars doelmatige zorg kunnen inkopen.
- Inzicht in de financiële consequenties (kosten en baten) van het loslaten van het huidige beheersinstrumentarium op het budgettaire kader zorg.
- Een bekostigingssysteem met zo min mogelijk administratieve lasten dat het verlenen van goede en effectieve zorg en het rechtmatig declareren ervan bevordert.

Consultatievragen (graag een toelichting of argumentatie geven bij elk antwoord):

- Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'de betaalbaarheid'?
- Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?
- Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'betaalbaarheid' van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?
- Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?
- Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een

evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie? <ul style="list-style-type: none">• Welke rol wil uw organisatie tijdens het evaluatieonderzoek vervullen?• Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?	Kenmerk Pagina 6 van 6
--	--

De randvoorwaarden voor betaalbaarheid van goede zorg herkennen wij. Kwaliteitsinformatie en inzicht in kosten zijn van groot belang. Die informatie zal als minimale vereiste beschikbaar moeten komen met zo min mogelijk administratieve lasten. Eenvoudige en eenduidig vormgegeven prestaties helpen daarbij. Wij willen graag met u en met partijen op zoek naar prestaties die prikkels bevatten voor kwaliteit en waarin zo min mogelijk productieprikkels zitten.

In uw advies geeft u aan te willen kijken naar de betaalbaarheid van de zorg in brede zin. Vanuit de gedachte dat daarbij niet een individuele sector maar de keten in zijn geheel beschouwd moet worden. Meerkosten aan het begin van de keten kan leiden tot kostenbesparing verderop in de keten en minder invasieve interventies bij de patiënt. Die benadering steunen wij.

Wel hebben we hierop een aanvulling. De uitkomst bij bijvoorbeeld claudicatio zal moeten zijn: minder operaties. Als dat niet het geval is dan komt de betaalbaarheid in het geding. De NZa ziet voor zichzelf een rol. Wij gaan monitoren of het aantal vaatoperaties vanwege stenose in de beenslagader afneemt.

De NZa heeft in haar regelgeving een aantal prikkels voor substitutie opgenomen. Dat sluit aan bij uw benadering. Echter uw benadering gaat via de randvoorwaarden veel verder. U koppelt kwaliteitsinformatie als basis van doelmatige zorginkoop, inzicht in de financiële consequenties in de gehele keten en effectieve zorg en betaalbaarheid en rechtmatig declareren aan elkaar.

Wij ondersteunen die benadering, echter in de uitwerking ervan is samenwerking vanuit verschillende domeinen en organisaties noodzakelijk. De NZa is één van die organisaties en wil daar graag over meedenken en aan meewerken.

Verder adviseert u de minister om aan de NZa een opdracht te versterken om bekostigingsscenario's uit te werken. Dat ondersteunen wij, met de aantekening dat het geen geïsoleerde actie moet zijn maar dat de door u genoemde randvoorwaarden in samenhang met de bekostigingsscenario's moeten worden uitgewerkt.



Aan Zorginstituut Nederland
Van
Auteur
Doorkiesnummer
Ons kenmerk
Datum 24 november 2016
Onderwerp Reactie ZN op Systeemadvies fysio- en oefentherapie
CC

Op verzoek van het Zorginstituut Nederland geeft ZN hiermee een algemene reactie op de consultatievragen uit het concept systeemadvies fysio- en oefentherapie, opgesteld door het Zorginstituut Nederland.

Gezien het voorstel voor het vervolgproces, zoals in de bijeenkomst van 10 november 2016 bij het Zorginstituut is besproken, gaat ZN ervan uit dat er tijdens de uitwerking in werkgroepen de verdieping plaatsvindt op consultatievragen ten aanzien van het proces te geven.

1. Knelpunten in de huidige regelgeving

ZN herkent zich in de constatering dat de huidige manier waarop de aanspraak is opgenomen in de basisverzekering, problemen oproept bij een groep chronische patiënten. Hierover heeft ZN in 2015 een brief gestuurd om hier verandering in aan te brengen..

Ondanks dat de ontwikkelingen richting meer kortdurende inzet van fysiotherapie bij aandoeningen lijkt te gaan, is dit geen feit dat op basis van declaratiegegevens onderbouwd kan worden. In de declaratiegegevens zien we vooral bij de huidige aandoeningen opgenomen in de basisverzekering, veelal langdurige behandelingen.

Hierop aansluitend herkennen wij de constatering dat de huidige bekostiging een prikkel tot productie geeft en vinden wij het wenselijk dat er gekeken wordt naar een alternatieve manier van bekostigen, wat deze prikkel weg kan nemen.

2. Een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg

ZN kan zich vinden in het geschetste toekomstbeeld. Daarbij denken wij dat de uitwerking primair bij het veld zou moeten liggen, dus de zorgaanbieders en patiëntenvertegenwoordiging. Daarna kunnen zorgverzekeraars aansluiten om vanuit hun rol in het zorgverzekeringsstelsel uitvoering te geven aan hun wettelijke taak. Uiteindelijk zal ZiNL moeten onderbouwen of er sprake is van verzekerde zorg.

Gezien de verhoudingen tussen met name de zorgaanbieders en zorgverzekeraars die de afgelopen jaren is ontstaan, vraagt ZN wel dringend

aan het Zorginstituut om een coördinerende en faciliterende rol in dit proces te houden.

De beschreven overgangperiode lijkt ons noodzakelijk om het groeiscenario goed te ontwikkelen, mede door het ontbreken van kwaliteitsstandaarden op dit moment.

3. Goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario

De zorgverzekeraars kunnen zich vinden in de genoemde randvoorwaarden voor 'goede zorg'. Daarnaast zijn we groot voorstander van het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg, iets wat nu helaas nog niet mogelijk is. Ook een heldere domeinbeschrijving van fysio- en oefentherapie is gewenst. In het voorgestelde groeiscenario wil men gaan werken conform de manier waarop de aanspraak bekkenfysiotherapie en gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio is opgenomen. Echter ontbreken hierbij wel een deel van de randvoorwaarden voor 'goede zorg', zoals deze in dit systeemadvies is opgenomen. Onze vraag is of dit nu alsnog gerealiseerd gaat worden.

4. Toegang tot goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario

ZN kan zich vinden in de randvoorwaarden voor 'toegankelijkheid'. De vraag die hierbij nog speelt is dat er naast deze randvoorwaarden ook nog een beoordeling door het Zorginstituut gaat plaatsvinden om te kijken of de beschreven zorg noodzakelijk te verzekeren is.

Wij onderschrijven absoluut de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren. Daarnaast zou een stappenplan met duidelijke go of no go momenten meer handvaten aan dit groeiscenario geven.

5. Betaalbaarheid: randvoorwaarden en groeiscenario

Wij herkennen ons in de randvoorwaarden voor betaalbaarheid. Momenteel is het nog niet duidelijk welke ruimte er is in het Budgettair Kader Zorg om dit groeiscenario uit te voeren. ZN verwacht dat de kosten van fysio- en oefentherapie binnen de basisverzekering zullen stijgen.

Voor zorgverzekeraars ligt op dit onderdeel van het groeiscenario de belangrijkste rol weggelegd, in relatie tot de mogelijkheden die worden gecreëerd vanuit het Budgettair Kader Zorg en de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars ten opzichte van dit kader.

Een evaluatieonderzoek is ook hierbij een essentieel onderdeel. Daarvoor zouden wij ook behoefte hebben aan duidelijke go of no-go momenten en een alternatief scenario voor als hetgeen beoogd is, niet mocht lukken.

Ten aanzien van de effecten van de beoogde substitutie willen wij waarschuwen voor de moeilijkheid om dit vast te stellen. Daarnaast zijn hierbij ook veel afhankelijkheden, zoals de medewerking van andere beroepsgroepen om ook daadwerkelijk de substitutie te kunnen effectueren.

Zorginstituut Nederland Per mail naar

Betreft: Reactie VvOCM op 'Systeemadvies fysio- en oefentherapie'
Onze referentie: 2016.11.01 VZ/FK

Utrecht, 24 november 2016

Geachte heer de W.,

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om te reageren op het 'systeemadvies fysio- en oefentherapie'. De VvOCM onderschrijft het belang om over te gaan naar een nieuw systeem, waarbij fysio- en oefentherapie toegankelijk en betaalbaar is voor iedere burger die beweegzorg onder begeleiding van een beweegzorgprofessional nodig heeft. Daarbij moet het een systeem worden dat transparant is en gemakkelijk te begrijpen voor burgers en zorgverleners. We hebben bij het consultatiedocument een aantal overkoepelende punten die we willen benadrukken:

- **Ambitie om te versnellen**

Wij begrijpen dat de overgang naar een nieuw systeem tijd nodig heeft, maar hebben (samen met andere partijen) de ambitie om dit proces te versnellen. KNGF en VvOCM hebben daartoe een eerste aanzet op papier gezet in het 'Versnellingsdocument; systeemadvies fysio- en oefentherapie'.

Kwaliteit van de oefentherapeut wordt ook nu al op verschillende manieren inzichtelijk gemaakt en geregistreerd. KNGF en VvOCM werken aan het gelijktrekken van de systemen en afspraken. Van belang is dat de komende periode met andere partijen gesproken wordt voor de verdere uitwerking ervan.

Wat ons inziens kan helpen om te versnellen is een overstap te maken van een klachtgerichte benadering naar een functionele benadering. Deze functionele benadering sluit veel beter aan bij wat de cliënt vraagt, en bij de functionele benadering, die zorgverleners hanteren (aansluitend bij de ICF).

- **Financiering ontwikkelen gezamenlijke kwaliteitsstandaarden, implementatie en monitoring**

Het ontwikkelen van gezamenlijke kwaliteitsstandaarden (incl. meetinstrumenten en implementatie) is belangrijk. Beroepsverenigingen zijn daar zeker toe bereid, maar kunnen de kosten daarvan (die nu volledig vanuit contributiegelden betaald worden) niet alleen dragen. Voor dit knelpunt moet een (gezamenlijke) oplossing worden gevonden.

- **Huidige situatie**

Op dit moment is beweegzorg niet voor iedere burger die deze zorg nodig heeft toegankelijk. Het opstarten van een nieuw systeem zal, ook indien er een versnelling gemaakt wordt, nog enkele jaren in beslag nemen. Wij pleiten ervoor om tot die tijd de zorg voor iedereen die die zorg nodig heeft, financieel toegankelijk te maken. Dat zou kunnen door de eerste 20 behandelingen terug in de basisverzekering te brengen.

Wij zijn blij dat er met relevante partijen verder gekeken wordt om toe te werken naar een nieuw systeem, en werken daar uiteraard graag aan mee. Onze reactie op de consultatievragen kunt u in de bijlage bij deze brief vinden.

Met vriendelijke groet, namens het bestuur van de VvOCM,

Frans Koornberg, voorzitter

Bijlagen: 1. Reactie VvOCM consultatievragen 2. versnellingsdocument

Bijlage 1:

'Reactie VvOCM op consultatievragen bij rapport systeemadvies fysio- en oefentherapie'

Ad Hoofdstuk 3 'Knelpunten in de huidige regelgeving'

Herkent u de knelpunten rondom de te verzekeren prestatie en de bekostiging die wij in dit hoofdstuk op hoofdlijnen hebben genoemd.

Reactie VvOCM: Ja, wij herkennen deze knelpunten. Hieronder een toelichting op de knelpunten die in dit hoofdstuk aan bod komen:

Knelpunten op het gebied van goede zorg

- 1 De vraag waarom bepaalde aandoeningen op de chronische lijst zijn opgenomen en waarom andere aandoeningen, die kunnen leiden tot dezelfde beperkingen in de functioneren, niet.
 - VvOCM: Dit is een herkenbaar punt. Het is nu niet helder.
- 2 De chronische lijst sluit onvoldoende aan bij de huidige manier van werken door de beroepsgroepen en bij maatschappelijke ontwikkelingen;
 - VvOCM: Ja, een passender systeem, zoals uitgewerkt (obv ICF en functioneren) heeft onze voorkeur
- 3 Het niet vergoeden van fysio- en oefentherapie leidt tot substitutie naar zwaardere (en vaak duurder) vormen van zorg, bijvoorbeeld operatie en ziekenhuisopnamen of tot het afzien van zorg;
 - VvOCM: Ja. Tevens kan het leiden tot zorgmijding in het algemeen, waardoor mensen grotere problemen op het gebied van functioneren en participeren krijgen dan nodig.
- 4 Het niet of onvoldoende van de grond komen van initiatieven voor multidisciplinaire zorg in de eerstelijns (stepped care) door het ontbreken van de vergoeding van fysio- en oefentherapie.
 - VvOCM: Ja. Voor oefentherapeuten blijkt het voor oefentherapeuten een knelpunt om, los van de vergoeding, aan te haken bij DBC's in verband met de DBC-systematiek

Knelpunten op het gebied van toegankelijkheid

Bij de knelpunten rondom de toegang tot zorg gaat het onder meer om:

- de cumulatie van de eigen betalingen en de invoering en verhoging van het eigen risico (sinds 2008);
 - de afname van de dekking van de meeste aanvullende verzekeringen voor fysio- en oefentherapie, dan wel de hogere premie voor aanvullende verzekeringen met een uitgebreidere dekking;
 - de geleidelijke afname van het aantal mensen dat zich (uitgebreid) aanvullend verzekert.
- VvOCM: Ja, dit herkennen we. Niet iedereen heeft hierin de keus om een AV al dan niet af te sluiten. Vaak ontbreken simpelweg de financiële mogelijkheden.

Knelpunten op het gebied van bekostiging:

VvOCM: Wij onderschrijven dat er een verkeerde prikkel wordt gegeven. De conclusie die uit het TNS NIPO onderzoek naar voren komen bij fysiotherapeuten herkennen wij niet voor oefentherapeuten Cesar/ Mensendieck.

Mist u knelpunten die naar uw oordeel een structureel karakter hebben?

VvOCM: - Naar burgers en zorgverleners toe niet helder, simpel en transparant.

- Grote verschillen in bekostiging tussen verschillende (paramedische) zorgvormen

Ad Hoofdstuk 4 'Een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg'

Bestaat er in uw organisatie bestuurlijk draagvlak voor het geschetste toekomstbeeld, dat uitgaat van een nieuwe balans tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid daarvan?

VvOCM: Ja, we geloven dat de nieuwe systematiek ertoe zal leiden dat zorg beter toegankelijk wordt en betaalbaar blijft. Maar ook dat de zelfredzaamheid van burgers en kwaliteit van leven hiermee vergroot wordt. Er dient rekening gehouden te worden met een aantal zaken:

- Zoals genoemd zijn richtlijnen geen doel op zich. Daar zijn we het mee eens. Daarbij belangrijk voor ogen te houden dat therapeuten af moeten wijken van een richtlijn indien de situatie daarom vraagt. Vergoeding zou ook dan moeten gelden. Teven zijn er voor bepaalde (vaak kwetsbare) groepen geen richtlijnen die toegepast kunnen worden (denk aan cliënten met multi- en comorbiditeit). Die mogen niet buiten de boot vallen in het nieuwe systeem.
- Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden: wij zijn het ermee eens dat het wenselijk is om dit gezamenlijk met partijen te doen.
- Financiering ontwikkeling, implementatie en monitoring van het toepassen van kwaliteitsstandaarden: dit is o.i. een groot knelpunt. Wij zien zeker het belang van gezamenlijke standaarden in, maar kunnen als beroepsvereniging onmogelijk de kosten hiervoor dragen. Ons voorstel is dan ook gezamenlijk met partijen na te gaan welke financieringsmogelijkheden/ subsidieaanvragen er zijn/ we kunnen doen.
- We pleiten voor een versnelling naar een nieuwe systematiek. KNGF en VvOCM hebben daartoe een eerste aanzet op papier gezet in het 'Versnellingsdocument; systeemadvies fysio- en oefentherapie'. Aansluiten bij huidige systemen die de kwaliteit van zorgverleners inzichtelijk maakt kan daarbij helpen. Systemen van verschillende groepen zorgverleners dienen daarbij op elkaar aan te sluiten. Van belang is dat de komende periode met andere partijen gesproken wordt voor de verdere uitwerking ervan. Wat kan helpen om te versnellen is een overstap te maken van een klachtgerichte benadering naar een functionele benadering. Deze functionele benadering sluit veel beter aan bij wat de cliënt vraagt, en bij de functionele benadering, die zorgverleners hanteren (aansluitend bij de ICF).

Herkent uw organisatie de gegeven uitwerking van de 'pijlers' onder deze toekomstvisie en onderschrijft zij de activiteiten die nodig zijn voor een goede invulling daarvan?

VvOCM: Ja, we herkennen dit en onderschrijven de activiteiten die nodig zijn voor een goede invulling.

Welke rol gaat uw organisatie daarbij oppakken?

VvOCM:- Genoemde punten gezamenlijk met andere partijen uitwerken.

- Contact met achterban ivm ontwikkeling en implementatie.
- Kwaliteitsbeleid aanpassen/ laten aansluiten (monitoren oefentherapie)

Onderschrijft uw organisatie dat er een overgangperiode noodzakelijk is waarin het geschetste groeiscenario zich kan voltrekken?

VvOCM: Ja, maar niet onnodig lang. Zie 'versnellingsdocument KNGF/ VvOCM'

Ad Hoofdstuk 5 'Goede zorg: Randvoorwaarden en groeiscenario

Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'goede zorg'?

Betrokken partijen (zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars) moeten samenwerken, vanuit een gemeenschappelijke visie en met commitment voor de uitvoering, met daarin elk hun eigen rol.

- **VvOCM:** Eens. Betrokken partijen formuleren een gezamenlijke ambitie voor het realiseren van goede en effectieve fysio- en oefentherapie. Die ambitie wordt geconcretiseerd in een plan van aanpak voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg: voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden, de implementatie, de monitoring/evaluatie en bijstellen en verbeteren, inclusief een planning.
- **VvOCM:** Ja, er is een eerste opzet gemaakt door KNGF/ VvOCM. Dit moet met andere partijen verder worden uitgewerkt, met een plan van aanpak erbij.

Het Zorginstituut verwacht dat betrokken partijen bij de invulling van die randvoorwaarden:

1. de 'norm voor goede zorg' bepalen: ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsstandaarden, inclusief een kwaliteitscyclus voor het onderhoud daarvan;
VvOCM: Ja, o.i. hoort dit bij de taken van de beroepsverenigingen
2. de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk maken: ontwikkeling van meetinstrumenten;
VvOCM: ontwikkeling en/of toepassen van (al bestaande) meetinstrumenten. Hierbij de belasting op cliënt en zorgverleners zo laag mogelijk houden. Liefst aantal (korte), generieke meetinstrumenten. Dit opnemen in kwaliteitsstandaarden.
3. sturen op (verbetering van) de kwaliteit van zorg: de ontwikkeling en implementatie van een monitorsysteem om de relevante effecten en de doelmatigheid van de geboden zorg inzichtelijk te maken, te evalueren en te verbeteren;
VvOCM: Ja, waarbij dit ook gezamenlijk opgepakt dient te worden.

VvOCM: Ad punt 1 t/m 3:

Financiering ontwikkelen gezamenlijke kwaliteitsstandaarden, implementatie en monitoring

Het ontwikkelen van gezamenlijke kwaliteitsstandaarden (incl. meetinstrumenten en implementatie) is belangrijk. VvOCM is daar zeker toe bereid, maar kan de kosten daarvan (die nu volledig vanuit contributiegelden betaald worden) niet dragen. Voor dit knelpunt moet een (gezamenlijke) oplossing worden gevonden.

Registratie-eisen

Eisen vanuit de beroepsgroepen en eisen vanuit zorgverzekeraars dienen op elkaar aan te sluiten.

4. Voor de burger/cliënt inzichtelijk maken wat goede zorg is;
 - **VvOCM:** Ja, helder en transparant systeem waarbij kwaliteit inzichtelijk gemaakt wordt en financiering/ vergoeding duidelijk is.
5. Criteria (door)ontwikkelen en vaststellen op basis waarvan zorgverzekeraars de verzekerde goede zorg kunnen inkopen.
 - **VvOCM:** Ja, in goed overleg met de verschillende partijen. (Kwaliteits)systemen moeten hierbij op elkaar aansluiten.

Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario om te komen tot 'goede zorg'?

- **VvOCM:** Ja, hoewel het niet onze voorkeur heeft om per aandoening deze stappen te doorlopen. De optie om aan te sluiten bij de nieuwe definitie van gezondheid en de aanspraak te richten op ICF-model met functionele omschrijvingen en met generieke start- en stopcriteria zou daarnaast onderzocht moeten worden. (Zie bijlage 2: vernsnellingsdocument)



Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'goede zorg' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?

VvOCM: Ja, wij vinden dit heel belangrijk

Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?

VvOCM: Samen met andere partijen verder uitwerken. In de startfase organisatie vanuit ZIN. Van belang niet alleen per aandoening te kijken maar ook generiek.

Ad Hoofdstuk 6 'Toegang tot goede zorg: randvoorwaarden en groeiscenario'

Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'toegankelijkheid'?

VvOCM: Wij herkennen wat er in dit hoofdstuk gezegd wordt over financiële toegankelijkheid en ondersteunen het feit dat er gekeken gaat worden naar substitutie-effecten, waarbij ook zaken als zelfmanagement, kwaliteit van leven en participatie worden meegenomen.

Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?

VvOCM: Wij voelen er meer voor om juist ook te kijken naar ziektelast en zorgbehoefte, in plaats van alleen aandoeningsgericht.

Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'toegankelijkheid' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?

VvOCM: Ja, wij worden hier graag bij betrokken, maar willen naast aandoeningsgericht ook generiek kijken wat de mogelijkheden zijn.

Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?

VvOCM: Samen met andere partijen in bijvoorbeeld werkgroepen verdere invulling hieraan geven.

Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie?

VvOCM: Ja, indien dat niet vertragend werkt. Zaken als kwaliteit van leven, functioneren en participatie dienen ook meegenomen te worden. Die informatie kan de gebruikt worden bij het uitwerken van een meer generiek gerichte bekostigingssystematiek.

Welk rol wil uw organisatie in dat evaluatieonderzoek vervullen?

VvOCM: Waar mogelijk aanleveren van data. Informatie ophalen vanuit de achterban (oefentherapeuten Cesar/ Mensendieck).

Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?

VvOCM: Ja, wij onderschrijven de vragen en hebben geen aanvullingen.

Hoofdstuk 7 'Betaalbaarheid: randvoorwaarden en groeiscenario'

Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'de betaalbaarheid'?

Er is kwaliteitsinformatie beschikbaar op grond waarvan zorgverzekeraars doelmatige zorg kunnen inkopen.

VvOCM: Ja, waarbij het essentieel is dat zorgverzekeraars en beroepsverenigingen hier gezamenlijk afspraken over maken. Daarbij aansluiten bij bestaande registraties en gezamenlijke kwaliteitsstandaarden en gezamenlijke afspraken met betrekking tot registratie/ meetinstrumenten. Hierbij de administratieve lasten voor cliënten en zorgverleners zo laag mogelijk houden.

Inzicht in de financiële consequenties (kosten en baten) van het loslaten van het huidige beheersinstrumentarium op het budgettaire kader zorg.

VvOCM: Eens

Een bekostigingssysteem met zo min mogelijk administratieve lasten dat het verlenen van goede en effectieve zorg en het rechtmatig declareren ervan bevordert.

VvOCM: Eens. Er moet een positieve prikkel uitgaan naar zorgverleners. Op dit moment is dat niet zo. Daarbij dienen de tarieven behorende bij de prestatiecodes bekeken te worden, waarbij zorgverleners een reële vergoeding krijgen.

Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?

VvOCM: Ja, indien naast aandoeningsgericht, ook generiek gekeken wordt.

Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'betaalbaarheid' van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?

VvOCM: Ja

Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?

VvOCM: - Gezamenlijk met andere partijen verder uitwerken.

- Gegevens vanuit de achterban waar mogelijk aanleveren

Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie?

VvOCM: Ja, mits dat niet vertragend werkt

Welke rol wil uw organisatie tijdens het evaluatieonderzoek vervullen?

VvOCM: - Samen met andere partijen afspreken welke items meegenomen worden bij de evaluatie.

-Gegevens vanuit de achterban (oefentherapeuten Cesar/ Mensendieck) aanleveren.

Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?

VvOCM: Ketenzorg financiering meenemen (ook transparant en makkelijk in praktijk te brengen).

Versnellingsdocument; systeemadvies fysio- en oefentherapie

1. Aanleiding

- a. Het Zorginstituut (ZiNL) brengt eind december 2016 haar systeemadvies uit over de meest wenselijke positie van fysio-/oefentherapie in de basisverzekering
- b. In lijn met dit advies lijkt een eerste stap pas in 2021 of 2022 te kunnen worden gezet
- c. Partijen zijn van mening dat een fundamentele stap ter verbetering van toegankelijkheid van fysio-/oefentherapie eerder gerealiseerd kan en moet worden. Daarvan profiteren zowel individuele patiënten als de zorg ten algemene. Met deze stap wordt tegemoet gekomen aan de vraag naar zinnige en zuinige zorg, van goede kwaliteit, leidend tot substitutie van duurdere zorgsoorten.

2. Doelstelling

Een aanzet geven voor een notitie waarin we namens zorgaanbieders (KNGF en VvOCM), patiëntenorganisatie (NPCF) en verzekeraars (ZN) een scenario aanbieden dat de noodzaak en de haalbaarheid van een versnelling in het door ZiNL voorgenomen proces aantoont.

SKF wil graag samenwerken aan een oplossing die voor de patiënten, en ook voor de zorg en de zorgaanbieders een verbetering oplevert. Maar er is onvoldoende tijd (in alle drukte van de laatste maanden van het jaar) geweest om dat gezamenlijk verder uit te kunnen werken.

NB Dit stuk is nog niet besproken kunnen worden met de patiëntenorganisatie, de zorgverzekeraars en andere koepels van zorgaanbieders dan hierboven genoemd. De bijeenkomst op 10-11 kan daar mogelijk een eerste aanzet toe geven.

3. Methode

Bovengenoemde partijen zijn van mening dat door de inzet en combinatie van de beleidsprogramma's van het KNGF/SKF en VvOCM een valide systeem ingericht kan worden dat op korte termijn voorziet in de vraag van ZiNL: het aantonen van de maatschappelijke relevantie van fysio-/oefentherapie in relatie tot kwaliteit van zorg en (kosten)effectiviteit. Het beschikbaar zijn van voldoende mensen en middelen is daarbij randvoorwaardelijk

Hieronder staat beknopt beschreven op welke wijze de beleidsprogramma's tot het gewenste effect kunnen leiden:

- i. Het beroepscompetentieprofiel (BCP) van de fysiotherapeut, gebaseerd op het CanMEDS-model, is in 2014 vastgesteld. In 2017 zal het BCP worden herschreven, ten behoeve van uniformiteit in de beroepskolom en de curricula van de bachelor- en masteropleidingen. Dit mede in verband met het substantieel aantal masteropgeleide fysiotherapeuten. Het BCP van de fysiotherapeut bestaat uit een beschrijving van het wetenschappelijk fundament, Evidence Based Practice, International Classification of Functioning (WHO: ICF), Methodisch Fysiotherapeutisch handelen, Fysiotherapeutische verrichtingen, Beroepsethiek en wet- en regelgeving. Het BCP is daarmee de meest complete beschrijving van het domein van fysiotherapeutische zorg.

In 2015 is het 'Beroepsprofiel Oefentherapeut' geactualiseerd. Hierin is onder meer opgenomen: 'Het beroep oefentherapeut', 'Methodisch Oefentherapeutisch handelen', 'Kwaliteitszorg' en 'Competentieprofiel Oefentherapeut (eveneens gebaseerd op het CanMEDS-model)'

- ii. De kwaliteit van de fysiotherapeut wordt op verschillende manieren inzichtelijk gemaakt. Registratie in het Centraal Kwaliteitsregister, waarmee de fysiotherapeut zich verplicht tot het volgen van bij- en nascholing en tot het handelen conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Gebaseerd op het BCP kan voor het fysiotherapeutisch domein een aantal generieke criteria worden beschreven die ingezet kunnen worden om te controleren of de zorg, zoals een fysiotherapeut die pleegt te bieden, correct wordt toegepast. Deze generieke criteria bestaan uit structuur-, proces- en uitkomstvariabelen (PREM en 2 generieke PROM's) en kunnen op fysiotherapeutniveau worden getoetst doordat ze worden vastgelegd binnen het programma Masterplan Kwaliteit In Beweging.

Een belangrijk onderdeel van MIKB is dataverzameling in de landelijke database fysiotherapie (LDF) ten behoeve van feedback, benchmarking en (wetenschappelijk) onderzoek. In dit programma wordt toegewerkt naar een herinrichting van het Centraal Kwaliteitsregister, dat in de toekomst het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland zal gaan heten. In dit nieuwe register wordt niet alleen getoetst op de benoemde criteria, maar wordt ook intervisie een verplicht onderdeel. Inhoudelijk start dit nieuwe register in 2017, uiterlijk in 2020 is het geformaliseerd.

Er wordt gewerkt aan een gezamenlijk stuurindicator met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. Deze zal rekening moeten houden met zorgzwaarte, comorbiditeit, personalized care etc. Ten behoeve van transparantie naar patiënten en stakeholders wordt aangesloten bij Zorgkaart Nederland

De kwaliteit van de oefentherapeut wordt op verschillende manieren inzichtelijk gemaakt. Door kwaliteitsregistratie in het Kwaliteitsregister Paramedici (kwantitatief toetsen: o.a. werkuren en deskundigheidsbevordering & kwalitatief toetsen: IPO, Individuele Professionele Ontwikkeling) en meten van klantervaringen. Er wordt een Landelijke Database Oefentherapie opgezet, waar diverse gegevens uit de verslaglegging worden verzameld. Via een praktijkdashboard worden deze gegevens op individueel en praktijkniveau teruggekoppeld en tevens gebenchmarkt met landelijke gegevens. De resultaten worden besproken in intercollegiaal overleggroepen (intervisie).

KNGF en VVOCM werken aan het gelijktrekken van deze systemen en afspraken. In de toekomst samen met SKF zoals onder 2 aangegeven

- iii. Binnen het programma Waarde Van Kennis (WVK) is in samenwerking met diverse hoogleraren en lectoren gewerkt aan een overzicht waarin gebaseerd op wetenschappelijke evidentie beschreven staat wanneer fysiotherapie (kosten)effectief is als interventie. Dit document is onderdeel van de position paper van het

KNGF, een levend document dat gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen een mooi overzicht biedt van de maatschappelijke rol van fysiotherapie.

- iv. Tot slot zijn er voor een aantal specifieke aandoeningen richtlijnen ontwikkeld door het KNGF. In 2015 heeft het KNGF haar methodiek voor richtlijnontwikkeling herzien. Deze methodiek is opgebouwd volgens het toetsingskader van ZIN. Alle richtlijnen die het KNGF vanaf 2016 zal herzien zullen daarmee voldoen aan de eisen om opgenomen te worden in het Register van het Zorginstituut.

Ook de VvOCM heeft klachtspecifieke monodisciplinaire richtlijnen. Er is een plan voor herziening van een aantal richtlijnen.

Financiering van richtlijnontwikkeling is echter een knelpunt, waardoor de herzieningen niet zo snel gaan als wenselijk. Hiervoor moet een oplossing komen.

Richtlijnontwikkeling wordt uiteraard ingepast in het tripartite kader zoals dat door het Zorginstituut is aangegeven. KNGF en VvOCM verkennen de mogelijkheden om op dit punt intensiever samen te werken.

4. Versnellen

De partijen die bij deze notitie betrokken zijn, zijn van mening dat gebaseerd op de bovengenoemde punten I, II & III op relatief korte termijn (uiterlijk begin 2018) de aanspraken fysio- en oefentherapie op een verantwoorde manier in meer generieke termen kunnen worden gevat en verbreed. Daarmee wordt immers het professioneel handelen beschreven en wordt men getoetst op de daadwerkelijke uitvoering. Daarnaast bevat het systeem de impuls tot continue professionele ontwikkeling. In deze eerste stap zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan een overheveling van fysio- en oefentherapie naar de basisverzekering.

In een tweede stap kan, gebaseerd op wetenschappelijke bewijsvoering, op aandoeningsniveau een specifiekere aanspraak geformuleerd worden, zoals nu ook voor claudicatio intermittens geregeld is.

Daarnaast is fysio- en oefentherapie in vergelijking met zorgaanbod verder in de keten, geen dure en een uiterst (kosten-) effectieve interventie. Op basis van bewezen effectiviteit en het potentieel voor substitutie zal goede toegankelijkheid tot deze zorg op meerdere terreinen besparing opleveren, Dat betreft zowel het zorgdomein als het sociale domein (bijvoorbeeld preventie en re-integratie bij verzuim). De proportionaliteit met de kosten verderop in de keten is een factor die, gegeven de kwaliteitsborging die onder ii is aangegeven, kan meewegen in het vervolgproces. Daarmee voorkomen we het verwijt dat we penny-wise and pound foolish zijn.....

Om het bovengenoemde systeem, dat is opgebouwd uit twee verschillende onderdelen tot een succes te maken is de komende jaren een bijdrage vanuit maatschappelijk perspectief noodzakelijk. Alleen wanneer de krachten (mensen en middelen) van de verschillende stakeholders gebundeld worden is het mogelijk om het geschetste systeem in te richten waardoor transparantie en kwaliteit van zorg toenemen en de maatschappelijke kosten dalen.

U, mw. L.

Van:

Verzonden: vrijdag 25 november 2016 10:21

Aan:

CC:

Onderwerp: RE: Verslag en presentatie bijeenkomst van 10 november

Dag J.,

Onderaan de mail de reactie van de NVR op het concept- systeem advies,

Met vriendelijke groet,

E. van den E.

Antwoord NVR op consultatievragen Zorginstituut

De NVR herkent de genoemde knelpunten in de huidige uitvoeringspraktijk van de regelgeving voor de (grotendeels) gesloten aanspraak op oefen- en fysiotherapie. De NVR ziet nog een ander knelpunt; namelijk de complexiteit van de huidige regelgeving voor zowel verzekerden als verwijzers, welke een barrière is voor toegankelijkheid van zorg. In het voorgestelde groeiscenario waarin, bij wijze van proef, aanspraak gemaakt kan worden op oefen- / fysiotherapie voor een beperkte groep van 3 reumatische aandoeningen neemt deze complexiteit verder toe. De NVR is van mening dat bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en de aanspraak op fysio en oefentherapie voor reumatische aandoeningen de mate van ziektelast en beperkingen als gevolg van reumatische aandoeningen meer leidend zou moeten zijn dan de diagnose.

De NVR onderschrijft het geschetste groeiscenario en de benoemde randvoorwaarden; wel is een nadere concretisering van randvoorwaarden en bijbehorende activiteiten gewenst. De NVR is bereid om actief mee te werken aan de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden en keuzehulpen. De NVR is van mening dat er bij de ontwikkeling van kwaliteits- en informatiestandaarden er zorgvuldige afwegingen gemaakt dienen te worden ten aanzien van de omvang en inhoud van het vastleggen van gegevens over verwijzing naar oefen/fysiotherapie en (de resultaten van) het zorgproces. Voor het meten van de uitkomst van zorg pleit de NVR voor het gebruik van een generiek meetinstrument dat de specifieke hulpvraag van de cliënt reflecteert.

De NVR onderschrijft de noodzaak van een evaluatie van het groeiscenario om informatie te verzamelen voor een vervolgadvisie; wel dient er naar de mening van de NVR voorafgaand aan dit onderzoek consensus te zijn tussen het Zorginstituut en betrokken zorgverleners over de wijze waarop de te verzamelen informatie zal worden vertaald naar afspraken over toekomstige afspraken op oefen- / fysiotherapie.

Van: Onderwerp: Verslag en presentatie bijeenkomst van 10 november

Urgentie: Hoog

Geachte dames en heren,

Hierbij ontvangt u het verslag van de vervolgbijeenkomst over het systeemadvies fysio- en oefentherapie van 10 november 2016 en de presentatie die door het Zorginstituut tijdens deze bijeenkomst is gehouden.

Ter vergadering is afgesproken dat een Stuurgroep zal worden ingesteld met daarin een vertegenwoordiging vanuit de 5 meest direct betrokken partijen. Deze Stuurgroep zal de beschrijving van de goede zorg op het terrein van fysio- en oefentherapie aansturen en werkgroepen instellen om met onderdelen daarvan concreet aan de slag te gaan. De partijen denken ook alvast na over deskundigen vanuit hun geledingen of netwerk, die aan de werkgroepen zouden kunnen deelnemen.

Het betreft de volgende partijen:

1. Patiëntenfederatie Nederland
2. Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie
3. Stichting Keurmerk Fysiotherapie
4. Vereniging voor Oefentherapie Cesar en Mensendieck
5. Zorgverzekeraars Nederland

Aan deze 5 partijen verzoeken wij om ieder één vertegenwoordiger voor deze Stuurgroep te benoemen en zijn of haar naam en contactgegevens zo spoedig mogelijk aan ons door te geven (en).

Wij zouden graag nog in december 2016 de eerste vergadering van deze Stuurgroep willen agenderen.

Met vriendelijke groet,

H.S. (Harald) Miedema, MD PhD
Medisch adviseur

.....
Sector Zorg
Zorginstituut Nederland
Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
T
<http://www.zorginstituutnederland.nl>

.....
Aanwezig op di-wo(50%)-do

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Disclaimer

Vrijgave van de informatie verzonden met dit e-mail bericht is geaccordeerd door de ontvanger en/of zijn behandelend arts. Verstrekking van deze informatie is conform het Privacy reglement van de Sint Maartenskliniek. De informatie is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Gebruik van deze informatie door anderen dan de geadresseerde is, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende, verboden. De Sint Maartenskliniek staat niet in voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud van een gezonden e-mail, noch voor de ontvangst daarvan.

Sint Maartenskliniek
Hengstdal 3,
6574 NA Ubbergen (bij Nijmegen)
Telefoon 024-3659 911
Telefax 024-3659 204
KvK nummer 41055111

Zorginstituut Nederland
T.a.v. J.C. de W.

datum 25 november 2016
ons kenmerk 2016-189
voor informatie

uw kenmerk
onderwerp **Reactie systeemadvies fysiotherapie**

Geachte meneer De W.,

Het van u ontvangen Systeemadvies fysio- en oefentherapie hebben wij onze leden voorgelegd. Hieruit voortvloeiend komen wij tot de volgende reactie en antwoorden op de consultatievragen. Deze is onderverdeeld in twee delen: (1) een algemene reactie en (2) de daaraan verbonden beantwoording van de consultatievragen per hoofdstuk uit het advies (bijlage).

Algemene reactie

We staan positief tegenover het invoeren van een "open systeem" voor de aanspraak fysiotherapie. De huidige aanspraak is complex en biedt belemmeringen die goede zorg en doelmatigheid in de weg zitten. Dat leidt tot knelpunten die mensen ervaren. We zien kansen in het open systeem.

Tegelijkertijd zien wij, deels in lijn met de in het advies genoemde randvoorwaarden, op hoofdlijnen twee aandachtspunten:

1. Patiëntenparticipatie is cruciaal bij de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden die nodig zijn om het systeem te kunnen laten werken. De inzet van patiënt(vertegenwoordigers) vergt middelen. We vragen deze noodzaak op te nemen in het advies. Zonder deze is de omschrijving van goede zorg niet gebaseerd op de gezamenlijke verantwoordelijkheid die zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars hebben om te formuleren wat goede zorg vanuit het perspectief van de patiënt is. De noodzaak tot die omschrijving en de gedeelde verantwoordelijkheid om daartoe te komen onderschrijven wij.

-> Kortom: wij roepen op om patiënten(vertegenwoordigers) te faciliteren en daarmee in staat te stellen hun inbreng te kunnen leveren bij de benodigde richtlijnontwikkeling.

2. We maken ons zorgen om de snelheid. Er zal veel tijd nodig zijn om te voldoen aan gestelde voorwaarden voor het toepassen van open aanspraak. Het kan en mag niet zo zijn dat mensen in deze tijd verstoken blijven van goede zorg. We stellen daarom een aanpassing op het geschetste groeiscenario voor.

-> Die is als volgt: per 1-1-2018 in de basisverzekering opnemen van de eerste 20 behandelingen fysiotherapie voor aandoeningen die nu al op de chronische lijst staan.

Daarbij is het nodig dat er oog is voor:

- groepen die nu buiten die lijst vallen en waarvoor wel voldoende inzichten bestaan over de effectiviteit en toegevoegde waarde van fysio- of oefentherapie,
- doelmatigheid van fysiotherapeutische behandeltrajecten,
- het voorkómen van overbehandeling; patiënten hebben geen baat bij overbehandeling.

Naast bovengenoemde twee hoofdpunten zien we nog de volgende aandachtspunten die overkoepelend zijn voor alle in het document gestelde consultatievragen:

- **Functionele uitkomstmaten.** Goede werking van een systeem met een open omschrijving vergt goed inzicht in de bereikte kwaliteit en toegevoegde waarde van de fysiotherapeutische behandeltrajecten. Idealiter zijn de maten gebaseerd op voor patiënten relevante uitkomsten, in termen van functioneren / kwaliteit van leven. Want dát zijn maten die veelzeggend zijn voor de kwaliteit van leven van mensen. Een open systeem met goede kwaliteitsstandaarden die zoveel als mogelijk op functionele uitkomstmaten zijn gebaseerd biedt kansen om de aanspraak te verbeteren en te verduidelijken. Richtlijnen die rond één aandoening zijn opgesteld, volstaan in veel gevallen niet. Als mensen meerdere aandoeningen hebben waarvoor zij een fysiotherapeutische behandeling nodig hebben, is integratie en persoonsgerichte interpretatie van richtlijnen nodig. Idealiter wordt dan gekeken naar functionele aspecten: "wat kan iemand, wat wil iemand bereiken?"
- **Samen beslissen.** Patiënten willen weten wat in hun situatie hun mogelijkheden zijn. Denk aan aantal en soort behandelingen, oefeninzet, mogelijk haalbaar resultaat en kosten. Het is wenselijk om hierover voor de start van de behandeling in gesprek te zijn met de zorgverlener. En zo samen tot een aanpak te komen.
- **Start- en stopcriteria.** Bij een duidelijke aanspraak horen eveneens heldere en eenduidige start en stopcriteria voor fysiotherapeutische behandelingen. Dan weet je als patiënt waar je op mag rekenen.
- **Eenvoudige aanspraak.** In elk systeem moet de patiënt eenvoudig kunnen achterhalen waar hij op mag rekenen, welke zorg hij mag verwachten en tegen welke vergoeding. De huidige aanspraak o.a. met verschil tussen volwassenen en kinderen, verschil tussen wel/niet chronische lijst, verschil in aantal behandelingen per aandoening van chronische lijst, samenloop met eigen risico, en enkele aandoeningen die wel vanaf de eerste behandeling worden vergoed, is zonder meer te complex te noemen.
- **Onderbouwing.** We maken ons zorgen over hoe de minister adviezen tot uitbreiding van de open aanspraak overneemt. Bij claudicatio intermittens heeft de minister het advies van het ZINL gebaseerd op richtlijnen niet volledig overgenomen. Uit doelmatigheidsafwegingen is een gemiddeld aantal vergoedingen opgenomen, en niet het in de richtlijn genoemde maximum aantal behandelingen. Wat betekent dit voor mensen die beter geholpen zijn met meer behandelingen? Een gedegen onderbouwing van adviezen en richtlijnen is nodig.

In de bijlage treft u de reactie op de consultatievragen aan.

kenmerk:

datum: 25 11 16

blad: 3 van 5

We wensen u een succesvolle afronding van dit systeemadvies.

Met vriendelijke groet,

Dianda Veldman,
Directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland

Illya Soffer,
Directeur Ieder(in)

Bijlage**Reacties op de consultatievragen per hoofdstuk****Reactie Patiëntenfederatie op consultatievragen hoofdstuk 3**

We herkennen de knelpunten die gaan over de te verzekeren prestatie. Het zou nuttig zijn te weten hoe de knelpunten rond de bekostiging precies tot stand komen. Zo is bijvoorbeeld bekend dat onder meer longpatiënten regelmatig van zorg afzien vanwege hun financiële situatie.

We missen het in onze algemene reactie reeds genoemde knelpunt van de complexiteit van de aanspraak.

Reactie Patiëntenfederatie op consultatievragen hoofdstuk 4

Op hoofdlijnen bestaat er bestuurlijk draagvlak voor het toekomstbeeld en herkennen wij de uitwerking van de pijlers. Het voor de aanspraak uitgaan van wat mensen wel / niet kunnen is waardevol. Evenwel maken we ons zorgen om de snelheid waarmee dat alles tot stand kan komen. We pleiten voor een pragmatische aanpak. Wat we missen is dat het bij betaalbaarheid nadrukkelijk gaat om betaalbare zorg *voor iedereen*.

We zien bij het realiseren van de noodzakelijke kwaliteitsstandaarden een rol voor onze organisatie, wanneer voor het inbrengen van het patiëntenperspectief in het systeem middelen vrijkomen om dat te borgen. De omschrijving van goede zorg is in kwaliteitsstandaarden is cruciaal in de uitwerking van het advies.

Een overgangperiode is noodzakelijk. Maar die moet zo kort mogelijk zijn. En mag er niet toe leiden dat mensen verstoken blijven van goede en effectieve zorg. Daarom stellen wij een aanpassing voor op het groeiscenario, en dat is deze: per 1-1-2018 in de basisverzekering opnemen van de eerste 20 behandelingen fysiotherapie voor aandoeningen die nu al op de chronische lijst staan.

Reactie Patiëntenfederatie op consultatievragen hoofdstuk 5

Op hoofdlijnen herkennen wij de randvoorwaarden voor 'goede zorg' en steunen wij het geschetste groeiscenario. We zien bij het realiseren van de noodzakelijke standaarden en (meet)instrumenten een rol voor onze organisatie die te vervullen is als voor het inbrengen van het patiëntenperspectief in het systeem middelen vrijkomen om dat te borgen. De meetinstrumenten moeten ingaan op ervaringen van patiënten en voor patiënten relevante uitkomstmaten bevatten. Onze rol is het inbrengen van het patiëntenperspectief dan wel het coördineren en ondersteunen van de inbreng van onze leden hierbij.

Reactie Patiëntenfederatie op consultatievragen hoofdstuk 6

We herkennen de randvoorwaarden en steunen wederom op hoofdlijnen het geschetste groeiscenario. We benadrukken op deze plaats nogmaals onze zorgen over de snelheid waarmee een en ander tot stand kan komen en of na een goed en gedegen advies de politieke besluitvorming niet alsnog roet in het eten kan gaan gooien.

We zien het als onze rol om mee te denken over de evaluatie. Verder benadrukken we dat het absoluut noodzakelijk is te weten hoe patiënten gedurende dit groeiscenario de veranderingen ervaren. Gedegen monitoring vanuit hún perspectief en opgedane ervaringen is noodzakelijk. Daartoe is het faciliteren van patiëntvertegenwoordigers noodzakelijk.

Reactie Patiëntenfederatie op consultatievragen hoofdstuk 7

We herkennen de randvoorwaarden en steunen wederom op hoofdlijnen het geschetste groeiscenario. Betaalbaarheid is belangrijk, voor nu en in de toekomst. Bovendien is het nodig dat de goede zorg voor iedereen betaalbaar is. We benadrukken op deze plaats nogmaals onze zorgen over de snelheid waarmee een en ander tot stand kan komen en of na een goed en gedegen advies de politieke besluitvorming niet alsnog roet in het eten kan gaan gooien.

We zien het als onze rol om mee te denken over de evaluatie. Verder benadrukken we dat het absoluut noodzakelijk is te weten hoe patiënten gedurende dit groeiscenario de veranderingen ervaren. Gedegen monitoring vanuit hún perspectief en opgedane ervaringen is noodzakelijk. Daartoe is het faciliteren van patiëntvertegenwoordigers noodzakelijk.

Bestuurlijke reactie KNGF op consultatiedocument Systeemadvies Zorginstituut

Algemeen; vooraf

In de aanloop naar het consultatiedocument en naar het consultatiemoment heeft het KNGF, samen met andere organisaties overlegd met het Zorginstituut.

Dat is aanleiding om voorafgaand aan de beantwoording van de vragen enkele algemene opmerkingen te maken met betrekking tot de manier waarop de aanspraken fysiotherapie kunnen worden vastgelegd op een manier die recht doet aan het belang van en de meerwaarde voor de patiënt.

Dat betreft de volgende aspecten:

1. Versnelling en ambitie
Het door het Zorginstituut geschetste groeiscenario biedt voor alle betrokkenen het positieve perspectief dat fysiotherapie op termijn terugkomt in de basisverzekering. Maar dat perspectief heeft een open einde dat wellicht pas over 5-7 jaar definitief kan worden ingevuld. In de tussentijd onthouden we de patiënten en verzekerden goede zorg en de mogelijkheid om via stepped care op een minder ingrijpende (en kostbare) manier tot de oplossing van zijn functionerings- en participatie problemen te komen. Bijlage 1 bij deze notitie is een overzicht van aandoeningen, waarbij de behandeling met fysiotherapie bewezen (kosten)effectief is.
Er is nog niet bij alle bewezen effectieve fysiotherapeutische interventies ook al in voldoende mate kosteneffectiviteitsonderzoek gedaan. Uit de opsomming mag dus niet worden geconcludeerd dat waar dat niet als zodanig wordt benoemd, fysiotherapie niet kosteneffectief zou zijn.
Kosteneffectiviteit van een bewezen effectieve fysiotherapeutische ingreep ligt logischerwijs voor de hand. Uit de probleemanalyse van het zorginstituut blijkt immers dat de huidige wijze van verzekeren leidt tot uitwijkgedrag naar duurdere wel verzekerde vormen van zorg. Met andere woorden: op dit moment is het voor patiënten niet mogelijk om uit het volledige zorgaanbod de voor hem/haar passende en meest doelmatige interventie te kiezen. In het kader van shared decision making wordt dit niet alleen door patiënten, maar ook door andere zorgdisciplines als belangrijk knelpunt ervaren.
2. Functionele benadering
In bijlage 2 bij deze notitie (het position paper) pleiten we voor een functionele benadering in het groeiscenario, gebaseerd op de International Classification of Functioning (ICF). De koppeling aan functionele beperkingen en participatieproblemen sluit beter aan bij de hulpvraag van de patiënt, de kern van de fysiotherapeutische professie en de manier waarop fysiotherapeuten hun patiënten behandelen. Deze koppeling wordt ook vanuit de medische beroepen steeds meer centraal gesteld.
Deze functionele benadering heeft bovendien als voordeel boven de koppeling aan medische diagnoses dat deze beter aansluit op de hulpvraag van grotere patiëntenpopulaties. Daarmee kan ook versnelling in het tijdspad worden gerealiseerd. Bijlage 3 geeft daar een eerste uitwerking van.
3. Een tussenoplossing door een tussenstap
Zoals onder 1 aangegeven is het tijdframe voor de voorgestelde oplossing erg ver weg. Om die reden adviseert het KNGF dringend om op korte termijn een tussenstap in te lassen. Daarbij worden de eerste 20 behandelingen voor de aandoeningen op de chronische lijst per 1-1-18 weer onder de basisverzekering gebracht. Alle betrokken partijen, patiënten, huisartsen, medisch specialisten en verzekeraars (brief ZN aan de Tweede Kamer) constateren immers dat de huidige wijze van verzekeren zo veel tegengestelde en perverse prikkels in zich heeft dat op korte termijn

maatregelen nodig zijn.

Ook de inventarisatie van knelpunten in hoofdstuk 3 van het consultatiedocument onderstreept dat.

4. Bestuurlijk akkoord

Het KNGF pleit ervoor om de uitkomsten van het systeemadvies, aangepast naar aanleiding van de opmerkingen in deze notitie, en overgenomen door de minister, vast te leggen in een bestuurlijk akkoord tussen minister, Patiëntenfederatie, zorgverzekeraars en aanbieders. In dat bestuurlijke akkoord kunnen dan ook nadere afspraken worden vastgelegd over de rollen van partijen en de financiering van de ontwikkeling en uitrol van de verschillende onderdelen van het kwaliteitsbeleid.

Hoofdstuk 3 inventarisatie knelpunten

Consultatievragen :

- *Herkent u de knelpunten rondom de te verzekeren prestatie en de bekostiging die wij in dit hoofdstuk op hoofdlijnen hebben genoemd.*
- *Mist u knelpunten die naar uw oordeel een structureel karakter hebben?*

De opsomming van knelpunten lijkt redelijk dekkend te zijn, maar is erg beknopt. In dit verband wijzen we nog op het advies van het College voor Zorgverzekeringen uit 2011. Daarin werd aangegeven dat kortdurende (en dus ook intermitterende) fysiotherapie bij onder meer reuma en hartproblemen wel bewezen effectief was, maar goed door patiënten voor eigen rekening kon worden genomen en dat er voldoende aanbod van aanvullende verzekeringen was. Dat laatste blijkt niet het geval (meer) te zijn. Dat zou in alle gevallen al reden kunnen zijn voor het Zorginstituut om op het advies van destijds terug te komen.

Ook interpretatieverschillen met en tussen zorgverzekeraars leiden tot onduidelijkheid en tot ongelijke behandeling van verzekerden.

Het KNGF begrijpt niet goed waarom het TNS/NIPO onderzoek naar correct declareren op deze wijze een plaats krijgt in het systeemadvies en dringt er sterk op aan dit geen onderdeel te laten zijn van het uiteindelijke advies. De conclusies en uitkomsten van het onderzoek zijn veel genuanceerder dan deze paar citaten doen voorkomen. Ook is door TNS/NIPO een veelheid aan oorzaken genoemd, die geen verband houden met het onderscheid tussen basisverzekering en aanvullende verzekering. Het weglaten van al die oorzaken leidt tot een vertekend beeld van de werkelijkheid.

Hoofdstuk 4 een nieuwe balans tussen toegang tot en betaalbaarheid van goede zorg

Consultatievragen:

- *Bestaat er in uw organisatie bestuurlijk draagvlak voor het geschetste toekomstbeeld, dat uitgaat van een nieuwe balans tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid daarvan?*
- *Herkent uw organisatie de gegeven uitwerking van de 'pijlers' onder deze toekomstvisie en onderschrijft zij de activiteiten die nodig zijn voor een goede invulling daarvan?*
- *Welke rol gaat uw organisatie daarbij oppakken?*
- *Onderschrijft uw organisatie dat er een overgangperiode noodzakelijk is waarin het geschetste groeiscenario zich kan voltrekken?*

Dit hoofdstuk is aanleiding voor een aantal opmerkingen, naast de antwoorden op de consultatievragen.

Historisch gezien is het niet juist om pakketbeperkende maatregelen uitsluitend toe te schrijven aan onbeheersbaarheid van de kosten(ontwikkeling). Een aantal keren is er sprake geweest van pure bezuinigingen. Dat betreft met name de verhogingen van het aantal behandelingen dat voor eigen rekening moest komen en naar onze opvatting de beperkingen die in 2012 zijn doorgevoerd. Maar ook verder terug in het verleden is het tenminste altijd een mix van oorzaken geweest. Dit onderwerp komt op diverse plaatsen in het advies terug. We dringen er op aan om dit in het hele document sterk te nuanceren.

Het geschetste toekomstbeeld (als uitkomst) kan op bestuurlijk draagvlak rekenen. Maar het KNGF vraagt wel aandacht voor twee aspecten:

Ten eerste dreigt de weg ernaartoe erg lang te worden. In het overleg met alle partijen is afgesproken dat we gaan kijken hoe we dat kunnen versnellen. De genoemde functionele benadering is daar een aanzet toe. Daarnaast zou een pragmatische tussenstap kunnen zijn om voor de niet chronische aandoeningen een beperkt aantal behandelingen per aandoening of per verzekerde in de basisverzekering op te nemen.

Ten tweede wijst het KNGF er nadrukkelijk op dat fysiotherapie op de voorgestelde wijze veel zwaarder de maat wordt genomen dan welke andere aanspraak in de basisverzekering ook. Dat leidt ertoe dat we de situatie waarin we de verzekerden aanspraak op effectieve zorg onthouden nodeloos lang laten voortbestaan. Die effectieve zorg bespaart in veel gevallen ook kosten verder in de keten. Daarmee spannen we het paard achter de wagen.

De in en voor de fysiotherapie ontwikkelde kwaliteitssystemen (richtlijnen, standaarden, intervisie, visitatie) kunnen op korte termijn gepast gebruik en goede zorg borgen. Daarmee kunnen we voldoen aan de eisen van het Zorginstituut.

Daarnaast pleiten we ervoor om de proportionaliteit tussen de kosten van de (volgens de bijlage effectieve) fysiotherapie en kosten verderop in de keten niet uit het oog te verliezen.

In de diverse besprekingen is al aangegeven dat wij pleiten voor een meer functiegerichte aanpak, gebaseerd op de ICF (International Classification of Functioning). Daarmee kan naar onze verwachting het proces worden versneld en kunnen ook grotere groepen patiënten/verzekerden in één keer worden “meegenomen”.

Het KNGF vindt het van het grootste belang dat de aanspraken fysiotherapie zo worden vastgelegd en aangepast dat de patiënten de zorg krijgen die voor hen het beste is. Het KNGF wil dus graag op alle onderwerpen meewerken omdat snel en goed van de grond te krijgen. In het overleg van 10 november is onder meer aan de orde geweest dat het Zorginstituut een coördinerende en trekkende rol wil spelen in dit traject. Daarmee kan een belangrijke randvoorwaarde voor een snel en goed traject worden vervuld. Daarnaast zullen echter ook de middelen beschikbaar moeten komen om dit traject op de snelst mogelijke manier tot een positief einde te brengen.

Het KNGF is overtuigd van de substitutie die de goede inzet van fysiotherapie tot gevolg kan hebben. Het is dan wel noodzakelijk om én goed te kunnen berekenen hoe hoog die substitutie is én goed te monitoren of er geen ontwijkgedrag of compensatie plaatsvindt verderop in de keten. Het zou immers niet terecht zijn als de patiënt, de verzekerde of de fysiotherapie daarvoor de rekening gepresenteerd zou krijgen.

Ook de opbrengsten in het sociale domein en in het domein van de werkgevers- en werknemersverzekeringen zouden moeten worden meegenomen bij de weging van de effecten van uitbreiding van de aanspraken in de basisverzekering.

Een overgangperiode is onvermijdelijk, maar het gezamenlijke streven moet er op gericht zijn deze zo kort mogelijk te laten zijn. Hierboven zijn een aantal zaken genoemd die daar onderdeel van kunnen uitmaken en die kunnen bijdragen aan een zo kort mogelijke overgangperiode.

Hoofdstuk 5; Goede zorg Randvoorwaarden en groeiscenario

Consultatievragen:

- *Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'goede zorg'?*
- *Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario om te komen tot 'goede zorg'?*
- *Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'goede zorg' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?*
- *Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?*

In de overleggen voorafgaand aan deze consultatieronde heeft het KNGF aangegeven dat het KNGF/de fysiotherapie al vergevorderd is als het gaat om de beschrijving van goede zorg, de ontwikkeling van standaarden, het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg en het monitoren van de kwaliteit. Eén van de problemen die zich hier voordoen betreft het feit dat met name tussen verzekeraars en zorgaanbieders nog geen consensus is over normen en criteria. En dat ook verschillende instrumenten zijn en worden ontwikkeld, met alle ergernis en verwarring van dien.

Op 10 november is afgesproken dat het Zorginstituut een coördinerende rol zal gaan spelen door het instellen van een stuurgroep, waarin alle betrokken partijen zijn vertegenwoordigd. Het KNGF committeert zich graag aan dat proces, omdat dat de garantie lijkt te bieden dat sneller consensus kan worden bereikt en resultaten kunnen worden geboekt.

Voor een snelle en succesvolle afronding is randvoorwaardelijk dat er voldoende middelen beschikbaar zijn voor de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en meetinstrumenten. Ook innovatieve voorstellen komen niet van de grond of moeten weer stoppen als gevolg van het ontbreken van bereidheid tot financiering bij bijvoorbeeld verzekeraars. Dit aspect wordt node gemist in het conceptadvies!

Het KNGF is bekend met het feit dat het Zorginstituut hier geen eigen middelen voor heeft. Het systeemadvies krijgt echter pas echt waarde als hier een oplossing voor wordt geboden of gevonden.

Hoewel het probleem bij de minister bekend is adviseert het KNGF dringend hierover een aanbeveling in het rapport/advies op te nemen.

Voor wat betreft de invulling en onderbouwing van het groeiscenario verwijzen we naar hetgeen daarover hierboven en in het position paper is aangegeven: versnellen door functionele aanpak, borging van instrumenten in kwaliteitssystemen en voldoende financiële mogelijkheden.

In een aantal gevallen is de ontwikkeling van kwaliteitinstrumenten mede afhankelijk van andere partijen in de zorg. Deze partijen hebben soms andere prioriteiten en ook andere inzet van mensen en middelen. Ook hiervoor geldt weer dat de patiënt, de verzekerde en de fysiotherapie daar niet de rekening voor mogen krijgen.

Hoofdstuk 6 toegang tot goede zorg; Randvoorwaarden en groeiscenario

Consultatievragen:

- *Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor 'toegankelijkheid'?*
- *Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?*
- *Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor 'toegankelijkheid' door middel van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?*
- *Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?*

- *Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie?*
- *Welk rol wil uw organisatie in dat evaluatieonderzoek vervullen?*
- *Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?*

Ook hier geldt dat er al veel is ontwikkeld. De domeinbeschrijving fysiotherapie dateert van 2014 en zal binnenkort nog worden gemoderniseerd.

De beschrijving in dit hoofdstuk is zoals gebruikelijk van het zorginstituut en roept niet heel veel vragen of opmerkingen op.

In 6.2.3.1 wordt opgemerkt dat alleen op niveau van aandoeningen een uitspraak kan worden gedaan over ziektelast. Daarmee lijkt, naar wij aannemen onbedoeld, te worden uitgesloten dat dat zeker ook mogelijk is op het niveau van functionele beperkingen en participatieproblemen. Zoals in de algemene opmerkingen al aangegeven sluit dat beter aan bij de hulpvraag van de patiënt en de fysiotherapie.

(Goed) “kunnen bewegen is van vitaal belang voor de gezondheid en zeker van ouderen”. Die stelling neemt het KNGF graag over. De fysiotherapeuten zijn bij uitstek de professionals die dat kunnen ondersteunen. Drempels moeten dus zo snel mogelijk geslecht.

Naast de genoemde 600 euro (de kosten van 20 behandelingen fysiotherapie) moeten patiënten ook jaarlijks 385 euro eigen risico betalen. Dat is het equivalent van bijna 13 behandelingen. Die drempel is echt erg hoog. Om effectiviteit en kosteneffectiviteit tot hun recht te laten komen zou ook het eigen risico niet van toepassing moeten zijn op de fysiotherapie.

Daar komt bij dat ook als patiënten dat eigen risico kwijt zijn omdat zij ook andere zorgsoorten gebruiken, bij hen vaak de indruk ontstaat dat dat eigen risico aan de fysiotherapie wordt besteed omdat fysiotherapeuten in een veel hogere frequentie en tijdiger declareren.

Het doel van het evaluatieonderzoek kan worden onderschreven, maar ook hier geldt weer dat het naar onze opvatting geen verdragende factor mag zijn.

Hoofdstuk 7; Betaalbaarheid; Randvoorwaarden en groeiscenario

Consultatievragen:

- *Herkent uw organisatie zich in de benoemde randvoorwaarden voor ‘de betaalbaarheid’?*
- *Steunt uw organisatie het geschetste groeiscenario voor dit onderdeel?*
- *Bestaat er bij uw organisatie bestuurlijk draagvlak om met de andere betrokken partijen een verdere invulling en onderbouwing te geven aan groeiscenario voor ‘betaalbaarheid’ van de activiteiten die in dit hoofdstuk zijn beschreven?*
- *Wat ziet u als rol voor en ambitie van uw organisatie in dit traject en hebt u nodig om hieraan uitvoering te geven?*
- *Onderschrijft uw organisatie de noodzaak om een evaluatieonderzoek op te zetten en te laten uitvoeren, om de informatie te verzamelen die nodig is voor verdere advisering en besluitvorming over het realiseren van de toekomstvisie?*
- *Welke rol wil uw organisatie tijdens het evaluatieonderzoek vervullen?*
- *Onderschrijft uw organisatie de vragen die voor dit evaluatieonderzoek zijn opgesteld? Hebt u hierop aanvullingen?*

Voor wat betreft de bekostiging vraagt het KNGF aandacht voor het feit dat de tarifiering/honorering tenminste kostendekkend, inclusief een redelijke vergoeding voor arbeid,

moet zijn. Daarvan lijkt op dit moment geen sprake te zijn. Het KNGF laat dat op dit moment onderzoeken door KPMG.

Als aan die randvoorwaarde is voldaan kunnen andere bekostigingsmodellen in beeld komen. Het is daarbij de vraag of in de beginfase het systeem van vrije prijzen gehandhaafd kan blijven.

Zoals al eerder aangegeven is het KNGF overtuigd van de substitutiepotentie. Maar randvoorwaardelijk is dat de substitutie niet wordt ontweken of gecompenseerd. Verzekeraars en de minister moeten dat borgen.

Bijlage 1

EFFECTIVITEIT

(o.b.v. Pedersen et al. 2015 en diverse Cochrane reviews)

- Knie- en heupartrose (+ Franssen et al., Cochrane 2014, 2015)
- Chronische pijn/ fibromyalgie (Busch et al., Cochrane (2007))
- Chronische lage rugklachten (Hayden et al., Cochrane (2005))
- Nekpijn (Gross et al., cochrane 2016)
- Reumatoïde Artritis (Hurkmans et al., cochrane 2009)
- Ziekte van Bechterew (Dagfinrud et al., cochrane 2008)
- Claudicatio intermittens (Fokkenrood et al., cochrane 2013, Lane et al., cochrane 2014, Malgor et al., 2015)
- Astma (Carson et al., cochrane 2013)
- COPD (McArthy et al., cochrane 2015)
- Coronaire hartziekten (Oldridge et al. 2012)
- Kanker (Borstkanker (na operatie), survivors, tijdens behandeling en na behandeling (vermoeidheid)) (+McNeely et al., Cochrane (2010), Mishra et al., Cochrane (2012), Mishra et al., Cochrane (2015), Cramp et al., Cochrane (2012))
- Diabetes (type 2)
- Hypertensie
- Lipidenprofiel / metabool syndroom
- Parkinson (Tomlinson et al., Cochrane (2013))
- CVA/Beroerte

KOSTENEFFECTIVITEIT

(basis Bürge et al. 2016)

1. Claudicatio intermittens
2. Knie- en heupartrose
3. Parkinson
4. Patellafemorale pijnsyndroom

Statement Reumafonds

TOEGANKELIJKHEID FYSIOTHERAPIE VOOR MENSEN MET REUMA

Veel mensen met reuma hebben baat bij fysiotherapie. Het aanleren van een andere houding, het (anders) leren bewegen met gewrichtsschade en ontstekingen of het leren van oefeningen en begeleid bewegen. Het kabinet heeft per 1 januari 2012 fysiotherapie voor 6 vormen van reuma, waaronder RA en ankyloserende spondylitis (ziekte van Bechterew), uit de basisverzekering gehaald. Dit heeft voor veel mensen gevolgen gehad, want fysiotherapie werd ineens een stuk minder toegankelijk doordat je er een aanvullende verzekering voor moest afsluiten.

De toegankelijkheid van fysiotherapie is verder in het gedrang gekomen door beperkingen van aanvullende pakketten en risicoselectie in zorgverzekeringen. In de afgelopen jaren hebben veel reumatologen, fysiotherapeuten, reumaverpleegkundigen en natuurlijk mensen met reuma ervaring opgedaan met de nieuwe situatie en zagen ze ongewenste gevolgen. Mensen die vanwege ernstige gewrichtsschade en/of functiebeperkingen langdurig 1 of 2x per week naar de fysiotherapeut gingen, stonden opeens voor de keuze om fysiotherapiebehandelingen zelf te betalen of een dure aanvullende verzekering te nemen. En als ze dat niet konden, zich vaker ziek meldden van werk, andere medicijnen gingen nemen of in het ziekenhuis behandeld werden. Maar ook mensen met reuma die kortere periodes naar de fysiotherapeut gaan vanwege actieve gewrichtsontstekingen, hebben last van medische selectie op de aanvullende pakketten. Het is dus noodzakelijk dat de toegankelijkheid van fysiotherapeutische zorg voor mensen met reuma wordt verbeterd.

In het najaar van 2012 deden 1.700 mensen met reuma aan een vervolgonderzoek om in beeld te brengen welke gevolgen zij daadwerkelijk hadden ondervonden. Ook dit onderzoek werd uitgevoerd door onderzoeksbureau Motivaction. Uit het vervolgonderzoek bleek dat bij veel mensen de eigen kosten van fysiotherapiebehandelingen voor grote problemen zorgden. Zo bleek dat voor 78% van de respondenten die minder of geen fysiotherapie volgen, de eigen kosten een grote drempel waren om voldoende fysiotherapie te krijgen. Van de mensen die geen onbeperkte fysiotherapie in hun aanvullende verzekering hadden, had maar liefst 80% meer fysieke klachten en had 5% zich vaker ziek gemeld op het werk. Nog eens 5% was minder gaan werken of was zelfs gestopt. Ruim een derde had meer andere zorg nodig, zoals medicijnen, thuiszorg of gingen vaker naar een specialist.

Bron: **Reumafonds**

Position Paper Fysiotherapie

Fysiotherapeutische zorg is zinnige en zuinige zorg die aantoonbaar bijdraagt aan het optimaal kunnen functioneren van mensen van jong tot oud (conform WHO's ICF*). Daarom dient deze zorg onderdeel te zijn van het basispakket, met vrijstelling van eigen risico, zodat fysiotherapie toegankelijk is voor mensen die deze zorg nodig hebben. Door fysiotherapie beter toegankelijk te maken, kunnen veel hogere kosten in de tweede lijn bespaard worden.

WAT IS FYSIOTHERAPIE?

De kern van het vak fysiotherapie is het optimaliseren van het bewegend functioneren van mensen. Fysiotherapeutische interventies worden ingezet als het bewegend functioneren van mensen wordt verstoord of bedreigd en zijn gericht op het verbeteren en stimuleren van het vermogen tot herstel en aanpassing (conform WHO's ICF). Nadruk van de fysiotherapeutische handelingspraktijk ligt op eigen regie en zelfmanagement, zodat patiënten naar vermogen kunnen functioneren en participeren.

ZORG OP MAAT, INTEGRAAL EN DOELMATIG

Fysiotherapie staat voor integrale en doelmatige, persoonsgerichte zorg. Zowel een patiënt met een acute aandoening als een patiënt met een chronische aandoening heeft behoefte aan een op zijn/haar specifieke situatie afgestemde behandeling. Zeker indien er sprake is van co- of multimorbiditeit is zorg op maat cruciaal. Een patiënt die bijvoorbeeld naast artrose ook COPD of Parkinson heeft, vraagt een andere benadering dan een patiënt met enkelvoudige artrose. De fysiotherapeut behandelt dan ook meestal niet de aandoening, maar de gevolgen van de aandoening.

De noodzaak van fysiotherapeutische zorg wordt niet (zozeer) bepaald door de diagnose, als wel door de gevolgen die de aandoening heeft voor het bewegend functioneren en het vermogen tot participatie. Dit maakt het bepalen van start-, stopcriteria en behandel aantallen op basis van functionerings- en participatieproblemen realistischer en kosteneffectiever, dan per aandoening. Een fysiotherapeutische behandeling is doorgaans eindig òf omdat de behandeling helpt (en je dus het behandel doel bereikt en kunt stoppen) òf omdat de behandeling niet helpt (en verdere behandeling niet zinvol is). Er is een bepaalde groep patiënten voor wie zeer langdurige behandeling nodig is. Zorg, georganiseerd rondom en afgestemd op de patiënt vraagt samenwerking van de zorgverleners die bij de patiënt betrokken zijn. Informatie-uitwisseling vindt dan ook op gestandaardiseerde wijze plaats (o.a. conform de standaard informatie-uitwisseling huisarts-fysiotherapeut).

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat fysiotherapie voor een groot aantal doelgroepen een (kosten) effectieve interventie is [zie bijlage 1]. Een concreet voorbeeld hiervan –met potentieel een enorme kostenbesparing– is goede implementatie van stepped-care artrosebehandeling [referentie: verbeter signalement zorg bij artrose van knie en heup]. Fysiotherapie staat ook voor zorg dichtbij. Als opname in de 2^e of 3^e lijn onvermijdelijk is, ligt ook daar, als de omstandigheden dit toelaten, de focus op een zo spoedig mogelijke transitie naar extramuraal (1^e lijn of 0^e lijn).

WETENSCHAPPELIJK FUNDAMENT

De beroepspraktijk en het onderliggende wetenschappelijk onderzoek is gebaseerd op bèta- en gammawetenschappen. Voorbeelden hiervan zijn kinesiologie, (patho)fysiologie, psychologie en sociologie, maar ook de bewegings- en gezondheidswetenschappen, geneeskunde en psychoneuro-immunologie. Onderzoek vanuit de fysiotherapie wetenschap richt zich op mechanismen van fysieke schade en het herstel van structuren en eigenschappen van het bewegend functioneren. Het gaat daarbij om patiënten die als belangrijke determinant van schade en herstel een aandoening hebben die het bewegend functioneren beïnvloedt. De problemen kunnen zowel liggen op het gebied van aansturing als op het vlak van kinesiologie en inspanningsfysiologie. Daarnaast wordt wetenschappelijk onderzoek verricht naar interventies (ontwikkeling, validatie, implementatie en valorisatie), o.a. t.b.v. van de ontwikkeling van collectieve formele richtlijnen. Fysiotherapiewetenschap is verankerd in het Wetenschappelijk College Fysiotherapie en bij 13 universitaire hoogleraren en ruim 300 gepromoveerde fysiotherapeuten. Met 25 lectoren bij 12 hogescholen is praktijkonderzoek en overbrengen van kennis in het beroepsonderwijs geborgd. Fysiotherapie wetenschappers werken samen in lectoraten, geaccrediteerde Centers of Expertise en universitaire onderzoeken.

*) conform International Classification of Functioning, Disability and Health van de World Health Organization

KWALITEIT VAN ZORG

Zorg moet veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht zijn, tijdig worden verleend en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

Het fysiotherapeutisch handelen is gebaseerd op 54 wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen, waarvan 37 multidisciplinair (terzijde: het actualiseren van de huidige richtlijnen gaat traag –nu slechts 2 per jaar– vanwege de beperkt beschikbare financiële middelen). De beroepsgroep werkt intensief aan de actualisering van haar kwaliteitsregister waarmee zij beantwoordt aan de huidige vraag om meer transparantie, borging en voortdurende ontwikkeling van kwaliteit. Onderdeel van het kwaliteitssysteem waarop dit register gebaseerd is, is de doelmatigheid van zorg. Dit nieuwe kwaliteitssysteem, bestaande uit dataverzameling ten behoeve van benchmarking en wetenschappelijk onderzoek, intervisie, visitatie, scholing en portfolio-ontwikkeling, wordt op dit moment stapsgewijs ingevoerd. In de loop van 2017 kunnen alle fysiotherapeuten op vrijwillige basis aan dit systeem meewerken. In 2020 zal dit nieuwe systeem voor alle fysiotherapeuten de basis voor hun registratie vormen. De aandacht voor doelmatigheid in dit systeem zal een ongebreidelde vraag naar, of aanbod van fysiotherapie voorkomen.

ENKELE TRENDS

- Door technologische ontwikkelingen en wetenschappelijke resultaten blijven mensen langer leven, terwijl tegelijkertijd de complexiteit van zorg toeneemt.
- Het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen neemt toe.
- Mensen moeten tot hogere leeftijd kunnen deelnemen aan het arbeidsproces.
- Mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen.
- Mensen willen zorg dichtbij en op maat.

Voor een toenemend aantal mensen is een goede toegankelijkheid van fysiotherapie belangrijk om optimaal te kunnen functioneren (conform WHO's ICF*).

ENKELE FEITEN

- Patiënten kennen fysiotherapie een hoge tevredenheidsscore toe (top 2 van Nederland).
- De beroepsgroep fysiotherapie is eind jaren negentig gestart met de ontwikkeling van beroepsinhoudelijke richtlijnen (eerste richtlijnen opgeleverd in 1998) en was daarmee de eerste artikel 3 BIG-geregistreerde beroepsgroep die investeerde in professionele standaarden.
- De beroepsgroep fysiotherapie heeft in 2000 het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie geïntroduceerd. Daarmee werden bij- en nascholingen (i.h.k.v. Continuous Professional Development (CPD)) en toepassing van richtlijnen verplicht. Ook hier was de beroepsgroep de eerste die aanvullende eisen ten aanzien van de beroepsuitoefening stelde.
- De Nederlandse fysiotherapeuten staan internationaal hoog aangeschreven en wereldwijd wordt gebruik gemaakt van de in Nederland ontwikkelde fysiotherapeutische richtlijnen.
- De beroepsgroep investeert in wetenschappelijk onderzoek (subsidies, leerstoelen e.d.).
- Momenteel kan (anders dan in andere beroepsgroepen) geen geld vanuit het structureel te lage tarief worden vrijgemaakt voor kwaliteitsverbetering. Behalve financiering door het KNGF zelf vanuit de ledencontributie, kan daar ook geen financiering voor worden gevonden.

HUIDIGE BELEMMERINGEN

- Patiënten moeten fysiotherapie verzekeren via de aanvullende polis of zelf de kosten dragen. Daarbij komt dat de aanvullende verzekering voor velen te duur wordt.
- Patiënten die naar verwachting meer fysiotherapie nodig hebben, kunnen geen adequate aanvullende polis afsluiten; er vindt risicoselectie plaats voor aanvullende verzekeringen met een ruime dekking [[zie statement Reumafonds](#)].
- Patiënten met een chronische aandoening (lijst Borst) moeten de eerste twintig zittingen fysiotherapie zelf betalen. En het aantal chronische aandoeningen waarvoor fysiotherapie in de basisverzekering is opgenomen, is in de afgelopen jaren verminderd (reuma). Beide maatregelen zijn uitsluitend uit bezuinigingsoogpunt getroffen.
- Patiënten zonder aanvullende verzekering zullen eerder voor duurdere zorg uit de basisverzekering kiezen omdat ze fysiotherapie zelf moeten betalen. Mogelijkheden voor substitutie van zorg blijven zo onbenut. Preoperatieve fysiotherapie voor een gewrichtvervangende operatie van heup of knie en/of fysiotherapie gericht op het uitstellen van operatie, valt onder de aanvullende verzekering.
- Het verlenen van integrale ketenzorg/multidisciplinair werken wordt bemoeilijkt door gebrek aan uniformiteit bij patiënten in aanspraken.
- Het huidige coderingssysteem werkt belemmerend in het streven naar een op functie en participatie gerichte begeleiding en behandeling, waarin sprake is van zorg op maat.

*) conform International Classification of Functioning, Disability and Health van de World Health Organization

Versnellingsdocument; systeemadvies fysio- en oefentherapie

1. Aanleiding

- a. Het Zorginstituut (ZiNL) brengt eind december 2016 haar systeemadvies uit over de meest wenselijke positie van fysio-/oefentherapie in de basisverzekering
- b. In lijn met dit advies lijkt een eerste stap pas in 2021 of 2022 te kunnen worden gezet
- c. Partijen zijn van mening dat een fundamentele stap ter verbetering van toegankelijkheid van fysio-/oefentherapie eerder gerealiseerd kan en moet worden. Daarvan profiteren zowel individuele patiënten als de zorg ten algemene. Met deze stap wordt tegemoet gekomen aan de vraag naar zinnige en zuinige zorg, van goede kwaliteit, leidend tot substitutie van duurere zorgsoorten.

2. Doelstelling

Een aanzet geven voor een notitie waarin we namens zorgaanbieders (KNGF en VvOCM), patiëntenorganisatie (NPCF) en verzekeraars (ZN) een scenario aanbieden dat de noodzaak en de haalbaarheid van een versnelling in het door ZiNL voorgenomen proces aantoont.

SKF wil graag samenwerken aan een oplossing die voor de patiënten, en ook voor de zorg en de zorgaanbieders een verbetering oplevert. Maar er is onvoldoende tijd (in alle drukte van de laatste maanden van het jaar) geweest om dat gezamenlijk verder uit te kunnen werken.

NB Dit stuk is nog niet besproken kunnen worden met de patiëntenorganisatie, de zorgverzekeraars en andere koepels van zorgaanbieders dan hierboven genoemd. De bijeenkomst op 10-11 kan daar mogelijk een eerste aanzet toe geven.

3. Methode

Bovengenoemde partijen zijn van mening dat door de inzet en combinatie van de beleidsprogramma's van het KNGF/SKF en VvOCM een valide systeem ingericht kan worden dat op korte termijn voorziet in de vraag van ZiNL: het aantonen van de maatschappelijke relevantie van fysio-/oefentherapie in relatie tot kwaliteit van zorg en (kosten)effectiviteit. Het beschikbaar zijn van voldoende mensen en middelen is daarbij randvoorwaardelijk

Hieronder staat beknopt beschreven op welke wijze de beleidsprogramma's tot het gewenste effect kunnen leiden:

- i. Het beroepscompetentieprofiel (BCP) van de fysiotherapeut, gebaseerd op het CanMEDS-model, is in 2014 vastgesteld. In 2017 zal het BCP worden herschreven, ten behoeve van uniformiteit in de beroepskolom en de curricula van de bachelor- en masteropleidingen. Dit mede in verband met het substantieel aantal masteropgeleide fysiotherapeuten. Het BCP van de fysiotherapeut bestaat uit een beschrijving van het wetenschappelijk fundament, Evidence Based Practice, International Classification of Functioning (WHO: ICF), Methodisch Fysiotherapeutisch handelen, Fysiotherapeutische verrichtingen, Beroepsethiek en wet- en regelgeving. Het BCP is daarmee de meest complete beschrijving van het domein van fysiotherapeutische zorg.

In 2015 is het 'Beroepsprofiel Oefentherapeut' geactualiseerd. Hierin is onder meer opgenomen: 'Het beroep oefentherapeut', 'Methodisch Oefentherapeutisch handelen', 'Kwaliteitszorg' en 'Competentieprofiel Oefentherapeut (eveneens gebaseerd op het CanMEDS-model)'

- ii. De kwaliteit van de fysiotherapeut wordt op verschillende manieren inzichtelijk gemaakt. Registratie in het Centraal Kwaliteitsregister, waarmee de fysiotherapeut zich verplicht tot het volgen van bij- en nascholing en tot het handelen conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Gebaseerd op het BCP kan voor het fysiotherapeutisch domein een aantal generieke criteria worden beschreven die ingezet kunnen worden om te controleren of de zorg, zoals een fysiotherapeut die pleegt te bieden, correct wordt toegepast. Deze generieke criteria bestaan uit structuur-, proces- en uitkomstvariabelen (PREM en 2 generieke PROM's) en kunnen op fysiotherapeutniveau worden getoetst doordat ze worden vastgelegd binnen het programma Masterplan Kwaliteit In Beweging.

Een belangrijk onderdeel van MIKB is dataverzameling in de landelijke database fysiotherapie (LDF) ten behoeve van feedback, benchmarking en (wetenschappelijk) onderzoek. In dit programma wordt toegewerkt naar een herinrichting van het Centraal Kwaliteitsregister, dat in de toekomst het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland zal gaan heten. In dit nieuwe register wordt niet alleen getoetst op de benoemde criteria, maar wordt ook intervisie een verplicht onderdeel. Inhoudelijk start dit nieuwe register in 2017, uiterlijk in 2020 is het geformaliseerd.

Er wordt gewerkt aan een gezamenlijk stuurindicator met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. Deze zal rekening moeten houden met zorgzwaarte, comorbiditeit, personalized care etc. Ten behoeve van transparantie naar patiënten en stakeholders wordt aangesloten bij Zorgkaart Nederland

De kwaliteit van de oefentherapeut wordt op verschillende manieren inzichtelijk gemaakt. Door kwaliteitsregistratie in het Kwaliteitsregister Paramedici (kwantitatief toetsen: o.a. werkuren en deskundigheidsbevordering & kwalitatief toetsen: IPO, Individuele Professionele Ontwikkeling) en meten van klantervaringen. Er wordt een Landelijke Database Oefentherapie opgezet, waar diverse gegevens uit de verslaglegging worden verzameld. Via een praktijkdashboard worden deze gegevens op individueel en praktijkniveau teruggekoppeld en tevens gebenchmarkt met landelijke gegevens. De resultaten worden besproken in intercollegiaal overleggroepen (intervisie).

KNGF en VvOCM werken aan het gelijktrekken van deze systemen en afspraken. In de toekomst samen met SKF zoals onder 2 aangegeven

- iii. Binnen het programma Waarde Van Kennis (WVK) is in samenwerking met diverse hoogleraren en lectoren gewerkt aan een overzicht waarin gebaseerd op wetenschappelijke evidentie beschreven staat wanneer fysiotherapie (kosten)effectief is als interventie. Dit document is onderdeel van de position paper van het

KNGF, een levend document dat gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen een mooi overzicht biedt van de maatschappelijke rol van fysiotherapie.

- iv. Tot slot zijn er voor een aantal specifieke aandoeningen richtlijnen ontwikkeld door het KNGF. In 2015 heeft het KNGF haar methodiek voor richtlijnontwikkeling herzien. Deze methodiek is opgebouwd volgens het toetsingskader van ZIN. Alle richtlijnen die het KNGF vanaf 2016 zal herzien zullen daarmee voldoen aan de eisen om opgenomen te worden in het Register van het Zorginstituut.

Ook de VvOCM heeft klachtspecifieke monodisciplinaire richtlijnen. Er is een plan voor herziening van een aantal richtlijnen.

Financiering van richtlijnontwikkeling is echter een knelpunt, waardoor de herzieningen niet zo snel gaan als wenselijk. Hiervoor moet een oplossing komen.

Richtlijnontwikkeling wordt uiteraard ingepast in het tripartite kader zoals dat door het Zorginstituut is aangegeven. KNGF en VvOCM verkennen de mogelijkheden om op dit punt intensiever samen te werken.

4. Versnellen

De partijen die bij deze notitie betrokken zijn, zijn van mening dat gebaseerd op de bovengenoemde punten I, II & III op relatief korte termijn (uiterlijk begin 2018) de aanspraken fysio- en oefentherapie op een verantwoorde manier in meer generieke termen kunnen worden gevat en verbreed. Daarmee wordt immers het professioneel handelen beschreven en wordt men getoetst op de daadwerkelijke uitvoering. Daarnaast bevat het systeem de impuls tot continue professionele ontwikkeling. In deze eerste stap zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan een overheveling van fysio- en oefentherapie naar de basisverzekering.

In een tweede stap kan, gebaseerd op wetenschappelijke bewijsvoering, op aandoeningsniveau een specifiekere aanspraak geformuleerd worden, zoals nu ook voor claudicatio intermittens geregeld is.

Daarnaast is fysio- en oefentherapie in vergelijking met zorgaanbod verder in de keten, geen dure en een uiterst (kosten-) effectieve interventie. Op basis van bewezen effectiviteit en het potentieel voor substitutie zal goede toegankelijkheid tot deze zorg op meerdere terreinen besparing opleveren, Dat betreft zowel het zorgdomein als het sociale domein (bijvoorbeeld preventie en re-integratie bij verzuim). De proportionaliteit met de kosten verderop in de keten is een factor die, gegeven de kwaliteitsborging die onder ii is aangegeven, kan meewegen in het vervolgproces. Daarmee voorkomen we het verwijt dat we penny-wise and pound foolish zijn.....

Om het bovengenoemde systeem, dat is opgebouwd uit twee verschillende onderdelen tot een succes te maken is de komende jaren een bijdrage vanuit maatschappelijk perspectief noodzakelijk. Alleen wanneer de krachten (mensen en middelen) van de verschillende stakeholders gebundeld worden is het mogelijk om het geschetste systeem in te richten waardoor transparantie en kwaliteit van zorg toenemen en de maatschappelijke kosten dalen.

NVHB

Nederlandse Vereniging van Hemofiliebehandelaars



NVHP

Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten

Aan de Raad van Bestuur
Zorginstituut Nederland
en het Secretariaat en Leden van
de Adviescommissie Pakket
Postbus 320 - 1110 AH Diemen
jzwaap@zinl.nl

Nijkerk/Groningen, 25 november 2016

Betreft: Concept Systemadvies fysio- en oefentherapie

Geacht Bestuur,
Geachte secretaris en leden van de ACP,

De besturen van de Nederlandse Vereniging van Hemofiliebehandelaren (NVHB) en de Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten (NVHP), willen hierbij graag reageren op het concept *Systemadvies fysio- en oefentherapie* dat onlangs ter consultatie aan het veld is aangeboden.

Beide besturen hebben met waardering kennis genomen van uw conceptadvies, maar zouden u wel klemmend willen vragen in het advies 'hemofilie' nadrukkelijk op te nemen als één van de groepen, die valt onder de groep specifieke aandoeningen (claudicatio intermittens, artrose aan heup en knie, reuma en hernia met motorische uitval). Met name voor de oudere groep personen met hemofilie geldt dat hun klachtenprobleem vrijwel dezelfde is als die bij artrose aan heup en knie en reuma. Voor de jongere groep met hemofilie, geldt dat we die stadia van verslechtering van gewrichtssituatie graag willen vermijden. Voor beide groepen geldt een belangrijke maar verschillende rol van het belang van fysiotherapie in die behandeling.

Voor de achtergronden van de behandeling van hemofilie en de rol van de fysiotherapie daarin verwijzen wij hierbij naar de laatste versie van de *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van hemofilie en aanverwante hemostasestoornissen* uit 2009 en met name de hoofdstukken 7 en 8.

Daarnaast wijzen wij op het bijgesloten artikel *Evidence for and Cost-effectiveness of Physiotherapy in Haemophilia: a Dutch Perspective*, dat recent is gepubliceerd in het internationale medisch-wetenschappelijke tijdschrift *Haemophilia*: november 2016, 22(6) p 943-948. Dit artikel is tot stand gekomen als reactie op het eerdere CvZ-advies over fysiotherapie uit 2011, nummer 299 en de briefwisseling hierover (uw kenmerk: ZA/2012083597) in 2012.

www.nvhp.nl  Postbus 1188
nvhp@nvhp.nl  3860 BD Nijkerk
+31 (0)33 247 1049  The Netherlands

NVHB

Nederlandse Vereniging van Hemofiliebehandelaars



NVHP

Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten

Vanzelfsprekend geldt dat wij onverminderd door gaan met de verbetering van de behandeling van hemofilie, alsmede het onderzoek naar de medische en maatschappelijke achtergronden van hemofilie tot uiting komend in lopende projecten om te komen tot een landelijk hemofilieregister (subsidie ZonMw Goed Gebruik Geneesmiddelen) en *Hemofilie in Nederland 6*, een onderzoek naar de medische en maatschappelijke achtergronden van de groep met hemofilie (subsidie VWS). De behandeling van hemofilie vindt inmiddels plaats in zeven door de NFU en VSOP aangewezen expertisecentra voor de behandeling van hemofilie. Een ontwikkeling die mede gebaseerd is op eerdere adviezen van CvZ (nu: ZiN) over de behandeling van hemofilie en met name de laatste rapportage daarover uit 2003 *Vervolgevaluatie Beleidsvisie Hemofilie*.

In afwachting van uw reactie en bij voorbaat vragend om spreektijd in de vergadering van de Adviescommissie Pakket waar over dit advies in besluitende zin wordt gesproken.

Hoogachtend,

Nederlandse Vereniging van
Hemofilie-Patiënten

Nederlandse Vereniging van
Hemofilie Behandelaars

Dhr. G.P.A. Wijfjes MBA,
voorzitter

Mw. prof. dr. K. Meijer,
voorzitter

Bijlage | *Haemophilia Physiotherapy evidence HTA + Richtlijn hemofilie*

CC |

- Minister van VWS, mw. drs. E.I. Schippers
- Leden Vaste Commissie voor VWS Tweede Kamer
- Patiëntenfederatie Nederland
- leder(in)
- VSOP



www.nvhp.nl  Postbus 1188
nvhp@nvhp.nl  3860 BD Nijkerk
+31 (0)33 247 1049  The Netherlands

 www.linkedin.com/company/nvhp
RABONLZU
NL08 RABO 0162 60 0429



ORIGINAL ARTICLE

Evidence for and cost-effectiveness of physiotherapy in haemophilia: a Dutch perspective

P. DE KLEIJN,*† E. P. MAUSER-BUNSCHOTEN,† K. FISCHER,† C. SMIT,‡ H. HOLTSLAG§ and C. VEENHOF¶

*Van Creveld kliniek, University Medical Center Utrecht; †Van Creveldkliniek, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands; ‡VSOP, Amsterdam; §AMC, Amsterdam; and ¶Physical Therapy Research, Department of Rehabilitation, Physiotherapy Science and Sports, Brain Center Rudolf Magnus, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands

Introduction: Musculoskeletal impact of haemophilia justifies physiotherapy throughout life. Recently the Dutch Health Care Institute constrained their 'list of chronic conditions', and withdrew financial coverage of physiotherapy for elderly persons with haemophilia (PWH). This decision was based on lack of scientific evidence and not being in accordance with 'state of science and practice'. **Methods:** In general, evidence regarding physiotherapy is limited, and especially in rare diseases like haemophilia. 'Evidence based medicine' classifies and recommends evidence based on meta-analyses, systematic reviews and randomized controlled trials, but also means integrating evidence with individual clinical expertise. For the evaluation of physiotherapy – usually individualized treatment – case studies, observational studies and Case Based Reasoning may be more beneficial. **Results:** Overall annual treatment costs for haemophilia care in the Netherlands are estimated over 100 million Euros, of which 95% is covered by clotting factor concentrates. The cost for physiotherapy assessments in all seven Dutch HTC's (seven centres for adult PWH and seven centres for children) is limited at approximately 500 000 Euros annually. Costs of the actual physiotherapy sessions, carried out in our Dutch first-line care system, will also not exceed 500 000 Euros. Thus, implementation of physiotherapy in haemophilia care the Netherlands in a most optimal way would cost less than 1% of the total budget. **Aim:** The present paper describes the role of physiotherapy in haemophilia care including available evidence and providing suggestions regarding generation of evidence. Establishing the effectiveness and cost-effectiveness of physiotherapy in haemophilia care is a major topic for the next decennium.

Keywords: cost-effectiveness, evidence, outcome, physiotherapy, science

Physiotherapists should be part of the core haemophilia team. Their involvement with patients and their families should begin at the time of diagnosis, and they remain important to the patient throughout their lifespan. From: *Guidelines for the Management of Haemophilia*, 2013

Introduction

Clinical outcome in haemophilia is based on musculoskeletal deterioration. Acute bleeds in synovial joints have a direct destructive effect on cartilage [1] and

cause neovascularization [2], eventually leading to

haemophilic arthropathy (HA). Immature cartilage is even more susceptible to blood [3], thus the impact on the total motor development of children and youngsters is evident, and in the elderly even worse, as HA progresses in time. For the elderly participation in their society may be at stake.

The chronic character of haemophilia combined with side-effects of treatment were already recognized in the early eighties [4], resulting in the recommendation of comprehensive care, promoting physical and psychosocial health and quality of life while decreasing morbidity and mortality. Guidelines of the World Federation of Hemophilia (WFH) recommend that teams should consist of a haematologist/physician, nurse, psychosocial worker and musculoskeletal experts [5]. Ideally the physical therapist should start with health instruction, already before the first bleed, and from there a lifelong coaching function would be

Correspondence: Piet de Kleijn, PT, Van Creveld, University Medical Center Utrecht, C 01.425, P.O. Box 85500, 3584 CX Utrecht, The Netherlands.
Tel.: +31 88 755 1709; fax +31 88 755 5438;
e-mail: pkleijn@umcutrecht.nl

Accepted after revision 23 July 2016

beneficial to patient and parents, is stated by the authors.

In this article, we describe the role of physiotherapy in the management of PWH including available evidence. When evidence is lacking or inappropriate, we discuss how evidence can be initiated and obtained. Cost-effectiveness of physiotherapy of all stages of this crippling disease, will be taken into account.

Role and evidence of physiotherapy in Haemophilia treatment centres (HTCs)

The role of physiotherapy in haemophilia depends on access to clotting factor [6,7]. In the Netherlands, children are on prophylactic treatment and bleeds are often sports or trauma related [8]. Motor development of children with haemophilia between 4 and 12 years is comparable to their healthy peers [9]. The elderly, in contrary, have physical problems related to bleedings, often from their early youth onwards. Physiotherapy involvement can be divided into five main categories [10]: (i) general health precaution measures; (ii) functional recovery after acute musculoskeletal bleeds; (iii) maintaining physical activities and participation in chronic conditions; (iv) pre- and postoperative coaching and rehabilitation; and (v) other.

1. A more practical way of precaution is purchase and instruction of proper equipment, as crutches. To minimize bleeding from a young age, physical activity should be coached. A normal neuromuscular development is aimed at, especially muscle strengthening, coordination, general fitness, body weight and self-esteem (evidence level 2) [11].
2. Musculoskeletal bleeds require a RICE protocol in the acute situation. Active rehabilitation must be an active part of the management of acute joint bleeds. It is generally accepted that functional recovery after cessation of intramuscular bleeds is essential (evidence level 2) [12]; optimal functional recovery after every bleed could well prevent recurrent bleeds. It starts as soon as pain subsides and swelling diminishes. To secure physical activities it is intensified gradually until joint function, proprioception, muscle length and activity levels are restored (evidence level 4) [13].
3. Maintaining activities and participation in chronic conditions (HA, chronic synovitis [14] and muscle deficits [12]). Intervention aims at maintaining joint function, relieving pain, and stabilizing daily activities and participation. Detailed joint assessment serves as a tool to guide job-related activities, leisure and sports. Treatment options depend on the condition and impact on the patient's lifestyle and functional abilities, sometimes supported by secondary prophylaxis [14] (evidence level 2).
4. Single (or multiple) joint procedures are followed by intensive rehabilitation, aiming at optimal

functional recovery [15,16]. Most hospitals use own protocols, mainly covering clinical rehabilitation only. The advantage for PWH visiting a larger HTC is guidance during the entire process of rehabilitation, conducted by the physical therapist who is familiar with training PWH.

5. In a larger HTC physiotherapist have additional tasks, like survival-, sky and sports camps and educational family meetings. Participating in workshops in low income countries can be a task too, often supported by the WFH (e.g. Twinning).

The levels of evidence used originate from 'The Oxford 2011 Levels of Evidence' [17]; one is the strongest evidence and five the weakest, merely based on expert opinion. This list is adapted by the WFH 'Guidelines for the management of hemophilia' [5].

(Im)possibilities for evidence of physiotherapy in haemophilia

'Evidence based medicine (EBM) is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about care of individual patients' [17]. EBM classifies evidence based on meta-analyses, systematic reviews and randomized controlled trials, but means in clinical practice integrating evidence with individual clinical expertise [17].

Levels of evidence of physiotherapy in patients with haemophilia vary from level 2–4. It seems unlikely that high-level evidence will be available soon for physiotherapy in haemophilia care, based on:

1. Cochrane collaboration for evaluation of treatment relies heavily on Randomized Controlled Trials (RCT) and meta-analyses.
2. Haemophilia is a rare disease.
3. Physiotherapy is individualized care.
4. Physiotherapy only recently has a tradition of research, resulting in a general lack of a 'body of knowledge', let alone a rare disease as haemophilia. Interest for acquiring data is starting [18] and recent developments look promising.

In haemophilia care and research there has been a long tradition of collecting data, originating from the early 1980s, based on the WFH score [19]. The International Classification of Functioning (ICF) focuses on consequences of any disease, on three levels: body, activities and participation (Fig. 1). The ICF is recommended by the World Health Organization as an official framework to assess and meet the needs of individuals with any health condition (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>). The WFH score was mainly focused on body level, an approach quite normal for that era. For research in haemophilia, this basic ICF-scheme clarifies the lack of data on activity level [20], a main level of outcome in physiotherapy, in which we distinguish 'self-reported' and

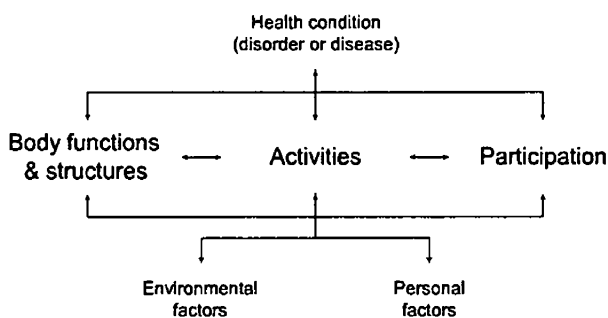


Fig. 1. Interactions between components of the international classification of functioning.

'performance-based' instruments. To collect data for the outcome of different treatment regimens, researchers had to rely on the same data as in the early eighties, but the WFH score was based on the 'Evaluation of the non-bleeding joint'. Effects of physiotherapy, essential in acute situations, were and are never measured in a structural way. In general, in physiotherapy treatment and research this is under developed (personal contact A. M. Jette).

How to effectuate physiotherapy in HTC's

How likely is it that physiotherapy is cost-effective in (Dutch) haemophilia care? Are opportunities different in the several stages of life and functional problems which PWH encounter? Although the WFH recommends comprehensive care, emphasis is still on medical treatment. Recently 'Family integrated comprehensive care' (FICC) was introduced: an attempt to combine medical treatment (tailored prophylaxis) with comprehensive care delivered by both physical therapist, nurse and social worker, in close cooperation with (young) patients and their families. Children with haemophilia (CWH) and their families are coached before, during and after acute bleeds from a very early age onwards. The physiotherapy part comprises four distinct stages in this project: health precaution measurements, diagnosing and RICE of an acute bleed, functional recovery after the bleed has stopped and evaluative measures. In the Netherlands

the second and third part are effected by first line physiotherapy. These physiotherapists should be included into a network of an HTC and have access to feed-back, at any time from that HTC.

Unless tailored medical treatment in the Netherlands may seem ideal, the stopping of prophylaxis by youngsters has also been described [21]. The relationship between a HTC, continued from early ages, and including the family of the CWH is not yet described, but we know adherence can be detected and corrected [22].

From adolescence onwards we have to be practical and intervene at the moment a PWH consults a HTC (Fig. 2). In acute situations first intake is often performed by a nurse or haematologist. We cannot expect that nurses and haematologists are trained to thoroughly assess the musculoskeletal system. Assessment in cooperation with a physical therapist (or physiatrist as part of conservative treatment) has two main advantages. At first, an expert on the musculoskeletal system guarantees better differentiation between a flare-up of haemophilic arthropathy and an acute bleed [23]. Many will treat musculoskeletal pain as a bleed with clotting factor. A clear diagnosis leads to the most adequate treatment and may save expensive clotting factor concentrate as no acute bleed is diagnosed. A clear understanding between haematologist and physical therapist is essential (presentation EAHAD, Malmö 2016, Hermans and Lobet). The second advantage is that in both acute bleeding and haemophilic arthropathy, the most adequate rehabilitation plan can be effected, in the Netherlands in a first-line setting. Assessment performed by the physiatrist is an option, but often causes unnecessary delay. PWH can visit a local physical therapist, who can rely on an experienced therapist (or medical doctor) of that HTC. In 2014 a questionnaire among all Dutch HTC's revealed that implementation of physiotherapy – in a high income country like the Netherlands – is not effected yet, which is not in accordance with European principles [24]. Moreover, in some HTC's referral to physiotherapy is effected via the physiatrist (Fig. 2). Especially in acute situations like

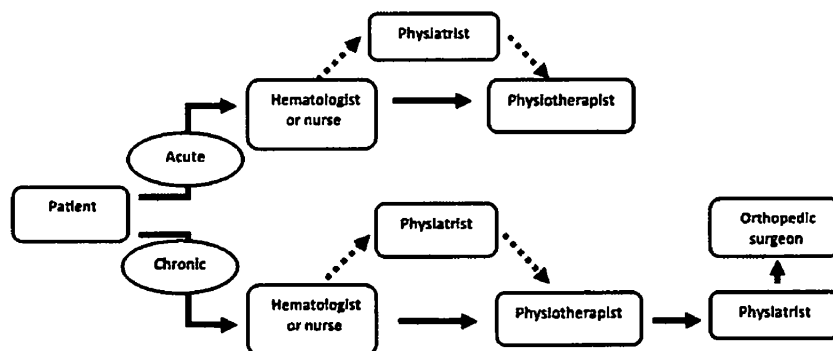


Fig. 2. The role of physiotherapy in HTC's (D. Sluiter).

joint or muscle bleeds this causes an unacceptable delay.

If conservative treatment – pain medication, physiotherapy, orthopaedic devices and adaptations – is insufficient, orthopaedic surgery is indicated. Optimal rehabilitation under the supervision of a physical therapist is indicated after single orthopaedic intervention [16] and after multiple joint procedures (MJP) [15]. Contact between the specialist from the HTC and first line professionals – physical, occupational and manual therapists – guarantees optimal care. Rehabilitation after surgery is included into these statements. In the Van Creveldkliniek (UMC Utrecht, the Netherlands) is proven that MJP are very cost effective [25]. But complicated procedures like this are only possible when optimal postoperative rehabilitation is secured [15].

Financial coverage in the Netherlands

In the Netherlands, until 1996 financial coverage of physiotherapy sessions for chronic conditions was unlimited. Coverage was based on a two cluster model: a general limitation of nine sessions combined with a 'list of chronic conditions' (Dutch policy vision haemophilia: CZSVZT 98200982). For all conditions on this list reimbursement of long-term physiotherapy was secured by a basic insurance package. In 2014, diseases such as rheumatoid arthritis and haemophilia were removed from this list, directly resulting in limited access to physiotherapy, a sudden problem *f.i.* for elderly PWH. If one has no complementary insurance package, one has to pay personally for physiotherapy sessions, causing most PWH to diminish the frequency of those sessions. As a consequence physical functioning, participation and even independency can be at stake for elderly PWH.

When the Dutch Health Care Institute Package constrained this 'list of chronic conditions', they justified this decision because of '*Lack of evidence for long-term physiotherapy in chronic situations*'. A second argument was that it was not in accordance with the legal requirement of 'state of science and practice' [26]. Recently the Dutch Minister of Health confirmed in the Dutch Parliament the justification of this decision. After public and political debate on this issue and an appeal from the Dutch Health Care Insurers the possibility to restart reimbursing long-term physiotherapy will be explored.

An estimation of the costs of physiotherapy in HTCs

The Orphan Drug Act in the United States and the European Union (EU) Regulation on Orphan Medicinal Products – adopted by the European Parliament

in 1999 – introduced legislation for the development of therapies and medicine for rare diseases. The EU and national member states now stimulate the existence of a system of reference networks for rare diseases; HTCs are part of the first designations of these expert centres. Despite this special attention a coherent structure for the financing of multi-disciplinary teams within expert centres and a financing structure of the registries (to evaluate treatment modalities of these rather expensive rare diseases) are still lacking. In haemophilia care this is a rather prominent issue as up to 95% of the total budget consists of the cost of clotting products [27]. In relation to physiotherapy, the topic of this article, it is quite clear that a proper financing and registration system could also result in a better evaluation of the value and place of long term physiotherapy in the multidisciplinary approach of modern haemophilia treatment. Physiotherapy is an essential part of the treatment of this 'crippling' disease [5], improves quality of life and could be very cost effective as well. A national questionnaire (Hemofilie in Nederland 5, 2001) revealed that the haemophilia specialist was consulted by 703 PWH out of 919 (76%) of PWH, an average of six times per year. The physical therapist, however, was visited by 173 PWH out of 919 (19%). But with an average frequency of sessions of 30 annually [28], this results in a total number of sessions of 5190. The major part of these sessions were consumed by a limited population of elderly PWH. What about the financing of total haemophilia care in the near future? In times of economic recession there will be an ongoing pressure to reduce costs. Especially the high prices of drugs for orphan diseases like cancer, but also haemophilia, is a topic of debate. Where health technology assessments (HTA) can assist to determine the value of a new drug, there is hardly any literature available on costs of physiotherapy. To present these costs in a Dutch context, we have to estimate total costs for haemophilia care in the Netherlands, and separately an estimation of costs for physiotherapy. The total annual costs – clotting factor concentrates are 95% of total costs – are estimated at 100 to 120 million Euro, just in the Netherlands. If a consultant based physical therapist should be available in every HTC in the Netherlands (seven adults and seven children centres), costs are estimated to be less than 500 000 Euros annually. If the number of physiotherapy sessions (effected by colleagues of the first line) is assumed three times higher than in 2001 (see HIN4) estimated annual costs will not exceed 500 000 Euros. Thus, implementation of physiotherapy in haemophilia care the Netherlands in an optimal way would not even cost 1 million Euro, less than 1% of the total costs!

Future evidence for physiotherapy in haemophilia care

Observational studies, under the right circumstances, and for an extended period of time, may be more beneficial than Randomized Clinical Trials, as long-term effects may reveal the natural cause of disease and therefore ways to intervene [29]. A well-known example is learning-based medicine, which is as old as medicine itself [30]. It starts with submitting reports and learning from patients' assessments and care, in order to use this knowledge for the benefit of future patients. Actually, the trend in rare disease(s) to establish centres of expertise is merely based on this approach. In these situations, research on the effect of physiotherapy can more efficiently be effectuated by use of 'Case Based Reasoning' (CBR), an approach with a long tradition in artificial intelligence [31]. It combines reasoning and machine learning techniques: given a problem to be solved, reasoning involves the use of methods to retrieve similar past cases in order to reuse their solution for the problem at hand. Once the problem has been solved, learning methods can be applied to improve the knowledge based on past experiences. This method was not yet regularly used in medicine, but seems another way to use expertise.

Most urgent is probably the development of a measurement tool set for use in acute situations. This set could monitor and measure recovery after acute intra-articular or intramuscular bleeds, trauma related bleeds, but also after a flare-up of haemophilic arthropathy and recovery postsurgery. Identical to instruments used in long-term follow-up studies, measuring effects of prophylactic treatment, this set of instruments should cover all levels of the ICF. But in contrary with instruments used for long-term follow-up these instruments have to be individualized. Examples are Goal Attainment Scaling (GAS) and semi-structured interviews such as the McMaster Toronto Arthritis patient preference questionnaire (MACTAR). In addition to the ICF on activity level we have, in future research, to distinct between self-reported and performance based activities. The focus of professions such as physiotherapy and occupational therapy is on regaining the level of activities as it was measured during the period before the last bleed. This implies more of a coaching role to restart full participation in ADL, school and work, but thereafter guidance and coaching towards restart of gymnastic lessons, leisure activities and sports.

Standards

In 1996, a special Standards of care document was written by the UK Haemophilia Chartered Physiotherapists Association. It complements the professional standards from the Chartered Society of Physiotherapy in order to assist physiotherapists with the management of PWH

and related bleeding disorders. It was updated several times [32] and includes access to services, assessment, multi-disciplinary team review, clinical management and education. This document not only leads to 'good practice', but in essence guarantees the involvement of physiotherapy in this specific population. As an example we mention Standard 1 – Physiotherapy provision within the comprehensive care setting – part 3: The specialist physiotherapist should have dedicated (and thus protected) hours and flexibility within this to manage their haemophilia caseload/service.

Advice

As stated by the WFH and recognized by the European authorities, it is quite essential in the management of haemophilia, that a limited number of centres of reference are selected [33]. Only in these centres larger numbers of PWH are treated and sufficient experience with this rare disease and its treatment can be obtained. A system of quality controls, which HTC – for adults and children – in the Netherlands perform regularly, should include the availability of a physical therapist in each centre.

Standardization of care through guidelines and protocols is the first step towards quality improvement. The very first Dutch guideline for physical therapists was on ankle distortions, obviously because it is one of the most frequently assessed musculoskeletal problems in physiotherapy [34]. Since the beginning of this millennium the Dutch Association for Physiotherapy has developed guidelines for the treatment of secondary osteoarthritis. Although the number of guidelines has increased, it is still limited, and can never be tailored for all types of rare disease with musculoskeletal consequences.

In order to fill in the role of a physical therapist in a HTC we suggest:

1. Implementation of physiotherapy in all HTCs – children and adults, based on Standards.
2. Standardization and validation of measurement tools (all ICF levels).
3. Develop guidelines for different stages and aspects of the disease.
4. Set up and maintain a network of peripheral physiotherapists.
5. Start research, based on clinical relevant questions (acute and chronic) and include cost-effectiveness.
6. High level evidence, start multicentre studies, f.i. in a European setting.
7. Evidence on a lesser level, find options like case studies and case based reasoning.
8. Make an inventory of annual costs including physiotherapy (HTC and first-line).
9. Keep up with latest developments in physiotherapy and related fields.

Acknowledgement

The author wants to thank Brian Feldman and Paul McLaughlin, both for correcting the English language and sharing their expertise on both research and standards.

Disclosures

The authors stated that they had no interests which might be perceived as posing a conflict or bias.

References

- Hooiveld M. *Blood-Induced Cartilage Damage: From Mechanisms to Arthropathy*. 2003; 1–150.
- Roosendaal G, Vianen ME, Wenting EJ *et al.* Iron deposits and catabolic properties of synovial tissue from patients with haemophilia. *J Bone Joint Surg* 1998; **80**: 540–5.
- Hooiveld M, Roosendaal G, Vianen ME, Van den Berg HM, Bijlsma JW, Lafeber FPJG. Immature articular cartilage is more susceptible to blood-induced damage than mature articular cartilage. *Arthritis Rheum* 2003; **48**: 396–403.
- Sjamsodin-Visser L. *Side Effects of Treatment—Treatment of Side Effects*. 1987; 1–137.
- Srivastava A, Brewer AK, Mauser-Bunschoten EP *et al.* Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia* 2013; **19**: e1–47.
- De Kleijn P, Odent T, Berntorp E *et al.* Differences between developed and developing countries in paediatric care in haemophilia. *Haemophilia* 2012; **18**: 94–100.
- Evatt B, Black C, Batorova A, Streer A, Srivastava A. Comprehensive care for haemophilia around the world. *Haemophilia* 2004; **10**: 9–13.
- Fischer K, Van der Bom JG, Mauser-Bunschoten EP *et al.* Changes in treatment strategies for severe haemophilia over the last 3 decades: effects on clotting factor consumption and arthropathy. *Haemophilia* 2001; **7**: 446–52.
- Schoenmakers MAGC, Gulmans VAM, Helders PJM. Motor performance and disability in Dutch children with haemophilia: a comparison with their healthy peers. *Haemophilia* 2001; **7**: 293–8.
- De Kleijn P. Hemofilie, bewegen en sport. *Hematologie Actueel* 2014; **14**: 1–5.
- Gomis M, Querol F, Gallach JE, Gonzalez C, Aznar JA. Exercise and sports in the treatment of haemophilic patients: a systematic review. *Haemophilia* 2009; **15**: 43–54.
- Beyer R, Ingerslev J, Sorenson DS. Current practice in the management of muscle haematomas in patients with severe haemophilia. *Haemophilia* 2010; **16**: 926–31.
- Hilberg T, Hersleb M, Puta C, Gabriel HHW, Schramm W. Physical training increases isometric muscular strength and proprioceptive performance in haemophilia subjects. *Haemophilia* 2003; **9**: 86–8.
- Blaney G, Forsyth A, Zourikian N *et al.* Comprehensive elements of a physiotherapy exercise programme in haemophilia – a global perspective. *Haemophilia* 2010; **16**: 136–45.
- De Kleijn P, Fischer K, Vogely C, Hendriks C, Lindeman E. In hospital rehabilitation after Multiple Joint Procedures of the lower extremities in haemophilia patients: clinical guidelines for physical therapists. *Haemophilia* 2011; **17**: 971–8.
- De Kleijn P, Blaney G, Zourikian N, Dalzell R, Lobet S. Physiotherapy following elective orthopaedic procedures. *Haemophilia* 2006; **12**: 108–12.
- Howick J, Chalmers I, Glasziou P *et al.* *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. 2011.
- Jette AM. Face into the storm. *Phys Ther* 2012; **92**: 1221–9.
- Gilbert MS. Prophylaxis: musculoskeletal evaluation. *Semin Hematol* 1993; **30**: 3–6.
- De Kleijn P, Heijnen I, Van Meeteren NLU. Clinimetric instruments to assess functional health status in patients with haemophilia: a literature review. *Haemophilia* 2002; **8**: 419–27.
- Nijdam A, Foppen W, De Kleijn P *et al.* Discontinuing early prophylaxis in severe haemophilia leads to deterioration of joint status despite low bleeding rates. *Thromb Haemost* 2016; **21**: 115–20.
- Schrijvers LH, Beijlevelt M, Peters M, Lock J, Cnossen MH, Schuurmans MJ. Achieving self-management of prophylactic treatment in adolescents in haemophilia. *Patient Educ Couns* 2016; **99**: 1179–83.
- Timmer MA, Pisters MF, De Kleijn P, de Bie RA, Fischer K, Schutgens REG. Differentiating between signs of intra-articular joint bleeds and chronic arthropathy in haemophilia: a narrative review of the literature. *Haemophilia* 2015; **21**: 289–96.
- Fischer K, Hermans C. European Haemophilia Standardisation Board. The European Principles of Haemophilia care: a pilot investigation of adherence to the principles in Europe. *Haemophilia* 2013; **19**: 35–43.
- Schild F, Mauser-Bunschoten EP, Verbout AJ, Van Rinsum AC, Roosendaal G. Total knee arthroplasty in hemophilic arthropathy: efficiency of clotting factor usage in multijoint procedures. *J Thromb Haemost* 2009; **7**: 1741–3.
- College voor zorgverzekeringen. *Fysio- en oefentherapie, beoordeling aandoeningen chronische lijst*. 2011; nr299.
- Zhou ZY, Koerper MA, Johnson KA *et al.* Burden of illness: direct and indirect costs among persons with hemophilia A in the United States. *J Med Econ* 2015; **18**: 457–65.
- Triemstra AHM, Rosendaal FR, Smit C, Van der Ploeg HM, Briët E. Mortality in patients with hemophilia. Changes in a Dutch population from 1986 to 1992 and 1973 to 1986. *Ann Intern Med* 1995; **123**: 823–7.
- Fischer K, Grobbee DE, Van den Berg HM. RCTs and observational studies to determine the effect of prophylaxis in severe haemophilia. *Haemophilia* 2007; **13**: 345–50.
- Van der Bom JG. *Waar is de beste dokter. Clin Epidemiology*, University of Leiden, Netherlands, 2015.
- Gonzalez C, Lopez DM, Blobel B. Case-based reasoning in Intelligent Health Decision Support Systems. *Stud Health Technol Inform* 2013; **189**: 44–9.
- Chartered Society of Physiotherapy. *Haemophilia Chartered Physiotherapists Standards of Care*. 2012.
- European Commission. *European Networks of Reference for Rare Diseases*. 2015.
- van Dijk CN. CBO-guideline for diagnosis and treatment of the acute ankle injury. National organisation for quality insurance in hospitals. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; **143**: 2097–103.

Richtlijn

Diagnostiek en behandeling van hemofilie en aanverwante hemostasestoornissen

Colofon

Richtlijn Diagnostiek en behandeling van hemofilie en aanverwante hemostasestoornissen

ISBN: 978-90-8523-195-0

© 2009

Nederlandse Vereniging van Hemofiliebehandelaars (NVHB)

Secretariaat: dr. E.P. Mauser-Bunschoten

p/a Universitair Medisch centrum Utrecht

Postbus 85500

3508 CA Utrecht

Telefoon 088-7558450

Fax 088-7555438

Uitgever



Van Zuiden Communications B.V.

Postbus 2122, 2400 CC Alphen aan den Rijn

E-mailadres: zuiden@zuidencom.nl

www.vanzuidencommunications.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.

Adres en e-mailadres: zie boven.

Deze uitgave en andere richtlijnen zijn te bestellen via: www.vanzuidencommunications.nl.

De Nederlandse Vereniging van Hemofiliebehandelaars (NVHB) is een subvereniging van de Nederlandse Vereniging voor Haematologie (NVvH) en heeft tot doel de kwaliteit van de zorg voor patiënten met een bloedingsneiging te bevorderen.

Uitgave van deze richtlijn is mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van Stichting Haemophilia.

Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep	7
Inleiding	9
1. Laboratoriumdiagnostiek van hemofilie-A, -B en de ziekte van von Willebrand	13
2. Behandeling van hemofilie-A en -B	25
3. Draagsters van hemofilie: bloedingsneiging, prenatale diagnostiek, zwangerschap en bevalling	39
4. Pediatrische aspecten van hemofilie-A en -B	51
5. Profylactische behandeling en thuisbehandeling van hemofilie	67
6. Behandeling van patiënten met remmers bij hemofilie-A en -B en de ziekte van von Willebrand	73
7. Orthopedische behandeling en revalidatie bij problemen van het houdings- en bewegingsapparaat bij hemofiliepatiënten	91
8. De ouder wordende hemofiliepatiënt en comorbiditeit	101
9. Behandeling van de ziekte van von Willebrand	115
10. Verworven hemofilie-A en de ziekte van von Willebrand	127
11. Overige congenitale stollingsfactordeficiënties en congenitale trombocytopathie	135
12. Organisatie van de hemofiliebehandeling in Nederland	155
13. Organisatie, kwaliteit en veiligheid van de hemofiliebehandeling vanuit de patiënt gezien: visie van de Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten	165

Bijlagen	171
1 Desmopressine	171
2 Stollingsfactorconcentraten	177
3 Belangrijke adressen en websites	181

Orthopedische behandeling en revalidatie bij problemen van het houdings- en bewegingsapparaat bij hemofiliepatiënten

L. Heijnen, P. de Kleijn, G. Roosendaal, A.C. van Rinsum

Preventie

Hoewel er geen gecontroleerde onderzoeken bestaan, wordt algemeen aangenomen dat een goede lichamelijke ontwikkeling (met een goed spierstelsel en een goede coördinatie) de kans op intra-articulaire- en intramusculaire bloedingen verkleint en het herstel na bloedingen gunstig beïnvloedt. Recente publicaties onderbouwen dat binnen de hemofiliepopulatie nog steeds aandacht moet worden besteed aan de normale psychomotorische ontwikkeling.^{1,2}

Daarom is het van belang ouders van jonge kinderen met hemofilie en hun directe omgeving goed voor te lichten en te stimuleren, zodat het kind een optimale kans krijgt een normale motorische ontwikkeling door te maken. Voorbeelden hiervan zijn het kind mee te laten doen aan schoolgymnastiek en schoolzwemmen. Het kind maakt zo kennis met verschillende sporten en kan een bewuste keus maken. De risico's van sport en spel dienen aanvankelijk door de ouders te worden ingeschat, maar het kind met hemofilie moet leren de voor- en nadelen zelf af te wegen.

Voor volwassenen betekent de *Nederlandse norm gezond bewegen* minimaal een halfuur per dag matig intensief bewegen op minstens vijf dagen in de week. Een patiënt dient zelf te kiezen of hij dagelijks op zijn fiets naar het werk gaat, trappen loopt in plaats van de lift te nemen of kiest voor regelmatige sportbeoefening. Sportbeoefening vereist gerichte training, optimale begeleiding en de juiste materialen. Sportadvies alvorens te starten met een nieuwe sport en regelmatige controle tijdens sportbeoefening zijn van belang. Bij sportblessures dient allereerst de stolling adequaat te worden gecorrigeerd en zijn vaak herhaalde toedieningen noodzakelijk. Daarnaast moet de standaardbehandeling voor de desbetreffende sportblessure worden gegeven. Regelmatig sporten (30 minuten minstens drie keer per week) verbetert bij patiënten met artropathie de maximale buiging en strekking (*range of motion*, ROM) van de meeste gewrichten vergeleken met een controlegroep.³ Er kan worden geconcludeerd dat de normale psychomotorische ontwikkeling moet worden gestimuleerd en dat ook hemofiliepatiënten moeten voldoen aan de Nederlandse norm gezond bewegen.

Aanbeveling

Ouders van jonge kinderen met hemofilie en oudere patiënten met hemofilie moeten goed worden voorgelicht over leeftijdsadequate motorische activiteiten en sport (niveau C, graad 4).

Functionele behandeling na een intra- of intermusculaire bloeding

Spierbloedingen komen meer voor in de onderste extremiteiten dan in de bovenste; bovendien is de impact qua functie groter. Intensieve substitutietherapie en het bevorderen van de resorptie zijn van het grootste belang om complicaties te voorkomen. Een bloeding van de musculus Iliopsoas doet zich met name voor in de leeftijdscategorie 10-20 jaar.^{4,5} De complicaties zijn: zenuwuitval door compressie van de nervus femoralis in het nauwe kanaal onder het ligament van Poupert, contracturen en op de lange termijn cystevorming (pseudotumoren). Bij een 'liesbloeding' bestaat de differentiaaldiagnose uit een bloeding in het heupgewricht en een appendicitis. Het onderscheid met de heupbloeding wordt gemaakt doordat bij een bloeding in de musculus Iliopsoas de rotaties in mindere mate beperkt zijn dan bij een intra-articulaire heupbloeding. Door middel van een echografie en zo nodig een CT-scan is te differentiëren tussen appendicitis en een liesbloeding. Contracturen ontstaan vaker bij poliarticulaire spieren, bijvoorbeeld een spitsvoet na een bloeding in de musculus gastrocnemius. Bij jongeren die regelmatig sporten, wordt vaak een bloeding gezien van de monoarticulaire en poliarticulaire adductoren, musculus rectus femoris en hamstrings. De oefentherapie betreft het snel mobiliseren nadat de bloeding is gestopt en verlengen van de functioneel ontstane verkorting door actief aanspannen van de antagonist van de getroffen spier.⁶ Einddoel is een juist spierevenwicht, zowel wat betreft spierlengte als spierkracht. De deelname aan dagelijkse activiteiten en de resorptie worden bevorderd door de patiënt snel te mobiliseren met behulp van krukken zodra de spierlengte dit toelaat (wanneer hij voetcontact kan maken). Het begeleiden tot het niveau is bereikt van voor de bloeding wat betreft sport- en ontspanningsactiviteiten hoort bij het revalidatietraject.

Aanbevelingen

- Na het stoppen van de bloeding dienen de spieren hun normale lengte weer te halen door de antagonist te trainen (niveau C, graad 4).
- Zo lang er een extensiebeperking in de heup bestaat die een normaal looppatroon verhindert, dient de patiënt het lopen te ondersteunen door gebruik van krukken (niveau C, graad 4).

Functionele behandeling na een intra-articulaire bloeding

Intra-articulaire bloedingen komen bij hemofiliepatiënten tegenwoordig met name voor in enkels, maar ook in ellebogen en knieën.⁷ Voor de substitutietherapie wordt verwezen naar *hoofdstuk 2*. Als criteria voor het gestopt zijn van een bloeding kunnen worden

aangehouden de vermindering van de pijn en toename van de functie van het gewricht (*active range of motion*, AROM). Zo lang de bloeding nog niet gestopt is of er veel bloed in het gewricht aanwezig is, wordt geadviseerd het gewricht niet te belasten. Te vroeg en te veel belasten van een gewricht met een acute intra-articulaire bloeding geeft meer kraakbeenschade.⁸ Daarnaast kan grootvlakkige lokale ijsapplicatie 30 minuten vijf- tot zesmaal per dag worden gegeven.^{9,10} Er zijn echter geen gerandomiseerde klinische onderzoeken bij hemofiliepatiënten gedaan. Er wordt naar gestreefd patiënten hun gewone dagelijkse activiteiten te laten continueren, bijvoorbeeld met behulp van elleboogkrukken. De ervaren patiënt geeft vaak zelf aan wanneer de bloeding is gestopt door te melden dat de pijn afneemt en de bewegingsmogelijkheid toeneemt. Dit laatste kan worden geobjectiveerd door middel van het meten van de actieve bewegingsuitslag met behulp van een goniometer. Het kan van belang zijn de patiënt te blijven controleren tot volledig herstel van de gewrichtsfunctie (ROM) is vastgesteld.

Als de bloeding 24 uur gestopt is en er zijn restverschijnselen (bijvoorbeeld krachtsverlies en/of bewegingsbeperking), dan is oefentherapie geïndiceerd. De oefentherapie begeleidt de patiënt door de stapsgewijze opbouw van zijn functionele bezigheden. De functionele einddoelen zijn het volledig hervatten van werk en school, inclusief lessen lichamelijke opvoeding, trainingen en sportwedstrijden. Tijdens deze (trainings)fase kan bij een capsulaire (synoviale) reactie van het gewricht ijs worden geapliceerd.^{10,11}

Aanbeveling

Als de bloeding 24 uur gestopt is, kan het gewricht geleidelijk worden belast. Als er na het stoppen van de bloeding restverschijnselen zijn, is oefentherapie geïndiceerd gedurende een met de fysiotherapeut nader te bepalen periode die afhankelijk is van het beloop (niveau C, graad 4).

(Chronische) synovitis

Al na één bloeding, maar meestal na herhaalde bloedingen in hetzelfde gewricht kan een chronische synovitis ontstaan.¹² Hieronder wordt verstaan een (meestal) pijnloze zwelling van het gewricht met geen of geringe bewegingsbeperking, die langer dan drie maanden bestaat. Deze afwijking gaat over het algemeen gepaard met atrofie van de omgevende spieren en instabiliteit van het gewricht. Op de röntgenfoto worden slechts geringe afwijkingen gezien, zoals een zwelling van de weke delen, ontkalking en vergroting van de epifysairschijven. Met een MRI kunnen proliferatie van de synoviale membraan en neerslag van ijzerpigment worden vastgesteld.

Behandeling

Er wordt gestart met dagelijkse substitutietherapie (1 dd 10 IE/kg factor VIII of 20 IE/kg lichaamsgewicht factor-IX) minimaal gedurende zes weken, gecombineerd met fysiotherapie.¹³ De intensiteit en de opbouw van de oefentherapie moeten zodanig zijn dat

recidiefbloedingen nauwelijks voorkomen; dit garandeert de toename van spierkracht en stabiliteit van het gewricht tezamen met toename van coördinatie (evenwicht) en het kunnen oppakken van dagelijkse activiteiten. De voortgang moet regelmatig worden gemeten op het niveau van het gewricht (omvang gewricht met een centimeter, bewegingstraject met een goniometer) en op het niveau van activiteiten.

Wanneer na drie maanden behandeling geen verbetering van deze parameters optreedt, worden met behulp van MRI de afwijkingen in het gewricht (onder andere synoviale membraan) geobjectiveerd. Een synoviorthese met radioactief Yttrium-90 is geïndiceerd als er hypertrofie van de synoviale membraan en ijzer (hemosiderine)neerslag worden aangetoond.¹⁴ Er bestaat een contra-indicatie voor gebruik van radioactief materiaal (Yttrium-90) indien de botcortex doorbroken is; dit in verband met het verslepen van radioactief materiaal buiten de intra-articulaire ruimte. Bij synoviorthese wordt vier dagen substitutietherapie gegeven (dag 1: streefspiegel 0,60-1,00 IE/ml dag 2-4: streefspiegel 0,40-0,50 IE/ml. Het geïnjecteerde gewricht wordt gedurende drie dagen geïmmobiliseerd. Yttrium-90 heeft een geringe penetratie en een korte halfwaardetijd en wordt ook wel bij jonge kinderen toegepast.¹⁵ De behandeling kan zo nodig, wanneer er na zes maanden onvoldoende effect is, worden herhaald.¹⁶

Wanneer op de MRI een forse hypertrofie van de synovia wordt vastgesteld, is er een indicatie voor een artroscopische of open synovectomie. Bij de eerste zijn de littekens kleiner, is de postoperatieve fase minder pijnlijk en zijn de actieve oefeningen gemakkelijker uit te voeren. In veel onderzoeken is een afname van de bloedingsfrequentie door deze procedure beschreven.¹⁷ Na open synovectomieën heeft een hoger percentage patiënten een blijvende bewegingsbeperking van het gewricht.

Aanbevelingen

- Bij (chronische) synovitis dient dagelijks profylaxe te worden gegeven gedurende zes weken in combinatie met actieve oefentherapie (niveau C, graad 4).
- Als dit geen resultaat heeft, is radioactieve synoviorthese aangewezen.
- Zijn er op de X-foto's/MRI cysten te zien, dan is artroscopische synovectomie aangewezen (niveau C, graad 4).

Artropathie

Door recidiverende bloedingen ontstaat naast hypertrofie van de synoviale membraan (onherstelbare) schade aan het kraakbeen van het gewricht, hemofilie-artropathie.

Onderzoek betreffende bloedgeïnduceerde kraakbeenschade bij hemofilie suggereert dat synoviale veranderingen en de bijkomende verhoogde productie van katabole enzymen en cytokinen een initiërende rol spelen in de ontwikkeling van hemofilie-artropathie en dus voorafgaan aan veranderingen in het kraakbeen.¹⁸ Recente in-vivo- en in-vitro-experimenten laten echter zien dat intra-articulair bloed een direct schadelijk effect heeft op biochemisch niveau (chondrocyten) al voordat er sprake is van synovitis. Door intra-articulair bloed ontstaat primair schade aan de chondrocyten en secundair een geïrriteerde synoviale membraan door

depositie van ijzer uit rode bloedcellen in de synoviale cellen. Deze verschillende pathologische processen treden parallel op en zijn niet afhankelijk van elkaar.¹⁹

Hemofilie-artropathie wordt op het niveau van het aangedane gewricht gekenmerkt door pijn, bewegingsbeperking in meerdere richtingen en standsafwijking. Vaak zijn meer gewrichten van één extremiteit en meer extremiteiten aangedaan. De patiënt ervaart hierdoor een toenemende achteruitgang in activiteiten en participatie. De pijn is onder te verdelen in startpijn en pijn na (langdurige) belasting en nachtelijke pijn. De pijnklachten kunnen wisselend aanwezig zijn. Er is een relatie beschreven tussen de pijn en de ernst van de gewrichtsafwijkingen vastgelegd op röntgenfoto's, maar vaak is er geen directe relatie tussen afwijkingen gezien op de röntgenfoto en de klachten van het desbetreffende gewricht.²⁰ De mate van degeneratie kan worden gescoord met behulp van de score volgens Pettersson.²¹

De functionele multidisciplinaire begeleiding volgens het belasting-belastbaarheidsmodel strekt zich uit over jaren. Pijnbestrijding wordt primair medicamenteus gedaan. Ondersteunend kan manuele tractie van het gewricht ter ontspanning worden gegeven. Deze techniek kan ook worden aangeleerd aan de patiënt om zelf thuis of op het werk te doen. Daarnaast kan transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) worden gebruikt. Wanneer meer gewrichten zijn aangedaan, is hydrotherapie een zinvolle behandeling, om zo functioneel mogelijk te trainen met minimale belasting van de gewrichten. Actieve oefeningen zijn gericht op behoud van de functie van de extremiteit en gerichte training op het behoud van functionele activiteiten door de jaren heen. Ter ondersteuning of immobilisatie kunnen orthesen (spalken, sportbraces) en schoenaanpassingen worden voorgeschreven. Bij een pijnlijk, weinig beweeglijk enkelgewricht is een afwikkelvoorziening (aan de schoen) en/of een artrodesekoker een goede oplossing.

Wanneer ondanks de bovenbeschreven behandeling de patiënt meer beperkt raakt in zijn activiteiten en participatie, kan er een indicatie zijn voor operatief ingrijpen.

Aanbevelingen

- Pijnbestrijding en (actieve) functionele oefentherapie kunnen de beperkingen van activiteiten verminderen en de participatie doen toenemen (niveau C, graad 4).
- Bij enkelartropathie kan een afwikkelvoorziening of een artrodesekoker de pijn verminderen en de mobiliteit verbeteren (niveau C, graad 4).
- Het behandelplan ter bestrijding van klachten door hemofilie-artropathie dient gebaseerd te zijn op de anamnese en het lichamelijk onderzoek (niveau C, graad 4).
- Alvorens operatief ingrijpen te overwegen dient een periode van functionele oefentherapie te worden gegeven. Bij enkelklachten dient een operatieve ingreep vooraf te worden gegaan door een schoenaanpassing en/of een proefkoker (niveau C, graad 4).

Chirurgische interventies bij hemofilie-artropathie

Osteotomie

Osteotomie is een standscorrectie in varus-/valgus- of flexie-/extensierichting, of een derotatie door middel van het doornemen en fixeren van beenderen. Dit kan een goede oplossing zijn voor bijvoorbeeld heup- en knieproblemen waarbij op bepaalde delen van het articulerende gewricht nog voldoende kraakbeen aanwezig is.²² Dit geldt met name als er contra-indicaties bestaan om een prothese te plaatsen, bijvoorbeeld bij jongere patiënten of patiënten met antistoffen tegen stollingsfactoren. Deze ingreep hoeft geen belemmering te vormen voor een eventueel later te plaatsen prothese.²³

Extirpatie caput radii (radiuskopje)

Wanneer de pijn en de bewegingsbeperking in de elleboog worden veroorzaakt door een misvorming van het radiuskopje, kan een extirpatie in combinatie met synovectomie geïndiceerd zijn. De stabiliteit van de elleboog wordt minder. Wanneer de patiënt de armen frequent gebruikt voor transfers (bijvoorbeeld opstaan uit een stoel), kan dit een relatieve contra-indicatie vormen.

Artrodese

Bij ernstige artropathie van het bovenste spronggewricht van de enkel, die gepaard gaat met een forse bewegingsbeperking, kan een enkelartrodese worden verricht.

De nabehandeling bestaat uit 12 weken gips, waarvan zes weken onbelast. Afhankelijk van de functie van beide armen en het andere been kan de patiënt met elleboogkrukken worden gemobiliseerd. Bij een gelijktijdige dubbelzijdige enkelartrodese is de patiënt 6-12 weken afhankelijk van een rolstoel. De patiënt heeft na de artrodese minder pijn en kan met een simpele afwikkelvoorziening onder de schoen een goed looppatroon bereiken. Soms is ook een artrodese van het onderste spronggewricht geïndiceerd.²⁴

Gewrichtsvervangende operaties

Deze betreffen voornamelijk de knie en heup en in veel mindere mate de elleboog en schouder.²⁵⁻²⁷ De afgelopen 10-15 jaar zijn bij veel relatief jonge patiënten kunstgewrichten ingebracht. De 10-jaarsresultaten zijn goed.^{28,29}

Er is ervaring met het combineren van meerdere ingrepen in één sessie, bijvoorbeeld twee knieprothesen. De totale revalidatieduur van de desbetreffende patiënt wordt hierdoor verkort. Bovendien is er minder stollingsfactorconcentraat nodig.³⁰ De revalidatie na een dergelijke *multi-joint*-ingreep vereist een ervaren team, dat minimaal bestaat uit een orthopedisch chirurg, hemofiliebehandelaar, fysiotherapeut, revalidatiearts, gipsverbandmeester en eventueel een interventieradioloog en maatschappelijk werker. Daarnaast dienen er goede revalidatiefaciliteiten te zijn, inclusief hydrotherapie. Het standaard orthopedische protocol voor mobilisatie na een totale heupprothese (duur

één werkweek) wordt door hemofiliepatiënten redelijk gehaald. De mobilisatie na een totale knieprothese geschiedt volgens een individueel programma, dat doorgaans enkele weken duurt.

Het te verwachten resultaat na deze ingrepen is met name vermindering van pijn, waardoor meer functionele activiteiten en participatie mogelijk worden. Bij een pijnlijke artropathie geven kunstgewrichten in ellebogen, knieën en heupen evenals enkelartrodese vermindering van pijn en een toename van activiteiten en participatie. Na een totale heupvervanging zijn de bewegingsmogelijkheden beter dan preoperatief, na een totale knie vervanging wordt de preoperatieve bewegingsuitslag vaak niet helemaal gehaald en kan fietsen een probleem worden.

Tegenwoordig worden ook enkelprothesen geplaatst bij hemofiliepatiënten, hoewel nog beperkt in aantal. Het voordeel ten opzichte van de artrodese is een betere van functie van het enkelgewricht postoperatief.³¹

Aanbeveling

Patiënten met een pijnlijke invaliderende artropathie die niet reageert op conservatieve behandeling, dienen in aanmerking te komen voor gewrichtsvervangende operaties c.q. enkelartrodese ongeacht de leeftijd (niveau B, graad 3).

Behandeling van pijn

Bij de medicamenteuze behandeling van pijn bij hemofiliepatiënten gelden dezelfde principes als bij andere indicaties, echter, het gebruik van acetylsalicylzuurbevattende preparaten en NSAID's is relatief gecontra-indiceerd wegens remming van de trombocytenaggregatie.

Pijn bij een bloeding

De beste pijnstillers is het doen stoppen van de bloeding door middel van een adequate behandeling met stollingsfactorconcentraat. Lokale toepassing van ijs wordt door sommige patiënten als pijnstillend ervaren. Uit onderzoek is gebleken dat zowel de temperatuur in het gewricht als in de spier wordt verlaagd door uitwendige ijsapplicatie. Ook is er onderzoek dat aantoont dat de bloeddorstrooming wordt verminderd.^{9,32-34} Er zijn echter geen gecontroleerde onderzoeken naar het effect van de toepassing van ijs bij hemofiliepatiënten.

Bij ernstige, met name traumatische, gewrichtsbloedingen en spierbloedingen kan medicamenteuze pijnstilling noodzakelijk zijn. Er wordt gestart met paracetamol, bij onvoldoende effect gecombineerd met codeïne (to zo nodig 20 mg maximaalzesmaal daags). Bij ernstige pijn wordt paracetamol gecombineerd met een spierontspanner (diazepam). Bij zeer ernstige pijn worden tijdelijk morfinepreparaten voorgeschreven, bijvoorbeeld morfinepreparaten, tramadol en ook COX-2-remmers. Gezien de verslavende werking van opiaten is terughoudendheid op zijn plaats. Bij extreme pijn door een forse zwelling bij een acute haemarthros kan aspiratie door middel van een punctie worden overwogen.

Pijnbestrijding na operatieve ingrepen

Adequate pijnstilling is van belang voor een voorspoedig postoperatief beloop, vooral na orthopedische ingrepen, zoals een totale knieprothese. Deze pijnbestrijding zal over het algemeen worden uitgevoerd door of in samenwerking met een anesthesioloog. In de eerste postoperatieve fase wordt doorgaans een infuuspomp met morfine voorgeschreven. Na enkele dagen wordt het pijnschema afgebouwd en kan worden overgegaan op paracetamol, al dan niet in combinatie met codeïne of tramadol.

Chronische pijn

Bij chronische pijn ten gevolge van hemofilie-artropathie kan zowel tractie (zo mogelijk door de patiënt zelf) als TENS pijnverlichting geven. Medicamenteuze pijnstilling wordt volgens het standaardschema opgebouwd: te beginnen met paracetamol, bij onvoldoende effect paracetamol gecombineerd met 10 of 20 mg codeïne (maximaal zesmaal daags). Recentelijk is het effectieve gebruik van COX-2-remmers die geen invloed hebben op de plaatjesfunctie bij hemofiliepatiënten beschreven.^{35,36} Een dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek toonde effect van etoricoxib aan in vergelijking met placebo bij de behandeling van pijn bij patiënten met hemofilie-artropathie.³⁷ Wanneer bovenstaande medicatie geen of onvoldoende effect heeft, worden morfinepreparaten zoals tramadol of morfinepreparaten voorgeschreven. Gezien de verslavende werking is terughoudendheid op zijn plaats. Eventueel kan de hemofiliebehandelaar samen met een arts van een pijnteam een individueel pijnbestrijdingplan opstellen. Naast de fysiotherapeutische en medicamenteuze pijnbestrijding zijn er ook mogelijkheden op psychologisch gebied.

Aanbevelingen

- Pijn door een bloeding dient met substitutietherapie te worden behandeld. Indien daarnaast medicamenteuze pijnstilling wordt gegeven, zijn acetosalicylzuur en NSAID's relatief gecontra-indiceerd (niveau C, graad 4).
- Bij pijn ten gevolge van artropathie kunnen naast medicamenteuze pijnstilling ook ijspakkingen, tractie en TENS worden toegepast (niveau C, graad 4).

Literatuur

1. Hilberg T, Herbsleb M, Gabriel HHW, et al. Proprioception and isometric muscular strength in haemophilic subjects. *Haemophilia*. 2001;7(6):582-8.
2. Schoenmakers MAGC, Gulmans VAM, Helders PJM, et al. Motorperformance and disability in Dutch children with haemophilia: comparison with their healthy peers. *Haemophilia*. 2001;7(3):293-8.
3. Harris S, Boggio LN. Exercise may decrease further destruction in the adult haemophilic joint. *Haemophilia*. 2006;12:237-40.
4. Heim M, Horoszowski H, Seligsohn U, et al. Ilio-psoas hematoma - Its detection and treatment with special reference to hemophilia. *Arch Orthop Traumatol Surg*. 1982;99:195-7.

5. Tallroth A. Hemophilia with spontaneous hemorrhage in the iliopsoas muscle followed by injury to the femoral nerve. *Acta Chir Scandinav.* 1999;82:1-10.
6. Kleijn P de. Physiotherapy management of iliopsoas haemorrhage. In: Heijnen L. Recent advances in rehabilitation in haemophilia. Hove, Medical Educational Network, 1995;(5):28-38.
7. Heijnen L. Haemophilic arthropathy: a study of the joint status of haemophilic patients comparing prophylactic replacement therapy with treatment on demand. Doctoral thesis, Dordrecht; ICG printing, 1986:115.
8. Hooiveld MJJ, Roosendaal G, Jacobs K, et al. Experimental joint bleeds, combined with loading of the joint initiates degenerative joint damage: a possible mechanism in hemophilic arthropathy. *Arthritis Rheum.* 2004;50(6):2024-31.
9. Oosterveld FGJ, Rasker JJ, Jacobs JWG, et al. The effect of local heat and cold therapy on the intra-articular and skinservice temperature of the knee. *Arthritis Rheum.* 1992;35:146-51.
10. Ho SSW, Coel MN, Kagawa R, et al. The effects of ice on bloodflow and bone metabolism in knees. *Am J Sports Med.* 1994;22(4):537-40.
11. Meeusen R, Lievens P. The use of cryotherapy in sportsinjuries. *Sports Med.* 1986;3:398-414.
12. Roosendaal G, Vianen ME, Wenting MJG, et al. Synovial iron deposits and catabolic properties in patients with hemophilic arthropathy. *J Bone Joint Surg Br.* 1998;80:540-5.
13. Roosendaal G, Kleijn P de, Mauser-Bunschoten EP, et al. Treatment of chronic synovitis. In: Heijnen L. Recent advances in rehabilitation in haemophilia. Hove, Medical Education Network, 1995:8-18.
14. Rodriguez-Merchan EC. Radionuclide synovectomy (radiosynoviorthesis) in hemophilia: a very efficient and single procedure. *Semin Thromb Hemostas.* 2003;29:97-100.
15. Heim M, Goshen E Amit Y, et al. Synoviorthesis with radioactive Yttrium in haemophilia: Israel experience. *Haemophilia.* 2001;7(Suppl 2):36-9.
16. Sledge CB, Atcher RW, Shortkroff S, et al. Intra-articular radiation synovectomy. *Clin Orthop Relat Res.* 1984;182:37-40.
17. Dunn AL, Busch MT, Wyly JB, et al. Arthroscopic synovectomy for hemophilic joint diseases in paediatric population. *J Pediatric Orthop.* 2004;24:414-26.
18. Arnold WD, Hilgartner MW. Hemophilic arthropathy. Current concepts of pathogenesis and management. *J Bone Joint Surg Am.* 1977;59:287-305.
19. Roosendaal G, Lafeber FPJG. Blood-induced joint damage in Hemophilia. *Semin Thromb Hemostas.* 2003;29:37-42.
20. Wallny T, Lahaye L, Brackmann HH, et al. Clinical and radiographic scores in haemophilic arthropathies: how well do these correlate to subjective pain status and daily activities? *Haemophilia.* 2002;8:802-8.
21. Pettersson H, Nilsson IM, Hedner U, et al. Radiologic evaluation of prophylaxis in severe haemophilia. *Acta Paediatr Scand.* 1981;70:565-70.
22. Wallny T, Saker A, Hofmann P, et al. Long-term follow-up after osteotomy for haemophilic arthropathy of the knee. *Haemophilia.* 2003;9:69-75.
23. Trieb K, Panotopoulos J, Hartl H, et al. Outcome of osteotomies for the treatment of haemophilic arthropathy of the knee. *Langebecks Arch Surg.* 2004;389:209-12.
24. Rodriguez-Merchan EC. The haemophilic ankle. *Haemophilia.* 2006;12:337-44.
25. Beeton K, Rodriguez-Merchan EC, Alltree J. Total joint arthroplasty in haemophilia. *Haemophilia.* 2000;6:474-81.
26. Goddard NJ, Rodriguez-Merchan EC, Wiedel JD. Total knee replacement in haemophilia. *Haemophilia.* 2002;8:382-6.
27. Legroux-Gerot I, Strouk G, Parquet A, et al. Total knee arthroplasty in hemophilic arthropathy. *Joint Bone Spine.* 2003;70:22-32.
28. Tang Wm W, Chiu Ky K, Ng Tp T, et al. Posterior cruciate ligament-substituting total knee arthroplasty in young rheumatoid patients with advanced knee involvement. *J Arthroplasty.* 2004;19:49-55.

29. Dudkiewicz I, Salai M, Israeli A, et al. Total hip arthroplasty in patients younger than 30 years of age. *Isr Med Assoc J.* 2003;5:709-12.
30. Horozowski H, Heim M, Schulman S, et al. Multiple joint procedures in a single operative session on hemophilic patients. *Clin Orthop.* 1996;328:60-4.
31. Heide HJ van der, Novakova I, Waal Malefijt MC de. The feasibility of total ankle prosthesis for severe arthropathy in haemophilia and prothrombin deficiency. *Haemophilia.* 2006;12:679-82.
32. Martin SS, Spindler KP, Tarter JW, et al. Does cryotherapy affect intra articular temperature after knee arthroscopy. *Clin Orthop Relat Res.* 2002;400:184-9
33. Enwemeka CS, Allen C, Avilla P, et al. Soft tissue thermodynamics before, during and after cold pack therapy. *Med Sci Sport Exerc.* 2002;31:45-50.
34. Karunakara RG, Lephart SM, Pincivero DM. Changes in forearm bloodflow during single and intermittent cold application. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1999;29:177-80.
35. Bragadottir G, Onundarson PT. Factor-sparing use of the COX-2 inhibitor rofecoxib in haemophilic arthropathy. *Haemophilia.* 2002;8:832-3.
36. Rattray B, Nugent DJ, Young G. Celecoxib in the treatment of haemophilic synovitis, target joints and pain in adults and children with haemophilia. *Haemophilia.* 2006;12:514-7.
37. Tsoukas C, Eyster ME, Shingo S, et al. Evaluation of the efficacy and safety of etoricoxib in the treatment of hemophilic arthropathy. *Blood.* 2006;107:1785-90.

De ouder wordende hemofiliepatiënt en comorbiditeit

R.E.G. Schutgens, E.P. Mauser-Bunschoten

Inleiding

Na de introductie van stollingsfactorconcentraten in de jaren 60 en profylaxe in de jaren 70 is de levensverwachting van patiënten met hemofilie gestegen van minder dan 30 jaar naar meer dan 70 jaar.^{1,2} Het overlijdensrisico van patiënten met ernstige hemofilie is op dit moment vijf keer hoger vergeleken met de algemene mannelijke bevolking.^{3,3} Wanneer infecties met hiv en HCV buiten beschouwing worden gelaten, is de levensverwachting iets lager dan of vergelijkbaar met andere mannen: 71 jaar voor ernstige/matige hemofilie en 75 jaar voor milde hemofilie.^{2,4}

Uit de laatste Hemofilie in Nederland (HIN5)-enquête blijkt dat in de periode 1992-2001 nog slechts in 5% van de gevallen een bloeding de doodsoorzaak vormde, in tegenstelling tot de periode 1973-1985, toen 47% van de doodsoorzaken nog een bloeding was.² De voornaamste doodsoorzaken waren aids en hepatitis-C. Daarnaast vormen maligniteiten en aandoeningen van het circulatoire systeem belangrijke doodsoorzaken; in de periode 1992-2001 werd 28% van alle sterfgevallen veroorzaakt door ischemisch hartlijden, cerebrovasculaire incidenten en andere aandoeningen van het vaatstelsel uitgezonderd bloedingen.

Dit betekent dat de oudere hemofiliepatiënt niet alleen meer te maken heeft met een stollingsstoornis en de directe gevolgen van het gebrek aan behandeling in het verleden (zoals artropatische afwijkingen) of door de behandeling veroorzaakte virale infecties (zoals hepatitis-C en hiv). In toenemende mate is er sprake van 'normale' comorbiditeit ten gevolge van de toegenomen levensverwachting. Het is daarom van belang dat de hemofiliebehandelaar, die deze patiënten immers regelmatig voor controle ziet, aandacht besteedt aan de mogelijke comorbiditeit en, gezien de gevolgen die medische interventie voor een patiënt met hemofilie kan hebben, de zorg hiervoor coördineert. Geconcludeerd kan worden dat met het ouder worden van de patiënten met hemofilie de incidentie van comorbiditeit zal toenemen.

Atherosclerose

Cardiovasculaire aandoeningen vormen de voornaamste doodsoorzaak in de ontwikkelde landen. In de Verenigde Staten is 39% van alle sterfgevallen gerelateerd aan cardiovasculair lijden.⁵ In 1990 overleden 5 miljoen mensen in de westerse landen en 9 miljoen in

niet-westerse landen aan een cardiovasculaire oorzaak en dit aantal is naar verwachting 6 en 19 miljoen respectievelijk in 2020.⁶

Onder hemofiliepatiënten is het aantal doden ten gevolge van ischemische hartaandoeningen geringer ten opzichte van de leeftijdsgelateerde mannelijke bevolking.^{2,7,8} Aangenomen werd dat hemofilie een beschermend effect heeft op de trombusvorming bij cardiovasculaire aandoeningen, maar een beschermend effect op het ontstaan van atherosclerose wordt betwijfeld. Reeds in 1957 werd uitgebreide arteriosclerose beschreven bij een patiënt met matig ernstige hemofilie.⁹ Bij muizen werd aangetoond dat factor-VIII-deficiëntie atherosclerose niet voorkomt, maar de progressie van de ziekte vertraagt.¹⁰ Uit onderzoek met behulp van *B-mode*-ultrageeluid, waarbij werd gekeken naar atherosclerotische veranderingen in de vaatwand van de arteriae carotica en femoralis, bleek dat hypocoagulatie ten gevolge van hemofilie slechts een zeer gering effect had op het ontstaan van vaatwandafwijkingen.¹¹ Dezelfde onderzoeksgroep heeft vergelijkbare analyses gedaan bij 47 patiënten met vonwillebrandziekte type 3. Ook daar werden geen verschillen gezien in intima-mediadikte in vergelijking met gezonde controlepersonen, wat suggereert dat vonwillebrandfactor geen rol speelt in atherosclerose.¹²

Dit zou betekenen dat het lagere sterftecijfer onder hemofiliepatiënten aan cardiovasculaire aandoeningen niet zozeer het gevolg is van geringe atherosclerosevorming, maar eerder van een geringere neiging tot het vormen van afsluitende stolsels. Kanttekening is dat de intima-mediadiktemetingen alleen een verdikte vaatwand kunnen meten, en geen verdunde. Echter, een ander onderzoek liet zien dat de gemiddelde intima-mediadikte bij 50 hemofiliepatiënten wel geringer was in vergelijking met gezonde controlepersonen.¹³

Cardiovasculair risicomanagement

Met cardiovasculair risicomanagement wordt bedoeld de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ) inclusief leefstijladviezen en begeleiding, bij patiënten met een verhoogd risico van eerste of nieuwe manifestaties van HVZ (CBO-richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement*, 2006). De bekende risicofactoren zijn hypertensie, hypercholesterolemie, overgewicht, diabetes mellitus en roken. In de volgende alinea's wordt weergegeven wat hierover in de literatuur bekend is bij hemofiliepatiënten.

Hypertensie

Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat patiënten met hemofilie gemiddeld een hogere bloeddruk hebben, tweemaal vaker hypertensie hebben (systolische bloeddruk > 160 mmHg en diastolische bloeddruk > 95 mmHg) en vaker antihypertensiva gebruiken dan de algemene bevolking (11,6% versus 4,1%).¹⁴ Er werd geen relatie gevonden tussen de ernst van hemofilie en de bloeddruk. Opgemerkt dient te worden dat in dit onderzoek een hypothetische controlegroep werd gebruikt.

De hogere prevalentie van hypertensie bij hemofiliepatiënten werd niet bevestigd in een Amerikaans onderzoek.¹⁵ Wel werd daar aangetoond dat er een duidelijke relatie

bestaat tussen hypertensie en acute en chronische nierziekten. Hoewel dit in de lijn der verwachting is en een etiologische rol van hypertensie in het ontstaan van nierschade in dit onderzoek niet kon worden onderzocht, was er wel een associatie tussen nierbloedingen en hypertensie. De prevalentie van hypertensie bij patiënten met hemofilie die werden opgenomen met een nierbloeding, was 10,1% versus 4,5% bij patiënten die om andere redenen werden opgenomen.¹⁵

Hypercholesterolemie

Het gemiddelde cholesterolgehalte van een hemofiliepatiënt was in een Nederlands onderzoek lager dan van de algemene bevolking (4,8 versus 5,6 (95%-BI van het verschil 0,5-1,1)).¹⁴ De beschikbare gegevens in de literatuur zijn verder zeer beperkt en de prevalentie van hyperlipidemie in de hemofiliepopulatie is daarom niet bekend. Een Amerikaans onderzoek beschreef een prevalentie van 0,4%, terwijl in de algemene bevolking het percentage volwassenen met hypercholesterolemie 17% bedraagt.^{16,17} Echter, 64% van de patiënten in dit Amerikaans onderzoek was jonger dan 30 jaar en dit onderzoek is daarom niet extrapoleerbaar naar de algemene hemofiliepopulatie.

De laagste concentraties cholesterol werden gezien bij patiënten met ernstige hemofilie, wat doet suggereren dat dit een fenomeen is door het stollingsdefect zelf of door de behandeling ervan.¹⁴ Een hypothese is dat virale infecties zowel het immuunsysteem als de leverfunctie aantasten met als gevolg lagere cholesterolspiegels. Dit wordt ondersteund door de observatie dat chronische hepatitis-C gepaard gaat met lagere serumcholesterolspiegels.¹⁸

Obesitas

Ten gevolge van bloedingen in het verleden die ernstige artropathie hebben veroorzaakt, is de mobiliteit bij met name oudere patiënten met ernstige en matig ernstige hemofilie verminderd. Door gebrek aan beweging wordt in deze groep dan ook een verhoogde *body-mass index* (BMI) gezien, wat het risico op diabetes mellitus en hypertensie verhoogt.^{19,20} De prevalentie van hemofiliepatiënten met een BMI ≥ 25 kg/m² in het Utrechtse cohort is 23% (niet-gepubliceerde data), in vergelijking met 43,5% van de mannen in de algemene Nederlandse bevolking. De gemiddelde BMI van hemofiliepatiënten was 22,8 in 1990 (cohort van Leiden en Rotterdam) en 24,6 in 2007¹⁴ (Utrechts cohort, ongepubliceerde data). In een landelijke Nederlands onderzoek onder patiënten steeg het aantal volwassen hemofiliepatiënten met overgewicht van 27% naar 35%.²¹ Echter, overgewicht kwam bij hen significant minder vaak voor dan bij de algemene mannelijke Nederlandse bevolking. De prevalentie van obesitas (BMI > 30 kg/m²) was verdubbeld van 4% naar 8%.

Bij obese Canadese mannen werd een significante grotere beperking in de *range of motion* (ROM) gezien dan bij niet-obese mannen (4,59 versus 3,34, $p < 0,05$), onafhankelijk van het feit of ze hemofilie hadden of niet.²² Overigens was de gemiddelde BMI in dit onderzoek 30 voor hemofiliepatiënten en 27 voor de controlegroep. Een Amerikaans

onderzoek bij 44 jonge hemofiliepatiënten (6-25 jaar) vond geen relatie tussen de BMI en het aantal gewrichtsbloedingen.²³ Wel werd er bij patiënten met een hogere BMI een grotere kans op een hogere *jointscore* en een *targetjoint* gevonden. Uit dit onderzoek kan niet worden afgeleid of de obesitas heeft geleid tot de hogere gewrichtsproblemen of andersom.

Aangezien de BMI stijgt met de leeftijd, de hemofiliepatiënt steeds ouder wordt, en er een stijging in de prevalentie van obesitas is te zien in de algemene bevolking, is het te verwachten dat het percentage hemofiliepatiënten met obesitas zal toenemen.

Diabetes mellitus

Er zijn weinig gegevens over diabetes mellitus bij hemofiliepatiënten. De beschikbare literatuur laat zeer uiteenlopende (tegenstrijdige) prevalenties zien. Zo werd in een cohort van patiënten met milde hemofilie in Canada een prevalentie van diabetes mellitus gevonden van 24,4% in vergelijking met 6,1% in de controlegroep.²² De prevalentie van diabetes mellitus in een Amerikaans cohort van 3422 hemofiliepatiënten was 1,8%.¹⁶ Gegevens voor Nederland ontbreken.

Roken

Een Nederlands onderzoek liet zien dat het aantal gevallen van kankergerelateerde dood bij hemofiliepatiënten 2,5 maal hoger was dan in de algemene bevolking.⁷ In 6 van deze 15 sterfgevallen was er sprake van longkanker. In een vervolgonderzoek kon echter niet worden aangetoond dat het percentage rokers bij hemofiliepatiënten groter was dan in de algemene populatie.¹⁴

Aanbevelingen

- Bij de oudere hemofiliepatiënt (> 60 jaar) dient minstens jaarlijks de bloeddruk te worden gemeten. Hypertensie dient adequaat te worden behandeld (niveau C, graad 4).
- Er is geen literatuur die een routinematige screening op hypercholesterolemie, diabetes mellitus of nierlijden bij de hemofiliepatiënt ondersteunt. Bij patiënten met verhoogd cardiovasculair risico is er wel een indicatie voor regelmatige screening door huisarts, internist of hemofiliebehandelaar (niveau C, graad 4).
- Algemene aanbevelingen dienen aan de hemofiliepatiënt te worden gegeven ter preventie van cardiovasculair lijden. Dit betekent stoppen met roken, overgewicht tegengaan en lichaamsbeweging stimuleren (niveau C, graad 4).

Ischemisch vaatlijden

Cardiale ischemie

Hemofiliepatiënten hebben een lager risico op trombotische processen dan de algemene populatie^{24,25} en een lagere cardiale sterfte.^{2,7,8} Het aantal hemofiliepatiënten dat een myocardinfarct krijgt in Nederland, is onbekend. Een Amerikaans onderzoek beschreef ischemisch hartlijden bij 1,4% van de patiënten, en cardiale ischemie is beschreven in meerdere *case reports*.^{16,26,28} Gegevens over ischemische ziekten in de literatuur dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Er is een grote publicatiebias in de gerapporteerde individuele gevallen, waarbij er zeker een onderrapportage te verwachten is in het geval van spontane ischemische *events* zonder voorafgaande toediening van stollingsfactoren.

Girolami et al. hebben drie reviews van beschikbare literatuur gepubliceerd waarin de prevalentie wordt beschreven van myocardinfarcten bij patiënten met hemofilie-A, hemofilie-B en vonwillebrandziekte.²⁸⁻³⁰

Bij 36 patiënten met hemofilie-A wordt een myocardinfarct beschreven, van wie het infarct bij 22 patiënten optrad na infusie met een stollingsfactorproduct, met name protrombinecomplex (PCC) of recombinantfactor VIIa.²⁸ In de review betreffende hemofilie-B worden 13 myocardinfarcten beschreven waarvan in acht gevallen het infarct ontstond na toediening van een stollingsfactorproduct (waarvan vijf na PCC).²⁹ Bij patiënten met vonwillebrandziekte worden negen myocardinfarcten beschreven.³⁰ In dit onderzoek waren te weinig transfusiedata voorhanden om de bijdrage van stollingsproducten te evalueren.

In bovenstaande onderzoeken lijkt er een relatie te bestaan tussen het toedienen van PCC en recombinantfactor VIIa en het optreden van een myocardinfarct. Dit is ook beschreven na infusie met desmopressine of factor VIII/IX.²⁸⁻³⁵ Nogmaals, vanwege publicatiebias dient deze conclusie met de nodige voorzichtigheid te worden benaderd. Het geeft wel weer dat oplettendheid is geboden bij het toedienen van stollingsproducten bij patiënten met cardiovasculair lijden, en wellicht vooral met PCC en recombinantfactor VIIa.

In diermodellen (honden met een arteriële stenose en inductie van arteriële trombose) is gezien dat arteriële occlusie optreedt bij gezonde honden en bij honden met hemofilie-A.³⁶ Zoals hierboven beschreven, heeft hemofilie waarschijnlijk geen beschermende werking op het ontstaan van atherosclerose. In de aanwezigheid van acute of chronische trombotische triggers zal hemofilie een beperkte beschermende werking hebben tegen het optreden van arteriële occlusie.

Overigens werd in de diermodellen ook gevonden dat er geen arteriële occlusie optrad bij honden met vonwillebrandziekte, zelfs niet na suppletie van vonwillebrandfactor (VWF).³⁶ De hypothese is dat de subendotheliale matrix een belangrijke bron is van VWF, die nodig is voor adequate trombusvorming. Substitutie van plasma-VWF levert geen bijdrage aan de repletie van de subendotheliale matrix.

Cerebrovasculair accident (CVA)

Dezelfde publicatiebias als boven beschreven is van toepassing op het optreden van CVA's. In de drie literatuurreviews van Girolami et al. worden zes CVA's beschreven bij

patiënten met hemofilie-A, één CVA bij patiënten met hemofilie-B en twee bij patiënten met vonwillebrandziekte.²⁸⁻³⁰ Een relatie met infusie van stollingsfactorproducten was gevonden bij vier van de zes patiënten met hemofilie-A. Het CVA bij de patiënt met hemofilie-B was geluxeed door een orthopedische operatie (waar waarschijnlijk ook een stollingsproduct is gegeven). Er waren geen gegevens over stollingsfactorgebruik bij de patiënten met de ziekte van von Willebrand.

Perifeer arterieel vaatlijden

Er is geen literatuur bekend over het optreden van perifeer arterieel vaatlijden bij patiënten met hemofilie of de ziekte van von Willebrand.

Cardiovasculaire niet-chirurgische interventie

Cardiale interventie

Er is geen systematisch onderzoek gepubliceerd naar de wijze waarop hemofiliepatiënten het best kunnen worden nabehandeld ter voorkoming van nieuwe vaatocclusie na een hartinfarct en cardiale interventies zoals percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA), het plaatsen van een stent na percutane coronaire interventie (PCI) en cardiale bypassoperaties. De literatuur beperkt zich tot *case reports* en reviews van *case reports*.^{28-30,37-42}

Vele antitrombotica zijn beschikbaar om vroege of late reocclusie van een stent te voorkomen. Dergelijke strategieën brengen een verhoogd risico op bloedingen met zich mee: een meta-analyse van vier grote gerandomiseerde onderzoeken betreffende PCI laat in de niet-hemofiliepopulatie een risico op ernstige bloedingen zien van 6,4%.⁴³ Deze ernstige bloedingen induceren tevens een hogere mortaliteit (relatief risico 3,5).⁴⁴⁻⁴⁶ Gegevens hierover bij hemofiliepatiënten ontbreken.

De oudere patiënt is onderhevig aan een groter risico op morbiditeit en mortaliteit dan de jongere patiënt. Het bloedingsrisico neemt duidelijk toe met de leeftijd van de patiënt: patiënten > 75 jaar hebben een bloedingsrisico van 16,6% versus 6,5% bij jongere patiënten.⁴⁷ Ook de mortaliteit in deze groep is verhoogd. De mortaliteit van een PCI bij patiënten < 55 jaar bedraagt 1,6%, maar is 2,2% bij patiënten 55-65 jaar, 7,1% bij patiënten 65-75 jaar en loopt op tot 11% bij patiënten ouder dan 75 jaar.⁴³

Richtlijnen voor de hemofiliepatiënt ontbreken, laat staan voor de oudere hemofiliepatiënt. Op basis van bovenstaande data is het aannemelijk te postuleren dat de oudere hemofiliepatiënt een hoger bloedingsrisico en daarmee een hogere mortaliteit tijdens cardiale interventie met zich meebrengt.

Behandeloverwegingen bij de hemofiliepatiënt

Een algemene richtlijn voor antitrombotische behandeling rondom cardiale interventie-PCI bij de hemofiliepatiënt is moeilijk te geven. De aanpak is gebaseerd op een profiel van de patiënt, inclusief ernst van de hemofilie, bloedingsneiging, leeftijd, remmerstatus

en nierfunctie. De complicaties zullen voornamelijk worden bepaald door het bloedingsrisico. Om het bloedingsrisico te minimaliseren, bestaat de noodzaak tot suppletie van factor VIII of IX. Echter, het is bekend dat hoge spiegels van factor VIII een risico vormen op trombose en, zoals eerder beschreven, een risico op arteriële ischemie. Dit brengt weer de noodzaak tot antitrombotica met zich mee.

Dit delicate evenwicht maakt het noodzakelijk dat een dergelijke interventie gebeurt in goede samenwerking met de hemofilieskundige, cardioloog, verpleging, het klinisch laboratorium en het transfusielaboratorium. De hiervolgende adviezen worden niet gestaafd door wetenschappelijke literatuur.

Keuze tot interventie

Data van de COURAGE-trial laten zien dat patiënten met een stabiele angina pectoris beter af zijn met optimale niet-invasieve therapie dan met een PCI. Dit is met name het geval voor patiënten met een verhoogde bloedingsneiging zonder ernstige coronaire afwijkingen.⁴⁸

In het geval van een acuut myocardiinfarct is een PCI wel beter dan een niet-invasieve therapie,⁴⁹ maar data bij hemofiliepatiënten ontbreken. Het lijkt echter plausibel dat PCI ook bij deze patiënten de voorkeur heeft.

Keuze van de plaats van de ingreep

Meer dan driekwart van de grote bloedingen vindt plaats ter hoogte van de femorale insteekplaats van de interventie. De veiligheid en de effectiviteit van een radiale benadering zijn in meerdere onderzoeken aangetoond. Deze verdient zeker de voorkeur bij patiënten met een verhoogde bloedingsneiging.⁵⁰⁻⁵³

Keuze van de stent

Een recent onderzoek bij niet-hemofiliepatiënten laat zien dat er geen verschil is in de mortaliteit tussen patiënten die een *bare-metal*-stent hebben gekregen versus patiënten die een *drug-eluting*-stent hebben gekregen. Wel was er een significante daling in het aantal revascularisaties bij patiënten met een *drug-eluting*-stent.⁵⁴ *Drug-eluting* stents hebben dus een verminderde kans op restenose, maar vergen wel een langere behandeling met trombocytenuitremmers. Waarschijnlijk heeft daarom een *bare-metal*-stent bij de hemofiliepatiënt de voorkeur.

Stollingscorrectie ten tijde van de ingreep

Er dient een volledige correctie van de stolling plaats te vinden ten tijde van de PCI. In geval van een radiale benadering (die de voorkeur geniet), is een correctie tot 24 uur na de PCI voldoende. In geval van een femorale benadering is een correctie tot 72 uur na de ingreep nodig. Hierna kan worden overgegaan tot het regime van voor de PCI.

Anticoagulantia

Heparine

Na volledige correctie van de stollingstekorten kan heparine worden toegediend volgens de normale protocollen. Ongefractioneerde heparine (UFH) verdient de voorkeur boven laagmoleculairgewichtheparine (LMWH) vanwege de korte halfwaardetijd. Bovendien liet de SYNERGY-trial minder bloedingen zien bij patiënten die werden behandeld met UFH vergeleken met LMWH (9,1% versus 7,6%).⁵⁵ Strikte monitoring via de geactiveerde partiële tromboplastinetijd is een vereiste.

Bivalirudine

Sommige centra gebruiken de selectieve IIa-agonist, bivalirudine, in plaats van heparine. Vanwege het ontbreken van een antidotum en het ontbreken van klinische gegevens bij de hemofiliepatiënt heeft UFH nog steeds de voorkeur.

Meerdere onderzoeken laten wel een lagere bloedingscomplicatie zien bij patiënten zonder hemofilie die werden behandeld met bivalirudine vergeleken met UFH.⁵⁶ Echter, de grootste reductie werd gezien in liesbloedingen en retroperitoneale bloedingen. Deze bloedingen zullen zeer waarschijnlijk veel minder voorkomen wanneer voor de radiale benadering wordt gekozen.

Pentasachariden

Deze selectieve Xa-antagonisten, zoals fondaparinux en idraparinux, hebben toenemend hun intrede gedaan in de behandeling van instabele angina pectoris en veneuze trombose. Evenals bij bivalirudine zijn er weinig gegevens bij de hemofiliepatiënt en heeft UFH de voorkeur.

Aspirine

Een lage dosis aspirine (60-80 mg) wordt door patiënten met ernstige hemofilie over het algemeen goed verdragen. Bij sommige patiënten ontstaat bij lage dosis aspirine, ondanks profylaxe met factor VIII of IX, een toename van het aantal bloedingen. In dat geval dient de aspirine te worden gestaakt.

Patiënten met milde hemofilie ondervinden meestal weinig bloedingsproblemen ten tijde van behandeling met een lage dosis aspirine.

Clopidogrel

Clopidogrel wordt aanbevolen in combinatie met aspirine gedurende ten minste vier weken na het plaatsen van een bare-metal-stent. Indien er een noodzaak is tot het geven van clopidogrel bij patiënten met ernstige en matige hemofilie, wordt behandeling met factor VIII of IX aanbevolen gedurende de tijd dat clopidogrel wordt gegeven waarbij er dalspiegels van 0,1 IU/ml worden nagestreefd.

Abciximab

Er kan geen uitspraak worden gedaan over de veiligheid van abciximab bij hemofiliepatiënten. Gezien de korte halfwaardetijd van enkele uren van abciximab en de volledige correctie van de stolling ten tijde van de PCI, zou abciximab kunnen worden gebruikt.

Trombolytica

Trombolytica worden gebruikt bij een acuut myocardinfarct. Gezien het feit dat in een dergelijke situatie een PCI de voorkeur heeft (bij patiënten zonder hemofilie) en gezien het bleedingsrisico van dergelijke middelen, is het gebruik bij hemofiliepatiënten zeer beperkt.

Aanbevelingen

- In geval van een PCI verdient bij een hemofiliepatiënt een radiale benadering de voorkeur (niveau C, graad 4).
- Een volledige correctie van de factordeficiëntie dient te plaats te vinden ten tijde van de PCI (niveau C, graad 4).
- Ongefractioneerde heparine heeft de voorkeur boven LMWH, bivalirudine en pentasachariden (niveau C, graad 4).

Virale infecties

Hepatitis-C

Voor de introductie van adequate virusinactivatie van stollingsproducten in 1992 waren stollingsfactorconcentraten besmet met het hepatitis-C-virus (HCV). Patiënten die regelmatig zijn behandeld met stollingsfactorconcentraten vervaardigd uit grote plasmapools, zijn in vrijwel alle gevallen besmet met het HCV-virus. Van degenen die met cryoprecipitaat zijn behandeld, is dit percentage 66%.⁵⁶

Van de mensen die besmet zijn met HCV, ontwikkelt 80% een chronische hepatitis. Uit een internationaal onderzoek naar de progressie van leverlijden ten gevolge van HCV bij 847 patiënten met een stollingsstoornis blijkt dat 21 jaar na de besmetting 55 van hen zijn overleden aan de gevolgen van chronische HCV.⁵⁷ Van hen ontwikkelden er 72 een ernstig leverfalen of hepatocellulair carcinoom.

Het is daarom belangrijk dat van elke patiënt die voor 1992 is behandeld, HCV-antistoffen worden bepaald. Bij kinderen die in het buitenland zijn behandeld, dienen deze antistoffen altijd te worden bepaald. Indien deze positief zijn, dient onderzoek naar HCV-RNA te worden gedaan. Indien de HCV-RNA twee keer positief is met een tussenpoos van zes maanden, is er sprake van chronische hepatitis-C.

Een chronische HCV-infectie dient te worden behandeld met de standaardtherapie voor HCV (*pegylated interferon*: PegIFN en ribavirine), maar de noodzaak van therapie is afhankelijk van het genotype.⁵⁸⁻⁶⁰ Alle patiënten met een chronische HCV-infectie met genotype 2, 3 of 5 worden behandeld met peginterferon alfa-2b (Pegintron[®]) (eenmaal per week 1,5 µg/kg subcutaan) in combinatie met ribavirine 800-1200 mg per dag gedurende 24 weken. In geval van genotype 1 of 4 wordt alleen behandeld indien er sprake is van fibrose graad 2 of meer. In deze gevallen wordt de behandeling 48 weken gegeven. Indien er 12 weken na aanvang minder dan 2 log virusreductie is, of indien het virus 24 weken na aanvang niet is verdwenen, wordt de therapie gestaakt. Bij genotype 2, 3 en 5 heeft de behandeling in 80-90% van de gevallen blijvend succes, bij genotype 1 en 4 wordt 50%

met succes behandeld.⁵⁸⁻⁶⁰ Het effect en de bijwerkingen van deze therapie zijn vergelijkbaar met andere patiënten die lang aan chronische hepatitis-C lijden.⁶¹ De voornaamste bijwerkingen zijn vermoeidheid, verminderde eetlust, gewichtsverlies, stemmings- en concentratiestoornissen, anemie, trombopenie en neutropenie.

Hemofiliepatiënten met chronische hepatitis-C dienen zorgvuldig op leverfalen en de ontwikkeling van fibrose, cirrose en carcinomen te worden gecontroleerd. Hiertoe dienen regelmatig leverfuncties (bijvoorbeeld tweemaal per jaar ALAT) te worden gecontroleerd en dient eens per twee tot drie jaar een echo van lever en milt te worden gemaakt. De mate van fibrose kan worden vastgesteld door middel van een biopsie.⁵⁸ Een biopsie heeft echter verschillende beperkingen. Vooral een kleine biopsie kan de mate van fibrose zowel over- als onderschatten.⁵⁸ Bovendien is het een kostbare procedure, mede doordat stollingsfactorcorrectie noodzakelijk is. Een veelbelovend alternatief is de elastografie waarbij de mate van fibrose en cirrose wordt vastgesteld met behulp van ultrageluid.⁶² Dit onderzoek kan plaatsvinden in centra die over een Fibroscan[®] beschikken en het wordt aanbevolen om dit eenmaal per twee tot drie jaar te doen.

Aanbeveling

Bij alle patiënten die voor 1992 met stollingsfactorconcentraten vervaardigd uit plasma zijn behandeld, dient een HCV-RNA-bepaling te worden gedaan. In geval van chronische hepatitis-C dient een patiënt met hemofilie net als andere patiënten te worden behandeld (niveau A, graad 1).

Hiv

In de periode 1979 tot 1986 is ongeveer 16% van de Nederlandse hemofiliepatiënten die werden behandeld met stollingsfactorconcentraten of cryoprecipitaat, besmet met het humaan immunodeficiëntievirus (hiv).⁶³ Voor de introductie van HAART (*highly active antiretroviral therapy*) in 1996 is het merendeel van hen overleden. Ongeveer 35% van de geïnfecteerde hemofiliepatiënten is 20 tot 25 jaar na de besmetting nog in leven.⁶⁴⁻⁶⁶

De behandeling van hiv vindt plaats in gespecialiseerde hiv-behandelcentra. Sommige van de huidige anti-hiv-middelen kunnen bijwerkingen hebben die extra gevolgen hebben voor de patiënt met hemofilie. Met name hepatotoxiciteit is beschreven bij patiënten die een co-infectie met HCV hebben.⁶⁷ Daarnaast is een toename van het aantal bloedingen gemeld bij patiënten met hemofilie.^{68,69} Indien er sprake is van een toename van het aantal bloedingen, kan aanpassing van het profylaxeschema noodzakelijk zijn.

Literatuur

1. Larsson SA. Life expectancy of Swedish haemophiliacs, 1831-1980. *Br J Haematol.* 1985;59:593-602.
2. Plug I, Bom JG van der, Peters M, et al. Mortality and causes of death in patients with hemophilia, 1992-2001: a prospective cohort study. *J Thromb Haemost.* 2006;4:510-6.

3. Mejia-nCarvajal C, Czapek EE, Valentino A. Life expectancy in haemophilia outcome. *J Thromb Haemost.* 2006;4:507-9.
4. Walker IR, Julian JA, and association of haemophilia clinic directors of Canada. Causes of death in Canadians with haemophilia 1980-1995. *Haemophilia.* 1998;4:714-20.
5. Nabel EG. Cardiovascular disease. *N Eng J Med.* 2003;349:60-72.
6. Reddy KS. Cardiovascular disease in non-Western countries. *N Engl J Med.* 2004;350:2438-40.
7. Rosendaal FR, Vrekeamp I, Smit C, et al. Mortality and causes of death in Dutch haemophiliacs, 1973-76. *Br J Haematol.* 1989;71:71-6.
8. Aronson DL. Cause of death in hemophilia A patients in the United States from 1968 to 1979. *Am J Hematol.* 1988;27:7-12.
9. Stewart JW, Acheson ED. Atherosclerosis in a haemophiliac. *Lancet.* 1957;1121-2.
10. Khallou-Laschet J, Caligiuri G, Tupin E, et al. Role of the intrinsic coagulation pathway in atherogenesis assessed in hemophilic apolipoprotein E knockout mice. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2005;25:e123-6.
11. Sramek A, Reiber JHC, Gerrits WBJ, et al. Decreased coagulability has no clinically relevant effect on atherogenesis: observations in individuals with a hereditary bleeding tendency. *Circulation.* 2001;104:762-7.
12. Sramek A, Bucciarelli P, Federici AB, et al. Patients with type 3 severe von Willebrand disease are not protected against atherosclerosis: results from a multicenter study in 47 patients. *Circulation.* 2004;109:740-4.
13. Bilora F, Zanon E, Petrobelli F, et al. Does hemophilia protect against atherosclerosis? A case-control study. *Clin Appl Thromb Haemost.* 2006;12:193-8.
14. Rosendaal FR, Briet E, Stibbe J, et al. Haemophilia protects against ischaemic heart disease: a study of risk factors. *Br J Haematol.* 1990;75:525-30.
15. Kulkarni R, Sourcie JM, Evatt B, and the Haemophilia Surveillance System Project Investigators. Renal disease among males with haemophilia. *Haemophilia.* 2003;9:703-10.
16. Kulkarni R, Soucie JM, Evatt BL. Hemophilia Surveillance System Project Investigators. Prevalence and risk factors for heart disease among males with hemophilia. *Am J Hematol.* 2005;79:36-42.
17. Carroll MD, Lacher DA, Sorlie PD, et al. Trends in serum lipids and lipoproteins of adults, 1960-2002. *JAMA.* 2005;294(14):1773-81.
18. Wisniewska-Ligier M, Wozniakowska-Gesicka T, Kups J, et al. Lipid metabolism in children with chronic hepatitis C, A preliminary report. *Hepatogastroenterology.* 2006;53(72):887-91.
19. Sourci JM, Cianfrini C, Janco RL, et al. Joint range-of-motion limitations among young males with haemophilia: prevalence and risk factors. *Blood.* 2004;103:2467-73.
20. Street A, Hill K, Sussex B, et al. Haemophilia and aging. *Haemophilia.* 2006;12:8-12.
21. Hofstede FG, Fijnvandraat K, Plug I, et al. Obesity: a new disease for haemophilic patients? A nationwide survey. *Haemophilia.* 2000;14:1035-8.
22. Scully MF, MacGregor D, Walsh M, et al. The clinical impact of mild haemophilia A: report of a cohort study. *Blood.* 2005;106:3210 (abstract).
23. Carpenter SL, Chrisco M, Johnson E. The effect of overweight and obesity on joint damage in patients with moderate or severe hemophilia. *Blood.* 2006;108:4064 (abstract).
24. Franchini M. Thrombotic complications in patients with hereditary bleeding disorders. *J Thromb Haemost.* 2004;92:298-304.
25. Franchini M, Tagliaferri A, Rossetti C, et al. Absence of thromboembolic complications in patients with hereditary bleeding disorders undergoing major orthopaedic surgery without antithrombotic prophylaxis. *Thromb Haemost.* 2004;91(5):1053-5.

26. Goodnough LT, Saito H, Ratnoff OD. Thrombosis or myocardial infarction in congenital clotting factor abnormalities and chronic thrombocytopenias: a report of 21 patients and a review of 50 previously reported cases. *Medicine (Baltimore)*. 1983;62:248-55.
27. Small M, Jack AS, Lowe GDO, et al. Coronary artery disease in severe hemophilia. *Br Heart J*. 1983;49:604-7.
28. Girolami A, Ruzzon E, Fabris F, et al. Myocardial infarction and other arterial occlusions in hemophilia A patients. A cardiological evaluation of all 42 cases reported in the literature. *Acta Haematol*. 2006;116:120-5.
29. Girolami A, Randi ML, Ruzzon E, et al. Myocardial infarction, other arterial thrombosis and invasive coronary procedures, in hemophilia B: a critical evaluation of reported cases. *J Thromb Thrombolysis*. 2005;20:43-6.
30. Girolami A, Tezza F, Scapin M, et al. Arterial and venous thrombosis in patients with von Willebrand's disease: a critical review of the literature. *J Thromb Thrombolysis*. 2006;21(2):175-8.
31. Kerkhoffs JL, Atsma DE, Oemrawsingh PV, et al. Acute myocardial infarction during substitution with recombinant factor VIII concentrate in a patient with mild haemophilia A. *J Thromb Haemost*. 2004;92:425-6.
32. Lickfett L, Hagendorff A, Jung W, et al. Acute posterior wall infarct after factor VIII concentrate administration to a patient with severe hemophilia A (in German). *Dtsch Med Wochenschr*. 1998;123:658-62.
33. Bond L, Bevan D. Myocardial infarction in a patient with hemophilia treated with DDAVP. *N Engl J Med*. 1988;318(2):121.
34. Lowe GD. Desmopressin and myocardial infarction. *Lancet*. 1989;1:895-6.
35. Najaf SM, Malik A, Quraishi A, et al. Myocardial infarction during factor IX infusion in hemophilia B: case report and review of the literature. *Ann Hematol*. 2004;83:604-7.
36. Nichols TC, Bellinger DA, Reddick RL, et al. The roles of von Willebrand factor and factor VIII in arterial thrombosis: studies in canine von Willebrand disease and hemophilia A. *Blood*. 1993;81:2644-51.
37. Eren A, Friedl R, Hannekum A, et al. Cardiac surgery in a patient with haemophilia A. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2006;54:212-4.
38. Ghosh K, Shetty S. Anticoagulation in haemophilia patients with prosthetic valve replacement. *Haemophilia*. 2004;10:319-26.
39. Franchini M, Veneri D. Are only haemophiliacs protected against ischemic heart disease? *J Thromb Haemost*. 2004;92:1455.
40. Krolick MA. Successful percutaneous coronary intervention in a patient with severe haemophilia A using bivalirudin as the sole procedural anticoagulant. *Haemophilia*. 2005;11:415-7.
41. Smolka G, Kulach A, Dabek J, et al. Percutaneous coronary intervention with stent implantation in haemophilic A patient with unstable angina. *Haemophilia*. 2007;13(4):428-31.
42. Bovenzi F, De Luca L, Signore N, et al. Abciximab for the treatment of an acute thrombotic coronary occlusion during stent implantation in a patient with severe hemophilia B. *Ital Heart J*. 2003;4(10):728-30.
43. Smith SC Jr, Feldman TE, Hirshfeld JW Jr, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention. ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). *Circulation*. 2006;113:166-286.
44. Kinnaird TD, Stabile E, Mintz GS, et al. Incidence, predictors, and prognostic implications of bleeding and blood transfusion following percutaneous coronary interventions. *Am J Cardiol*. 2003;92:930-5.

45. Steinhubl SR, Kastrati A, Berger PB. Variation in the definitions of bleeding in clinical trials of patients with acute coronary syndromes and undergoing percutaneous coronary interventions and its impact on the apparent safety of antithrombotic drugs. *Am Heart J.* 2007;154:3-11.
46. Moscucci M, Fox KA, Cannon CP, et al. Predictors of major bleeding in acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J.* 2003;24:1815-23.
47. Fischman DL, Leon MB, Baim DS, et al. and Stent Restenosis Study Investigators. A randomized comparison of coronary stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. *N Engl J Med.* 1994;331:496-501.
48. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2007 Apr 12;356(15):1503-16.
49. Grines CL, Cox DA, Stone GW, et al. Coronary angioplasty with or without stent implantation for acute myocardial infarction. Stent Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. *N Engl J Med.* 1999;34:1949-56.
50. Kinnaird T, Anderson R, Hill J, et al. Bleeding during percutaneous intervention - Tailoring the approach to minimise risk. *Heart.* 2009;95:15-9.
51. Agostoni P, Biondi-Zoccai GG, Benedictis ML de, et al. Radial versus femoral approach for percutaneous coronary diagnostic and interventional procedures; Systematic overview and meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44(2):349-56.
52. Kiemeneij F, Laarman GJ, Odekerken D, et al. A randomized comparison of percutaneous transluminal coronary angioplasty by the radial, brachial and femoral approaches: the access study. *J Am Coll Cardiol.* 1997;29(6):1269-75.
53. Brasselet C, Tassan S, Nazeyrollas P, et al. Randomised comparison of femoral versus radial approach for percutaneous coronary intervention using abciximab in acute myocardial infarction: results of the FARM1 trial. *Heart.* 2007;93(12):1556-61.
54. Marroquin OC, Selzer F, Mulukutla SR, et al. A comparison of bare-metal and drug-eluting stents for off-label indications. *N Engl J Med.* 2008;358(4):342-52.
55. Ferguson JJ, Califf RM, Antman EM, et al. Enoxaparin vs unfractionated heparin in high-risk patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes managed with an intended early invasive strategy: primary results of the SYNERGY randomized trial. *JAMA.* 2004;292(1):45-54.
56. Mauser-Bunschoten EP, Bresters D, Drimmelen AA van, et al. Hepatitis C infection and viremia in Dutch hemophilia patients. *J Med Virol.* 1995;45:241-6.
57. Posthouwer D, Makris M, Yee TT, et al. Progression to end-stage liver disease in patients with inherited bleeding disorders and hepatitis C: an international, multicenter cohort-study. *Blood.* 2007;109:3667-71.
58. National Institute of Health. Chronic Hepatitis C: Current disease management. 2006, NIH Publication No:07-4230.
59. Fried MW, Schiffman ML, Reddy KR et al. Peginteron alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med.* 2002;347:975-82.
60. Dienstag JL, McHutchison JG. American Gastroenterological Association technical review on the management of hepatitis C. *Gastroenterology.* 2006;130:231-64.
61. Posthouwer D, Mauser-Bunschoten EP, Fischer K, et al. Treatment of chronic hepatitis C in patients with haemophilia: a review of the literature. *Haemophilia.* 2006;12:473-8.
62. Castera L, Vergniol J, Foucher J, et al. Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C. *Gastroenterology.* 2005;128:343-50.
63. Mauser-Bunschoten EP. Complications of haemophilia care. Hoofdstuk 5. HIV infection in Dutch haemophilia patients [Thesis]. Utrecht, 1995:53-63.

64. Sabin CA, Philips AN, Yee TT, et al. Twenty five years of HIV infection in haemophilic men in Britain: an observational study. *BMJ*. 2005;331:997-8.
65. Amo J del, Perez-Hoyos S, Moreno A, et al. Trends in AIDS and mortality in HIV infected subjects with hemophilia from 1985 to 2003: the competing risks for death between AIDS and liver disease. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;41:624-31.
66. Arnold DM, Julian JA, Walker IR. Association of Hemophilia Clinic Directors of Canada. Mortality rates and causes of death among all HIV-positive individuals with hemophilia in Canada over 21 years of follow-up. *Blood*. 2006;108:460-4.
67. Leth F van, Phanuphak P, Ruxrungtham K, et al. 2NN study team. Comparison of first-line antiretroviral therapy with regimens including nnevirapine, efavirenz or both drugs, plus stavudine and lamivudine: a randomised open-label trial, the 2NN study. *Lancet*. 2004;363:1253-63.
68. FDA alert: protease inhibitors reportedly cause bleeding. *Aids patient care and STD*. 1996;10:378.
69. Wilde JT, Lee CA, Collins P, et al. Increased bleeding associated with protease inhibitor therapy in HIV-positive patients with bleeding disorders. *Br J Haematol*. 1999;107:556-9.