



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

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

2017029530

Datum 1 augustus 2017  
Betreft Plan van aanpak uitvoering systeemadvies fysio- en oefentherapie

Geachte mevrouw Schippers,

Hierbij bieden wij u het plan van aanpak aan voor de uitvoering van het systeemadvies fysio- en oefentherapie.<sup>1</sup> De Raad van Bestuur van het Zorginstituut heeft dit plan vastgesteld op 31 juli 2017.

Dit plan van aanpak beschrijft enerzijds de activiteiten die door betrokken partijen<sup>2</sup> worden uitgevoerd en anderzijds een aantal activiteiten van het Zorginstituut. De activiteiten geven in gezamenlijkheid invulling aan het in het systeemadvies geschetste overgangstraject. Op basis van een evaluatie van de resultaten van het overgangstraject plant het Zorginstituut een vervolgvadvis over de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie in 2023.

In het plan van aanpak is voorzien in een afstemming met de activiteiten die plaats (gaan) vinden in het kader van het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg, waaronder een onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar de bekostiging.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp  
*Voorzitter Raad van Bestuur*

**Zorginstituut Nederland**

Zorg I  
Bewegingsapparaat,  
Neurologie, Traumatologie &  
IC

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[info@zinl.nl](mailto:info@zinl.nl)

T +31 (0)20 797 85 55

**Contactpersoon**

**Onze referentie**

2017029530

<sup>1</sup> Systeemadvies fysio- en oefentherapie – Een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg, Zorginstituut Nederland, december 2016

<sup>2</sup> De Patiëntenfederatie Nederland, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Stichting Keurmerk Fysiotherapie, de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en Zorgverzekeraars Nederland



Zorginstituut Nederland

## Plan van aanpak

Voor de uitvoering van het systeemadvies  
fysio- en oefentherapie

Datum      1 augustus 2017  
Status     Definitief



## Colofon

Volgnummer 2017019902

Contactpersoon

Afdeling Team Zorg I  
Bewegingsapparaat, Neurologie, Traumatologie & IC

Uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



## Inhoud

Colofon—1

### **Samenvatting—5**

#### **1 Inleiding—9**

- 1.1 Systeemadvies—9
- 1.2 Reactie minister—9
- 1.3 Opdrachtformulering—9
- 1.4 Plan van aanpak en leeswijzer—10

#### **2 Aanpak: ontwikkelen kwaliteitsproducten—11**

- 2.1 Prioritering—11
  - 2.1.1 COPD—11
  - 2.1.2 Lage rugklachten—12
- 2.2 Ontwikkeling kwaliteitsproducten—12
  - 2.2.1 Kwaliteitsstandaarden—12
  - 2.2.2 Kwaliteitskader—13
  - 2.2.3 Functioneringsgerichte benadering—13
- 2.3 Planning en kosten—15
  - 2.3.1 Kwaliteitsstandaarden en kwaliteitskader—15
  - 2.3.2 Functioneringsgerichte benadering—16

#### **3 Aanpak: pakketadvisering en bekostiging—17**

- 3.1 Pakketadvisering—17
  - 3.1.1 COPD—17
  - 3.1.2 Lage rugklachten—17
  - 3.1.3 Claudicatio intermittens en artrose aan heup en/of knie—18
- 3.2 Bekostiging—18

#### **4 Evaluatieonderzoek en vervolgadvisie—21**

- 4.1 Evaluatieonderzoek—21
- 4.2 Vervolgadvies—23
- 4.3 Voortgangsrapportages—23

#### **5 Risico-analyse—25**

- 5.1 Inleiding—25
- 5.2 Aansluiting/afstemming hoofdlijnenakkoord paramedische zorg—25
- 5.3 Niet of niet tijdig gereedkomen kwaliteitsstandaarden—25
- 5.4 Geen instroomadviezen Zorginstituut—26
- 5.5 Besluitvorming over adviezen Zorginstituut—26
- 5.6 Voldoende en tijdige beschikbaarheid van data voor evaluatieonderzoek—27
- 5.7 Mogelijke implicaties uitkomsten onderzoek functioneringsgerichte benadering—27
- 5.8 Kosteneffectiviteit versus budget impact BKZ—27

#### **6 Organisatiestructuur overgangstraject—29**

- 6.1 Zorginstituut—29
- 6.2 Stuurgroep en werkgroep—29
- 6.3 Nederlandse Zorgautoriteit—30
- 6.4 Participatie en consultatie andere partijen—30



## Samenvatting

Zorginstituut Nederland heeft in december 2016 een systeemadvies over fysio- en oefentherapie<sup>1</sup> uitgebracht. De minister van VWS heeft positief gereageerd op dit advies en heeft het Zorginstituut gevraagd een plan van aanpak op te stellen voor de uitvoering ervan. Ook heeft zij het Zorginstituut gevraagd de regierol te vervullen tijdens het overgangstraject dat in het advies wordt beschreven.

Het Zorginstituut heeft het gevraagde plan van aanpak inmiddels opgesteld. Dit is gedaan in nauwe samenwerking met een aantal partijen die betrokken zijn bij fysio- en oefentherapie, namelijk: de Patiëntenfederatie Nederland, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Stichting Keurmerk fysiotherapie, de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en Zorgverzekeraars Nederland.

### **Eerder uitgebracht systeemadvies**

Het Zorginstituut heeft in het systeemadvies van december 2016 een aantal knelpunten benoemd die (mede) het gevolg zijn van de wijze waarop fysio- en oefentherapie nu in de basisverzekering is opgenomen en wordt bekostigd. Het advies schetst een toekomstbeeld van een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van fysio- en oefentherapie in de basisverzekering. In dat toekomstbeeld is sprake van een nieuwe balans tussen kwalitatief goede zorg, de toegankelijkheid van die zorg en de betaalbaarheid daarvan. Of die nieuwe balans kan worden bereikt, is afhankelijk van de invulling van een aantal randvoorwaarden in een overgangstraject.

### **Activiteiten overgangstraject**

Bij de totstandkoming van het plan van aanpak hebben de betrokken partijen en het Zorginstituut een stuurgroep ingesteld. In deze stuurgroep zijn de patiënten/cliënten, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars vertegenwoordigd.

De stuurgroep betreft in het overgangstraject vooralsnog vier aandoeningen. Twee van deze aandoeningen heeft de stuurgroep geselecteerd, te weten: COPD en lage rugklachten. In deze selectie heeft de stuurgroep zich gebaseerd op de eerder door de Adviescommissie Pakket (ACP) geadviseerde prioriteringscriteria:

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

De twee andere aandoeningen, claudicatio intermittens en artrose aan heup en knie, waren eerder door de minister van VWS al geprioriteerd.

Het overgangstraject duurt van 2017 tot en met 2023. In deze periode voeren de betrokken partijen en het Zorginstituut de volgende activiteiten uit:

- Betrokken partijen

### **Kwaliteitsstandaarden en kwaliteitskader ontwikkelen**

Zorgaanbieders en patiëntenorganisaties zullen in ieder geval voor de vier hierboven genoemde aandoeningen kwaliteitsstandaarden ontwikkelen. Daar waar relevant, vindt die ontwikkeling gezamenlijk plaats of vindt afstemming plaats met

<sup>1</sup> Systeemadvies fysio- en oefentherapie – Een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg, Zorginstituut Nederland, december 2016



organisaties van bijvoorbeeld huisartsen en medisch specialisten. De kwaliteitsstandaarden beschrijven wat vanuit patiëntenperspectief goede zorg is. De standaarden bevatten informatie over de aard, de frequentie en de duur van de beschreven zorg, start- en stopcriteria en ook een adequate onderbouwing van de (kosten)effectiviteit. Kwaliteitsstandaarden worden door betrokken partijen gezamenlijk aangeboden voor opname in het Register van het Zorginstituut. Als ze voldoen aan de eisen van het Toetsingskader, worden ze toegevoegd aan het Register.

Daarnaast zullen betrokken partijen een kwaliteitskader te ontwikkelen. Dit kwaliteitskader beschrijft de algemeen geldende randvoorwaarden en/of uitgangspunten die voor het gehele terrein van de fysio- en oefentherapie van gelden. Het gaat om voorwaarden die gesteld kunnen worden aan de beroepsbeoefenaren en hun praktijken om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Deze voorwaarden hebben betrekking op diagnostiek en indicatiestelling en bijvoorbeeld op de kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten, en de registratie hiervan.

#### ***Haalbaarheid functionerings- of participatiegerichte kwaliteitsstandaarden verkennen***

Tijdens het overgangstraject onderzoeken betrokken partijen en het Zorginstituut gezamenlijk of het mogelijk en haalbaar is te komen tot kwaliteitsstandaarden die zijn opgesteld vanuit een functionerings- of participatieprobleem (in plaats van per aandoening). Een dergelijke benadering sluit beter aan bij de wijze waarop de beroepsbeoefenaren in de praktijk handelen en zou ertoe kunnen leiden dat voor (het grootste deel van) de fysio- en oefentherapeutische zorg sneller kwaliteitsstandaarden te maken zijn.

- Zorginstituut

#### ***Pakketbeoordelingen uitvoeren***

Het Zorginstituut zal, met toepassing van de pakketprincipes (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid), pakketbeoordelingen uitvoeren voor fysio- en oefentherapie bij COPD en lage rugklachten. Bij een positief oordeel zal het Zorginstituut de minister van VWS adviseren om deze zorg in de basisverzekering op te nemen.

#### ***Bekostiging afstemmen met de NZa***

Daarnaast zal het Zorginstituut zorgdragen voor afstemming met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die verantwoordelijk is voor het onderzoek naar een andere wijze van bekostiging van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie. Hier, en ook bij sommige andere activiteiten die in het plan van aanpak zijn beschreven, liggen raakvlakken met het onlangs gesloten *hoofdlijnenakkoord paramedische zorg*. Vanuit zijn regierol gedurende het overgangstraject zal het Zorginstituut streven naar zo veel mogelijk afstemming tussen de verschillende activiteiten.

#### ***Partijen faciliteren***

Vanuit de regierol zal het Zorginstituut tijdens het overgangstraject ook de betrokken partijen faciliteren, onder meer door inbreng van expertise, het (laten) uitvoeren van onderzoek en (een deel van) de financiering hiervan.

#### ***Over voortgang rapporteren***

Gedurende het overgangstraject zal het Zorginstituut jaarlijks een voortgangsrapportage uitbrengen aan de minister van VWS.

### **Evaluatieonderzoek en vervolgadvis**

Gedurende het overgangstraject voert het Zorginstituut ook nog een evaluatieonderzoek uit. Dit onderzoek moet antwoord geven op de vraag of de hierboven beschreven activiteiten zijn gerealiseerd en welke effecten deze hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de fysio- en oefentherapeutische zorg. Daarnaast zal uit het evaluatieonderzoek moeten blijken of de in het systeemadvies geformuleerde randvoorwaarden zodanig zijn ingevuld en geborgd dat een vervolgadvis kan worden uitgebracht over de vormgeving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie.

De opzet en de precieze vraagstelling van het evaluatieonderzoek zal het Zorginstituut vaststellen in overleg met de betrokken partijen. Het evaluatieonderzoek volgt de fasering van de in dit plan van aanpak beschreven activiteiten. Dit betekent dat de dataverzameling plaatsvindt in de periode 2018 tot en met 2021 en dat de uitkomsten in de zomer van 2022 beschikbaar zullen zijn. Het uitbrengen van het vervolgadvis is gepland in maart 2023.



## 1 Inleiding

### 1.1 Systeemadvies

Op 20 december 2016 heeft het Zorginstituut een systeemadvies uitgebracht aan de minister van VWS over een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van de fysio- en oefentherapie in de basisverzekering<sup>2</sup>.

In dat advies constateerde het Zorginstituut dat de huidige vormgeving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie leidt tot een aantal knelpunten in de uitvoeringspraktijk. Ook de huidige bekostigingssystematiek speelt daarbij een rol. 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.

Om voor de burger de kwaliteit en de toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie te verbeteren, adviseerde het Zorginstituut te onderzoeken of deze knelpunten kunnen worden opgelost door de te verzekeren prestatie op een andere manier te omschrijven.<sup>3</sup>

In een vervolgadvis (in 2023) zal het Zorginstituut rapporteren over de uitkomsten van het overgangstraject dat in dit plan van aanpak wordt geschetst. Kunnen de in het systeemadvies genoemde knelpunten worden opgelost door een andere vormgeving van de te verzekeren prestatie? En wat zijn de consequentie van een zo'n eventueel andere vormgeving op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg?

### 1.2 Reactie minister

De minister van VWS heeft positief op het systeemadvies gereageerd, zowel in haar brief van 30 maart 2017 aan het Zorginstituut (bijlage 1) als in haar brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer van 14 februari 2017. De minister onderschrijft de voorgestelde aanpak en geeft aan dat deze uitvoering een meerjarig traject betreft. Om die reden wil zij zich nog niet vastleggen op de in het systeemadvies beschreven mogelijke eindsituatie, namelijk een open omschreven aanspraak. De minister verzoekt het Zorginstituut de regierol tijdens het overgangstraject op zich te nemen en om in de zomer van 2017 een concreet plan van aanpak te presenteren voor de uitvoering van de voorstellen in het hiervoor genoemde systeemadvies.

### 1.3 Opdrachtformulering

Het Zorginstituut formuleert zijn opdracht als volgt:

Geef uitvoering aan het systeemadvies en kom op basis van een aantal tussenproducten/-rapportages tot een vervolgadvis waaruit blijkt of de in het systeemadvies geformuleerde randvoorwaarden adequaat zijn ingevuld en of die invulling de in het systeemadvies benoemde knelpunten oplost.

Betrek in de uitvoering van het systeemadvies, naast de direct bij de fysio- en oefentherapie betrokken partijen<sup>4</sup>, waar relevant, ook de (organisaties van) huisartsen en medisch specialisten en houd rekening met eventuele synergie die kan

<sup>2</sup> Systeemadvies fysio- en oefentherapie – Een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg, Zorginstituut Nederland, december 2016.

<sup>3</sup> Die andere manier is een zogenoemde open omschrijving van de te verzekeren prestatie. Daarbij worden de inhoud en omvang van de te verzekeren zorg bepaald door de wettelijke criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'.

<sup>4</sup> Waar in dit plan van aanpak wordt gesproken over betrokken partijen betreft dit de partijen die in de stuurgroep zitting hebben (KNGF, VvOCM, Stichting Keurmerk Fysiotherapie, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraar Nederland – zie ook paragraaf 6.2) en de door hen eventueel ingeschakelde lidorganisaties.

optreden met de bestuurlijk afspraken (hoofdlijnenakkoord) die voor de hele paramedische zorg zijn gemaakt over kwaliteit, contractering en regeldruk.

#### **1.4 Plan van aanpak en leeswijzer**

Voor de uitvoering van het systeemadvies (hierna: het overgangstraject) heeft het Zorginstituut, samen met betrokken partijen dit plan van aanpak opgesteld. Dit plan beschrijft de activiteiten die betrokken partijen voornemens zijn uit te voeren (het ontwikkelen van kwaliteitsproducten) en de activiteiten die het Zorginstituut zal uitvoeren (pakketadvisering). Daarnaast is in dit plan van aanpak aandacht voor de uitvoering van onderzoek, onder verantwoordelijkheid van de NZa, naar een andere manier van bekostiging van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie.

Het Zorginstituut zal de uitkomsten van bovengenoemde activiteiten evalueren. Die evaluatie vormt, samen met de overige ontwikkelingen op het terrein van fysio- en oefentherapie, de basis voor het vervolgadvies.

Hoofdstuk 2 beschrijft de activiteiten die betrokken partijen in het overgangstraject voornemens zijn uit te voeren. Hoofdstuk 3 gaat in op de pakketadvisering door het Zorginstituut en het onderzoek van de NZa naar een andere wijze van bekostiging van de te verzekeren prestatie. In hoofdstuk 4 schetst het Zorginstituut de punten die van belang zijn voor het, samen met betrokken partijen op te zetten, evaluatieonderzoek, komt het vervolgadvies aan de orde en geeft het Zorginstituut aan hoe het de minister van VWS zal informeren over de voortgang van het overgangstraject. Hoofdstuk 5 bevat een risico-analyse en in hoofdstuk 6 beschrijft het Zorginstituut de organisatorische inrichting van het overgangstraject.

Bijlage 4 geeft de activiteiten van betrokken partijen en van het Zorginstituut schematisch weer, inclusief de planning van die activiteiten.

## 2 Aanpak: ontwikkelen kwaliteitsproducten

De organisaties van beroepsgroepen, patiënten en zorgverzekeraars ontwikkelen een aantal kwaliteitsproducten. Met deze ontwikkelingen geven partijen (verdere) invulling aan de pijler 'goede zorg', zoals die in het systeemadvies is beschreven. Daarnaast zal gedurende het overgangstraject worden nagegaan of kwaliteitsstandaarden meer generiek ontwikkeld kunnen worden op basis van functionerings- of participatieproblemen in plaats van per aandoening.

In het systeemadvies heeft het Zorginstituut aangegeven dat het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden voorafgaat aan pakketadvisering. Bij de te ontwikkelen kwaliteitsstandaarden en het kwaliteitskader worden naast de direct bij de fysio- en oefentherapie betrokken partijen, waar relevant, ook de (organisaties van) huisartsen en medisch specialisten betrokken.

### 2.1 Prioritering

Voor de uitvoering van het overgangstraject is een stuurgroep ingesteld waarin de direct bij de fysio- en oefentherapie betrokken partijen zijn vertegenwoordigd (zie ook paragraaf 6.2).<sup>5</sup>

De stuurgroep heeft voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voornamelijk twee aandoeningen geprioriteerd, te weten: COPD en lage rugklachten. Hierbij heeft de stuurgroep de eerder door de Adviescommissie Pakket (ACP) geadviseerde prioriteringscriteria gewogen, namelijk:

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

Deze prioritering sluit ook aan bij het belang dat de minister van VWS hecht aan het starten met de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor die behandelingen waar substitutiewinst is te verwachten.

Wanneer de stuurgroep besluit deze prioritering uit te breiden, zal in eerste instantie worden gekeken naar aandoeningen die zijn opgenomen op bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering (verder: de chronische lijst).

#### 2.1.1 COPD

COPD is (vanaf stadium 2) als aandoening opgenomen de chronische lijst. Dit betekent dat fysio – en oefentherapie bij deze aandoening voor verzekerden van 18 jaar en ouder op dit moment vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling ten laste van de basisverzekering komt. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vindt vergoeding vanaf de eerste behandeling plaats.

In 2014 hadden 596.300 mensen COPD (chronische bronchitis en emfyseem): 304.200 mannen en 292.100 vrouwen (36,3 per 1.000 mannen en 34,3 per 1.000 vrouwen). COPD komt voornamelijk voor bij mensen van 55 jaar en ouder en de prevalentie neemt toe met de leeftijd.<sup>6</sup> In Nederland sterven jaarlijks 6.000 mensen met COPD als primaire doodsoorzaak en 4.000 mensen met COPD als secundaire

<sup>5</sup> In de stuurgroep zijn vertegenwoordigd: het KNGF, de VvOCM, Stichting Keurmerk Fysiotherapie, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

<sup>6</sup> RIVM. COPD. Cijfers en context: prevalentie in huisartsenpraktijk. Beschikbaar via [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info).

doodsoorzaak. De medische kosten voor COPD in Nederland in 2007 waren 415 miljoen euro, gemiddeld 1400 euro per patiënt. Hierbij waren geneesmiddelen, ziekenhuisopnames en langdurige zorg (zoals thuiszorg en in verzorgingshuizen) de belangrijke kostenposten. Kosten van arbeidsongeschiktheid waren voor werkenden met COPD gemiddeld 1200 euro per persoon. Voor ziekteverzuim waren deze gemiddeld 1900 euro per werkende met COPD.

De stuurgroep heeft deze aandoening geprioriteerd vanuit de verwachting dat voor volwassenen vergoeding vanaf de eerste behandeling tot substitutie-effecten kan leiden. Daarnaast heeft (de rechtsvoorganger van) het Zorginstituut in 2012 de effectiviteit van de interventie vanaf de eerste behandeling positief beoordeeld, zodat voor een actualisatie van dat oordeel alleen een update van de literatuur nodig is. Dit, samen met de ernst van de aandoening, sluit aan de bij criteria die door de ACP zijn benoemd.

### *2.1.2 Lage rugklachten*

Rugklachten komen zeer veel voor. In de huisartspraktijk werden in 2011 bijna 570.000 personen geregistreerd met een lopende ziekte-episode vanwege hun rugklachten<sup>7</sup>. In heel 2011 bezochten ongeveer 1,3 miljoen personen tenminste eenmaal de fysio- of oefentherapeut vanwege merendeels specifieke rugklachten<sup>8</sup>. Het natuurlijk beloop bij deze rugklachten is meestal gunstig: veelal gaan de klachten binnen enkele dagen tot weken vanzelf over. Wanneer de klachten langer dan drie maanden duren of zeer frequent recidiveren, spreekt men van chronische klachten. Deze kunnen gepaard gaan met langdurig ziekteverzuim en op termijn arbeidsongeschiktheid en ook hoge medische kosten.<sup>9</sup> Een schatting van de maatschappelijke kosten in 2009 komt uit op ongeveer € 3 miljard en van de zorgkosten op bijna € 0,5 miljard euro; totaal € 3,5 miljard.<sup>10</sup> Het gaat om een omvangrijk probleem met grote (maatschappelijke) kosten waarbij ook binnen het zorgdomein substitutie-effecten kunnen optreden door goede zorg toegankelijk te maken.

De stuurgroep heeft lage rugklachten geprioriteerd gelet op de omvang van de patiëntenpopulatie en de met de aandoening gepaard gaande (maatschappelijke) kosten en de verwachting dat er voldoende onderzoek beschikbaar is om de effectiviteit van de fysio- en oefentherapeutische interventie aan te tonen.

## **2.2 Ontwikkeling kwaliteitsproducten**

### *2.2.1 Kwaliteitsstandaarden*

Partijen zullen (in ieder geval) voor vier aandoeningen kwaliteitsstandaarden ontwikkelen. Zorgaanbieders en patiëntenorganisaties zullen, daar waar relevant samen met zorgverzekeraars, voor de aandoeningen COPD en lage rugklachten een kwaliteitsstandaard ontwikkelen. In deze standaarden omschrijven zij wat vanuit patiëntenperspectief bij deze aandoeningen goede zorg is. Een kwaliteitsstandaard bevat onder meer informatie over de aard, de frequentie en de duur van de beschreven zorg en start- en stopcriteria, en ook een adequate onderbouwing van de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van de beschreven goede zorg. Kwaliteitsstandaarden moeten voldoen aan de eisen van het Toetsingskader en door

<sup>7</sup> Bron: [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl), geraadpleegd in januari 2017.

<sup>8</sup> Bron: [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl), geraadpleegd in januari 2017.

<sup>9</sup> [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl). Aspecifieke lage rugklachten: omvang en gevolgen.

<sup>10</sup> Miedema HS. Course, prognosis and management of nonspecific musculoskeletal disorders. Rotterdam; Erasmus university Medical Center, July 2016. Pag. 13.

relevante partijen gezamenlijk worden aangeboden voor opname in het Register.<sup>11</sup>

Naast COPD en lage rugklachten zijn partijen binnen hun reguliere agendering bezig met het opstellen van een kwaliteitsstandaard voor artrose van heup en knie en zullen zij ook de bestaande richtlijn voor gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens actualiseren en gezamenlijk aanbieden aan het Register.

Tijdens het overgangstraject willen de betrokken partijen en het Zorginstituut een goede aansluiting creëren tussen ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en de advisering over het te verzekeren pakket. Dit doen we door, waar mogelijk, al in de eerste fase van de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard met relevante partijen te overleggen over de wijze waarop de effectiviteit van de zorg in de kwaliteitsstandaard kan worden onderbouwd. Het Zorginstituut zal betrokken partijen faciliteren door de uitvoering van een aantal reviews van de literatuur. De uitkomsten van die literatuurreviews worden enerzijds door het Zorginstituut gebruikt voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk en anderzijds door partijen ter onderbouwing van de in kwaliteitsstandaard te beschrijven goede zorg.

### 2.2.2 Kwaliteitskader

De partijen in de stuurgroep achten het van belang om een aantal generieke randvoorwaarden en/of uitgangspunten die voor het gehele terrein van de fysio- en oefentherapie een kwaliteitskader gelden, vast te leggen in een kwaliteitskader dat voldoet aan de eisen van het Toetsingskader. Enerzijds gaat het om het beschrijven van randvoorwaarden met betrekking tot de zorgprofessionals en hun praktijken. Anderzijds kunnen de generieke elementen worden opgenomen ten aanzien van de diagnostiek en indicatiestelling, de behandeling en de daarbinnen toe te passen interventies en protocollen, en de meetinstrumenten en kwaliteitsindicatoren die in een registratiesysteem kunnen worden ondergebracht om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Het kwaliteitskader is dan feitelijk een overkoepelende kwaliteitsstandaard. Daaronder kunnen aandoeningsspecifieke kwaliteitstandaarden 'komen te hangen', waarin (onder verwijzing naar het kwaliteitskader) alleen de aandoeningsspecifieke aspecten verder hoeven te worden uitgewerkt.

Bestaande documenten van de beroepsverenigingen en documenten vanuit patiëntenperspectief die betrekking hebben op de visie op zorg, dienen als basis voor deze ontwikkeling van het kwaliteitskader.

De stuurgroep heeft besloten een werkgroep in te stellen en die werkgroep de opdracht te geven om een conceptkwaliteitskader te ontwikkelen. De precieze opdracht aan de werkgroep wordt nog geformuleerd. In de opdracht wordt in ieder geval opgenomen dat afstemming plaatsvindt met relevante activiteiten die plaatsvinden in het kader van de uitvoering van de paramediebrede bestuurlijke afspraken en met (organisaties van) huisartsen en medisch specialisten.

### 2.2.3 Functioneringsgerichte benadering

Organisaties van beroepsgroepen en patiënten zijn van oordeel dat het ontwikkelen van aandoeningsspecifieke kwaliteitstandaarden voor het gehele terrein van fysio- en oefentherapie een langdurig traject is en hebben al in het systeemadvies een

<sup>11</sup> Openbaar Register als bedoeld in artikel 66b, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet. Zorginstituut Nederland maakt kwaliteitsstandaarden toegankelijk middels het Register. Het Zorginstituut gebruikt het toetsingskader om te beoordelen of alle relevante partijen zijn gehoord en samen achter het eindresultaat staan. Doel van het Toetsingskader is waarborgen dat kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten van goede kwaliteit zijn en goed op elkaar aansluiten. Dit betekent dat deze goede zorg beschrijven, de kwaliteit van de zorg inzichtelijk maken en gebruikt kunnen worden bij het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid.



versnelling bepleit. Die versnelling kan plaatsvinden als het mogelijk en haalbaar is om kwaliteitsstandaarden, met inbegrip van een onderbouwing van de effectiviteit, op te stellen op het niveau van functionerings- en/of participatieprobleem in plaats van per aandoening. De beroepsgroepen geven aan dat een dergelijke benadering ook aansluit bij het handelen van de fysio- en oefentherapeut. In een groot aantal gevallen wordt immers niet de medische diagnose behandeld, maar worden de gevolgen van deze diagnose op het niveau van stoornissen en beperkingen in functioneren en participatie behandeld.

Tijdens het overgangstraject wordt daarom onderzocht of het mogelijk en haalbaar is kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen vanuit het perspectief van functionerings- en/of participatieproblemen.

Ter toelichting: het domein van de fysio- en oefentherapie is zeer breed en omvat veel diagnosecategorieën. Voorafgaand aan het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden is het van belang om te bepalen of er 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 bijvoorbeeld gebaseerd zou kunnen worden op beperkingen en participatieproblemen zoals die benoemd zijn in de International Classification of Functioning (ICF). 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 (nationaal en internationaal) die op een dergelijke methodiek gebaseerd is. In het overgangstraject zouden betrokken partijen kunnen overwegen om één kwaliteitsstandaard voor een grote patiëntensubgroep te ontwikkelen (bijvoorbeeld 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 desbetreffende subgroep, kan de bredere bruikbaarheid van deze methodiek worden beoordeeld.

Wanneer het onderzoek naar mogelijkheden om onderdelen van de effectiviteit van fysio- en oefentherapie op een generiek niveau van functiebeperkingen te onderbouwen, dan zouden dat type gegevens op termijn ook in het kwaliteitskader kunnen worden beschreven.

Vraag: is het mogelijk?

Is het mogelijk om op grond van huidig gepubliceerde wetenschappelijk literatuur de effectiviteit van fysio- en oefentherapie te onderbouwen op basis van verbeteringen die kunnen worden bereikt op het gebied van functioneren of participatie, ongeacht de onderliggende diagnose?

Subvragen: is het haalbaar?

- Hoe groot is het probleem dat in beschikbare literatuur meestal bij verschillende diagnosen(groepen) verschillende meetinstrumenten zijn gebruikt?
- Kan deze benadering voor fysio- of oefentherapie in zijn geheel worden toegepast, of moeten hiervoor subgroepen worden vastgesteld (bijv. subgroep waarbij gestreefd wordt naar verbetering versus subgroep waarbij doelstelling voorkomen van achteruitgang is)?

- Welke operationalisatie van het begrip participatie is in dit kader wenselijk?
- Is er voor deze benadering voldoende literatuur beschikbaar?
- Welk vragen zouden nader moeten worden onderzocht?

## 2.3 Planning en kosten

### 2.3.1 Kwaliteitsstandaarden en kwaliteitskader

#### Planning

- COPD  
Actualisatie van de KNGF-richtlijn uit 2008. Concept gereed 1 juli 2018. Door relevante partijen gezamenlijk aangeboden aan het Register voor 1 januari 2019. Trekker: KNGF.
- Lage rugklachten  
Actualisatie en uitbreiding van de KNGF-richtlijn specifieke lage rugklachten uit 2013. Concept gereed eind 2018. Door relevante partijen gezamenlijk aangeboden aan het Register voor 1 april 2019. Trekker: nog te benoemen.
- Claudicatio intermittens  
Lopende activiteit binnen reguliere werkzaamheden van partijen. De kwaliteitstandaard wordt naar verwachting eind 2017 door relevante partijen gezamenlijk aangeboden voor opname in het Register. Het gaat hier om een multidisciplinaire richtlijn. Trekker: Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie.
- Artrose heup en knie  
Lopende activiteit binnen reguliere werkzaamheden van partijen. Trekker: KNGF. De kwaliteitstandaard is eind 2017 gereed en in het eerste kwartaal van 2018 door relevante partijen gezamenlijk aangeboden voor opname in het Register.<sup>12</sup>
- Kwaliteitskader  
Ontwikkeling van het kwaliteitskader fysio- en oefentherapie. Gereed eind 2018. Ten behoeve van de ontwikkeling van het kwaliteitskader wordt door de stuurgroep een werkgroep ingesteld. De werkgroep dient voor 1 september 2018 een door de relevante partijen gedragen concept kwaliteitskader aan de stuurgroep aan. Voor 31 december 2018: Kwaliteitskader door relevante partijen gezamenlijk aangeboden voor opname in het Register. Voorzitter van de werkgroep wordt het KNGF.

#### Kosten

Partijen hebben de kosten geraamd voor de aanvullende activiteiten (dus naast reguliere en andere al geplande werkzaamheden op het gebied van kwaliteitsontwikkeling) die voortvloeien uit het overgangstraject.

- COPD en lage rugklachten  
Partijen in de stuurgroep geven aan dat het ontwikkelen van deze kwaliteitsstandaarden extra activiteiten oplevert die zij in het kader van het in dit plan van aanpak beschreven overgangstraject moeten uitvoeren.

Voor COPD gaat het om de actualisatie van de KNGF-richtlijn (2008) en de

---

<sup>12</sup> Deze kwaliteitstandaard is samen met de multidisciplinaire richtlijn artrose heup-knie, conservatieve behandeling (trekker: NOV) op de Meerjarenagenda geplaatst.

doorontwikkeling tot en kwaliteitsstandaard die voldoet aan de eisen van het Toetsingskader en die door relevante partijen gezamenlijk wordt aangeboden aan het Register.

Voor lage rugklachten gaat het om de actualisatie en uitbreiding van de KNGF-richtlijn uit (2013) en de door ontwikkeling tot een kwaliteitsstandaard die voldoet aan de eisen van het Toetsingskader en die door relevante partijen gezamenlijk wordt aangeboden aan het Register

De kosten voor de ontwikkeling bedragen volgens begroting van het KNGF per kwaliteitsstandaard € 269.000. In het kader van dit plan van aanpak gaat het derhalve om een bedrag van € 538.000.

Voor de onderbouwing van het ontwikkelproces en de daaraan verbonden kosten verwijzen wij u naar bijlage 2.

- Claudicatio intermittens en artrose aan heup en knie  
Lopende activiteiten binnen reguliere werkzaamheden van partijen. Geen extra kosten in het kader van dit plan van aanpak.

- Kwaliteitskader  
De kosten van de ontwikkeling van het kwaliteitskader ramen betrokken partijen op € 137.000.

Het gaat hier om een extra activiteit van betrokken partijen voor de uitvoering van het systeemadvies. Door het KNGF en de VvOCM is hier gezamenlijk een kostenraming voor opgesteld, waarbij rekening is gehouden met de inbreng van het patiëntenperspectief.

De kostenraming van € 137.000 is als volgt opgebouwd:

1. Coördinatie 200 uur à € 115	€ 23.000
2. Projectuitvoering 800 uur à € 80	€ 64.000
3. Juridische uitwerking governance en organisatie registratie	€ 50.000

### *2.3.2 Functioneringsgerichte benadering*

#### **Planning**

Invitational conference: 1 september 2017.

Wanneer uit de uitkomsten van de invitational conference blijkt dat een functioneringsgericht benadering (theoretisch) mogelijk is, volgt een haalbaarheidsonderzoek. De onderzoeksvragen voor dit onderzoek worden mede tijdens de invitational conference geformuleerd.

Haalbaarheidsonderzoek (eventueel): januari-december 2018

#### **Kosten**

De kosten voor het organiseren van de invitational conference en van het eventueel uit te voeren haalbaarheidsonderzoek dekt het Zorginstituut uit de reguliere (onderzoeks)begroting.

### 3 Aanpak: pakketadvisering en bekostiging

Als een kwaliteitsstandaard beschikbaar is, kan het Zorginstituut op basis van de pakketprincipes (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) een pakketbeoordeling uitvoeren. Bij een positief oordeel zal het Zorginstituut de minister van VWS adviseren om de in de kwaliteitsstandaard beschreven zorg vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering op te nemen. Geleidelijk aan kan op deze manier de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische vanuit de basisverzekering toenemen. De wijziging van de aanspraak en de effecten hiervan op de toegankelijkheid en betaalbaarheid betreft het Zorginstituut in het evaluatieonderzoek (zie paragraaf 4.1).

Gedurende het overgangstraject zullen onder regie van de NZa enkele pilots worden uitgevoerd om na te gaan of een andere wijze van bekostiging van fysio- en oefentherapie een bijdrage kan leveren aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid. De uitkomsten van deze pilots betreft het Zorginstituut in zijn evaluatieonderzoek

#### 3.1 Pakketadvisering

##### 3.1.1 COPD

Het Zorginstituut zal, met toepassing van de pakketprincipes, een advies opstellen aan de minister van VWS over de eventuele instroom van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD vanaf de eerste behandeling. Bij een positief advies stellen wij ook een budgetimpactanalyse op om, naast de beoordeling van het pakketprincipe kosteneffectiviteit, de substitutie-effecten binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in beeld te brengen.

Als een eventueel instroomadvies door de regelgever wordt overgenomen, kan de te verzekeren prestatie met ingang van 1 januari 2019 wijzigen en kunnen de effecten van deze wijziging vanaf deze datum in het evaluatieonderzoek (zie hoofdstuk 4) worden betrokken.

De literatuurreview stelt het Zorginstituut beschikbaar aan partijen voor het actualiseren van de KNGF-richtlijn COPD uit 2008 (zie paragrafen 2.1 en 2.2).

##### 3.1.2 Lage rugklachten

Het Zorginstituut zal, met toepassing van de pakketprincipes, een advies opstellen aan de minister van VWS over de eventuele instroom van fysio- en oefentherapie bij lage rugklachten (specifiek en aspectief) vanaf de eerste behandeling. Om te komen tot een oordeel over het pakketprincipe effectiviteit zal het Zorginstituut een literatuurreview (laten) uitvoeren. Bij een positief advies stellen wij ook een budgetimpactanalyse op om, naast op de beoordeling van het pakketprincipe kosteneffectiviteit, de substitutie-effecten binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in beeld te brengen.

Als een eventueel instroomadvies door de regelgever wordt overgenomen, kan de te verzekeren prestatie met ingang van 1 januari 2020 wijzigen en kunnen de effecten van deze wijziging vanaf deze datum in het evaluatieonderzoek (zie hoofdstuk 4) worden betrokken.

De resultaten van de literatuurreview stelt het Zorginstituut beschikbaar aan partijen voor het actualiseren van de KNGF-richtlijn aspectieve lage rugpijn uit 2013 tot een kwaliteitsstandaard en het opstellen een kwaliteitsstandaard voor specifieke

lage rugklachten dan wel het komen tot één kwaliteitsstandaard voor zowel specifieke als aspecifieke rugklachten (zie paragrafen 2.1 en 2.2).

### 3.1.3 Claudicatio intermittens en artrose aan heup en/of knie

Vooruitlopend op dit plan van aanpak heeft het Zorginstituut op verzoek van de minister van VWS al rapporten uitgebracht over gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens<sup>13</sup> en bij artrose aan heup en/of knie.<sup>14</sup>

Op grond van deze adviezen heeft de regelgever besloten dat met ingang van 1 januari 2017 bij claudicatio intermittens maximaal 37 behandelingen (vanaf de eerste behandeling) gesuperviseerde oefentherapie gedurende een periode van maximaal 12 maanden vanuit de basisverzekering kunnen worden vergoed. Met ingang van 1 januari 2018 geldt dit ook voor maximaal 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij artrose aan heup en/of knie gedurende een periode van maximaal 12 maanden. Vanaf genoemde data worden de effecten in het evaluatieonderzoek betrokken.

#### Planning

- COPD  
Pakketadvies Zorginstituut december 2017.
- Lage rugklachten  
Pakketadvies Zorginstituut december 2018.

#### Kosten

Geen extra kosten in het kader van het overgangstraject. Het Zorginstituut dekt de kosten voor het opstellen van literatuurreviews en het pakketadvies uit de reguliere (onderzoeks)begroting

### 3.2 Bekostiging

In het systeemadvies heeft het Zorginstituut erop gewezen dat de huidige bekostigingsmethode voor de fysio- en oefentherapie (per zitting) een aantal prikkels bevat dat doelmatig en rechtmatig declareren niet bevordert. Het Zorginstituut adviseerde de minister daarom 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.

Het ministerie van VWS heeft inmiddels een verzoek bij de NZa neergelegd. Dit verzoek is mede tot stand gekomen vanuit het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg en kent daarmee een breder perspectief dan alleen de bekostiging van fysio- en oefentherapie). Met de NZa zal afstemming plaatsvinden om er zorg voor te dragen dat informatiebehoefte rondom de uitvoerbaarheid en effecten van alternatieve bekostigingsmodellen ook bruikbaar zijn voor het door het Zorginstituut uit te brengen vervolgadvis.

#### Planning

De planning van een onderzoek naar bekostigingsmogelijkheden is op dit moment nog niet bekend. De NZa is hierin leidend. De insteek van het Zorginstituut is dat gedurende een periode van minimaal twee jaar (2019-2020) andere vormen van bekostiging van fysio- en oefentherapie in de

<sup>13</sup> Rapport gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens, Zorginstituut Nederland, 1 maart 2016.

<sup>14</sup> Rapport fysio- en oefentherapie bij artrose aan heup en knie, artritis en spondyloartritis en radiculair syndroom (hernia) met motorische uitval, Zorginstituut Nederland, 6 maart 2017

praktijk worden getest en de uitkomsten van die tests medio 2021 beschikbaar zijn.

**Kosten**

Er zijn voor dit onderdeel van het plan van aanpak geen extra kosten voor betrokken partijen geraamd.



## 4 Evaluatieonderzoek en vervolgadvis

### 4.1 Evaluatieonderzoek

Basis voor het vervolgadvis vormt de evaluatie van de uitkomsten en de effecten van de activiteiten uit het overgangstraject van zowel betrokken partijen als het Zorginstituut.

Het evaluatieonderzoek moet antwoord geven op de vraag of de verschillende activiteiten zijn gerealiseerd en wat de effecten hiervan voor de burger zijn op de kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van die zorg. Daarnaast zal uit het evaluatieonderzoek moeten blijken of de in het systeemadvies geformuleerde randvoorwaarden zodanig zijn ingevuld en geborgd dat advies kan worden uitgebracht over de vormgeving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie.

Het Zorginstituut is van mening dat de vier geprioriteerde aandoeningen in voldoende mate representatief zijn om, samen met de ontwikkelingen op de totale te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie, als basis te kunnen dienen voor het vervolgadvis.

Claudicatio intermittens en COPD zijn aandoeningen die nu al zijn opgenomen op de chronische lijst, zodat de effecten van het (eventueel) vanaf de eerste behandeling, (in plaats vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling) vergoeden van fysio- en oefentherapie zichtbaar kunnen worden gemaakt en een vertaalslag kan worden gemaakt naar andere op de chronische lijst vermelde aandoeningen. Het gaat dan om zowel gezondheidseffecten als om kosteneffecten, waaronder substitutie-effecten.

Artrose (heup en knie) en lage rugklachten zijn aandoeningen die nu niet op de chronische lijst zijn opgenomen en waarbij fysio- en oefentherapie dus niet vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Het gaat hier grote patiëntengroepen waarbij de effecten van het toegankelijk maken van goede zorg (op basis van tot kwaliteitsstandaarden geactualiseerde richtlijnen) een voldoende beeld kunnen opleveren van de effecten van de eventuele opname van deze zorg in de basisverzekering. Het gaat dan zowel om gezondheids- als kosteneffecten, waaronder substitutie.

Het evaluatieonderzoek volgt de fasering van de verschillende activiteiten die in dit plan van aanpak zijn beschreven. Het Zorginstituut acht het van belang om wijzigingen in de te verzekeren prestatie die voortvloeien uit het overgangstraject over een periode van minimaal twee jaar te evalueren.

De dataverzameling (o.a. Vektis-data, ZPD-data (Zorg Prestaties en Declaraties) en data vanuit het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project) start vanaf 1 januari 2018 voor wat betreft de kosten en effecten die betrekking hebben op het (vanaf de eerste behandeling) in de basisverzekering opnemen van fysio- en oefentherapie bij claudicatio intermittens (met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017) en artrose aan heup en knie. In de daarop volgende jaren wordt die dataverzameling uitgebreid met COPD (2019) en lage rugklachten (2020) in het geval fysio- en oefentherapie bij deze aandoeningen (vanaf de eerste behandeling) in de basisverzekering wordt opgenomen.



Gedurende deze periode zullen we ook de (door)ontwikkeling van de kwaliteitstandaarden (inclusief het kwaliteitskader) in de evaluatie betrekken. Dit betreft zowel de ontwikkeling of actualisatie van aandoeningsspecifieke kwaliteitsstandaarden als kwaliteitsstandaarden die vanuit functioneringsprobleem zijn opgesteld. Dit laatste alleen als dat mogelijk en haalbaar blijkt te zijn (zie paragraaf 2.2.3).

De opzet van en de vraagstelling voor het evaluatieonderzoek zullen worden vastgesteld in overleg met de stuurgroep. In het systeemadvies is al (niet-limitatief) een aantal vragen geformuleerd waarop het evaluatieonderzoek een antwoord moet geven.

Voor wat betreft de kwaliteit van zorg gaat het onder meer over de volgende vragen inclusief verklarende factoren:

- Komen er kwaliteitsstandaarden tot stand?
- Kopen de zorgverzekeraars de in die kwaliteitsstandaarden beschreven zorg in?
- Verlenen zorgaanbieders de in de kwaliteitsstandaarden beschreven zorg (conform de richtlijnen)?
- Zijn de zorgaanbieders transparant over de uitkomsten van hun handelen?
- Is keuze-informatie voor patiënten tot stand gekomen?
- Wat zijn de patiëntervaringen met de geleverde zorg?

Vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en betaalbaarheid komen onder andere de volgende vragen en verklarende factoren aan bod:

- Komt de patiëntengroep, en het deel daarvan dat gebruikt maakt van fysio- en oefentherapie, in omvang overeen met de ramingen uit onze adviezen?
- Is fysio- en oefentherapie toegankelijk of zijn er factoren die de toegang belemmeren? Zo ja, welke factoren zijn dat en in welke mate en voor welke patiënten(groepen) leidt dit tot een belemmering?
- Worden de in de rapporten van het Zorginstituut geraamde substitutie-effecten in de praktijk bereikt en kan dat effect ook worden verzilverd?
- Wat is de kostenontwikkeling van de nieuwe ingestroomde fysio- en oefentherapeutische interventies (claudicatio intermittens, artrose heup en knie en mogelijk COPD en lage rugklachten) in de periode van minimaal twee jaar na invoering?
- Hoe verhoudt deze kostenontwikkeling zich tot de totale kostenontwikkelingen van fysio- en oefentherapie?
- Zijn er, naast de genoemde substitutie-effecten, ook andere (financiële) effecten die de betaalbaarheid op macroniveau beïnvloeden, en wat is hun invloed?
- Draagt een andere wijze van bekostiging bij aan de betaalbaarheid op macroniveau?

Bij de vormgeving van het evaluatieonderzoek zullen we ook de verdere bronnen benoemen die we voor de dataverzameling willen gebruiken. PREM's en PROM's zullen wij hier in ieder geval bij betrekken.

### **Planning**

Het evaluatieonderzoek beslaat de jaren 2018 tot en met 2021. De uitkomsten van het evaluatieonderzoek verwacht het Zorginstituut op 1 september 2022.

De uitkomsten (naar verwachting beschikbaar medio 2021) van activiteiten rondom de bekostiging van fysio- en oefentherapie die onder regie van de NZa plaatsvinden, kunnen gelet op deze planning een plaats krijgen in het evaluatieonderzoek.

### **Kosten**

Geen extra kosten in het kader van het overgangstraject.

Het Zorginstituut brengt kosten van het evaluatieonderzoek ten laste van zijn reguliere (onderzoeks)begroting.

### **4.2 Vervolgadvies**

Het Zorginstituut brengt een vervolgadvies uit. Uit dat advies moet blijken of de uitkomsten van het in dit plan van aanpak beschreven overgangstraject beschreven leiden tot een oplossing voor de in het systeemadvies gesignaleerde knelpunten. Ook zal moeten blijken of er een nieuwe balans ontstaat tussen de toegankelijkheid en betaalbaarheid van goede zorg en of die nieuwe balans ook voldoende is geborgd. Als dat zo is, kan het Zorginstituut met een beoordeling op basis van de pakketprincipes (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) de minister van VWS adviseren over een andere vormgeving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie.

De uitkomsten van het evaluatieonderzoek (beschikbaar 1 september 2022) vormen de basis voor het uitbrengen van het vervolgadvies. In dat advies betreft het Zorginstituut ook ander relevante ontwikkelingen voor het terrein van de fysio- en oefentherapie.

Met een budgetimpactanalyse zal het Zorginstituut ook de consequenties van het vervolgadvies voor het Budgettair Kader Zorg in beeld brengen.

### **Planning**

Het Zorginstituut plant dit vervolgadvies in maart 2023.

### **Kosten**

Voor het vervolgadvies zelf begroot het Zorginstituut geen extra kosten. Bekostiging van dat advies en de budgetimpactanalyse vindt plaats vanuit de reguliere begroting.

### **4.3 Voortgangsrapportages**

Het Zorginstituut stuurt de minister van VWS jaarlijks in oktober, te beginnen in 2018, een schriftelijke voortgangsrapportage over de activiteiten die in dit plan van aanpak zijn beschreven. Voor de maand oktober kiest het Zorginstituut, omdat op dat moment ook een eerste (betrouwbaar) inzicht bestaat in de kostenontwikkeling die het voorgaande kalenderjaar betreft.

Naast deze voortgangsrapportages zal het Zorginstituut in de daarvoor bestemde overleggen het ministerie van VWS op de hoogte houden van het verloop van de activiteiten.

Wanneer zich onvoorziene situaties voordoen, naast die beschreven zijn in hoofdstuk 5, die van wezenlijke invloed zijn op de voortgang van het in dit plan van aanpak beschreven overgangstraject, informeert het Zorginstituut het ministerie van VWS hierover separaat.

### **Planning**

Jaarlijks in oktober, vanaf oktober 2018.

### **Kosten**

Geen extra kosten in het kader van het overgangstraject. De kosten van het opstellen van voortgangsrapportages worden gedekt uit de reguliere begroting van het Zorginstituut.



## 5 Risico-analyse

### 5.1 Inleiding

De haalbaarheid van de uitvoering van de in dit plan van aanpak beschreven activiteiten heeft het Zorginstituut niet geheel in eigen hand. De haalbaarheid is bijvoorbeeld deels afhankelijk van besluitvorming door de minister van VWS of van eventuele conflicten in prioritering met activiteiten in het kader van het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg. Hieronder beschrijft het Zorginstituut een aantal 'risico's' die het op dit moment identificeert voor de haalbaarheid van de uitvoering van dit plan van aanpak en hoe het met die risico's omgaat.

### 5.2 Aansluiting/afstemming hoofdlijnenakkoord paramedische zorg

Op 19 juni 2017 is het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2017-2018 getekend (bijlage 3). Ondertekenaars zijn de minister van VWS, het Paramedisch Platform Nederland, het KNGF, de Stichting Keurmerk Fysiotherapie), de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

In het hoofdlijnenakkoord zijn activiteiten benoemd die raken aan de activiteiten van betrokken partijen gedurende het in dit plan van aanpak beschreven overgangstraject. De activiteiten die het hoofdlijnenakkoord zijn opgenomen, moeten nog verder worden uitgewerkt tot concrete plannen. Het gaat hier om activiteiten die betrekking hebben op alle paramedische beroepsgroepen en die daardoor, in ieder geval op dit moment, minder specifiek zijn dan de activiteiten op het terrein van de fysio- en oefentherapie die nodig zijn voor een goede uitvoering van het overgangstraject.

Uitvoering van het hoofdlijnenakkoord vergt ook de personele capaciteit van de bij de fysio- en oefentherapie betrokken organisaties. Daarom is in dit plan van aanpak inzichtelijk gemaakt welke extra activiteiten betrokken partijen specifiek voor de uitvoering van het overgangstraject uitvoeren (zie ook paragraaf 5.3.).

Om te voorkomen dat de uitvoering van activiteiten die voortvloeien uit het hoofdlijnenakkoord conflicteren met de uitvoering van activiteiten uit dit plan van aanpak, wordt door betrokken partijen zoveel mogelijk geprobeerd deze op elkaar af te stemmen.

Wanneer zich ondanks die afstemming een probleem mocht voordoen, zal het Zorginstituut de conflicterende activiteiten in eerste instantie bespreken in de stuurgroep. Als dat niet leidt tot een oplossing van het probleem zal het Zorginstituut het probleem en de consequenties ervan rapporteren aan de minister van VWS.

### 5.3 Niet of niet tijdig gereedkomen kwaliteitsstandaarden

Betrokken partijen en het Zorginstituut hebben in de ingestelde stuurgroep de ontwikkeling van vier kwaliteitsstandaarden geprioriteerd.

Zoals in dit plan van aanpak beschreven, sluit deze prioritering aan bij de vraag van de minister van VWS om te starten met die aandoeningen waarbij substitutiewinst is te verwachten en ook bij de prioriteringscriteria die door de ACP zijn geadviseerd.

Specifiek voor het in dit plan van aanpak beschreven overgangstraject worden door betrokken partijen extra activiteiten verricht voor het ontwikkelen van

kwaliteitsstandaarden rondom COPD en lage rugklachten en voor het opstellen van een kwaliteitskader. De overige omschreven activiteiten voeren partijen uit binnen hun reguliere agendering.

De activiteiten in dit plan van aanpak lopen deels wel parallel, maar zijn ook volgtijdelijk. Vertraging in het (of het zelfs niet) beschikbaar komen van kwaliteitsstandaarden omdat betrokken partijen de extra activiteiten niet tijdig (of niet) kunnen uitvoeren, heeft gevolgen voor het gehele overgangstraject. Immers, het beschikbaar komen van kwaliteitstandaarden gaat vooraf aan de pakketadviesing door het Zorginstituut. Zonder kwaliteitsstandaarden derhalve geen pakketadviezen over eventuele uitbreiding van de te verzekeren fysio- en oefentherapeutische zorg.

Zorginstituut zal de in dit plan van aanpak beschreven activiteiten en de planning ervan bewaken. Mochten deze in het gedrang komen door het niet of niet tijdig beschikbaar komen van kwaliteitsstandaarden, zal de stuurgroep de consequenties hiervan bespreken. Zo nodig zal het Zorginstituut de minister van VWS informeren over de consequenties.

#### **5.4 Geen instroomadviezen Zorginstituut**

Hoewel de stuurgroep COPD en lage rugklachten kansrijke aandoeningen voor opname in het basisverzekering acht en deze daarom heeft geprioriteerd, kan het zijn dat een toetsing aan de pakketprincipes (of het niet beschikbaar komen van een kwaliteitsstandaard), tot een niet-instroom advies leidt.

Als die situatie zich voordoet, kunnen wij deze aandoening(en) niet betrekken in het evaluatieonderzoek en zal het Zorginstituut in samenspraak met de stuurgroep andere aandoeningen moeten prioriteren voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden en het uitbrengen van adviezen. De evaluatie en dus ook het vervoladvies kunnen hierdoor (grote) vertraging oplopen.

Mocht deze situatie zich voordoen, zal het Zorginstituut dit in eerste instantie in de stuurgroep bespreken en kijken of andere indicatie-interventiecombinaties kunnen worden geprioriteerd. Vervolgens informeert het Zorginstituut het ministerie van VWS hierover.

#### **5.5 Besluitvorming over adviezen Zorginstituut**

Op de rapporten over gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens en artrose aan knie en heup heeft inmiddels een positief pakketbesluit plaatsgevonden.

In het najaar van 2017 en 2018 brengt het Zorginstituut adviezen uit over de eventuele instroom van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD respectievelijk lage rugklachten. Wanneer het Zorginstituut voor beide indicatie-interventiecombinaties een positief instroomadvies opstelt, is het aan de minister van VWS een pakketbeslissing te nemen.

Een mogelijk risico is dat de regelgever niet positief besluit, bijvoorbeeld als de kosten voor het BKZ toenemen. Als die situatie zich voordoet, kunnen wij deze aandoening(en) niet betrekken in het evaluatieonderzoek en zal het Zorginstituut in samenspraak met de stuurgroep andere aandoeningen prioriteren voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden en het uitbrengen van adviezen. De evaluatie en dus ook het vervoladvies zal hierdoor grote vertraging oplopen.

## **5.6 Voldoende en tijdige beschikbaarheid van data voor evaluatieonderzoek**

Voor het evaluatieonderzoek zijn data nodig over onder meer de kwaliteit van de verleende zorg en declaratiedata. Deze data komen pas geruime tijd na ommekomst van een kalenderjaar beschikbaar. Deze data worden voor een (groot) deel gegenereerd door externe partijen. Het is voor de evaluatie en de voortgangsrapportages aan VWS van belang te kunnen beschikken over zo actueel mogelijke data. In de opzet van het evaluatieonderzoek zullen wij benoemen welke data vanuit welke bronnen nodig zijn en maken we met partijen afspraken om tijdig over die data te kunnen beschikken.

Wanneer het de data die voor het evaluatieonderzoek niet in voldoende mate en tijdig beschikbaar komen, bestaat het risico dat het vervolgadvisie niet op het in dit plan van aanpak genoemde tijdstip kan worden uitgebracht. Wanneer een dergelijke situatie zich dreigt voor te doen, zal het Zorginstituut deze in eerste instantie agenderen voor bespreking in de stuurgroep

## **5.7 Mogelijke implicaties uitkomsten onderzoek functioneringsgerichte benadering**

Zoals in paragraaf 2.2.3 beschreven, wordt gedurende het overgangstraject onderzocht of een functioneringsgerichte benadering voor het opstellen van kwaliteitstandaarden (inclusief een onderbouwing van de effectiviteit) mogelijk en haalbaar is. Wanneer een dergelijke benadering niet mogelijk en/of haalbaar is, betekent dit dat moet worden voortgegaan op de weg van het ontwikkelen van aandoeningsspecifieke kwaliteitstandaarden. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat het beschikbaar komen van kwaliteitsstandaarden voor het gehele terrein van de fysio- en oefentherapie een langere doorlooptijd zal kennen.

De uitkomsten van de invitationale conference en van het eventuele haalbaarheidsonderzoek naar de functioneringsgerichte benadering zullen in eerste instantie in de stuurgroep worden besproken. Wanneer de functiegerichte benadering niet mogelijk of haalbaar blijkt te zijn, zal de stuurgroep nagaan op welke andere manier het beschikbaar komen van kwaliteitsstandaarden kan worden versneld.

## **5.8 Kosteneffectiviteit versus budget impact BKZ**

Eén van de pakketprincipes die het Zorginstituut beoordeelt in zijn pakketadvies is kosteneffectiviteit. Hierbij staat de vraag centraal of de meerkosten van de interventie waarover het Zorginstituut adviseert in een redelijke verhouding staan tot de gewonnen effectiviteit. Dit doen we waar mogelijk op basis van literatuur en vanuit maatschappelijk perspectief.

Daarnaast brengen wij in onze advisering ook de consequenties voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in beeld door middel van een budgetimpactanalyse. Het gaat hier dus om een smaller perspectief (alleen BKZ) dan bij de beoordeling van kosteneffectiviteit. Dit sluit aan bij het verzoek van de minister van VWS om ook de substitutiewinst in beeld te brengen.

Er kunnen zich ook situaties voordoen waarbij de beoordeling van de kosteneffectiviteit en de uitkomsten van de budgetimpactanalyse niet op één lijn liggen. Bijvoorbeeld omdat de kosten van een interventie ten laste van de Zvw komen en de opbrengt (deels) niet ten goede komt aan het BKZ. Substitutiewinst is ook niet altijd eenvoudig toe is te rekenen aan het in de basisverzekering opnemen

van een interventie. Bijvoorbeeld in het geval (een deel van) dat effect ook wordt bereikt doordat in de aanvullende verzekeringen een vergoedingsmogelijkheid voor fysio- en oefentherapie is opgenomen. Het risico bestaat dat de regelgever geen positieve beslissing neemt over een instroomadvies als de substitutiewinst niet goed is toe te rekenen of als er negatieve consequenties voor het BKZ zijn, terwijl de interventie wel kosteneffectief is.

De Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut heeft aangeven om voor haar advisering aan de Raad van Bestuur zo breed mogelijk te willen worden geïnformeerd over de aspecten die een rol kunnen spelen bij eventuele verschillen tussen de uitkomsten van de beoordeling van de kosteneffectiviteit en de consequenties voor het BKZ. Daarbij wil de ACP varianten zien waarbij wel én geen rekening wordt gehouden met substitutie-effecten die al worden bereikt omdat fysio- en oefentherapie ook een vergoedingsmogelijkheid kent vanuit de aanvullende verzekering. Daarnaast wil de ACP ook dat rekening wordt gehouden met verdringingseffecten, voor zover mogelijk.

## 6 Organisatiestructuur overgangstraject

### 6.1 Zorginstituut

De minister van VWS heeft het Zorginstituut om gevraagd om gedurende het overgangstraject de regierol te vervullen.

Die regierol vult het Zorginstituut in door de betrokken partijen te stimuleren en te faciliteren om de uitvoering van de in dit plan van aanpak beschreven activiteiten mogelijk te maken. Dat kan onder meer door het beschikbaar stellen van expertise, het organiseren van bijeenkomsten, het (laten) doen van onderzoek en de financiering ervan, het bewaken van de voortgang en de rapportage daarover aan de minister van VWS en de afstemming met activiteiten die voortvloeien uit het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg. Daarnaast zal het Zorginstituut afstemming zoeken met de NZa over de activiteiten die onder de regie van de NZa plaatsvinden rondom de bekostiging van fysio- en oefentherapie.

Het Zorginstituut vervult gedurende het overgangstraject ook zijn rol als pakketbeheerder. Dit betekent dat het Zorginstituut adviezen zal uitbrengen over gesuperviseerde oefentherapie bij COPD en lage rugklachten en mede op basis van de uitkomsten van het uit te voeren evaluatieonderzoek in 2023 een vervolgdadvies uitbrengt over de vormgeving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie.

Ten slotte zit het Zorginstituut de stuurgroep voor (zie hierna).

### 6.2 Stuurgroep en werkgroep

Het Zorginstituut heeft voor aanpak en begeleiding van het vervolgtraject een stuurgroep ingesteld die inmiddels enkele malen bijeen is gekomen. In deze stuurgroep zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: de Patiëntenfederatie Nederland, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, de Stichting Keurmerk Fysiotherapie en Zorgverzekeraars Nederland. Hiermee is zorggedragen voor een vertegenwoordiging vanuit drie perspectieven: de patiënt/cliënt, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

De stuurgroep bespreekt en stelt vast hoe het ontwikkelproces voor de noodzakelijk geachte kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen en meetinstrumenten, vorm moet krijgen, welke onderwerpen daarbij geprioriteerd worden, welke ondersteunende project- of werkgroepen daarbij ingesteld kunnen worden en welke (globale) planning aan de diverse activiteiten kan worden gehangen.

De stuurgroep kan besluiten om voor de uitvoering van een aantal specifieke taken (één of meerdere) werkgroepen in te stellen, die onder haar aansturing en verantwoordelijkheid uitvoering geven aan een bepaalde activiteiten in het vervolgtraject. De stuurgroep formuleert de opdracht voor de werkgroep(en), en geeft in die opdracht ook aan dat waar relevant samenwerking moet worden gezocht met (organisaties van) andere beroepsgroepen. De werkgroepen rapporteren aan de stuurgroep.



De stuurgroep heeft besloten om in ieder geval voor de ontwikkeling van het kwaliteitskader (zie paragraaf 2.2.2) een werkgroep in te stellen. Deze werkgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de partijen die in de stuurgroep zitting hebben. De werkgroep start haar werkzaamheden naar verwachting op 1 september 2017 en levert uiterlijk op 1 september 2018 een door relevante partijen gedragen conceptkwaliteitskader op aan de stuurgroep.

### **6.3 Nederlandse Zorgautoriteit**

In het kader van het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg heeft het ministerie van VWS de NZa verzocht onderzoek te doen naar bekostigingsmethoden die (paramediebreed) zinnige en zuinige zorg stimuleren en belonen. Aan de hand van lopende en nieuwe pilots in de praktijk wordt in het onderzoek inzicht verkregen in de effecten van een of meer bekostigingsmethodieken en de voorwaarden waaraan de implementatie van die bekostigingsmethodiek(en) moet voldoen. Op basis van dat inzicht moet het mogelijk zijn om de best passende bekostigingsmethodiek te selecteren. Ook is de NZa gevraagd een implementatieplan op te stellen voor een eventueel nieuwe bekostigingsmethodiek.

De NZa voert de regie over het bekostigingsonderzoek. Het Zorginstituut zal met de NZa overleggen op welke wijze binnen dat onderzoek ook antwoord kan worden gegeven op de vraag naar een passende bekostiging van fysio- en oefentherapie.

### **6.4 Participatie en consultatie andere partijen**

Zoals eerder in dit plan van aanpak is aangegeven, zullen de relevante partijen in het overgangstraject worden betrokken. Dit zijn naast de partijen die zitting hebben in de stuurgroep (en de eventuele lidorganisaties die zij inschakelen), onder andere organisaties van huisartsen en medisch specialisten.

Voor rapporten die het Zorginstituut in zijn hoedanigheid van pakketbeheerder uitbrengt, past het Zorginstituut voor belanghebbende partijen zijn reguliere consultatieprocedure toe. Deze rapporten, inclusief planning en de te consulteren partijen, kondigt het Zorginstituut aan in zijn werkagenda ([www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)).



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland  
de Voorzitter Raad van Bestuur,  
de heer A.H.J. M  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

**Directie  
Zorgverzekeringen**

Cluster Pakketbeheer

**Bezoekadres**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

Datum **30 MRT 2017**  
Betreft Verzoeken ter uitwerking van Systeemadvies fysio en  
oefentherapie

**Kenmerk**  
1116105-162576-Z

**Uw brief**

**Bijlage(n)**

Geachte heer M,

Op 20 december 2016 heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) zijn Systeemadvies fysio- en oefentherapie aan mij uitgebracht. In mijn brief van 14 februari 2017 aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer 2016-2017, 29 689, nr 805) heb ik mijn eerste reactie op hoofdpunten gegeven op dit systeemadvies. Op basis van die reactie richt ik mij hierbij tot het ZIN met de concrete verzoeken ter nadere uitwerking van het systeemadvies. Ik heb vernomen dat het ZIN inmiddels een stuurgroep heeft ingesteld voor de uitwerking van het in het systeemadvies geschetste groeiscenario en dat deze stuurgroep een aantal werkgroepen met specifieke opdrachten zal instellen. Voor deze voortvarende aanpak wil ik hierbij mijn waardering uitspreken.

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

Het ZIN schetst in zijn systeemadvies in grote lijnen een toekomstbeeld met een daarbij behorend overgangstraject. Een belangrijk onderdeel van dit overgangstraject betreft het in kwaliteitsstandaarden beschrijven van wat goede fysio- en oefentherapeutische zorg is vanuit het perspectief van de patiënt.

Ik onderschrijf de in het systeemadvies voorgestelde aanpak van het gezamenlijk -door zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars- opstellen van kwaliteitsstandaarden voor fysio- en oefentherapeutische behandelingen. Ik verzoek het ZIN hierbij de regierol op zich te nemen, overeenkomstig het voorstel in het systeemadvies. Een dergelijk systeem van kwaliteitsstandaarden voor de fysio- en oefentherapie kan niet los gezien worden van de kwaliteitssystemen elders in de zorg, zowel in de eerste als in de tweede lijn. De redenen hiervoor zijn dat het vaak gaat om multidisciplinaire behandelingen, dat er sprake is van stepped care en dat er substitutiewinst mogelijk is. Ik acht het daarom van essentieel belang dat bij het opstellen van deze kwaliteitsstandaarden ook huisartsen en medisch specialisten worden betrokken. Ik wil u daarom vragen voor betrokkenheid van huisartsen (veelal de verwijzers) en medisch specialisten (in verband met substitutie) bij dit proces zorg te dragen. Ook betrokkenheid van zorgverzekeraars is hierbij noodzakelijk aangezien deze standaarden maatgevend zullen (moeten) worden voor hun inkoopproces.



Ik merk in dit verband op dat het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden sowieso belangrijk is om de kwaliteit en effectiviteit van de fysio- en oefentherapeutische zorgverlening te verhogen, ook los van de wijze waarop deze zorg als prestatie in de Zvw is omschreven.

**Directie  
Zorgverzekeringen**

Cluster Pakketbeheer

Zoals u weet ben ik in gesprek met partijen uit de paramedische zorg, de Patiëntenfederatie en zorgverzekeraars om nog dit voorjaar te komen tot bestuurlijke afspraken over de thema's kwaliteit, contractering en regeldruk. Met het oog daarop is het mijn voornemen om ook afspraken te maken over (de inzet van) mogelijke extra financiële middelen voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Zodra besluitvorming daarover is afgerond, zal ik u separaat berichten.

**Kenmerk**  
1116105-162576-Z

Al geruime tijd is de kostenontwikkeling van fysio- en oefentherapie naast de effectiviteit van de behandeling voor patiënten een belangrijke toetssteen geweest bij de besluitvorming over fysio- en oefentherapie in het verzekerde pakket. Dat heeft geleid tot de huidige vormgeving van de verzekerde prestaties. Tegelijkertijd zie ik dat sommige behandelingen kunnen leiden zowel tot een positief effect op de gezondheid van patiënten als tot een gunstige financiële uitkomst, als gevolg van substitutie. Ik vind het daarom van belang te starten met het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden voor die behandelingen waarvan substitutiewinst is te verwachten. Indien het ZIN ten aanzien van die behandelingen vervolgens na toetsing aan de pakketcriteria en raming van de te verwachten substitutiewinst, positief adviseert over opname in het basispakket, zou in de toekomst over pakketopname besloten kunnen worden. Dit overeenkomstig de procedure die in 2016 is gevolgd bij gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens.

Dit leidt meer specifiek tot de volgende verzoeken aan het ZIN.

- Ik verzoek het ZIN deze zomer een concreet plan van aanpak voor te leggen ter uitvoering van de voorstellen in het systeemadvies en daarbij - zoals hiervoor voor aangegeven- te beginnen met die behandelingen waarbij zeer waarschijnlijk substitutiewinst zal optreden. Ik zou graag zien dat het ZIN in dit plan van aanpak zowel de diverse te zetten stappen als een zo concreet mogelijk tijdschema opneemt.
- Tevens verzoek ik het ZIN jaarlijks een tussenrapportage over de aanpak en het proces van verdere uitvoering uit te brengen. Indien nodig kan op basis van die tussenrapportages worden besloten tot bijstelling van de aanpak of het proces.
- Nadat -op basis van advisering door het ZIN volgens de hiervoor geschetste aanpak- besloten wordt fysio- of oefentherapeutische behandeling voor bepaalde aandoeningen tot het Zvw-pakket toe te laten, zal het ZIN worden gevraagd met halfjaarlijkse monitors de effecten van pakkettoelating in de praktijk te volgen.
- Na beoordeling van behandelingen met te verwachten substitutiewinst, zal ook op basis van inzichten uit die monitors en de tussenrapportages, het ZIN worden gevraagd op welke wijze kan worden omgegaan met de (adviesing over de overige) behandelingen, te weten die waarvan geen substitutiewinst is te verwachten.



De concrete uitvoering van het systeemadvies is een meerjarig traject. Daarom is het op dit moment niet mogelijk een uitspraak te doen over de eindsituatie zoals het ZIN die in grote lijnen in het systeemadvies heeft geschetst, namelijk een open geformuleerde aanspraak. De gevraagde tussenrapportages en monitors zullen zicht moeten bieden op de (tussentijdse) resultaten en uitkomsten. Ik wil daar niet op vooruit lopen.

**Directie  
Zorgverzekeringen**

Cluster Pakketbeheer

**Kenmerk  
1116105-162576-Z**

Tenslotte bericht ik u dat ik, naar aanleiding van uw aanbeveling daarover, de NZa zal verzoeken om met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars na te gaan of, en zo ja, welke andere bekostigingsmogelijkheden dan de huidige denkbaar zijn waarvan een grotere prikkel uitgaat voor goede, doelmatige en zuinige fysio- en oefentherapeutische zorgverlening.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,  
de directeur Zorgverzekeringen,

**drs. Ernst B.K. van Koesveld**

## Handleiding KNGF-richtlijnenmethodiek

---

### 1. Voorbereidingsfase

---

- Behoeftepeiling en deskresearch
  - Richtlijnenbeleid opnemen in KNGF-jaarplan
  - Samenstellen werk- en klankbordgroep en verzamelen uitgangsvragen
- 

### 2. Ontwikkelfase

---

#### Subfase 1

- Werkgroepbijeenkomst1
  - Klankbordgroepbijeenkomst 1
  - Systematisch literatuuronderzoek
  - Selectie en wegingliteratuur
- 

#### Subfase 2

- Schrijven conceptbeantwoording uitgangsvragen en conceptaanbevelingen
  - Werkgroepbijeenkomst2
  - Klankbordgroepbijeenkomst 2
- 

#### Subfase 3

- Schrijven conceptringlijn en conceptindicatoren
  - Werkgroepbijeenkomst3
  - Klankbordgroepbijeenkomst 3
- 

#### Subfase 4

- Werkveldronde
  - Schrijven aanvullende richtlijn(implementatie)producten en bijlagen
  - Werkgroepbijeenkomst4
  - Schriftelijke klankbordronde en Wetenschappelijk College Fysiotherapie
  - Autorisatieronde
  - Redactie
- 

### 3. Publicatie- en disseminatiefase

---

- Plaatsing richtlijn op KNGF-website
- Drukken samenvattingskaart
- Informeren stakeholders
- Aanbieden richtlijnen voor opname in Register
- Opnemen IOF-jaarprogramma in IOF-jaarprogramma-aanbod
- Opnemen scholing in scholingsaanbod KNGF
- Plaatsing Engelse vertaling op internationale websites



## **Hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2017-2018**

19 juni 2017

### Partijen:

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)  
Stichting Keurmerk Fysiotherapie  
Paramedisch Platform Nederland (PPN)<sup>1</sup>  
Patiëntenfederatie Nederland  
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)  
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

### **Inleiding**

De wereld om ons heen verandert snel; mensen werken langer, we weten steeds meer over (on)gezonde leefstijlen en worden steeds ouder met meerdere aandoeningen. We kijken anders naar ziekte en gezondheid; de blik verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Ook de algemene kijk op gezondheid is veranderd met het concept van 'positieve gezondheid' (Huber et al. 2011), waarbij wordt ingezet op participatie, persoonlijke veerkracht en zelfregie. Het vermogen van het individu om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden staat centraal. Mensen dragen daarbij in eerste instantie zelf verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Indien zorg nodig is, is het noodzakelijk om uit te gaan van de mogelijkheden van de patiënt en die te versterken. Een patiënt wil op het juiste moment de beste zorg passend bij zijn persoonlijke omstandigheden. Partijen willen daarom toe naar integrale, patiëntgerichte zorg, waarbij de patiënt eigen keuzes kan maken en zorgverleners op het juiste moment een bijdrage leveren aan het verbeteren/behouden/minder snel verslechteren van de gezondheid. Afstemming en samenwerking tussen zorgverleners is voorwaardelijk om deze paradigmashift in denken, handelen en organiseren mogelijk te maken. Het vertrouwensbeginsel, zowel tussen zorgverleners en patiënten als tussen zorgverzekeraars en zorgverleners als tussen zorgverleners onderling, blijft een belangrijk uitgangspunt van afspraken.

Dit hoofdlijnenakkoord stelt partijen in staat hun rol nog beter op te pakken: professionele zorgverleners die zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit leveren, zorgverzekeraars die voor hun verzekerden zorg inkopen op basis van kwaliteit, service en prijs, goed geïnformeerde verzekerden die gefundeerde keuzes kunnen maken, en effectieve toezichthouders die normen stellen en optreden wanneer dat nodig is. Voor een houdbaar stelsel is kwaliteit essentieel. Voor zorgverleners, voor zorgverzekeraars, maar bovenal: voor de patiënt.

In november 2016 hebben partijen de afspraak gemaakt om te komen tot een hoofdlijnenakkoord voor de paramedische zorg. Dit vanuit de gedachte dat het opbouwen van het wederzijds vertrouwen de basis zal zijn voor een constructieve aanpak van de problemen in de sector.

### **1. Algemene overwegingen**

- a. Met het afsluiten van een hoofdlijnenakkoord paramedische zorg spreken partijen uit bij te willen dragen aan de continue verbetering van de paramedische zorg en de beheersbaarheid van de zorgkosten. Partijen hebben daarbij ieder een eigen rol in het zorgstelsel, partijen zien en accepteren elkaars rol en ondersteunen elkaar in die rol. Er is veel draagvlak bij partijen om gezamenlijk de doelstellingen uit dit akkoord te realiseren. Partijen nemen de uitvoering van het akkoord dan ook met voortvarendheid ter hand.
- b. Het akkoord paramedische zorg, is in de kern een 'kwaliteitsakkoord', heeft de ambitie de waarde van paramedische zorg merkbaar, zichtbaar en toetsbaar te maken voor zowel de patiënt die van deze zorg gebruik maakt als voor de maatschappij (o.a. burgers/verzekerden, zorgverzekeraars en andere zorgverleners). Tegelijkertijd wordt met

---

<sup>1</sup> Ergotherapie Nederland, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVL) en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM)

het sluiten van het hoofdlijnenakkoord de problematiek met het contracteren en met de administratieve lasten aangepakt.

- c. Zorgverzekeraars, zorgverleners, patiënten en overheid hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een beheerste uitgavenontwikkeling in de (paramedische) zorg. Daarbij rekening houdend met verschuiving van de zorgvraag, en dus de kosten, van de tweede- naar de eerstelijnszorg
- d. Partijen delen de opvatting dat effectieve en efficiënte paramedische zorg waarde toevoegt aan de kwaliteit van leven van de patiënt. Paramedische zorg draagt eraan bij dat de patiënt het door hem gewenste en haalbare niveau van functioneren en participeren bereikt met inachtneming van de aandoening(en) die aan de beperking ten grondslag ligt.
- e. Paramedische zorg is zinvol en zuinig, dichtbij de patiënt. Bovendien levert paramedische zorg door substitutie een bijdrage aan de beheersing van de totale zorgkosten. Paramedici werken samen met de huisarts, de wijkverpleging, medisch specialisten in het ziekenhuis en met andere paramedici om kwaliteit van leven, participatie en zelfredzaamheid te verbeteren in relatie tot de aandoening(en) die aan de beperking ten grondslag ligt (interprofessioneel handelen).
- f. Er zijn verschillende deelsectoren paramedische zorg die ieder vanuit hun vakgebied een bijdrage zullen leveren aan de ambitie om dit akkoord te verwezenlijken. Deze bijdrage zal per deelsector verschillend (kunnen) zijn. Het startniveau is verschillend, het speelveld is verschillend en derhalve zal het te bereiken resultaat per deelsector verschillend (kunnen) zijn.
- g. Paramedische zorg maakt deels onderdeel uit van het basispakket en deels van diverse aanvullende verzekeringen van individuele zorgverzekeraars. Partijen onderkennen dat dit onderscheid invloed heeft op de reikwijdte van afspraken in het ene of andere speelveld.
- h. Alle partijen zijn verantwoordelijk voor het beheersbaar houden en verder terugdringen van overbodige regeldruk. Partijen toetsen voorafgaand aan de invoering van nieuwe wet- en regelgeving en andere regels of eisen de gevolgen daarvan voor de administratieve lasten.
- i. Het transitieproces dat doorlopen moet worden om de ambities te realiseren vraagt van partijen dat zij met elkaar in gesprek blijven, in gezamenlijkheid naar werkbare oplossingen zoeken en het bredere belang van de doelstellingen van dit akkoord voor ogen houden. Deze transitie vraagt draagvlak en een enorme inzet van partijen.
- j. Het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg heeft een looptijd tot eind 2018. De acties die met dit akkoord in gang zijn gezet kennen evenwel een langere scope en zullen dan ook na 2018 doorlopen en worden uiterlijk voor de zomer 2017 uitgewerkt in een meerjarenagenda, een implementatieparagraaf, een planning, een begroting en een procesafspraken over de te volgen handelwijze als de ambities van dit hoofdlijnenakkoord niet worden waargemaakt.
- k. De stuurgroep monitort de voortgang van het hoofdlijnenakkoord en komt minimaal 1 keer per jaar en zonodig vaker bijeen om knelpunten te beslechten en bij te sturen.
- l. Er is een relatie van dit akkoord met de afspraken in het Informatieberaad over de implementatie van de informatiestandaard. Het Informatieberaad stuurt het proces aan om op korte termijn te komen tot implementatie van deze informatiestandaard.
- m. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) werkt voor 1 augustus 2017 een plan van aanpak uit over het systeemadvies fysio- en oefentherapie. Dit plan is relevant voor het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg maar niet voor alle deelsectoren.
- n. De paramedische zorg maakt onderdeel uit van de zorg (zowel preventief, curatief als langdurig) en van de ontwikkelingen daarin. De samenhang van dit hoofdlijnenakkoord met de andere hoofdlijnenakkoorden zal dan ook worden bewaakt. Zowel voor de huidige als toekomstige hoofdlijnenakkoorden.

Partijen spreken het volgende af:

## **2. Inhoudelijke afspraken: kwaliteit, contractering en regeldruk**



## **A- Kwaliteit**

De zorgverlener zet zich in voor doelmatige, zinvolle en kwalitatief goede zorg, dichtbij de patiënt, met als doel de patiënt optimaal (naar vermogen) te laten functioneren en participeren. De zorgverlener richt zich daarbij nadrukkelijk op eigen regie, zelfredzaamheid en zelfmanagement van de patiënt. De inzet van de juiste zorg op het juiste moment kan niet los worden gezien van kosten (is het kosteneffectief) en bekostiging (leidt het bekostigingssysteem tot de meest adequate keuze). Hierbij wordt uitgegaan van het principe dat de zorg aantoonbaar waarde toevoegt. De te verlenen zorg wordt vastgesteld in samenspraak met de patiënt in relatie tot diens belevingswereld, persoonlijke doelstellingen en voorkeuren.

### **Uitgangspunt: (meer)waarde bieden**

De paramedische beroepsgroepen kunnen vanuit een integrale benadering, waarbij goede samenwerking met andere zorgdisciplines een voorwaarde is, (meer)waarde toevoegen aan een 'optimale patiënten reis'. Hierbij behoren ook vroegsignalering en risicostratificatie. Zorg dichtbij huis als het kan en in de tweede- of derde lijn als het moet. Effectiviteit en/of bekostiging gaan we onderzoeken; zie ook bij 'onderzoek is nodig'.

### **Uitgangspunt: informatie over kwaliteit is beschikbaar**

De patiënt heeft behoefte aan adequate betrouwbare informatie over zorg. De vragen daarbij zijn:

1. Welke zorg is waar beschikbaar?
2. Wat vinden anderen ervan?
3. Van welke kwaliteit is de zorg?

#### *Betrouwbare en toegankelijke informatie (digitaal) beschikbaar*

Voor patiënten wordt inzichtelijk wat de aandoening/beperving inhoudt, wat de patiënt er zelf aan kan doen, bij welke zorgdiscipline hij waarvoor terecht kan, welke invloed van de verschillende behandelingen te verwachten is en hoe de bekostiging is geregeld.

#### *Informatie over kwaliteit en patiëntenervaringen van zorg*

Het kwaliteitsprogramma van beroepsgroepen richt zich op de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals patiëntenversies en kwaliteitsindicatoren. De kwaliteit wordt tripartiet (patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars) vastgesteld onder meer op basis van waarde voor de patiënt, die onder andere worden gemeten met de PROMs en de PREM in relatie tot de kosten. Transparantie over uitkomsten van zorg is een tripartiete verantwoordelijkheid en zal in gezamenlijkheid worden gerealiseerd.

#### *Informatie over kwaliteit zorgprofessional*

De basis voor kwaliteit is dat de paramedische zorgverlener is ingeschreven in een kwaliteitsregister dat de kwaliteit borgt. Dit kwaliteitsregister is betrouwbaar van opzet en transparant voor andere partijen. Het kwaliteitsregister wordt op een zodanige manier ingericht dat patiënten en zorgverzekeraars hieraan hun vertrouwen kunnen geven.

### **Uitgangspunt: onderzoek is nodig**

Om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren en zowel gezondheidswinst als winst in termen van kostenreductie te behalen is gericht wetenschappelijk onderzoek nodig, waaronder onderzoek naar effectiviteit. Hiervoor is onderzoek in een interprofessionele setting noodzakelijk, waarbij de focus is gericht op patiëntvoorkeuren en uitkomsten van zorg.

#### *Afspraken:*

1. De patiënt is optimaal geïnformeerd en wordt waar nodig ondersteund om regie te voeren over het eigen zorgtraject. Daartoe zal een digitaal patiëntplatform worden ingericht met informatie over klachten, aandoeningen, opties voor zorg en zelfmanagement en ervaringen van andere patiënten met de verschillende behandelmogelijkheden. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij reeds bestaande initiatieven in andere sectoren teneinde de vindbaarheid voor patiënten te verbeteren.

2. De kwaliteit van zorgverleners is transparant en wordt geborgd door de kwaliteitsregisters.
3. Partijen zetten zich optimaal in om de juiste zorg aan de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plaats te realiseren door een optimale samenhangende organisatie van zorg (systeem, proces, inhoud) en gebruik van tripartiet erkende en/of ontwikkelde uitkomstmetingen.
4. Onderzoek levert onderbouwing voor zorg die er toe doet, zorg die patiëntgericht is waarbij de kwaliteit van leven voorop staat. Hiertoe zal een meerjarig onderzoeksprogramma bij ZonMw worden gestart. Tevens zal projectondersteuning komen voor de uitwerking van het systeemadvies fysio- en oefentherapie.
5. Partijen zetten zich optimaal in om de mogelijkheden en opbrengsten van substitutie inzichtelijk te maken en voorwaarden te creëren om deze te realiseren. Na de zomer van 2017 zal een uitgewerkte notitie over te realiseren substitutiemogelijkheden worden opgeleverd.

Deze afspraken staan in bijlage 1 nader uitgewerkt.

## **B- Contractering**

Het contracteerproces en de bekostiging dienen doelmatig ingericht te zijn en zodanig dat het zorgverleners ondersteunt om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren en dat het zorgverzekeraars ondersteunt om voor hun verzekerden de beste zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Om dit doel beter te ondersteunen zullen de partijen de volgende verbeterpunten oppakken

### **Uitgangspunt: behandelindex uniformeren en valideren**

De behandelindex is een cijfer waarmee een praktijk fysiotherapie, logopedie en oefentherapie kan zien hoeveel wordt behandeld ten opzichte van andere praktijken in Nederland. Hierbij wordt rekening gehouden met het soort klachten en patiënten die worden behandeld (case mix correctie).

### **Uitgangspunt: Good Contracting Practices zijn basis voor het contracteerproces**

Het contracteerproces is doelmatig en zodanig ingericht dat het zorgverleners ondersteunt om zorg van goede kwaliteit te leveren en dat het zorgverzekeraars ondersteunt om voor hun verzekerden de beste zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen.

### **Uitgangspunt: directe toegankelijkheid / verwijzing uniformeren**

Voor alle paramedische zorgverleners geldt directe toegankelijkheid. Vanwege wet- en regelgeving en individueel beleid van zorgverzekeraars, is er geen sprake van uniforme toepassing.

### **Uitgangspunt: bekostiging moet kwaliteit stimuleren**

Via de bekostiging zou kwaliteitsverbetering en transparantie gestimuleerd moeten worden en aantoonbaar betere zorg beloofd moeten worden.

### **Afspraken:**

1. In 2017 wordt door zorgverzekeraars die zijn aangesloten bij SKMZ, een geüniformeerde en gevalideerde behandelindex voor fysiotherapie ontwikkeld. In 2017 wordt binnen ZN-verband besproken of deze behandelindex ook door andere zorgverzekeraars, die niet zijn aangesloten bij het SKMZ, zal worden gebruikt. Vanaf heden zullen zorgverzekeraars hun (non-concurrentiële) ervaringen met het gebruik van de geüniformeerde behandelindex delen, conform het advies van SIRM. Dit betreft de rekenmethode en de toepassing van de behandelindex in de praktijk. Onderzocht wordt of op basis van de uniforme methodiek voor de fysiotherapie, een uniforme behandelindex voor de oefentherapeuten en logopedisten moet en kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd.
2. In 2017 worden ervaringen met het inkoop-/contracteerproces gedeeld door zorgverzekeraars en paramedici. Er wordt mede gebruik gemaakt van de ervaringen bij andere beroepsgroepen en in andere sectoren. De ervaringen worden gedeeld met de NZa inclusief eventuele oplossingen. De door partijen gezamenlijk geformuleerde oplossingen worden waar mogelijk verwerkt in het volgende contracteringsproces (Good Contracting Practices). Signalen over het contracteerproces kunnen worden ingediend bij de NZa en de

NZa bespreekt dit eventueel op individueel niveau met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. VWS zal de NZa vragen een monitor contracteerproces voor de paramedische zorg op te stellen indien daartoe aanleiding is.

3. In 2017 wordt onderzocht of en zo ja, op welke wijze de toepassing van directe toegang en verwijzing geüniformeerd kan worden.
4. De verschillende lopende projecten van lokale samenwerking tussen patiëntenorganisaties, paramedische zorgverleners en zorgverzekeraars waarbij sprake is van o.a. 'shared savings' en prestatiebekostiging worden geïnventariseerd. Deze worden waar mogelijk gedeeld en verder uitgerold. Als onderdeel van het systeemadvies (fysio- en oefentherapie) vraagt VWS de NZa in 2017 om onderzoek te doen naar een bekostigingsmethode die bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen van het systeemadvies. Waar mogelijk en nodig wordt deze methode geharmoniseerd voor de overige paramedische beroepen.

Deze afspraken staan in bijlage 2 nader uitgewerkt.

### **C- Regeldruk, administratieve lasten**

Paramedici willen primair zorg bieden aan patiënten. Daar zijn ze voor opgeleid en ligt hun deskundigheid. Registreren en het bijhouden van administratie zijn onvermijdelijk. Overbodige en onnodige regeldruk kan echter een bron van frustratie zijn, omdat dit ten koste gaat van de tijd die besteed kan worden aan de zorg voor patiënten. In 2016 is daarom ingezet op het verminderen van de administratieve lasten in de paramedische zorg. Op basis van een top 15 met knelpunten is een werkgroep Administratieve Lasten Paramedische zorg (hierna: werkgroep) aan de slag gegaan met het verminderen van administratieve lasten. Partijen spreken af dat de resultaten van de merkbaarheidsscan naar ervaren regeldruk paramedische zorg door de werkgroep worden meegenomen bij de uitwerking van de lijst met knelpunten. Een aantal van deze knelpunten is expliciet opgenomen in het hoofdlijnenakkoord (DSCPH, (uniforme rekenmethode) behandelindex en uniforme klantervaringsonderzoeken (PREM)). Deze knelpunten blijken in de praktijk zeer weerbarstig en vragen daarom om een extra inspanning. De overige knelpunten zijn niet afzonderlijk benoemd in het akkoord maar zullen evenwel met alle relevante partners verder worden opgepakt om in 2017 te komen tot een (voorstel tot) oplossing met tijdspad. In bijlage 3 staat de top 15 beschreven.

### **Uitgangspunt: uniformering opzet contractbepalingen**

In 2017 wordt fasegewijs gewerkt aan de uniformering van de algemene bepalingen van de contracten inclusief declaratieparagraaf voor de paramedische zorg. De resultaten van de eerste fase worden meegenomen in de eerstvolgende contracteringsronde. Bij eenjarige contracten is dat in 2018, in het geval van meerjarige contracten op het moment dat een nieuw contract wordt opgesteld. In de verdere uitwerking (voor de contracteringsronde 2019) wordt ook de uniformering van de structuur van de individuele contracten (tussen zorgverzekeraars en zorgverleners) opgepakt. Een (tijdige) evaluatie van het resultaat van fase 1 dient als basis hiervoor.

### **Uitgangspunt: Diagnose Coderingssysteem Paramedische Hulp (DCSPH) veroorzaakt zo min mogelijk administratieve lasten**

Partijen hebben geconstateerd dat de DCSPH een administratieve last veroorzaakt.

#### *Afspraken:*

1. In 2017 wordt een voorstel voor uniformering van het gebruik van DCSPH-codes uitgewerkt, inclusief een impactanalyse voor betrokken partijen (zorgverleners en zorgverzekeraars).
2. In 2017 worden afspraken gemaakt over beheer van het systeem.
3. In 2017 wordt een onderzoekstraject gestart naar de vraag of DCSPH het meest geschikte instrument is voor de langere termijn (waarbij aansluiting wordt gezocht bij het systeemadvies van het Zorginstituut over oefen- en fysiotherapie). Indien dat niet het geval is, word(t)(en) (een) alternatie(f)(ven) voorgesteld. De wenselijkheid en toepasbaarheid ervan voor de diëtetiek, ergotherapie, huidtherapie en logopedie (die, behoudens huidtherapie, niet werken met de DCSPH en waarvoor het systeemadvies niet is

geschreven) maakt hier onderdeel van uit, evenals een impactanalyse voor betrokken partijen.

4. In 2017 besluiten partijen aan de hand van de impactanalyse en tijdsplanning van het uniforme gebruik van de DCSPH-codes (stap 1) of dit geïmplementeerd gaat worden of dat direct wordt overgegaan naar een mogelijk alternatief systeem (stap 3).
5. In 2017 worden, afhankelijk van de uitkomst van voorgaande stappen, afspraken gemaakt over het beheer en eigenaarschap van het systeem.

DEFINITIEF

**Doelstelling 1:**

**De patiënt is optimaal geïnformeerd en wordt waar nodig ondersteund om regie te voeren over het eigen zorgtraject**

*Uitgangspunt:*

Informatie over de beschikbare zorg moet onafhankelijk, betrouwbaar en toegankelijk zijn en tripartiet tot stand komen. Voor het ontwikkelen van het platform om deze informatie te ontsluiten, wordt gebruik gemaakt van datgene wat al is ontwikkeld en wat aan systemen al bestaat.

*Te realiseren:*

Ontwikkeling en inrichting van een digitaal patiëntplatform is erop gericht om antwoord te geven op de vragen van de patiënt met informatie over:

- klachten, aandoeningen, opties voor zorg en zelfmanagement;
- ervaring van andere patiënten met de verschillende behandel mogelijkheden.

*Tijdspad:*

Nu starten en uiterlijk 2020 afronden.

*Randvoorwaarden:*

Financiering en projectondersteuning. Aanspreekpunt Patiëntenfederatie.

**Doelstelling 2:**

**De kwaliteit van zorgverleners is transparant en wordt geborgd**

*Uitgangspunt:*

Patiënten en zorgverzekeraars kunnen erop vertrouwen dat het kwaliteitsregister en het kwaliteitssysteem van de beroepsgroepen zorgen voor goede kwaliteit van zorgverleners en deze borgt.

*Te realiseren:*

Patiënten en andere betrokkenen hebben toegang tot een kwaliteitsregister en de vigerende voorwaarden (registratie-eisen) waarin transparant is welke zorgverleners voldoen aan de beroepsstandaarden.

*Tijdspad:*

2018-2020

*Randvoorwaarden:*

Op basis van datgene wat al per beroepsgroep is ontwikkeld, zal de beroepsgroep voor zover nodig een nader ontwikkel- en implementatietraject opstellen .

**Doelstelling 3:**

**Partijen zetten zich optimaal in om de juiste zorg aan de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plaats te realiseren.**

*Uitgangspunt:*

Zorgverleners werken volgens de stand van de wetenschap en praktijk, waarbij een vertaalslag is gemaakt in onder andere richtlijnen en/of beroepsstandaarden en leveren doelmatige zorg. Transparantie over outcome van zorg is een tripartiete verantwoordelijkheid.

*Te realiseren:*

Optimale samenhangende organisatie van zorg (systeem, proces en inhoud) gericht op gepaste zorg en gepast zorggebruik en transparantie daarover, door middel van tripartiet erkende en/of ontwikkelde uitkomstmetingen. Betekenisvolle informatie wordt voor partijen beschikbaar gesteld.

*Tijdspad:*

2018/2019

*Randvoorwaarden:*

Er is sprake van een systeem van vakinhoudelijke ontwikkeling, kwaliteitsmeting en borging, waarbij governance een belangrijk aandachtspunt is. Partijen zullen met elkaar in gesprek gaan om tot goede afspraken te komen. Partijen stimuleren eigen verantwoordelijkheid door voorlichting en motivering. Financiering van de ontwikkeling van valide outcome metingen.

**Doelstelling 4:**

**Onderzoek levert onderbouwing voor zorg die er toe doet, zorg die patiëntgericht is waarbij de kwaliteit van leven voorop staat.**

*Uitgangspunt:*

Praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek is nodig om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren, gezondheidswinst te bereiken, kosteneffectiviteit aan te tonen en substitutiemogelijkheden in kaart te brengen.

*Te realiseren:*

1. Een meerjarig ZonMw onderzoeksprogramma paramedische zorg op basis van een door partijen gezamenlijk op te stellen voorstel dat november 2017 gereed zal zijn. Het onderzoek zal waar mogelijk aansluiten op/uitgaan van het concept positieve gezondheid.
2. Ondersteuning voor de uitwerking van het systeemadvies fysio- en oefentherapie.

*Tijdspad:*

Vorbereiding gedegen geconcretiseerd onderzoekprogramma: nu - november 2017. Start meerjaren onderzoeksprogramma: 2018. Tijdspad voor uitwerking van het systeemadvies volgt uit het plan van aanpak van het Zorginstituut.

*Randvoorwaarden:*

1. Financiering voor onderzoek beschikbaar stellen. Onderzoeksinfrastructuur realiseren inclusief patiëntenparticipatie.
2. Financiering en projectuitvoering voor de uitwerking van het systeemadvies, conform het nog op te stellen plan van aanpak van het Zorginstituut (gereed voor 1 juli 2017).

**Doelstelling 5:**

**Partijen zetten zich optimaal in om de mogelijkheden en opbrengsten van substitutie inzichtelijk te maken en voorwaarden te creëren om deze te realiseren.**

*Uitgangspunt:*

De paramedische zorg biedt mogelijkheden voor substitutie (in de 1e, 2e en 3e lijn en het sociaal domein). De mogelijkheden en opbrengsten van substitutie worden in beeld gebracht en dienen ter voorbereiding op gesprekken met huisartsen en medisch specialisten.

*Te realiseren:*

Een met onderzoek onderbouwde gespreksnotitie over te realiseren substitutiemogelijkheden. Partijen zijn gesprekspartner voor huisartsen en medisch specialisten als het gaat om substitutie.

*Tijdspad:*

Notitie gereed na zomer 2017

*Randvoorwaarden:*

Financiering en projectondersteuning. Bij substitutie moet het budget de zorg volgen en moet de doorzettingsmacht van alle partijen worden toegepast.

**Activiteiten behandelindex**

- Overleg over toepassing nieuwe uniforme behandelindex Fysiotherapie in relatie tot bestaande afzonderlijke behandelindexen in 2017.
- Afspraken over toepassing van de uniforme behandelindex Fysiotherapie in 2018 (die non-concurrentieel zijn) op basis van de resultaten van het validatieonderzoek.
- Ontwikkelen en verstrekken van informatie en verlenen van ondersteuning bij de interpretatie van de spiegelrapportage en de behandelindex Fysiotherapie.
- Afspraken over verdere uniformering van de behandelindex door zorgverzekeraars Fysiotherapie en tripartiet opstellen (door)ontwikkelagenda voor een resultaatindex Fysiotherapie, waarin o.a. opgenomen een aanpassing van de casemixcorrectie en DCSPH.
- Onderzoeken of op basis van de uniforme methodiek voor de fysiotherapie, een uniforme behandelindex voor de oefentherapeuten en logopedisten kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

*Begroting: kosten nader te bepalen*

**Activiteiten Good Contracting Practices:**

- De beroepsgroepen informeren hun leden dat zij signalen over het contracteerproces kunnen indienen bij over het meldpunt van de NZa.
- De NZa informeert en bespreekt de signalen die zij ontvangen op individueel niveau met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en informeert indien van belang via het meldpunt, op frequente basis met de beroepsverenigingen en zorgverzekeraars.
- In gezamenlijk overleg kan voor 2018 besloten worden dat aanpassingen in het contracteringsproces 2018 gewenst zijn.

*Begroting: kosten nader te bepalen*

**Activiteiten directe toegankelijkheid/verwijzing:**

VWS zal de volgende activiteiten in kaart brengen of laten onderzoeken:

- Hoe de directe toegang in wet- en regelgeving en in het beleid van de zorgverzekeraars is opgenomen en wordt toegepast in de praktijk.
- Mogelijkheden voor uniforme toepassing door alle zorgverzekeraars, in lijn met de bedoeling en de wet- en regelgeving.
- Implementatieplan wordt opgesteld

*Begroting: kosten nader te bepalen*

**Activiteiten alternatieve bekostiging:**

- VWS vraagt de NZa onderzoek te doen naar bekostigingsmethoden die zinnige en zuinige zorg stimuleren en belonen.
- Aan de hand van de ervaringen met lopende en nieuwe pilots in de praktijk, wordt inzicht verkregen in de effecten en de voorwaarden die de implementatie van de methodiek(en) vraagt ten einde de best passende methodiek te kunnen selecteren.
- Een implementatieplan wordt opgesteld.

*Begroting: kosten nader te bepalen*

Kosten programmamanagement voor de pilots: ontwikkeling begeleiding monitoring en presenteren resultaten; out of pocket organisatie en vergoeding voor deelname aan de pilots.





## Top 15 administratieve lasten paramedische zorg

*Gesignaleerde knelpunten en bereikte resultaten:*

### **Gerealiseerd:**

#### **1. Herhaalverwijzing vervalt**

Partijen hebben afgesproken dat per 1 januari 2017 een herhaalverwijzing niet meer nodig is als het gaat om een behandeling die langer duurt dan twaalf maanden. In dat geval stuurt de paramedicus een tussentijdse rapportage aan de verwijzer/behandelend arts. Deze verplichting is opgenomen in de richtlijnen van de betreffende paramedische beroepsgroepen (diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, huidtherapie, logopedie en oefentherapie).

#### **2. Items op de verwijzing zijn uniform (1) (zie ook knelpunt 9)**

Vanwege de verschillende eisen die zorgverzekeraars stellen aan verwijzingen, worden deze door een arts vaak onvolledig ingevuld. Dit leidt tot problemen bij de formele en materiële controle. De eerste stap is gezet; paramedici en zorgverzekeraars hebben een uniforme dataset van verwijzingsgegevens opgesteld.

*Status: deels gerealiseerd*

#### **3. CSI-code 002 vervalt**

Binnen het declaratieproces waren de voorwaarden – die specifiek in de declaratiestandaard voor fysiotherapie en oefentherapie gesteld werden bij het gebruik van de CodeSoortIndicatie (CSI) 001/002 – niet eenduidig. Per 1 januari 2017 is de CSI-code 002 'Tweede of vervolgaandoening die voorkomt op de lijst' afgeschaft. De wijzigingen zijn door Vektis (beheerder van de declaratiestandaard) eind 2016 gepubliceerd op basis waarvan (softwarematige) aanpassingen door partijen zelf gedaan kunnen worden.

#### **4. Standaard doorlooptijd machtigingen ingevoerd**

Machtigingen die zorgverzekeraars individueel afgeven voor aanvang van de behandeling(en) leverden in de uitvoering problemen op. Dat komt doordat zorgverzekeraars verschillende doorlooptijden hanteerden. Per 1 januari 2017 hanteren zorgverzekeraars een maximale doorlooptijd van 10 werkdagen voor het afgeven van een machtiging indien de aanvraag juist en volledig door de zorgverlener is aangeleverd.

#### **5. Uniforme formulieren verbandmiddelen**

Er is een uniform formulier voor verbandmiddelen gepubliceerd. Hiermee zijn de administratieve lasten voortkomend uit de grote hoeveelheid verschillende formulieren voor 'verbandmiddelen' komen te vervallen.

#### **6. Uniforme rekenmethode behandelindex (1) (zie ook knelpunt 14)**

Er is in 2017 door zorgverzekeraars, aangesloten bij SKMZ, een geüniformeerde en gevalideerde behandelindex voor de fysiotherapie ontwikkeld.

*Status: deels gerealiseerd*

### **Continue acties:**

#### **7. Prestatiebeschrijvingen verduidelijkt**

Door onduidelijkheden in de prestatiebeschrijvingen is sprake van onnodige uitval bij de verwerking van de declaraties, vooraf dan wel achteraf. Dit leidt tot administratieve lasten bij alle ketenpartijen. Zorgverleners, zorgverzekeraars en de NZa zijn jaarlijks bezig onduidelijkheden in prestatiebeschrijvingen en toegestane combinaties op te helderen. De NZa heeft deze aanpassingen in de beleidsregels verwerkt. De toetsing van prestatiebeschrijvingen door betrokken ketenpartijen op onder andere helderheid is een continu proces bij oplevering van nieuwe prestatiebeschrijvingen door de NZa.

## **Lopende acties:**

### **8. Uniforme formulieren dieetpreparaten**

Zorgverleners in de werkgroep Paramedische zorg zien de verschillende formulieren voor 'dieetpreparaten' als een groot knelpunt. Er wordt gewerkt aan een uniform formulier dieetpreparaten.

### **9. Items op de verwijzing zijn uniform (2)**

De beschikbaarheid van een uniforme dataset van verwijzingsgegevens bij de behandelaar en de verantwoordelijkheid voor het (correct) beschikbaar stellen c.q. uitwisselen van de verwijzingsgegevens (de verwijzer of de paramedicus) gaat verder dan alleen paramedische zorg; afstemming met de verwijzers, zoals huisartsen en medisch specialisten, is hiervoor noodzakelijk en zal zo snel mogelijk plaatsvinden. Vervolgens zal de uitkomst hiervan worden meegenomen in het Informatieberaad om (verdere) ontwikkeling en implementatie van de uniforme dataset te faciliteren. De werkgroep zet daarvoor zo snel als mogelijk vervolgstappen.

### **10. Ondersteuning door ICT**

De werkgroep Paramedische zorg heeft geconstateerd dat veel van de administratieve lasten verminderd kunnen worden door betere en slimmere ondersteuning door middel van ICT. Een voorbeeld is de restitutenota. Veel van de benoemde punten op de knelpuntenlijst kennen dan ook een mogelijke (deel-)oplossing vanuit de ICT-leverancier. Dit door alle partijen onderkende probleem is belegd bij een aparte deelwerkgroep ICT om in 2017 te komen tot een voorstel.

### **11. Uniformeren en eventueel vervangen DCSPH-classificatiesysteem**

Partijen hebben geconstateerd dat de DCSPH<sup>2</sup> een administratieve last veroorzaakt. In 2017:

1. wordt een voorstel voor uniformering van het gebruik van DCSPH-codes uitgewerkt, inclusief een impactanalyse voor betrokken partijen (zorgverleners en zorgverzekeraars);
2. worden afspraken gemaakt over beheer van het systeem in 2017;
3. wordt een onderzoekstraject gestart naar de vraag of DCSPH het meest geschikte instrument is voor de langere termijn (waarbij aansluiting wordt gezocht bij het systeemadvies van het Zorginstituut over oefen- en fysiotherapie). Indien dat niet het geval is, word(t)(en) (een) alternatie(f)(ven) voorgesteld. De wenselijkheid en toepasbaarheid ervan voor de diëtetiek, ergotherapie, huidtherapie en logopedie (die, behoudens huidtherapie, niet werken met de DCSPH en waarvoor het systeemadvies niet is geschreven) maakt hier onderdeel van uit. Evenals een impactanalyse voor betrokken partijen;
4. besluiten partijen aan de hand van de impactanalyse en tijdsplanning van het uniforme gebruik van de DCSPH-codes (stap 1) of dit geïmplementeerd gaat worden of dat direct wordt overgegaan naar een mogelijk alternatief systeem (stap 3);
5. worden, afhankelijk van de uitkomst van voorgaande stappen, afspraken gemaakt over het beheer en eigenaarschap van het systeem.

---

<sup>2</sup> DiagnoseCoderingsSysteem Paramedische Hulp

## **12. Verbetering communicatie patiënt-zorgverlener-zorgverzekeraar**

De werkgroep Paramedische zorg heeft geconstateerd dat administratieve lasten kunnen worden verminderd door betere communicatie onderling (tussen zorgverzekeraars/ zorgverleners/ verzekerden, maar ook tussen zorgverzekeraars/beroepsgroepen/VWS/NZa/ZIN en tussen zorgverleners/verzekerden). Een aantal van de benoemde punten op de knelpuntenlijst kent dan ook een mogelijke (deel)oplossing vanuit communicatie. Voorbeelden zijn foutieve informatieverstrekking door zorgverzekeraar aan verzekerde of van zorgverlener aan patiënt. Dit door partijen onderkende probleem is belegd bij een aparte deelwerkgroep Communicatie om in 2017 te komen tot een voorstel.

## **13. Uniforme aanvraagprocedure hulpmiddelen**

Er is behoefte aan een uniforme aanvraagprocedure voor hulpmiddelen. Deze wens wordt gedeeld met de sector Hulpmiddelen en de sector Farmacie. Het voorstel is om in het tweede kwartaal van 2017 een eerste overleg te voeren met vertegenwoordigers van zorginkoop hulpmiddelen en materiedeskundigen van de beroepsvereniging PPN. Vanwege de diversiteit van de sector hulpmiddelen dient eerst de scope van de domeinen en hulpmiddelen helder te zijn

## **14. Uniforme rekenmethode behandelindex**

Er is in 2017 door zorgverzekeraars, aangesloten bij SKMZ, een geüniformeerde en gevalideerde behandelindex voor de fysiotherapie ontwikkeld. In 2017 wordt besproken of deze behandelindex ook door de andere zorgverzekeraars, die niet zijn aangesloten bij de SKMZ, gebruikt kan gaan worden. Er wordt onderzocht of op basis van de uniforme methodiek voor de fysiotherapie, een uniforme behandelindex voor de oefentherapeuten en logopedie kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

## **15. Uniforme klantervaringsonderzoeken (PREM)**

Zorgverleners in de werkgroep Paramedie hebben aangegeven dat het hanteren van verschillende klantervaringsonderzoeken tot administratieve last leidt. Vanuit ZN is met Stichting Miletus een aparte werkgroep gestart om te komen tot een 'korte' uniforme PREM-vragenlijst. Realisatie voor fysiotherapie staat gepland voor het tweede kwartaal 2017. De andere paramedische beroepsgroepen volgen hierna.

### **Werkgroep Paramedie blijft**

Ook voor de langere termijn zijn belangrijke punten verzameld. Mede daarom blijft de werkgroep Paramedie in elk geval in 2017 bestaan. In deze werkgroep worden aangekaarte lasten besproken en acties onderling uitgezet.

### **Aanspraak fysio- en oefentherapie**

In brede zin wordt de administratieve uitvoering van de aanspraak fysio- en oefentherapie vanwege wet- en regelgeving als zeer complex ervaren. Vereenvoudiging van de regeling zou zeker bijdragen aan verdere administratieve lastenverlichting. Hier wordt momenteel aan gewerkt in termen van het systeemadvies onder leiding van ZIN.

