



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

2023048602

Zorginstituut Nederland
Zorg
Paramedische Zorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstuutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55
Contactpersoon

Datum 4 januari 2024
Betreft Voortgangsrapportage passende fysio- en oefentherapeutische zorg

Onze referentie 2023048602

Geachte heer Kuipers,

Met deze brief bied ik u de voortgangsrapportage getiteld: *"Voortgangsrapportage Passende Zorg voor Fysiotherapie en Oefentherapie. Op weg naar een hervorming van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg"* aan. Deze voortgangsrapportage is een deelproduct uit het plan van aanpak *"Naar een passende aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie"*, dat door partijen van het Bestuurlijk Overleg Fysio- en Oefentherapie is geaccordeerd.

Aanleiding

Wij brengen deze rapportage uit naar aanleiding van uw verzoek om u te adviseren over een geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie binnen het basispakket van de zorgverzekering, rekening houdend met de principes van passende zorg.

Het Zorginstituut heeft in januari 2023 het rapport *"Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket"* uitgebracht. Dit rapport omschrijft de programmalijn die het mogelijk maakt om langs de principes van passende zorg de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in de basisverzekering vorm te geven. In dit voortgangsrapport beschrijven we welke stappen na januari 2023 zijn gezet en hoe deze zich verhouden tot de randvoorwaarden uit de programmalijn. De vervolgstappen staan in de voortgangsrapportage beschreven.

Voortgang programmalijn

De uitvoering van de programmalijn is een omvangrijk en complex traject. Het vraagt om een verandering in ons denken over de toekomst van de fysio- en oefentherapie en de consequenties daarvan voor de uitvoering van deze zorg. Het is nog niet mogelijk om u in december 2023 een volledig eindadvies te geven over een geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie binnen het basispakket van de zorgverzekering, rekening houdend met de principes van passende zorg.

Partijen hebben samen belangrijke stappen gezet en afspraken gemaakt om te komen tot een grotere bijdrage van fysio- en oefentherapie aan passende zorg. Maar momenteel zijn er op alle drie de randvoorwaarden vervolgstappen nodig om inzicht te krijgen in passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Paramedische Zorg

Datum
4 januari 2024

Onze referentie
2023048602

In dialoog met beroepsgroepen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben we gespecificeerd wat er nog moet gebeuren voordat het Zorginstituut u een eindadvies kan geven over een andere vormgeving van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg in de basisverzekering (stap 8 in het eerdergenoemde overkoepelende plan van aanpak). Wij verwachten dit eindadvies in de loop van 2024 te kunnen opstellen.

We zetten nu in op twee sporen: de door het BO vastgestelde programmalijn en tegelijkertijd de kansrijke bouwstenen (zoals benoemd in hoofdstuk 7 van de voortgangsrapportage). Zoals beschreven in het plan van aanpak moet daarna politieke besluitvorming plaatsvinden (stap 9) over een andere inrichting van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket in de toekomst.

In het laatste hoofdstuk van de voortgangsrapportage hebben wij vastgesteld welke bouwstenen, of onderdelen daarvan, al op korte termijn mogelijk kunnen voldoen aan de programmalijn. Over deze (onderdelen van) bouwstenen zullen wij versneld advies uitbrengen aan u, zodat de geadviseerde aanpassingen in de aanspraak op fysio- en oefentherapie kunnen worden opgenomen in de Kamerbrief over wijziging basispakket 2025. Hiermee verbeteren we de toegankelijkheid van deze zorg en draagt het maximaal bij aan de beweging naar passende zorg in brede zin.

Het Zorginstituut is graag bereid de inhoud van het advies nader toe te lichten.

We zien uit naar uw reactie.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Voortgangsrapportage passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie

Op weg naar een hervorming van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg

Voortgangsrapportage

19 december 2023

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
	Inleiding	7
1	Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie (randvoorwaarde 1)	8
	Disclaimer	8
1.1	Passende fysio- en oefentherapeutische zorg	8
1.1.1	Visie van de Kwaliteitsraad op het kwaliteitskader	9
1.1.2	Rollen en verantwoordelijkheden bij de ontwikkeling kwaliteitskader	10
1.2	Vervolgstappen om te voldoen aan randvoorwaarde 1	10
2	Inzicht in stand van wetenschap en praktijk (randvoorwaarde 2)	12
2.1	Geduide fysio- en oefentherapeutische zorg in 2023 door het Zorginstituut	12
2.1.1	Geduide fysio- en oefentherapeutische zorg in 2023	13
2.2	Inzicht in waardegedreven fysio- en oefentherapeutische zorg door samenspel tussen betrokken partijen	13
2.2.1	Basisverzekerde fysio- en oefentherapeutische zorg	14
2.2.2	Rollen en verantwoordelijkheden	14
3	Advies over passende bekostiging (randvoorwaarde 3)	15
	Disclaimer	15
3.1	Advies passende bekostiging	15
3.1.1	Toekomstige passende bekostiging	15
3.1.2	Vervolgstappen zijn nodig	16
4	Eerstelijns fysio- en oefentherapie en de budgettaire impact in 10 bouwstenen	17
4.1	Bouwstenen die in de huidige situatie uit de aanvullende zorgverzekering worden bekostigd	17
4.1.1	Kortdurende fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie	17
4.1.2	Langdurige fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie	18
4.1.3	Fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen	18
4.1.4	Fysio- en oefentherapie bij aandoeningen uit de wachtkamer	19
4.1.5	Fysio- en oefentherapie als onderdeel van reablement voor ouderen (70+) zonder chronische indicatie	19
4.1.6	Fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat van volwassenen	20
4.1.7	Eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties	20
4.2	Bouwstenen die in de huidige situatie uit de basisverzekering worden bekostigd	21
4.2.1	Fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd	21
4.2.2	Fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties voor volwassenen	22
4.2.3	Fysio- of oefentherapie voor kinderen/jongeren tot 18 jaar	22
5	Verwachting van de maatschappelijke impact bij een betere toegang tot passende fysio- en oefentherapeutische zorg	23
	Disclaimer	23
5.1	Fysio- en oefentherapie helpt mensen beter functioneren	23
5.2	Passende fysio- en oefentherapie kan de samenleving helpen door substitutie en preventie van andere zorg	23

5.2.1	Samenwerking met zorgprofessionals in de eerste lijn	24
5.2.2	Passende fysio- en oefentherapie in de eerste lijn kan duurdere tweedelijnszorg voorkomen	24
5.3	Passende fysio- en oefentherapie helpt de samenleving door het verhogen van participatie	24
5.4	Vergroten maatschappelijke impact eerstelijns fysio- en oefentherapie	25
5.5	Inzicht in mogelijke financiële gevolgen bij een wijziging in de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie	25
5.5.1	Verdelingseffect door een wijziging in de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie	25
5.5.2	De rol van eigen betalingen en het eigen risico op toegankelijkheid van zorg	26
5.6	Vervolgstappen zijn nodig om maatschappelijke impact te kwantificeren	26
6	Conclusie	27
6.1	Vervolgstappen zijn nodig	27
6.2	Onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg die op korte termijn voldoen aan de drie randvoorwaarden	27
6.3	Conclusie voortgangsrapportage	28
7	Versnelling van de toegankelijkheid op onderdelen van de fysio- en oefentherapie met grote kans op bijdrage aan passende zorg	29
7.1	Vaststelling rapport	29
7.2	Kansrijke bouwstenen voor versnelde verbetering van de toegankelijkheid op passende fysio- en oefentherapie	29
	Bijlagen	32

Samenvatting

In dit tussentijdse rapport beschrijft Zorginstituut Nederland de voortgang van de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Betrokken partijen hebben al belangrijke stappen gezet. Maar vervolgstappen zijn nodig voor de randvoorwaarden die het Zorginstituut heeft gesteld in het rapport '*Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket*'. Deze vervolgstappen zijn nodig om inzicht te krijgen in passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Het Zorginstituut kan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) nu nog geen eindadvies geven over een passende manier om eerstelijns fysio- en oefentherapie te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering. Eerstelijns wil zeggen dat het zorg is waarvoor mensen zelf een afspraak kunnen maken, zonder verwijzing van een arts. Het Zorginstituut vervolgt de programmalijs om samen met de partijen de drie randvoorwaarden in te vullen voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Als deze zijn ingevuld, kan het Zorginstituut advies geven over een geschikte manier om eerstelijns fysio- en oefentherapie te vergoeden uit het basispakket.

Aanleiding voor dit voortgangsrapport

Omdat we verwachten dat een juiste inzet van fysio- en oefentherapie een belangrijke bijdrage kan leveren aan passende zorg, onderzoekt het Zorginstituut op verzoek van de minister van VWS hoe vergoeding van eerstelijns fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering vorm kan krijgen. In januari 2023 hebben we daarover een rapport uitgebracht met als titel *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie*. In het rapport beschrijven we een route die het mogelijk maakt om langs de principes van passende zorg een toekomstige aanspraak in de basisverzekering vorm te geven. Het is nog geen eindadvies, maar de weg daarnaartoe. Samen met beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars hebben we een programmalijs ontwikkeld om drie randvoorwaarden in te vullen die nodig zijn voor een optimale bijdrage van fysio- en oefentherapie aan passende zorg.

De drie randvoorwaarden zijn:

1. De ontwikkeling van een *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapeutische zorg*, waarin zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars samen de kwaliteitseisen voor goede zorg vastleggen en dat aansluit op het *Kader Passende zorg*.
2. Fysio- en oefentherapeutische zorg moet waardegedreven zijn. Hiervoor is inzicht nodig in de effectiviteit van behandelingen en de gezondheidswinst voor patiënten.
3. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt een advies op over passende financiering van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.

Hieronder beschrijven wij kort wat er tot nu toe is bereikt bij het invullen van deze randvoorwaarden.

Voortgang randvoorwaarde 1: kwaliteitskader fysio- en oefentherapie

Een belangrijk deel van deze randvoorwaarde is ingevuld. Beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars hebben samen het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* ontwikkeld. In dit kwaliteitskader hebben zij concrete afspraken uitgewerkt over goede fysio- en oefentherapeutische zorg die voldoet aan de principes van passende zorg. Momenteel ontwikkelen zij een bijbehorend ontwikkel- en implementatieplan. Op 23 november 2023 is het kwaliteitskader niet aangenomen door de leden van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Leden die tegen het kwaliteitskader stemmen spreken voornamelijk onvrede uit over de huidige penibele situatie in de beroepsgroep en onduidelijkheid over de

randvoorwaarden. Zij zijn van mening dat invulling van randvoorwaarden voor zowel implementatie als doorontwikkeling nodig is alvorens akkoord te kunnen gaan met het kwaliteitskader. Het KNGF gaat vervolgstappen zetten om te bepalen wat er nodig is om het draagvlak voor het kwaliteitskader te vergroten. Naar verwachting bieden de partijen het kwaliteitskader uiterlijk 28 maart 2024 voor opname in het Register van het Zorginstituut. Daarin staan alle afspraken over goede zorg in Nederland waaraan partijen zich moeten houden. Als het kwaliteitskader in het Register staat, is randvoorwaarde 1 volledig ingevuld.

Voortgang randvoorwaarde 2: fysio- en oefentherapeutische zorg moet waardegedreven zijn

Een deel van deze randvoorwaarde is ingevuld, en een deel nog niet. Waardegedreven betekent dat zorg waarde moet toevoegen aan gezondheid en kwaliteit van leven van mensen, tegen een redelijke inzet van geld, personeel en grondstoffen. Bij beoordeling van waardegedrevenheid kijken we niet naar zorg op persoonlijk niveau, maar op groepsniveau. We kijken of de behandeling echt werkt en meerwaarde heeft voor grote groepen patiënten in Nederland. Wettelijk heet dit criterium de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit is het wettelijke criterium voor zorg om in aanmerking te komen voor vergoeding uit het basispakket. Dit basispakket heeft een gesloten en een open deel. In het gesloten deel stelt de overheid vast wat vergoed wordt. En in het open deel spreken zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen af welke zorg vergoed mag worden. De besluitvorming waar we nu aan werken gaat over de overgang van fysio- en oefentherapeutische zorg uit het gesloten deel van het basispakket naar het open deel.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten samen gaan bespreken welke onderdelen van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg wel of niet voldoen aan de wettelijke criteria, of over welke onderdelen zij nog twijfelen over de stand van de wetenschap en praktijk. Hierover zijn bestuurlijk geaccordeerde afspraken gemaakt. Het is nu aan de betrokken partijen om ook de vervolgstappen te zetten. Zonder hun welwillende inzet en samenwerking is het niet mogelijk om de ingezette beweging naar passende fysio- en oefentherapie te vervolgen.

Voortgang randvoorwaarde 3: advies over passende financiering

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet de huidige bekostiging, volgens het *fee-for-services*-model, als het meest passend voor 2025. Het is daarbij wel mogelijk om afspraken te maken over andere vormen van bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg voor specifieke patiëntengroepen via de facultatieve prestaties of de beleidsregel *Innovatie voor kleinschalige experimenten*. Op de langere termijn ziet de NZa wel mogelijkheden voor andere bekostigingsvormen die de beweging naar passende zorg kunnen faciliteren. De NZa geeft in het advies aan dat er vervolgstappen nodig zijn om gedetailleerd advies te kunnen geven welk bekostigingsmodel passend is bij fysio- en oefentherapeutische zorg.

Eerstelijns fysio- en oefentherapie in 10 bouwstenen

Om het doel van passende zorg te bereiken en besluitvorming zo goed mogelijk te ondersteunen hebben we samen met de betrokken partijen 10 bouwstenen van eerstelijns fysio- en oefentherapie benoemd. Aan de hand daarvan beschrijven we de huidige situatie, de bijbehorende kosten en het verwachte budgettaire en maatschappelijke effect als deze zorg wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.

De 10 bouwstenen zijn:

1. kortdurende fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie;
2. langdurige fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie;
3. fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen;
4. fysio- en oefentherapie bij aandoeningen uit de wachtkamer;
5. fysio- en oefentherapie voor ouderen zonder chronische indicatie;
6. fysio- of oefentherapeutische triage en diagnostiek bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;
7. eerste twintig behandlesessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties;
8. fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd;
9. fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties voor volwassenen;
10. fysio- of oefentherapie voor kinderen/jongeren tot 18 jaar.

Het Zorginstituut adviseert de minister om deze bouwstenen niet als losse elementen te beschouwen, maar deze als een geheel te beschouwen in het politieke besluit over passende fysio- en oefentherapie.

Vervolgstappen voor overgang van gesloten naar open aanspraak

Het Zorginstituut ziet dat de betrokken partijen samen al veel stappen hebben gezet in de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg. De beweging naar passende zorg kunnen we alleen gezamenlijk voortzetten en het is essentieel om ook de vervolgstappen samen uit te voeren. In dit voortgangsrapport beschrijven we welke stappen al wel zijn gezet en welke vervolgstappen nodig zijn om te komen tot passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Het doel is om zoveel mogelijk bij te dragen aan passende zorg in Nederland. Het Zorginstituut identificeert de meest kansrijke bouwstenen om versneld de toegankelijkheid op passende fysio- en oefentherapie voor deze bouwstenen te bevorderen. Het Zorginstituut adviseert om zijn faciliterende rol voort te zetten en in samenspel de beweging naar passende zorg te vervolgen.



Inleiding

Betrokken partijen hebben belangrijke stappen gezet om inzicht te geven in passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Maar vervolgstappen zijn nodig voordat het Zorginstituut een volledig eindadvies kan uitbrengen over passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg op basis van de programmalijn die is vastgesteld in het advies *'Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket'*.¹ Daarom kan het Zorginstituut nog geen eindadvies geven over een vormgeving van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie. In dit voortgangsrapport beschrijven we welke stappen al wel zijn gezet en wat er nog nodig is om aan de randvoorwaarden te voldoen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Zorginstituut gevraagd te adviseren over een geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie binnen het basispakket van de zorgverzekering, rekening houdend met de principes van passende zorg.^{2,2B} Het doel is dat fysio- en oefentherapie optimaal bijdraagt aan de beweging naar passende zorg en de toekomstbestendigheid van de hele zorg in Nederland. Het Zorginstituut bracht januari 2023 een advies uit aan de minister van VWS met daarin een beschrijving van de programmalijn. Met deze programmalijn (zie bijlage 1) werken de betrokken partijen in samenwerking met overheidspartijen toe van een gesloten naar een open omschreven aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg. De betrokken partijen zijn beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars (zie bijlage 2).

Het vertrekpunt van de programmalijn is de consensus onder de betrokken partijen dat een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie binnen het basispakket belangrijk is voor een groeiende groep verzekerden en de beweging naar passende zorg kan ondersteunen.¹ Om de vier principes van passende zorg in voldoende mate en samenhang te verankeren in de te verzekeren fysio- en oefentherapeutische zorg, moet aan drie randvoorwaarden zijn voldaan:

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

Afspraken over de te zetten stappen zijn vastgelegd in het bestuurlijk geaccordeerde plan van aanpak *Naar een passende aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie*.³ Om de randvoorwaarden in te vullen, hebben partijen intensief samengewerkt in een werkgroep. Het Zorginstituut faciliteert en ondersteunt partijen bij het uitvoeren van het plan van aanpak.³

In de hoofdstukken 1, 2 en 3 van dit voortgangsrapport beschrijven we hoe ver partijen tot dusver zijn gekomen met het invullen van de randvoorwaarden. In hoofdstuk 4 brengen we de budgettaire omvang in beeld van eerstelijns fysio- en oefentherapie. Hiervoor introduceren we tien bouwstenen die gezamenlijk eerstelijns fysio- en oefentherapie beschrijven en waarmee we gericht inzicht kunnen geven in de budgettaire omvang. In hoofdstuk 5 gaan we in op de uitkomsten van een voorlopige maatschappelijke impactanalyse. Daarin beschrijven we op welke manieren eerstelijns fysio- en oefentherapie positief kan bijdragen aan de Nederlandse samenleving. In hoofdstuk 6 concluderen we welke vervolgstappen nodig zijn met bijbehorende rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen en overheidspartijen. We sluiten af met hoofdstuk 7 waarin we kansrijke bouwstenen identificeren op basis waarvan we versneld de beweging naar passende zorg kunnen maken door de toegankelijkheid op fysio- en oefentherapie te verbeteren.

1 Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie (randvoorwaarde 1)

Beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars (hierna: de partijen) hebben samen het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* (hierna: het kwaliteitskader) ontwikkeld. In het kwaliteitskader hebben de partijen de principes van passende zorg uitgewerkt tot concrete afspraken over goede fysio- en oefentherapeutische zorg waarvan de kwaliteit is geborgd en die voldoet aan de principes van passende zorg. Partijen stellen een bijbehorend uitvoeringsplan op dat inzichtelijk maakt wat er nodig is om de ambities van het kwaliteitskader te verwezenlijken. Daarnaast gaat het uitvoeringsplan inzicht geven in de geschatte financiële gevolgen van het kwaliteitskader en maken de partijen afspraken over wie financieel verantwoordelijk is voor bepaalde onderdelen van het uitvoeringsplan. Deze vervolgstappen zijn nodig om het kwaliteitskader te registreren en op te nemen in het Register van het Zorginstituut. Het Zorginstituut complimenteert partijen met de constructieve samenwerking en het werk dat tot nu toe is verzet.

Disclaimer

Deze tussenrapportage is geschreven en geconsulteerd in de periode van 16 oktober 2023 tot 1 december 2023. In deze periode hebben leden van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) gestemd over het kwaliteitskader. Op 23 november 2023 is het kwaliteitskader niet aangenomen door de leden van het KNGF. Ongeveer 12% van de stemgerechtigde leden heeft een stem uitgebracht en ongeveer 7% van het totaal aantal leden stemde tegen het kwaliteitskader. Het KNGF geeft aan dat leden die zich uitspreken over het kwaliteitskader het in beperkte mate hebben over de inhoud van het kwaliteitskader. Leden die tegen het kwaliteitskader stemmen spreken voornamelijk onvrede uit over de huidige penibele situatie in de beroepsgroep en onduidelijkheid over de randvoorwaarden. Zij zijn van mening dat invulling van randvoorwaarden voor zowel implementatie als doorontwikkeling nodig is alvorens akkoord te kunnen gaan met het kwaliteitskader. Zaken zoals het ontbreken van een gezonde basis met ruimte om te investeren in kwaliteit en innovatie, onvoldoende zicht op compensatie voor extra inspanningen, het uitblijven van een cao voor fysiotherapeuten in loondienst en de onduidelijkheid over de mogelijke administratieve lastenverzwaring door het kwaliteitskader spelen hierbij een rol.

Het KNGF gaat vervolgstappen zetten om te bepalen wat er nodig is om het draagvlak voor het kwaliteitskader te vergroten. Dat doen zij tot aan de deadline van de Meerjarenagenda (28 maart 2024). Vooralsnog heeft dit geen invloed op de deadline van de Meerjarenagenda voor het registreren van het kwaliteitskader. Als het kwaliteitskader op deze deadline niet tripartiet is aangeboden aan het register, dan gelden de wettelijke procedures van de Meerjarenagenda.

1.1 Passende fysio- en oefentherapeutische zorg

Het Zorginstituut heeft in het rapport *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket* zeven onderdelen beschreven die nodig zijn om het kwaliteitskader goed aan te laten sluiten bij passende zorg. Het kwaliteitskader en de onderliggende kwaliteitsdocumenten vormen de basis waarop fysio- en oefentherapeuten de geleverde zorg 'zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden' baseren en daarmee passende zorg operationaliseren.¹ De partijen hebben, als onderdeel van het kwaliteitskader, ambities geformuleerd om de beweging naar passende zorg verder door te zetten. De partijen hebben ambities afgesproken voor de onderwerpen samenwerking, technologie, kwaliteitsbeleid waaronder beroepsstandaarden, professionele ontwikkeling (leren en verbeteren), wetenschappelijk beleid, richtlijnenbeleid en indicatorontwikkeling. Het Zorginstituut heeft de Kwaliteitsraad (KR) gevraagd om zijn visie te geven op de inhoud van het kwaliteitskader, inclusief de bijbehorende ambities. De KR heeft op 26 oktober 2023 advies

gegeven aan de partijen over het kwaliteitskader. Een samenvatting hiervan leest u in paragraaf 1.1.1. Het volledige advies van de KR over het kwaliteitskader is opgenomen in bijlage 3.

1.1.1 Visie van de Kwaliteitsraad op het kwaliteitskader

De KR heeft het kwaliteitskader met genoegen gelezen en is onder de indruk van wat de partijen tot nu toe met elkaar hierin heeft vastgelegd. Aan de KR is gevraagd of het kwaliteitskader in voldoende mate beschrijft hoe passende fysio- en oefentherapeutische zorg gewaarborgd wordt én of het in voldoende mate aansluit op het *Kader Passende zorg*.

De KR is van mening dat aan veel facetten van passende zorg aandacht is besteed. Als de KR kijkt naar de inhoudsopgave met relevante onderwerpen voor een maatschappelijk kader, ziet hij veel elementen in het kwaliteitskader terugkomen, met name met betrekking tot het uitwerken van de principes passende zorg.

De uitwerking van de verschillende onderwerpen en ambities in het Kwaliteitskader is wel voornamelijk beschrijvend van aard. Het ontbreekt in veel gevallen aan concreetheid, dit is wel wenselijk aldus de KR. Partijen dienen inzicht te geven in een concreet tijdspad voor het verwezenlijken van de ambitie. Ook vraagt de KR om inzicht te geven in de context informatie zoals de ontwikkelingen en feitelijke trends in de sector naar omvang, aard en volume van verleende fysio- en oefentherapeutische zorg en beschikbare kwaliteitsindicatoren zoals beoogd in onder andere ambitie 7.

Ten aanzien van de verdere concretisering kan gedacht worden aan de volgende uitwerking/toevoeging bij herziening:

- Maak een vertaalslag wat het Kwaliteitskader betekent voor kosten, personeel en duurzaamheid;
- Maak duidelijk hoe het eigenaarschap van dit Kwaliteitskader belegd is;
- Maak een schets van de sector met een cijfermatige onderbouwing, dit is nodig als nulmeting voor aansluitende monitoring van de ontwikkelingen in de sector en de impact daarvan op andere sectoren;
- Maak meer bindende afspraken voor multidisciplinair en zo nodig ook domein overstijgend samenwerken;
- Voeg een afwegingskader toe dat je hanteert bij schaarste;
- Voeg toe hoe je zorgdraagt voor goed werkgeverschap/werkplezier/diversiteit van personeel en duurzaamheid;
- Geef aan hoe de versterking van de data infrastructuur in de sector samenhangt met de bredere landelijke ontwikkelingen in kader van o.a. de wet WEGIZ en de PGO;
- Beschrijf hoe met monitoring inzicht verkregen kan worden in de (ontwikkeling van de) kosten in de sector;
- Beschrijf hoe je de samenleving betreft bij kwaliteit.

1.1.2 Rollen en verantwoordelijkheden bij de ontwikkeling kwaliteitskader

Het kwaliteitskader is tot stand gekomen door een intensieve samenwerking tussen de partijen.⁴ Eerst hebben deze partijen gezamenlijk het kwaliteitskader aan het Zorginstituut aangeboden voor plaatsing op de Meerjarenagenda.⁵ De Meerjarenagenda is een prioriteitenlijst kwaliteitsdocumenten die ontwikkeld moeten worden. Het Zorginstituut stimuleert de ontwikkeling van deze kwaliteitsdocumenten.⁵

Vervolgens hebben de partijen, onder leiding van een onafhankelijk penvoerder, afspraken gemaakt over welke onderdelen er in het kwaliteitskader moeten komen, het zogenaamde raamwerk. De KR heeft op verzoek van de partijen feedback gegeven op dit raamwerk en partijen hebben het raamwerk bestuurlijk geaccordeerd. Vanaf januari 2023 hebben de partijen de intensieve samenwerking voortgezet om de inhoud van het kwaliteitskader vorm te geven. Het Zorginstituut faciliteerde de partijen als onafhankelijk voorzitter om het goede gesprek te voeren en om tot concrete afspraken te komen. De onafhankelijk penvoerder ondersteunde de partijen bij het schriftelijk opstellen van het kwaliteitskader. Tussentijds heeft de KR zijn visie gegeven op een voorlopige versie van het kwaliteitskader (zie bijlage 3). De partijen hebben in september 2023 uitgesproken dat ze het samen voor honderd procent eens zijn over de inhoud van het kwaliteitskader.⁴ De eerste versie van het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* is gepubliceerd op de website van het KNGF.⁴

1.2 Vervolgstappen om te voldoen aan randvoorwaarde 1

Momenteel werken de partijen aan het uitvoeringsplan dat bij het kwaliteitskader hoort en tegelijk daarmee aan het Register van het Zorginstituut moet worden aangeboden. In het uitvoeringsplan beschrijven de partijen welke documenten ontwikkeld worden om de ambities in het kwaliteitskader te verwezenlijken. Denk aan onder andere richtlijnen, meetinstrumenten, onderzoeksagenda. Daarbij maken ze inzichtelijk op welke termijn ze een bepaalde ambitie willen verwezenlijken en wat het gewenste eindpunt daarvan is. Ook beschrijven partijen welke vervolgstappen nodig zijn om de ambities in de praktijk te implementeren en welke kosten hier naar verwachting mee gemoeid zijn. Ten slotte maken partijen afspraken over wie financieel verantwoordelijk is voor bepaalde onderdelen van het uitvoeringsplan.

Parallel hieraan bespreken de partijen het kwaliteitskader met hun eigen achterban. Steun en draagvlak bij de achterban zijn essentieel voor een gezamenlijke aanbieding aan het Register en voor het implementeren van de gemaakte afspraken in de praktijk. Partijen beschrijven in het uitvoeringsplan wat passende financiële middelen zijn voor de ontwikkeling, doorontwikkeling en implementatie van het kwaliteitskader. Passende financiële middelen en draagvlak onder de achterban van partijen zijn essentieel voor de uitvoerbaarheid van het kwaliteitskader.

Naar verwachting bieden partijen het kwaliteitskader met het uitvoeringsplan in maart 2024 aan voor opname in het Register van het Zorginstituut. Het Zorginstituut toetst het kwaliteitskader aan de criteria van het toetsingskader. Bij een positieve toets wordt het kwaliteitskader opgenomen in het Register.⁵ Als het kwaliteitskader is opgenomen in het Register, is voldaan aan randvoorwaarde 1.¹ In het eindadvies van het Zorginstituut aan VWS houdt het Zorginstituut rekening met de uitwerking van het kwaliteitskader inclusief het uitvoeringsplan ten opzichten van de zeven onderdelen die benoemd zijn in het rapport *Passende zorg voor fysiotherapie en oefen therapie* en met de verwerking van de feedback van de KR aan partijen.

2 Inzicht in stand van wetenschap en praktijk (randvoorwaarde 2)

De betrokken partijen hebben nog niet voldaan aan de tweede randvoorwaarde. Deze luidt: Fysio- en oefentherapeutische zorg moet waardegedreven zijn. Hiervoor is inzicht nodig in de effectiviteit van behandelingen en de gezondheidswinst voor patiënten (wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk').¹ Om dit inzicht te krijgen moet duidelijk worden welke zorg wel of niet voldoet aan dit wettelijke criterium en bij welke zorg dat nog niet duidelijk is.¹ Het Zorginstituut en de betrokken partijen voeren hiervoor twee processen uit. Het Zorginstituut duidt indicatie-interventiecombinaties die zijn opgenomen in de zogenoemde 'wachtkamer'.¹ De betrokken partijen maken samen inzichtelijk welke overige fysio- en oefentherapeutische zorg die in de huidige aanspraak onder de aanvullende verzekering valt voldoet aan de wettelijke criteria en kwaliteitsafspraken. In de toekomst kan deze zorg worden opgenomen in het te verzekeren pakket voor passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg, afhankelijk van het politieke besluit over een eventuele wijziging van de aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

2.1 Geduide fysio- en oefentherapeutische zorg in 2023 door het Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft tussen januari 2023 en december 2023 drie van de zes geagendeerde indicatie-interventiecombinaties in de wachtkamer geduid en een standpunt hierover uitgebracht. Voor de overige drie onderwerpen is het Zorginstituut in afwachting van (aanvullende) onderzoeksgegevens om een actuele beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk uit te voeren. Tabel 1 beschrijft de huidige status en vervolplanning van de zes geagendeerde onderwerpen in de wachtkamer.

Tabel 1. De huidige stand van zaken voor de wachtkamer: veelbelovende indicatie-interventiecombinaties waarover het Zorginstituut een uitspraak doet over de stand van de wetenschap en praktijk

Indicatie-interventiecombinatie	Huidige status van de beoordeling door het Zorginstituut
Monodisciplinaire Fysio- en oefentherapie bij mensen met fibromyalgie	Deze zorg voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er volgt geen instroomadvies.
Fysio- en oefentherapie bij mensen met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen	Deze zorg voldoet wel aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op dit moment wordt deze zorg getoetst aan de overige pakketcriteria: kosten-effectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Publicatie van een pakketadvies hierover volgt naar verwachting februari 2024.
Fysio- en oefentherapie bij mensen met spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen	Beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk start per 1 januari 2024.
Fysio- en oefentherapie bij lage rugklachten (drie indicatiegebieden): <ul style="list-style-type: none">Fysio- en oefentherapie bij lage rug en sciatica zonder alarmsymptomenFysio- en oefentherapie bij gediagnosticeerde lumbale hernia of wervelkanaal stenose*Fysio- en oefentherapie na een operatieve ingreep aan de lage rug*	Beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk loopt. Naar verwachting wordt de beoordeling afgerond in het eerste kwartaal 2024.
Fysio- of oefentherapie als onderdeel van paramedische herstellzorg bij mensen die een COVID-19-infectie hebben gehad	De beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk loopt. Naar verwachting wordt de beoordeling tweede kwartaal 2024 afgerond.
Prehabilitatie bij mensen met (darm)kanker	Deze zorg voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er volgt geen instroomadvies.

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

¹ Het begrip 'wachtkamer' komt uit het advies *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie* van het Zorginstituut uit januari 2023.² Die wachtkamer bestaat uit indicatie-interventiecombinaties waarvan het Zorginstituut op dit moment de stand van de wetenschap en praktijk beoordeelt.

2.1.1 Geduide fysio- en oefentherapeutische zorg in 2023

Het Zorginstituut heeft in 2023 twee adviezen uitgebracht over fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventiecombinaties, een derde advies is afgerond en wordt naar verwachting begin 2024 gepubliceerd.

Het eerste advies gaat over fysio- en oefentherapie bij mensen met fibromyalgie.⁶ Het Zorginstituut concludeert dat het op basis van het beschikbare wetenschappelijke bewijs zeer onzeker is of dat eerstelijns monodisciplinaire fysio- en oefentherapie voor patiënten met fibromyalgie effectiever is dan geen behandeling of behandeling van de huisarts, reumatoloog en/of andere medisch specialist.⁶ Monodisciplinaire fysio- en oefentherapie voor patiënten met fibromyalgie zal hierna geen onderdeel uitmaken van het te verzekeren pakket. Dit advies maakt inzichtelijk dat de kwaliteit van het onderzoek naar monodisciplinaire fysio- of oefentherapeutische behandeling bij fibromyalgie onvoldoende is.⁶ Dit is de belangrijkste oorzaak van de negatieve uitkomst van de duiding. Wetenschappers bevelen in de literatuur aan om patiënten met fibromyalgie in een multidisciplinaire setting te behandelen.⁷ Het Zorginstituut beveelt daarom aan om de effecten van multidisciplinair georganiseerde zorg voor patiënten met fibromyalgie, waarvan eerstelijns fysio- of oefentherapie onderdeel uitmaakt, bij patiënten met fibromyalgie te beoordelen.⁶

Het tweede advies betreft multimodale prehabilitatie bij hoog-risicopatiënten met darmkanker. Het Zorginstituut concludeert dat het op basis van het beschikbare wetenschappelijke bewijs zeer onzeker is of multimodale prehabilitatie leidt tot minder ernstige complicaties na een operatie of tot een sneller herstel bij hoog-risicopatiënten na een geplande operatie voor colorectaal carcinoom. Dit advies maakt inzichtelijk dat de kwaliteit van het onderzoek naar multimodale prehabilitatie bij hoog-risicopatiënten met darmkanker onvoldoende is. Dit is de belangrijkste oorzaak van de negatieve uitkomst van de duiding. Daarmee voldoet deze zorg momenteel niet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en zal het geen onderdeel uitmaken van het verzekerde pakket.

Het derde advies gaat over fysio- en oefentherapie bij mensen met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. Dit advies volgt begin 2024. Het Zorginstituut concludeert dat deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op dit moment wordt deze zorg getoetst aan de overige pakketcriteria (kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid). Als de zorg voldoet aan alle pakketcriteria kan het Zorginstituut adviseren om deze zorg onderdeel te laten uitmaken van het verzekerde pakket voor fysio- en oefentherapeutische zorg.

2.2 Inzicht in waardegedreven fysio- en oefentherapeutische zorg door samenspel tussen betrokken partijen

In de programmalijs is afgesproken dat de betrokken partijen samen inzichtelijk maken welke fysio- en oefentherapeutische zorg die nu vergoed wordt vanuit aanvullende zorgverzekeringen voldoet aan de wettelijke criteria en kwaliteitsafspraken van de basiszorgverzekering. In de toekomst kan deze zorg worden opgenomen in het te verzekeren pakket voor passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg, afhankelijk van het politieke besluit over een eventuele wijziging van de aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

De beroepsgroepen hebben aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een niet-limitatief overzicht voorgelegd van aandoeningen, inclusief onderbouwing van de inzet van fysio- en oefentherapie. Maar ZN onthoudt zich van uitspraken over 'de stand van de wetenschap en praktijk' van deze lijst en legt de verantwoordelijkheid bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut streeft er echter naar om vanuit een faciliterende rol ervoor te zorgen dat partijen het volgende inzichtelijk maken: welke onderdelen voldoen aan passende fysio- en oefentherapeutische zorg, welke onderdelen niet voldoen aan passende zorg en over welke onderdelen twijfel bestaat. De betrokken partijen hebben over deze lijst dus niet de dialoog gevoerd en inzicht gegeven in welke onderdelen van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg, die nu vergoed wordt vanuit aanvullende zorgverzekeringen, voldoen aan de wettelijke

criteria en kwaliteitsafspraken en welke (nog) niet. Wél hebben partijen gezamenlijk de overkoepelende uitgangspunten van passende fysio- en oefentherapeutische zorg uitgewerkt in het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapeutische zorg*. Het kwaliteitskader was een basisvoorwaarde voor partijen om samen inzichtelijk te maken welke onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg wel of niet voldoen aan de wettelijke criteria. Daarom heeft dit in de uitwerking van de programmalijn prioriteit gekregen boven de dialoog over welke fysio- en oefentherapeutische zorg voldoet aan de wettelijke criteria en kwaliteitsafspraken.

Het is voor het Zorginstituut op dit moment nog onduidelijk over welke onderdelen van de fysio- en oefentherapeutische zorg die wordt vergoed van uit de aanvullende verzekering partijen het eens zijn over de stand van de wetenschap en praktijk en bij welke onderdelen zij twifelen of de zorg aan dat criterium voldoet. Partijen hebben daarmee nog niet voldaan aan dit onderdeel van randvoorwaarde 2 uit de programmalijn (zie bijlage 1) die bestuurlijk is geaccordeerd.

2.2.1 Basisverzekerde fysio- en oefentherapeutische zorg

De betrokken partijen stellen de fysio- en oefentherapeutische zorg die momenteel onderdeel is van het verzekerde pakket zoals omschreven in Bijlage 1 bij het *Besluit zorgverzekering* (Bzv) en artikel 2.6 lid 2 tot en met 7 van het Bzv niet ter discussie.⁸ Partijen stellen het eens te zijn dat deze zorg voldoet aan de wettelijke criteria en kwaliteitsafspraken. Het Zorginstituut constateert dat daarmee voor deze zorg wel is voldaan aan randvoorwaarde 2.

2.2.2 Rollen en verantwoordelijkheden

Om de beweging naar passende zorg te maken, moeten partijen inzicht geven in passende fysio- en oefentherapeutische zorg zoals beschreven in de programmalijn passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Daarom is het voor de invulling van randvoorwaarde 2 van belang dat alle betrokken partijen zich houden aan de afgesproken programmalijn, zoals beschreven in het rapport *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie*.¹ Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft op 28 september 2023 schriftelijk (zie bijlage 4) aangegeven dat ze het oorspronkelijke plan met betrekking tot randvoorwaarde 2 onverstandig achten en stellen voor dat alleen het Zorginstituut uitspraken doet over de stand van de wetenschap en praktijk voor de fysio- en oefentherapeutische zorg. In dit memo van ZN ziet het Zorginstituut aanknopingspunten om de constructieve samenwerking met de partijen voort te zetten. Het Zorginstituut wil daarom de dialoog met en tussen de partijen blijven faciliteren. Het Zorginstituut stelt dat het belangrijk is om in de beweging naar passende zorg:

1. Het goede gesprek over randvoorwaarde 2 met en door alle betrokken partijen op constructieve wijze te blijven voeren;
2. Het bestuurlijk overleg fysio- en oefentherapie te gebruiken om het proces te evalueren en de voortgang op randvoorwaarde 2 te monitoren na minimaal 6 maanden met alle partijen, op basis van de gemaakte afspraken en zoals beschreven in het rapport *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie*.¹

Alleen gezamenlijk kunnen we de ingezette beweging naar passende zorg voor de fysio- en oefentherapie voortzetten.

3 Advies over passende bekostiging (randvoorwaarde 3)

Een advies door de NZa over passende bekostiging is de derde randvoorwaarde in de programmalijn, omdat we dit als integraal onderdeel van passende zorg zien. Bij passende bekostiging is het van belang dat financiële prikkels de beweging naar passende zorg ondersteunen.⁹ Naar aanleiding van het Zorginstituut-rapport *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie*¹ heeft de demissionaire minister van VWS aan de NZa gevraagd om invulling te geven aan randvoorwaarde 3 'advies over passende bekostiging'. Zijn vraag aan de NZa is wat een passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg kan zijn per 1 januari 2025 voor alle eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg, ongeacht of mensen deze zorg zelf moeten betalen en ongeacht of die vergoed wordt uit het basispakket van de zorgverzekering of uit de aanvullende verzekering (zie bijlage 5). De bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg in het kader van de *Wet langdurige zorg* valt buiten de scope van dit advies.

Disclaimer

Dit hoofdstuk bevat een beknopte samenvatting van het advies *Passende bekostiging van fysiotherapie en oefentherapie* dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft opgesteld op verzoek van de demissionaire minister van VWS.¹⁰ Het advies van de NZa is gelijktijdig met dit voortgangsrapport geschreven en geconsulteerd bij de betrokken partijen. De inhoud van dit hoofdstuk kan nog wijzigen naar aanleiding van de consultatiereacties van partijen op het hele rapport van de NZa.

3.1 Advies passende bekostiging

De NZa adviseert de minister om geen verandering in de bekostiging voor eerstelijns fysio- en oefentherapie te bewerkstelligen per 1 januari 2025. De NZa zegt daarover: "*Een passende bekostiging is ook een realistische bekostiging. Dat wil zeggen: in werkelijkheid haalbaar met het oog op invulling van de benodigde randvoorwaarden (ten aanzien van aanspraak én bekostiging), een zorgvuldig besluitvormingsproces en implementatie in de praktijk*".¹⁰ De NZa ziet de huidige bekostiging, volgens het *fee-for-services*-model, als het meest passend voor 2025. Het is daarbij wel mogelijk om afspraken te maken over andere vormen van bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg voor specifieke patiëntengroepen via de facultatieve prestaties of de beleidsregel *Innovatie voor kleinschalige experimenten*.

3.1.1 Toekomstige passende bekostiging

De NZa ziet op de langere termijn wel mogelijkheden voor andere bekostigingsvormen die de beweging naar passende zorg kunnen faciliteren. Bundelbekostiging heeft volgens de NZa in theorie de potentie om passende zorg meer te faciliteren en stimuleren, en is daarmee een veelbelovend alternatief voor de huidige bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg. Het is daarom goed om in de praktijk te kunnen experimenteren met bundelbekostiging en uit te zoeken of dit de beweging naar passende zorg kan stimuleren. Om hiermee te experimenteren in de praktijk moeten beperkende voorwaarden worden opgeheven bij één of meerdere aandoeningen die partijen hebben aangemerkt. Denk bij de beperkende voorwaarden bijvoorbeeld aan de maximering van het aantal zittingen. Partijen hebben consensus dat voor patiënten met COPD het experimenteren van bundelbekostiging wenselijk is. De beroepsverenigingen hebben in de richtlijn COPD de maximale behandel frequentie omschreven. Declaratiegegevens laten zien dat er in de praktijk minder dan het maximaal aantal zitting worden gedeclareerd. Dit biedt voldoende vertrouwen om de wettelijke beperkingen los te laten en dit aan de beroepsgroep, op basis van de richtlijn, over te laten. Met als voordeel dat er met bundelbekostiging geëxperimenteerd kan worden.

Ook stelt de NZa dat één bekostigingsvorm voor het gehele domein van fysio- en oefentherapie niet voor de hand ligt. Dit komt mede doordat er sprake is van heterogeniteit

(verschillen) in de patiëntenpopulatie en de fysiotherapeutische behandelmogelijkheden. Deze heterogeniteit maakt het lastig om één bekostigingsvorm te vinden die geschikt is voor de alle fysio- en oefentherapeutische zorg. Een oplossing hiervoor kan zijn om per onderdeel van fysio- en oefentherapeutische zorg (zie hoofdstuk 4) te bekijken welk bekostigingsmodel de beweging naar passende zorg het beste zou kunnen ondersteunen. Dit kan resulteren in een combinatie van bekostigingsmodellen, bijvoorbeeld bundelbekostiging voor een groep van aandoeningen/indicaties die voldoen aan de criteria voor bundelbekostiging, en bekostiging volgens het fee-for-service-model voor de groep van aandoeningen/indicaties waarvoor bundelbekostiging (nog) niet mogelijk is of die de beweging naar passende zorg het beste ondersteunt.

3.1.2 Vervolgstappen zijn nodig

De NZa heeft op hoofdlijnen advies gegeven aan de demissionaire minister van VWS over passende bekostiging voor eerstelijns fysio- en oefentherapie. De NZa veronderstelt dat de wijze waarop de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie is omschreven, bepalend is voor de mogelijkheden in de bekostiging. Dit komt voort uit het feit dat de bekostiging de aanspraak volgt. Hierdoor kan de NZa op dit moment geen gedetailleerd advies geven over een passende bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg.

4 Eerstelijns fysio- en oefentherapie en de budgettaire impact in 10 bouwstenen

In dit hoofdstuk maken we inzichtelijk wat de budgettaire omvang is van 10 subcategorieën van de fysio- en oefentherapie, die we de bouwstenen voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg noemen. In de loop van het traject *passende fysio- en oefentherapeutische zorg* is duidelijk geworden dat er geen financiële dekking is voor uitbreiding van fysio- en oefentherapeutische zorg binnen de basisverzekering. Met deze bouwstenen kunnen we inzichtelijk maken wat de budgettaire omvang is van een bouwsteen. En of deze bouwsteen wel of niet voldoet aan de randvoorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Dit is nodig om een onderbouwde inschatting te maken van de verwachte budgettaire impact van een eventuele wijziging in de aanspraak op verzekerde zorg.

De bouwstenen zijn gedefinieerd in samenspraak met de betrokken partijen. We beschrijven per bouwsteen de omvang van de vergoedingen voor fysio- en oefentherapie in 2022 en, waar mogelijk, wat er nog nodig is om een eventuele verandering van de aanspraak op deze zorg mogelijk te maken. Een gedetailleerde onderbouwing bij de verschillende bedragen en patiënt- of behandel aantallen staat in bijlage 6.

Fysio- en oefentherapie wordt voor patiënten die daarop zijn aangewezen deels vergoed uit de basiszorgverzekering (Bzv), deels uit aanvullende zorgverzekeringen (Azv) en komt deels voor eigen rekening van patiënten. In totaal is in 2022 uit aanvullende zorgverzekeringen en de basiszorgverzekering voor € 1,75 miljard eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg vergoed. Uit de aanvullende zorgverzekeringen werd afgerond € 1,08 miljard vergoed en vanuit de basiszorgverzekering € 0,67 miljard. Ongeveer 83 procent van de volwassen patiënten had in 2022 een aanvullende zorgverzekering afgesloten.¹¹

4.1 Bouwstenen die in de huidige situatie uit de aanvullende zorgverzekering worden bekostigd

In de volgende paragrafen beschrijven we welke bouwstenen op dit moment worden bekostigd uit de aanvullende zorgverzekering. We specificeren globaal om welke verleende zorg het gaat en wat de kosten hiervoor is geweest in 2022. Waar relevant laten we zien welke mogelijke effecten het heeft als bepaalde zorg vergoed zou worden uit het basispakket.

4.1.1 Kortdurende fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie

Deze bouwsteen omvat zorg bij een grote hoeveelheid indicaties (aandoeningen) waarbij een kortdurende fysio- of oefentherapeutische interventie wordt toegepast. De groep patiënten van 70 jaar en ouder is hier buiten beschouwing gelaten, de behandeltrajecten van deze groep worden gepresenteerd in paragraaf 4.1.5. De zorg bestaat uit behandeltrajecten met 1 tot maximaal 11 behandelsessies. Daarin vindt diagnostiek plaats, vaak gevolgd door enkele sessies voor instructie, ondersteuning en behandeling. In overleg met de betrokken partijen zijn we er bij deze bouwsteen van uitgegaan dat de fysio- of oefentherapeut in de eerste twee gedeclareerde behandelsessies triage en diagnostiek heeft uitgevoerd. We laten daarom de eerste twee behandelsessies van deze bouwsteen hier buiten beschouwing en we presenteren dit in paragraaf 4.1.6.

In totaal zijn er in 2022 bij 1.63 miljoen volwassen patiënten kortdurende behandelperiodes gedeclareerd uit de aanvullende zorgverzekering. De totale kosten waren €224,9 miljoen.

De partijen moeten de dialoog nog voeren over welke indicatie-behandelcombinaties binnen deze bouwsteen in aanmerking komen voor vergoeding uit de basisverzekering bij een eventuele verruiming van de aanspraak, zodat er consensus bestaat of de zorg voldoet aan de wettelijke criteria.

4.1.2 Langdurige fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie

Deze bouwsteen omvat zorg bij een kleinere groep indicaties (aandoeningen) waarbij een behandeltraject van meer dan 11 behandelsessies fysio- of oefentherapie wordt toegepast. De groep patiënten van 70 jaar en ouder is hier buiten beschouwing gelaten, de behandeltrajecten van deze groep worden gepresenteerd in paragraaf 4.1.5. Zorg bij aandoeningen die op de lijst met chronische indicaties staan behoort niet tot deze bouwsteen (zie paragraaf 4.2.2). In overleg met de betrokken partijen zijn we er bij deze bouwsteen van uitgegaan dat de fysio- of oefentherapeut in de eerste twee gedeclareerde behandelsessies triage en diagnostiek heeft uitgevoerd. We laten daarom de eerste twee behandelsessies van deze bouwsteen hier buiten beschouwing en we presenteren dit in paragraaf 4.1.6.

In totaal ging het om 424.537 mensen met een langdurig behandeltraject. Het gemiddeld aantal behandelingen in deze patiëntengroep was 21 (range 12 tot 184) De kosten waren in 2022 € 236,2 miljoen voor behandeltrajecten met meer dan 11 behandelsessies (exclusief de eerste twee behandelsessies) vergoed uit aanvullende zorgverzekeringen voor volwassenen van 18-70 jaar.²

De betrokken partijen moeten de dialoog nog voeren over welke indicatie-behandelcombinaties binnen deze bouwsteen in aanmerking komen voor vergoeding uit de basisverzekering bij een eventuele verruiming van de aanspraak, omdat er consensus bestaat dat die zorg voldoet aan de wettelijke criteria.

4.1.3 Fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen

Deze bouwsteen omvat zorg bij de indicaties meniscusletsel of voorste kruisbandletsel van de knie en hartaandoeningen waarvoor hartrevalidatie noodzakelijk is. Op basis van eerder gepubliceerd onderzoek is aannemelijk gemaakt dat bij deze indicaties sprake is van substitutiepotentieel.¹² Dat betekent dat passende eerstelijns fysio- en oefentherapie duurdere tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen.

De kosten waren in 2022 € 3 miljoen voor fysio- en oefentherapie, bij de drie bovengenoemde aandoeningen, die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen. Er werd € 0,5 miljoen (1.931 patiënten) vergoed voor kosten van fysio- of oefentherapeutische behandeling voor meniscus- of kruisbandletsel van de knie en € 2,5 miljoen (6.895 patiënten) voor behandeling voor hartaandoeningen (coronair lijden). Deze bedragen zijn de meerkosten voor de fysio- en oefentherapeutische zorg. De mogelijke besparing die het op levert door het voorkomen van tweedelijns zorg wordt hierin niet meegenomen.

Het voorkómen van duurdere tweedelijnszorg levert waardegedreven zorg op, die bovendien dicht bij de patiënt kan worden georganiseerd. In het onderzoek van Equalis werd geschat dat het substitutiepotentieel een mogelijke besparing van tussen de €14 miljoen en €71 miljoen bedraagt, voor de aandoeningen COPD, knieletsel, coronair lijden en Parkinson. Als we alleen naar de aandoeningen van deze bouwsteen kijken, meniscusletsel, voorste kruisbandletsel en hartaandoeningen, dan gaat het om een potentiële besparing van €19 miljoen.¹² Dit is de mogelijke besparing op totale zorgkosten als eerstelijns fysio- en oefentherapie ingezet zou worden en daardoor tweedelijns zorg wordt voorkomen, volgens de maximale omvang die in het onderzoek is beschreven.¹² Het is te verwachten dat het aantal patiënten dat fysio- of oefentherapie ontvangt voor meniscusletsel, voorste kruisbandletsel en hartaandoeningen stijgt, als voor deze bouwsteen vergoeding uit de basiszorgverzekering mogelijk wordt. Waardoor de kosten voor deze bouwsteen stijgen, maar ook het besparingspotentieel.

De betrokken partijen moeten de dialoog nog voeren over welke indicatie-behandelcombinaties binnen deze bouwsteen in aanmerking komen voor vergoeding uit de basisverzekering bij een eventuele verruiming van de aanspraak, omdat er consensus bestaat over deze substitutie-effecten.

² Kosten van diagnostiek en triage die deel uitmaken van de langdurige behandeltrajecten bij volwassenen (ingeschat op gemiddeld twee consultatiesessies per episode) zijn hierin buiten beschouwing gelaten, omdat deze zijn opgenomen in de bouwsteen die in paragraaf 4.1.6. is beschreven. De kosten van diagnostiek en triage bij langdurige behandeltrajecten zijn opgenomen in de bouwsteen "Diagnostiek en triage volwassenen met klachten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat" (zie paragraaf 4.1.6)).

4.1.4 Fysio- en oefentherapie bij aandoeningen uit de wachtkamer

Deze bouwsteen omvat zorg bij de indicatie-interventiecombinaties waarover het Zorginstituut een duiding doet. Deze zijn beschreven in tabel 1, paragraaf 2.1.

De omvang van in 2022 verleende zorg voor de indicaties uit de wachtkamer is al verdisconteerd in de bouwstenen 'Kortdurende behandeltrajecten' en 'Langdurige behandeltrajecten' bij volwassenen met niet-chronische indicaties (paragrafen 4.2.1 en 4.2.2), met uitzondering van de indicaties waarvoor een voorwaardelijk toelatingstraject is ingesteld. Dit zijn Reumatoïde artritis (RA), Spondyloartritis en Paramedische herstellzorg na COVID-19 (PMHC). De kosten van deze voorwaardelijke toelatingstrajecten zijn meegerekend onder de basisverzekering (paragraaf 4.2).

Het duidingsonderzoek loopt nog voor de meeste indicatie-interventiecombinaties die zijn opgenomen in de wachtkamer. Alleen voor de indicatie RA is het onderzoek afgerond. Hiervoor is een budgetimpactanalyse (BIA) opgesteld die uitkomt op een kostenstijging voor de basisverzekering van € 2,2 miljoen.

Aparte vermelding is nodig voor het voorwaardelijk toelatingstraject van de paramedische herstellzorg na een COVID-19-infectie. Ook hiervoor loopt nog het duidingsonderzoek naar de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek dat is uitgevoerd. De kosten van deze multidisciplinaire behandeling, die bij ongeveer 85 procent van de patiënten alleen fysio- of oefentherapie bevatte, zijn in 2022 onder een specifieke diagnosecode geregistreerd en niet verdisconteerd in de bouwstenen van de paragrafen 4.2.1 of 4.2.2. De kosten bedroegen in 2022 in totaal € 67 miljoen. Deze zijn meegerekend onder de kosten voor de basisverzekering in 2022. Er was echter in 2022 al wel sprake van een forse daling in vergelijking met eerdere jaren. Voor 2023 is een prognose gemaakt dat de kosten uitkomen op € 34 miljoen.

4.1.5 Fysio- en oefentherapie als onderdeel van reablement voor ouderen (70+) zonder chronische indicatie

In de literatuur vallen kwetsbare patiënten van 70 jaar of ouder met een mobiliteitsvraagstuk onder de term reablement. De fysio- en oefentherapeutische behandeling van reablement richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en het herstel van functionele vaardigheden bij kwetsbare ouderen die een tijdelijke of blijvende beperking hiervan ondervinden. De leeftijdsgrens van 70 jaar of ouder is gebaseerd op literatuur. Bij het berekenen van de budgettaire omvang voor deze bouwsteen konden we geen rekening houden met specifieke zorg- of hulpvraag van de patiënt, maar wel met een leeftijdsgrens.

Dij de berekening van de budgettaire omvang van deze bouwsteen is gekeken naar een groot aantal indicaties (aandoeningen) waarbij een kortdurend of langdurig fysio- of oefentherapeutisch behandeltraject wordt toegepast bij oudere patiënten (70 jaar en ouder) zonder chronische indicatie. We weten echter niet hoe groot het percentage is van kwetsbare patiënten met een hulpvraag gericht op mobiliteit. Hiervoor is nader onderzoek nodig. In overleg met de betrokken partijen zijn we er bij deze bouwsteen van uitgegaan dat de fysio- of oefentherapeut in de eerste twee gedeclareerde behandel sessies triage en diagnostiek heeft uitgevoerd. We laten daarom de eerste twee behandel sessies van deze bouwsteen hier buiten beschouwing en we presenteren dit in paragraaf 4.1.6.

In 2022 ontvingen 740.551 volwassenen van 70 jaar en ouder zonder chronische indicatie fysio- of oefentherapie, waaronder 550.368 patiënten (74%) met een kortdurend behandeltraject (minder dan 11 behandel sessies; exclusief de eerste twee behandel sessies) en 190.183 patiënten (26%) met een langduriger behandeling (meer dan 11 behandel sessies; exclusief de eerste twee behandel sessies). De kosten waren in 2022 € 190,3 miljoen voor deze behandeltrajecten bij ouderen van 70 jaar en ouder³.

³ Kosten van diagnostiek en triage die deel uitmaken van de langdurige behandeltrajecten (ingeschat op gemiddeld twee consultatiesessies per episode) zijn hierin buiten beschouwing gelaten, omdat deze zijn opgenomen in de bouwsteen die in paragraaf 4.1.6. is beschreven. De kosten van diagnostiek en triage bij langdurige behandeltrajecten zijn opgenomen in de bouwsteen "Diagnostiek en triage volwassenen met klachten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat" (zie paragraaf 4.1.6)

Op basis van doelmatigheidsonderzoek is gebleken dat het behandelprogramma 'Coach2Move' voor kwetsbare ouderen (70+) met mobiliteitsproblemen kosteneffectief is.¹³ Tegenover de kosten van dit programma staat een grotere daling van andere zorgkosten. De betrokken partijen moeten de dialoog nog voeren of dit behandelprogramma in aanmerking komt voor vergoeding uit de basisverzekering bij een eventuele verruiming van de aanspraak, omdat er consensus bestaat dat deze zorg voldoet aan de wettelijke criteria.

4.1.6 Fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat van volwassenen

Deze bouwsteen omvat consultatie van een fysio- of oefentherapeut voor diagnostiek en triage bij klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Om een grove inschatting te maken van de huidige omvang van consultaties waarin diagnostiek en triage een belangrijke rol speelt hebben we de kosten berekend van de eerste twee consultaties van alle behandeltrajecten bij volwassen patiënten zonder chronische indicatie.

In 2022 kregen 3,83 miljoen patiënten kortdurende of langdurige behandeltrajecten vergoed. De kosten voor de eerste twee consultaties van deze behandeltrajecten vergoed uit aanvullende zorgverzekeringen waren in 2022 € 293,4 miljoen.

Consultatie gericht op diagnostiek en triage is een logisch startpunt en onderdeel van elk zorgtraject. In Nederland is in de afgelopen jaren op beperkte schaal geëxperimenteerd met het benutten van de expertise van fysio- en oefentherapeuten in de huisartsenzorg. Bijvoorbeeld op locaties met een schaarste aan huisartsen waardoor de huisartsenzorg in het geding kwam. Betrokken partijen moeten de beste wijze om deze zorgactiviteit te organiseren in de samenwerking tussen huisartsen en fysio- of oefentherapeuten nog uitwerken. De aanspraak op consultatie van de fysio- of oefentherapeut ten behoeve diagnostiek en triage behoort al tot de verzekerde zorg wanneer het valt onder de zorg zoals huisartsen plegen te bieden. In samenspraak met de huisartsenorganisaties en de zorgverzekeraars kan nu al bekostiging uit het huisartssegment worden ingeregeld. Deze vorm van kortdurende consultatie van de fysio- of oefentherapeut kan daarom nu al toegankelijker worden voor de patiënt, omdat bij goede organisatie en inregeling van deze zorg het eigen risico niet van toepassing is. Na het stellen van een diagnose kan de fysio- of oefentherapeut adviseren wat de patiënt zelf kan doen (zelfzorg) en hoe de patiënt beter met de klachten kan omgaan (zelfmanagement), maar ook wat de mogelijkheden zijn om onderliggende oorzakelijke factoren zoals (ongezonde) leefstijl of overgewicht aan te pakken (geïndiceerde preventie).

Het Zorginstituut stelt dat het pakketcriterium 'noodzakelijkheid' niet van toepassing is voor deze bouwsteen, omdat het niet gaat om een uitbreiding van het te verzekeren pakket, maar om een verandering van de organisatie van de zorg.

4.1.7 Eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties

Deze bouwsteen omvat de eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapeutische zorg bij chronische indicaties die op de chronische lijst staan.^{8A} Het Zorginstituut heeft in een eerder advies aan VWS onderzocht hoe de balans mogelijk kan worden verbeterd tussen de toegankelijkheid, doelmatigheid en uitvoerbaarheid van de te verzekeren zorg zoals omschreven in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen. Het Zorginstituut stelde daarin dat het vergoeden van de eerste twintig behandelingen uit de basisverzekering een mogelijke verbetering betekent voor de toegankelijkheid. Maar ook dat het geen bijdrage levert aan doelmatige zorg als dit zou plaatsvinden zonder kwaliteitscriteria en passende bekostiging. Tijdens een *invitational conference* in februari 2022 hebben partijen unaniem aanbevolen om niet onder tijdsdruk een wijziging door te voeren en de resultaten mee te nemen in het project passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

In 2022 werd bij 119.908 patiënten met een chronische indicatie een behandeltraject voortgezet na de eerste twintig behandelingen, die op dit moment zijn uitgesloten van vergoeding. De kosten van de eerste 20 behandelingen van deze behandeltrajecten worden geschat op € 91 miljoen. Deze kosten worden vaak gedeeltelijk of geheel via de aanvullende verzekeringen vergoed, en voor het overige vanuit eigen financiële middelen van de patiënt.

Door het opheffen van de eigen bijdrage van de kosten van de eerste twintig behandelsessies verwachten wij een toename van de toegankelijkheid tot de zorg voor patiënten met een chronische indicatie, vooral voor mensen zonder aanvullende zorgverzekering. Het is moeilijk om een inschatting te maken hoeveel patiënten nu fysio- of oefentherapeutische zorg mijden, omdat ze de eigen bijdrage voor de eerste twintig behandelsessies te hoog vinden. Mogelijk is het percentage waarmee het aantal behandeltrajecten voor een chronische indicatie toeneemt gelijk aan het percentage patiënten dat nu geen aanvullende zorgverzekering heeft afgesloten (17 procent in 2022).

Daarnaast heeft het opheffen van de eigen bijdrage als voordeel voor de kosten van de eerste twintig behandelsessies dat het passende bekostiging mogelijk maakt voor integrale zorgprogramma's zoals. Denk hierbij bijvoorbeeld aan patiënten met de Ziekte van Huntington. Door de beperking in de aanspraak – geen vergoeding voor eerste 20 behandelingen fysiotherapie vanuit het basispakket - moet de geleverde fysio- en oefentherapeutische zorg volgens de wet- en regelgeving teruggerekend worden naar het aantal zittingen. Dit is niet mogelijk in de praktijk omdat het hier gaat om een integraal zorgprogramma.¹⁰

Het Zorginstituut ziet de zorg in deze bouwsteen in principe als noodzakelijk te verzekeren zorg. Het vervolg van de behandeling maakt namelijk wel onderdeel uit van het basispakket. Opname van de eerste twintig behandelingen in het basispakket zal deze zorg toegankelijker maken voor mensen die erop zijn aangewezen. Bij de chronische indicaties is sprake van een hoge ziektelast, die niet goed in te schatten is voordat zo een indicatie zich laat zien. De kosten van de eerste twintig behandelingen zijn relatief hoog, waardoor opname in het basispakket solidair zou zijn. Als de eerste twintig behandelingen niet worden vergoed vanuit het basispakket, belemmert dat de toegankelijkheid van deze zorg en treft het vooral mensen met lage inkomens. Zij kunnen vanwege de hoge kosten geen aanvullende verzekering afsluiten of deze zorg zelf bekostigen. Een deel van deze doelgroep gebruikt hiervoor een vangnet vanuit een gemeentelijke of fiscale regeling. Maar veel van deze regelingen blijken in de praktijk niet de mensen te bereiken om wie het gaat. Dit vergroot de kans op gezondheidsverschillen en staat daarmee haaks op het principe van passende zorg.

Daarnaast heeft de uitsluiting van de eerste twintig behandelsessies van deze zorg bij chronische indicaties heeft geen medisch inhoudelijke reden. Daarom is politieke besluitvorming nodig om aanspraak mogelijk te maken op vergoeding vanuit de basiszorgverzekering, voor de eerste twintig behandelsessies van deze zorg. Om de uitgave van kosten te verkleinen, moet overwogen worden of andere maatregelen mogelijk zijn, naast uitsluiting van de eerste twintig behandelingen. Bijvoorbeeld door het verbeteren van de doelmatigheid van de zorg of een betere omschrijving van deze zorg in richtlijnen en bekostigingswijzen die de beweging naar passende zorg beter ondersteunen.

4.2 Bouwstenen die in de huidige situatie uit de basisverzekering worden bekostigd

In de volgende paragrafen beschrijven we welke bouwstenen op dit moment al worden bekostigd uit het basispakket van de zorgverzekering. We specificeren om welke verleende zorg het gaat en wat de kosten zijn geweest in 2022.

4.2.1 Fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd

Deze bouwsteen omvat zorg voor vier indicaties die expliciet in artikel 2.6 Bzv worden genoemd.⁴ Hierover zijn in het verleden pakketinstroomadviezen uitgebracht die door de minister zijn opgevolgd.

⁴ Het gaat om fysio- of oefentherapie bij urine-incontinentie (20.609 patiënten, € 4,1 miljoen), perifeer arterieel vaatlijden (PAV; ook wel aangeduid als claudicatio intermittens (CI); 22.127 patiënten, € 11,4 miljoen), chronisch obstructieve pulmonale longaandoening (COPD) (43.692 patiënten, € 41,6 miljoen) en heup- of knie-artrose (47.810 patiënten, € 11,8 miljoen).

In totaal zijn in 2022 132.933 volwassen patiënten met één van deze aandoeningen behandeld door een fysio- of oefentherapeut. De kosten waren in 2022 € 69 miljoen voor fysio- en oefentherapie bij deze aandoeningen vergoed uit de basiszorgverzekering.

Voor fysio- of oefentherapie bij een of meer van de indicaties die al in de basiszorgverzekering zijn opgenomen kan overwogen worden om een bekostigingsexperiment op te zetten. Daarin kan de NZa onderzoeken of andere manieren van bekostiging passende zorg meer bevorderen dan de huidige bekostigingswijze. Het opzetten van bekostigingsexperimenten wordt op dit moment belemmerd door de wijze waarop in artikel 2.6 Bzv de maximale aantallen fysio- of oefentherapeutische behandelsessies zijn geformuleerd.

Een advies van het Zorginstituut met daarna politieke besluitvorming is nodig om deze beperkingen op te heffen en daarmee één of meer bekostigingsexperimenten mogelijk te maken. Wij verwachten dat, zonder verandering van de bekostigingswijze, bij het opheffen van de beperkingen de kosten voor fysio- en oefentherapie zullen stijgen met € 6,5 miljoen bij alle vier de indicaties. Het Zorginstituut stelt dat het pakketcriterium 'noodzakelijkheid' niet van toepassing is voor deze bouwsteen, omdat het niet gaat om een uitbreiding van het te verzekeren pakket. Maar omdat het gaat om een verandering van de wettelijke omschrijving van deze zorg, door het schrappen van de aangegeven beperkingen op de behandeling.

Het Zorginstituut stelt voor deze bouwsteen het pakketcriterium 'noodzakelijkheid' niet ter discussie vanuit het gezichtspunt van solidariteit. Een aparte overweging bij de noodzakelijkheid is de toegang tot goede en effectieve zorg niet op voorhand door de regelgeving moet worden belemmerd door te stellen dat een claim op de solidariteit niet is gerechtvaardigd.

4.2.2 Fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties voor volwassenen

Deze bouwsteen omvat zorg voor patiënten met een chronische indicatie die is opgenomen in bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv. Fysio- of oefentherapie wordt bij deze indicaties vergoed uit de basiszorgverzekering, met uitzondering van de eerste twintig behandelsessies van het totale behandeltraject (ook als dit meerdere jaren doorloopt). Bij verschillende onderdelen van bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv zijn ook andere beperkingen in de totale behandelduur van de fysio- en oefentherapie geformuleerd.

In 2022 werd voor 305.710 patiënten met een chronische indicatie fysio- of oefentherapie vergoed vanaf de 21^{ste} behandeling. De kosten waren in 2022 € 368 miljoen voor fysio- en oefentherapie bij de chronische indicaties vergoed uit de basiszorgverzekering.⁵

4.2.3 Fysio- of oefentherapie voor kinderen/jongeren tot 18 jaar

Deze bouwsteen omvat zorg voor kinderen tot 18 jaar, waarvoor sinds jaar en dag aanspraak bestaat voor fysio- en oefentherapeutische zorg, voor zowel kortdurende behandelingen als langdurige trajecten vanwege een chronische indicatie die is opgenomen in bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv. In 2022 ging het in totaal om 460.072 kinderen. Bij kinderen zonder chronische indicatie komen de eerste 9 behandelsessies fysiotherapie en oefentherapie in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket, en bij onvoldoende resultaat nog eens maximaal 9 behandelsessies. Bij kinderen met een chronische indicatie komen alle fysio- en oefentherapeutische behandelingen voor vergoeding in aanmerking (inclusief de eerste twintig behandelsessies van een behandeltraject). In totaal waren de kosten € 161 miljoen in 2022 voor fysio- en oefentherapie bij kinderen tot 18 jaar. Hiervan hield in totaal € 37 miljoen bij 42.119 kinderen verband met een chronische indicatie.

⁵ Dit is exclusief de eerste twintig behandelsessies die in bouwsteen 4.1.7. zijn benoemd.

5 Verwachting van de maatschappelijke impact bij een betere toegang tot passende fysio- en oefentherapeutische zorg

De opdrachtgever, de demissionaire minister van VWS, heeft het Zorginstituut expliciet gevraagd om de maatschappelijke impact van passende fysio- en oefentherapeutische zorg kwalitatief te beschrijven en waar mogelijk kwantitatief te onderbouwen (zie bijlage 7). Hij heeft het Zorginstituut verzocht om minstens in te gaan op:

- Participatie van patiënten in de samenleving, met specifiek aandacht voor arbeidsparticipatie;
- Financiële toegankelijkheid van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg, ook in relatie tot de financiële toegankelijkheid van zorg in het algemeen en rekening houdend met de impact van het eigen risico, eventuele eigen bijdragen, de aanvullende verzekering op de zorgafname van patiënten en (de hoogte van) de zorgpremie op de burger;
- Preventie van zorg.

Er zijn aanwijzingen dat eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg die voldoet aan de normen voor passende zorg kan een positieve bijdrage kan leveren aan de Nederlandse samenleving.¹ De verwachting is dat als de toegankelijkheid tot deze zorg verbetert, ook de maatschappelijke bijdrage groter wordt. Het verruimen van de wettelijke aanspraak kan voor bepaalde Nederlanders financieel voordelig zijn en voor andere Nederlanders financieel nadelig. In dit hoofdstuk schetsen we enkele voorbeelden om inzicht te geven op welke manieren passende eerstelijns fysio- en oefentherapie positief kan bijdragen aan de Nederlandse samenleving. Ook leest u in dit hoofdstuk welke financiële gevolgen de politiek verder moet (laten) onderzoeken bij een mogelijke wijziging van de aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

Disclaimer

Mede doordat er momenteel geen voorgestelde wijziging van de wettelijke aanspraak is geformuleerd, is het niet mogelijk om de maatschappelijke impact van een wijziging te kwantificeren. Wel kunnen we schetsen op welke onderdelen fysio- en oefentherapie een maatschappelijke impact kan hebben. We tonen in dit hoofdstuk enkele voorbeelden van hoe de zorg kan bijdragen aan maatschappelijke impact. Naar verwachting zijn er nog tal van andere voorbeelden om in een toekomstige maatschappelijke impactanalyse ook mee te nemen.

5.1 Fysio- en oefentherapie helpt mensen beter functioneren

Fysio- en oefentherapie is erop gericht om mensen te ondersteunen bij het hervinden, behouden of optimaliseren van betekenisvol bewegend functioneren en maatschappelijke participatie.⁴ Dit kan bijvoorbeeld gaan om mensen met een acuut probleem die hun normale leven (mede) dankzij fysio- en oefentherapie weer kunnen oppakken. Ook draagt fysio- en oefentherapie bij aan het voorkomen of vertragen van achteruitgang, het voorkomen van complicaties en het voorkomen van recidieven. Bijvoorbeeld bij mensen met een chronische (progressieve) aandoening die (mede) dankzij fysio- en oefentherapie beter kunnen functioneren in het dagelijks leven of hun zelfredzaamheid langer kunnen behouden.

5.2 Passende fysio- en oefentherapie kan de samenleving helpen door substitutie en preventie van andere zorg

Eerstelijns fysio- en oefentherapie kan mogelijk een positieve bijdrage leveren aan de samenleving door andere (duurdere) zorg te vervangen of door te voorkomen dat (duurdere) zorg nodig is. Dit kan zich voordoen op verschillende onderdelen van de eerstelijns fysio- en

oefentherapie. Bijvoorbeeld door goede samenwerking binnen de eerstelijnszorg, het bevorderen van waardegedreven zorg op de juiste plek en het organiseren van zorg rondom en dicht bij de patiënt.¹

5.2.1 Samenwerking met zorgprofessionals in de eerste lijn

Ter versterking van de eerste lijn kan de fysio- of oefentherapeut met specifieke kennis van diagnostiek en triage worden ingezet om hulpvragen van patiënten met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat goed te beantwoorden.¹ Dit kan ertoe leiden dat minder patiënten een beroep op huisartsen hoeven doen bij dit type klachten, zodat huisartsen ontlast kunnen worden, en minder patiënten onnodig worden verwezen naar medisch specialisten in de tweede lijn (zoals orthopeden en neurologen) om antwoord op de hulpvraag te krijgen.¹⁴

5.2.2 Passende fysio- en oefentherapie in de eerste lijn kan duurdere tweedelijnszorg voorkomen

Een aanspraak op passende fysio- en oefentherapie kan het leveren van de juiste zorg op de juiste plek bevorderen.¹² Bijvoorbeeld door verschillende klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat doelmatig te behandelen met fysio- of oefentherapie.¹² Bij een degeneratieve meniscusscheur kan fysiotherapie bijvoorbeeld een kosteneffectief alternatief zijn voor een chirurgische ingreep.¹⁵ Een inventarisatie van onderzoeksbureau Ecorys liet zien dat er meerdere indicaties zijn waarbij fysio- en oefentherapie een kosteneffectief alternatief kan zijn voor duurdere, ingrijpende en meer risicovolle behandelingen.¹⁶ Voor een aantal van deze indicaties heeft onderzoeksbureau Equalis berekend wat de inzet van fysio- en oefentherapie aan besparing kan opleveren.¹² Onderzoekers vergeleken hiervoor de huidige zorgtrajecten van COPD, knieletsel, coronair lijden en Parkinson met fictieve zorgtrajecten waarbinnen fysio- en oefentherapie een standaardonderdeel zou zijn. Ze kwamen op die wijze tot een potentiële besparing van € 14 miljoen tot € 71 miljoen, doordat duurdere zorg wordt vervangen of voorkómen. Volgens een eerdere berekening van het Zorginstituut wordt jaarlijks € 31 miljoen bespaard door bij mensen met claudicatio intermittens invasieve behandelingen te vervangen door fysio- en oefentherapie.¹⁷

Naast het vervangen van (duurdere) zorg kan fysio- en oefentherapie ook voorkómen dat een patiënt bepaalde andere zorg nodig heeft. Zo kan fysio- en oefentherapie worden ingezet ter preventie van complicaties zoals decubitus (doorligwonden), of voor sneller herstel na een operatie door patiënten vooraf fitter te krijgen.¹⁸ Fysio- en oefentherapie kan ook bijdragen aan de zelfredzaamheid van patiënten en daarmee aan hun mogelijkheden om langer zelfstandig te blijven. Daarmee kan de vraag naar informele en langdurige zorg van deze mensen verlagen. Een (kosten)effectief voorbeeld hiervan is de interventie 'Coach2Move'.¹³ Deze interventie helpt ouderen met een mobiliteitsbeperking door hun kwetsbaarheid te verlagen.

5.3 Passende fysio- en oefentherapie helpt de samenleving door het verhogen van participatie

Een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie kan een positieve bijdrage leveren aan de samenleving door het behouden of verhogen van de sociale rolvulling en maatschappelijke participatie van patiënten (inclusief arbeidsparticipatie). Passende eerstelijns fysio- en oefentherapie kan bij bepaalde indicaties mensen helpen om te blijven participeren. Zo kan het mensen met reumatoïde artritis helpen om te blijven werken.¹⁹ Ook zijn er aanwijzingen dat passende eerstelijns fysio- en oefentherapie kan bijdragen aan eerdere terugkeer naar werk, school, of sportactiviteit, minder vóórkomen van tijdelijke uitval en behoud van productiviteit. Resultaten van een systematische literatuurreview gaven bijvoorbeeld aan dat (multidisciplinaire) interventies om baanverlies te voorkomen een effect kunnen hebben op het werkvermogen, ziekteverzuim en vooral het baanverlies bij mensen met artritis.²⁰ Een andere review concludeerde dat niet-farmacologische interventies een klein maar significant effect hebben op de arbeidsparticipatie van mensen met reumatische aandoeningen en andere aandoeningen aan het bewegingsapparaat.²¹ Het effect kan erg verschillen tussen interventies, en de onderzoekers wijzen op het belang om zorg af te stemmen op de specifieke context. Zo kan fysio- en oefentherapie kinderen en volwassenen met een beperking helpen om mee te doen in de samenleving.

5.4 Vergroten maatschappelijke impact eerstelijns fysio- en oefentherapie

Mogelijk kan de maatschappelijke impact van passende fysio- en oefentherapie optimaal worden benut door deze zorg toegankelijker te maken met het verruimen van de wettelijke aanspraak. Er zijn momenteel mensen die om financiële redenen afzien van fysio- en oefentherapie.²² Vanwege het gebrek aan vergoedingsmogelijkheden voor fysio- of oefentherapie kunnen zij afzien van deze zorg en uitwijken naar duurdere tweedelijns zorg, die – afhankelijk van welke aandoening – niet effectiever is voor een groot deel van de patiënten. Als deze patiënten door een aanpassing van de wettelijke aanspraak passende eerstelijns fysio- en oefentherapie kunnen krijgen, stijgen de collectieve uitgaven voor fysio- en oefentherapie. Maar alle voorgenoemde voorbeelden kunnen een kostenbesparing opleveren. Voor de maatschappij door de positieve bijdragen aan participatie in de samenleving, en voor de hele gezondheidszorg doordat bij een aantal aandoeningen duurdere (en vaak meer intensieve) tweedelijnszorg wordt vervangen of voorkomen. Een ander belangrijk effect kan zijn dat het initiatieven stimuleert voor multidisciplinaire behandelprogramma's in de eerste lijn, die momenteel lastig te realiseren zijn door het ontbreken van collectieve vergoeding van het onderdeel fysio- en oefentherapie binnen die programma's. Door passende fysio- en oefentherapie kan ook dit soort multidisciplinaire zorg toegankelijker worden.¹

5.5 Inzicht in mogelijke financiële gevolgen bij een wijziging in de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie

Het Zorginstituut adviseert de demissionaire minister van VWS om de te verwachten financiële gevolgen nader te onderzoeken bij een mogelijke wijziging in de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie. Het verruimen van de wettelijke aanspraak kan voor bepaalde Nederlanders financieel voordelig zijn en voor andere Nederlanders financieel nadelig. Hierin moet rekening worden gehouden met het financiële effect op de zorgpremie, de kosten voor de aanvullende verzekering, het eigen risico en eigen betalingen voor fysio- en oefentherapie.

5.5.1 Verdelingseffect door een wijziging in de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie

Als de politiek besluit om de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg te wijzigen in een open aanspraak voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg die voldoet aan de drie randvoorwaarden, gaat er een verschuiving plaatsvinden van zorg die uit de aanvullende verzekering werd vergoed en die na de wijziging uit de basisverzekering wordt vergoed. Deze verschuiving is financieel voor bepaalde Nederlanders voordelig en voor anderen nadelig.

In Nederland had in 2023 83 procent van de mensen een aanvullende zorgverzekering naast de wettelijk verplichte zorgverzekering.¹⁰ Van de € 1,78 miljard die in 2022 aan eerstelijns fysio- en oefentherapie werd gedeclareerd betrof € 1,11 miljard deze aanvullende verzekering (zie hoofdstuk 4). Als de wettelijke aanspraak wordt uitgebreid, zal dit waarschijnlijk voor een groot deel gaan om zorg die momenteel uit de aanvullende verzekering wordt bekostigd. Hierdoor zal de premie van de wettelijk verplichte zorgverzekering omhoog kunnen gaan, en kan de premie van de aanvullende zorgverzekering mogelijk omlaag. De financiële gevolgen daarvan zullen per persoon verschillen en mede afhangen van de huidige premie voor de aanvullende verzekering, de dekking van die verzekering en het individuele gebruik van fysio- en oefentherapie. Voor mensen zonder aanvullende verzekering die geen fysio- en oefentherapie nodig hebben zal het financieel nadelig zijn, doordat hun wettelijke zorgpremie mogelijk hoger wordt. Voor mensen zonder aanvullende verzekering die wél fysio- en oefentherapie gebruiken, zal het mogelijk voordelig zijn als hun eigen uitgaven aan fysio- en oefentherapie hoger zijn dan de stijging van de wettelijke zorgpremie. Het Zorginstituut adviseert de demissionaire minister van VWS om het verdelingseffect bij een mogelijke toekomstige wijziging van de aanspraak nader te onderzoeken. Hierbij moet bijvoorbeeld ook rekening worden gehouden met de te verwachten kostenbesparing door substitutie-effecten.

5.5.2 De rol van eigen betalingen en het eigen risico op toegankelijkheid van zorg
Als er een eigen betaling gevraagd wordt of als het eigen risico moet worden aangesproken binnen de wettelijk verzekerde zorg, kan dit tot gevolg hebben dat de financiële toegankelijkheid verslechtert voor een deel van de aanvullend verzekerde Nederlanders. Een Nederlandse studie naar het gebruik van fysio- en oefentherapie bij artrose liet zien dat het eigen risico een belemmerende factor kan zijn voor de toegang tot zorg.²³

5.6 Vervolgstappen zijn nodig om maatschappelijke impact te kwantificeren

Er zijn aanwijzingen dat passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg een positieve impact kan hebben op de maatschappij. De omvang van die impact is momenteel niet bekend, mede doordat er momenteel geen voorgestelde wijziging van de wettelijke aanspraak is geformuleerd. Na volledige invulling van de drie randvoorwaarden kan het Zorginstituut de maatschappelijke impact nader bekijken.

6 Conclusie

Het Zorginstituut is in december 2023 gevraagd om een volledig eindadvies te geven aan de demissionaire minister van VWS over een wijziging van de aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Daartoe is het Zorginstituut nog niet in staat. Partijen hebben samen belangrijke stappen gezet en afspraken gemaakt om inzicht te geven in passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Maar momenteel zijn vervolgstappen nodig voor alle drie de randvoorwaarden, voordat het Zorginstituut een volledig eindadvies kan uitbrengen over passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg. De uitvoering van de programmalijn is een omvangrijk en complex traject. Het vraagt om een verandering in ons denken over de toekomst van de fysio- en oefentherapie. Het Zorginstituut heeft in het proces van de totstandkoming van het kwaliteitskader (randvoorwaarde 1) gezien dat partijen hiertoe in staat zijn. Het is nu aan de betrokken partijen om ook de vervolgstappen te zetten. Zonder hun welwillende inzet en samenwerking is het niet mogelijk om de ingezette beweging naar passende fysio- en oefentherapie te vervolgen.

6.1 Vervolgstappen zijn nodig

De betrokken partijen zijn samen op weg naar het invullen van de randvoorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg, op basis van de programmalijn die het Zorginstituut in januari 2023 heeft geadviseerd aan de demissionaire minister van VWS.

Vervolgstappen op de drie randvoorwaarden zijn nodig om volledig inzicht te krijgen in passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Deze vervolgstappen zijn:

Randvoorwaarde 1: het kwaliteitskader fysio- en oefentherapie

- Partijen stellen het uitvoeringsplan op dat hoort bij het kwaliteitskader.
- Partijen autoriseren het kwaliteitskader bij de achterban.
- Partijen bieden uiterlijk 28 maart 2024 het kwaliteitskader inclusief het uitvoeringsplan gezamenlijk aan voor opname in het Register.
- Het Zorginstituut toetst het kwaliteitskader aan de criteria van het Toetsingskader.

Randvoorwaarde 2: zorg is waardegedreven

- Partijen komen op basis van de gezamenlijk geïdentificeerde en beoordeelde bewijs tot consensus over welke onderdelen van de fysio- en oefentherapie waardegedreven zijn en welke niet.
- Het Zorginstituut faciliteert het gesprek tussen de partijen om te komen tot consensus over waardegedreven zorg.
- Het Zorginstituut beoordeelt de indicatie-interventiecombinaties waarover partijen geen consensus bereiken of deze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- Het Zorginstituut duidt de zorg uit de wachtkamer en geeft advies aan de minister van VWS over het wel of niet opnemen van deze zorg in het basispakket van de Zvw.

Randvoorwaarde 3: passende bekostiging

- De NZa en het Zorginstituut stellen vast dat de samenhang tussen de drie randvoorwaarden van groot belang is. Daarom willen zij gezamenlijk optrekken in de eindadvisering over passende fysio- en oefentherapeutische zorg.
- De NZa blijft onderdeel van de programmalijn en ziet mogelijkheden om opvolging te geven aan het advies Passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapie door samen met veld- en overheidspartijen één of meerdere bekostigingsexperimenten uit te werken.

6.2 Onderdelen van fysio- en oefentherapeutische zorg die op korte termijn voldoen aan de drie randvoorwaarden

We hebben de eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg opgeknipt in 10 bouwstenen (zie hoofdstuk 4), om de budgettaire omvang inzichtelijk te maken en de dialoog gericht te kunnen voeren over het invullen van de randvoorwaarden voor het gehele domein. Er zijn drie bouwstenen waarvoor de randvoorwaarden al ingevuld zijn of waarvoor een of meer randvoorwaarden niet van toepassing zijn. Dit zijn de bouwstenen:

- Eerste twintig behandel sessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties (bouwsteen 7);
- Fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd (bouwsteen 8);
- Fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat (bouwsteen 6).

De toegankelijkheid van deze drie bouwstenen van de eerstelijns fysio- en oefentherapie kan op korte termijn al toenemen, vooruitlopend op een mogelijke verdere verruiming van de aanspraak. Politieke besluitvorming kan het mogelijk maken om de huidige beperkingen in de aanspraak op te heffen op de bouwstenen 'Eerste twintig behandel sessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties' en 'Fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd'. Wij adviseren om bij deze twee bouwstenen de onderbouwing voor het loslaten van beperkingen te beschrijven in aparte deeladviezen. Zo kan op korte termijn politieke besluitvorming in gang worden gezet, mits randvoorwaarde 1 volledig is ingevuld. Oftewel: dat het kwaliteitskader is opgenomen in het Register.

Er is geen wijziging van de aanspraak nodig voor de bouwsteen 'Fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat'. Na invulling van randvoorwaarde 1 zijn zorgverzekeraars aan zet samen met beroepsgroepen, waaronder in dit geval huisartsen. Het is aan hen om de organisatie en vergoeding van deze zorg vorm te geven. Voor deze bouwsteen is randvoorwaarde 2, waardegedreven zorg, niet van toepassing. Diagnostiek en triage vormen namelijk het startpunt, waarvandaan de deskundige fysio- of oefentherapeut behandelopties kan afwegen met de patiënt. Voor besluitvorming over deze bouwsteen is het vooral belangrijk dat er goede afstemming plaatsvindt met de huisartsen om deze zorg efficiënt te organiseren.

Het Zorginstituut stelt dat diagnostiek en triage behoren tot de noodzakelijk te verzekeren zorg bij patiënten met klachten van het bewegingsapparaat. Het Zorginstituut stelt dat omdat dit type consultatie een logisch startpunt vormt van elk zorgtraject en valt onder zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De huisarts kan voor de uitvoering van diagnostiek en triage een deskundige fysio- of oefentherapeut op dit terrein inschakelen en met de zorgverzekeraar afspraken maken over de bekostiging van deze zorg. Het gaat hier om een verandering van de organisatie van de zorg en niet om een uitbreiding van het te verzekeren pakket. Er is dan sprake van vervanging van de zorg die de huisarts biedt, omdat patiënten met klachten van het bewegingsapparaat direct de fysio- of oefentherapeut kunnen consulteren. Hierbij hoeft bij uitzondering alleen een huisartsconsult plaats te vinden bij patiënten uit deze groep, wanneer er aanwijzingen zijn voor een specifieke aandoening die door de huisarts moet worden behandeld.

6.3 Conclusie voortgangsrapportage

Het Zorginstituut constateert dat er op alle drie de randvoorwaarden vervolgstappen nodig zijn voordat het Zorginstituut een volledig eindadvies kan uitbrengen over een wijziging van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg. De invulling van de drie randvoorwaarden geeft meer zicht op wat een eventuele wijziging in de aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg inhoudt. Het Zorginstituut heeft dit inzicht nodig om de budgettaire en maatschappelijke impact van een mogelijke wijziging van de aanspraak verder te kwantificeren. Inzicht in passende fysio- en oefentherapeutische zorg, de budgettaire impact en de maatschappelijke impact samen vormen de basis voor ons eindadvies. Daarmee kan een politiek besluit worden genomen over een wijziging in de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg. Hiermee verbeteren we de toegankelijkheid van deze zorg en draagt het maximaal bij aan de beweging naar passende zorg in brede zin.

7 Versnelling van de toegankelijkheid op onderdelen van de fysio- en oefentherapie met grote kans op bijdrage aan passende zorg

Dit hoofdstuk bevat de conclusies van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over deze rapportage en de vervolgstappen.

7.1 Vaststelling rapport

De Raad van Bestuur van het Zorginstituut heeft in zijn vergadering op 12 december 2023 deze voorgangsrapportage vastgesteld. Op grond van ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden na de consultatieperiode is besloten dat in een laatste hoofdstuk wordt beschreven welke bouwstenen, of onderdelen daarvan, al op korte termijn zouden kunnen voldoen aan de programmalijn. Over deze (onderdelen van) bouwstenen zal het Zorginstituut versneld advies uitbrengen aan de minister van VWS, zodat de geadviseerde aanpassingen in de aanspraak op fysio- en oefentherapie kunnen worden opgenomen in de Kamerbrief over wijziging basispakket 2025. Voor deze onderdelen van fysio- en oefentherapie kan de toegankelijkheid versneld verbeteren en bijdragen aan passende zorg in brede zin. Het Zorginstituut werkt tegelijkertijd verder aan de bouwstenen die nog niet op korte termijn kunnen voldoen aan de randvoorwaarden en adviseert over deze onderdelen in het eindadvies over passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

7.2 Kansrijke bouwstenen voor versnelde verbetering van de toegankelijkheid op passende fysio- en oefentherapie

Het Zorginstituut wil eind eerste kwartaal van 2024 advies uitbrengen aan de minister van VWS over mogelijke aanpassingen in de aanspraak op fysio- en oefentherapie per 1 januari 2025, die kansrijk zijn om (op onderdelen) te kunnen bijdragen aan het verhogen van de toegankelijkheid op passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Het Zorginstituut heeft in de vergadering van 12 december 2023 vastgesteld dat de volgende bouwstenen kansrijk zijn:

- Fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen (bouwsteen 3);
- Fysio- en oefentherapie bij aandoeningen uit de wachtkamer (bouwsteen 4);
- Fysio- en oefentherapie als onderdeel van reablement voor ouderen (70+) zonder chronische indicatie (bouwsteen 5);
- Fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat (bouwsteen 6);
- Eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties (bouwsteen 7);
- Fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd (bouwsteen 8).

Referenties

- 1 Zorginstituut Nederland. (2023). *Advies Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2023/01/17/advies---passende-zorg-voor-fysiotherapie-en-oefentherapie>
- 2A Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2021). *Adviesaanvraag fysio- en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/brief/2021/11/15/adviesaanvraag-fysio--en-oefentherapie>; B Zorginstituut Nederland. (2021). *Projectbrief adviesaanvraag fysio- en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/brief/2021/12/24/projectbrief-adviesaanvraag-fysio--en-oefentherapie>
- 3 Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2021). *Projectplan aanspraak fysio- en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/11/29/projectplan-aanspraak-fysio--en-oefentherapie>
- 4 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2023). *Kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/kwaliteit/kwaliteitskader/231004-kwaliteitskader-fysiotherapie-en-oefentherapie-def.pdf>
- 5 Zorginstituut Nederland. Zorginzicht. Afkomstig van <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten?sortering=status>
- 6 Zorginstituut Nederland. (2023). *Standpunt - Eerstelijns fysio- en oefentherapie bij fibromyalgie kan niet worden vergoed uit basispakket*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2023/08/04/standpunt---eerstelijns-fysio--en-oefentherapie-bij-fibromyalgie-kan-niet-worden-vergoed-uit-basispakket>
- 7 G.J. Macfarlane, et al.,. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases* 76(2), 318-328.
- 8A wetten.overheid.nl. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Afkomstig van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2022-01-01/#Bijlage1>; B wetten.overheid.nl. Besluit zorgverzekering. Afkomstig van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2022-01-01>.
- 9 Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader passende zorg*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>
- 10 Nederlandse Zorgautoriteit. (2023). *Passende bekostiging van fysiotherapie en oefentherapie (in concept)*. Afkomstig van in concept
- 11 Nederlandse Zorgautoriteit. (2023). *Kerncijfers zorgverzekeraars*. Afkomstig van <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/kerncijfers-zorgverzekeraars>
- 12 Equalis. (2021). *Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet fysio- en oefentherapie*. Afkomstig van <https://equalis.nl/wp-content/uploads/2021/05/Equalis-Substitutiepotentieel-fysio-en-oefentherapie-Eindrapportage-def.pdf>.
- 13 De Vries NM, Staal B, van der Wees PJ, & et al. (2016). Patient centred physical therapy is (cost)- effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6 months follow-up. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 7, 422-435.
- 14 Ho-Henriksson C, Svensson M, Thorstensson CA, & Nordeman L. (2022). Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care – a cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12891-022-05201-3>
- 15 van de Graaf V.A, van Dongen J.M, Willigenburg N.W, ESCAPE Research group, & et al. (2020). How do the costs of physical therapy and arthroscopic partial meniscectomy compare? A trial-based economic evaluation of two treatments in patients with meniscal tears alongside the ESCAPE study. *British Journal of Sports Medicine* 54, 538-545.

- 16 Ecorys. (2020). *Substitutie van Zorg, fysio- en oefentherapie op de juiste plek*. Afkomstig van <https://equalis.nl/wp-content/uploads/2021/05/Equalis-Substitutiepotentieel-fysio-en-oefentherapie-Eindrapportage-def.pdf>.
- 17 Zorginstituut Nederland. (2021). *Eindevaluatie Perifeer Arterieel Vaatlijden*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2021/07/27/zz-eindevaluatie-pav>
- 18 Groen LCB van Gestel T, Puik JR, van Rooijen SJ, van der Zaag-Loonen HJ, Schoonmade LJ, Danjoux G, Daams F, Schreurs WH, Bruns ERJ. . (2022). Fit4Surgery for cancer patients during covid-19 lockdown - A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*, 48, 1189-1197.
- 19 et al. Berner C. (2018). Work ability and employment in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study on the role of muscle strength and lower extremity function. *International journal of rheumatology*.
- 20 C.M.T. Madsen, S.K. Bisgaard, J. Primdahl, & et al. (2021). A Systematic Review of Job Loss Prevention Interventions for Persons with Inflammatory Arthritis. *J Occup Rehabil* 31, 866–885
- 21 Butink MHP, Webers C, Verstappen SMM, Falzon L, Betteridge N, Wiek D, . . . Boonen A. (2023). Non-pharmacological interventions to promote work participation in people with rheumatic and musculoskeletal diseases: a systematic review and meta-analysis from the EULAR taskforce on healthy and sustainable work participation. *RMD Open*, 9.
- 22 M. Meijer, A. Brabers, & J De Jong. (2023). *Bijna één op de tien Nederlanders zegt te bezuinigen op zorg*. Afkomstig van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/bijna-een-op-de-tien-nederlanders-zegt-te-bezuinigen-op-zorg>
- 23 Dros JT, van Dijk CE, Bo I, Meijer WM, Chorus A, Miedema H, . . . Verheij RA. (2023). Healthcare utilization patterns for knee and hip osteoarthritis before and after changes in national health insurance coverage: a data linkage study from the Netherlands. *Health Policy*, 133.

Bijlagen

Bijlage 1 - Betrokken partijen

Beroepsverenigingen

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

Zorgverzekeraars

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Patiëntenfederatie Nederland

Overheidspartijen

Nederlandse Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zorginstituut Nederland



SWEP+ : zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk
 SWEP- : zorg voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk
 BIA: budgetimpactanalyse
 RV: randvoorwaarde

FTSGOT: fysio- en oefentherapie
 BV: basisverzekering

NZA: Nederlandse Zorgautoriteit
 WVS: Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Tripartite partijen zijn: Beroepsverenigingen, Zorgverzekeraars Nederland,
 Patiëntenfederatie Nederland

*Zorginstaat kan achteruit om onderzoek te verrichten naar de pakketvraag

Conceptadvies Kwaliteitsraad m.b.t. Kwaliteitskader Fysiotherapie en Oefentherapie oktober 2023

Aan de Kwaliteitsraad (KR) is gevraagd of het *Kwaliteitskader Fysiotherapie en Oefentherapie* (hierna: het Kwaliteitskader) in voldoende mate beschrijft hoe passende fysio- en oefentherapeutische zorg geborgd wordt én of het in voldoende mate aansluit op het kader Passende zorg. Om deze vragen te beantwoorden heeft de KR het Kwaliteitskader naast het kader Passende zorg gelegd, naast de eerder gegeven feedback van de KR en naast de inhoudsopgave van de KR m.b.t. maatschappelijke kaders.

De KR heeft met genoegen het Kwaliteitskader gelezen en is onder de indruk van wat de tripartiete stuurgroep tot nu toe met elkaar hierin heeft vastgelegd. Aan veel facetten van passende zorg is aandacht besteedt. Als de KR naar de inhoudsopgave kijkt met relevante onderwerpen voor een maatschappelijk kader, ziet hij veel elementen in het Kwaliteitskader terugkomen, met name met betrekking tot het uitwerken van de principes passende zorg.

De uitwerking van de verschillende onderwerpen in het Kwaliteitskader is wel voornamelijk beschrijvend van aard; er zijn veelal geen concrete normen gesteld. Het meest specifiek is de uitwerking van de 14 ambities in tabel 2 met een globale tijdsindicatie voor de diverse (deel)ambities. De KR vindt het wenselijk dat in een eerste herziening van het Kwaliteitskader een stevige concretiseringsslag plaats vindt op basis van gerealiseerde voortgang. Daarbij zou het ook behulpzaam zijn om ontwikkelingen en feitelijke trends in de sector naar omvang, aard en volume van verleende zorg en beschikbare kwaliteitsindicatoren zoals beoogd in onder andere ambitie 7, als context informatie te verstrekken. Op basis van deze feitelijke context/trend informatie en de voortgang van de realisatie van de ambities kan de passendheid van de zorg op hoofdlijnen worden beoordeeld en met betrokken partijen worden bediscussieerd.

De KR adviseert derhalve ambities concreter te maken en binnen de gestelde tijd te realiseren. De uitwerking van deze ambities kan daarna als norm voor de sector gesteld worden. Deze concretiseringsslag van het Kwaliteitskader op basis van feitelijke voortgang kan ook als ambitie opgenomen worden.

Ten aanzien van de verdere concretisering kan gedacht worden aan de volgende uitwerking/toevoeging bij herziening:

- Maak een vertaalslag wat het Kwaliteitskader betekent voor kosten, personeel en duurzaamheid;
- Maak duidelijk hoe het eigenaarschap van dit Kwaliteitskader belegd is;
- Maak een schets van de sector met een cijfermatige onderbouwing, dit is nodig als nul-meting voor aansluitende monitoring van de ontwikkelingen in de sector en de impact daarvan op andere sectoren;
- Maak meer bindende afspraken voor multidisciplinair en zo nodig ook domeinoverstijgend samenwerken;
- Voeg een afwegingskader toe dat je hanteert bij schaarste;
- Voeg toe hoe je zorgdraagt voor goed werkgeverschap/werkplezier/diversiteit van personeel en duurzaamheid;
- Geef aan hoe de versterking van de data infrastructuur in de sector samenhangt met de bredere landelijke ontwikkelingen in kader van o.a. de wet WEGIZ en de PGO;
- Beschrijf hoe met monitoring inzicht verkregen kan worden in de (ontwikkeling van de) kosten in de sector;
- Beschrijf hoe je de samenleving betreft bij kwaliteit.

Voor een uitgebreide reactie op het Kwaliteitskader verwijst de KR naar de bijlage.

Bijlage Reflectie aan de hand van inhoudsopgave maatschappelijk kader

1. Algemene inleiding

Urgentie en afbakening sector, cliënt zorgpad en cijfermatige onderbouwing

Maatschappelijke ontwikkelingen worden in het Kwaliteitskader geschetst, ontwikkelingen in de zorg en samenleving worden globaal benoemd, maar er is geen vertaalslag gemaakt wat dit betekent voor kosten, personeel en duurzaamheid.

Hiermee wordt de urgentie voor de sector om te gaan handelen volgens het kader niet beschreven. Wel wordt in hoofdstuk 7 *Agenda en ambitie* aangegeven waar naartoe gewerkt moet worden: naar effectieve, kosteneffectieve fysio- en oefentherapeutische zorg, leren en verbeteren, samen beslissen, beter monitoren/data verzamelen en digitale gegevens-uitwisseling, domein- en sector-overstijgend samenwerken en professioneel en interprofessioneel samenwerken.

De reikwijdte van het Kwaliteitskader wordt beschreven en ook de leidende wetgeving. Ook bevat het Kwaliteitskader een algemene brede beschrijving van de doelgroep en een beschrijving van een specifieke doelgroep met casussen ter ondersteuning.

Er wordt verwezen naar het zorgpad, binnen dit Kwaliteitskader de patiëntreis genoemd, die generiek beschreven staat in het Beroepsprofiel en voor specifieke doelgroepen in (fysiotherapeutisch/oefentherapeutische en/of externe) richtlijnen.

Het eigenaarschap van dit Kwaliteitskader wordt niet benoemd. Blijft dit bij de stuurgroep liggen? Wie is aanspreekpunt/verantwoordelijk, ook voor de opvolging van de ambities, het onderhoud van het kader, eventuele herzieningen en het implementatieplan?

Een schets van de sector met een cijfermatige onderbouwing ontbreekt en deze is wel noodzakelijk. Hoeveel therapeuten zijn er, waar zitten ze, hoeveel en wat voor patiënten worden er jaarlijks behandeld en waarvoor. Het liefst ook aangevuld met kosten. Dit beeld moet gevormd kunnen worden, ook om inzicht te krijgen in veranderingen en verbeteringen die de komende tijd gaan plaatsvinden. Als er cyclisch gewerkt gaat worden, is het belangrijk dat er een nulmeting is voor het monitoren en leren en verbeteren. Ook maakt dit mogelijk om de impact van het werken volgens dit kader inzichtelijk te maken.

2. Uitwerking principes Passende zorg

Sectorspecifieke vertaling van de principes passende zorg om de gewenste verbeteringen te formuleren en te realiseren

De principes passende zorg worden in het Kwaliteitskader uitgebreid uitgewerkt.

Waardegedreven

Het kader bevat een overzicht van doelgroepen waarvan de zorg beschreven is in KNGF-richtlijnen en externe richtlijnen zoals die van medisch specialisten waarin aanbevelingen zijn opgenomen voor fysiotherapeutisch en oefentherapeutisch handelen (bijlage 2). Ook wordt niet aanbevolen zorg genoemd binnen drie aandoeningsgebieden en is de ambitie geformuleerd om een actuele en volledige 'beter laten'-lijst op te stellen op basis van handelingen (voornamelijk interventies, maar kan ook diagnostiek zijn) die worden afgeraden in richtlijnen. Maar er wordt verder geen aandacht gegeven aan doelmatig gebruik van mensen en middelen bij uitvoering van richtlijnen/protocollen/standaarden.

Goed samenwerken wordt genoemd, evenals het schetsen van alternatieven, echter geen

bindende afspraken. De KR benadrukt dat passende zorg en waardegedreven zorg belangrijk zijn om te monitoren in een voorwaardelijke setting. KR adviseert om een monitorsysteem te ontwikkelen dat de stand van zaken van passende fysio- en oefentherapeutische zorg in beeld brengt. Hoe ontwikkelt de praktijk zich? Kan spiegelinformatie worden gebruikt om de praktijk beter te leren kennen? Ook retrospectief kan data gebruikt worden om te kijken hoe de behandeling(en) in het verleden zijn gegaan en deze data kan gebruikt worden als een voorwaardelijke baseline.

Dit moet een proces van doorlopend leren van praktijkdata ondersteunen over wat behaalde gezondheidswinst is/de toevoeging is aan kwaliteit van leven. Want kennis en evidentie zijn niet statisch maar dynamisch, én gebonden aan een veranderende context.

Dit kan worden onder gebracht in een kennisagenda.

Gezondheid in plaats van ziekte

Er wordt aandacht gegeven aan hoe fysio- en oefentherapie kan bijdragen aan preventie. De samenwerking buiten het zorgdomein wordt genoemd en hier is ook ambitie op gesteld: het versterken van regionalisering en het ondersteunen van startende samenwerkingsverbanden met professionals in zorg en welzijn en het publieke domein t.b.v. de kwaliteit, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van zorg, het bevorderen van gezondheidsvaardigheden en het reduceren van gezondheidsverschillen. Maar er zijn geen bindende afspraken voor multidisciplinair en zo nodig ook domeinoverstijgend samenwerken geformuleerd.

Zorg die samen met patiënten/cliënten tot stand komt

Samen beslissen wordt goed beschreven in het kader. Er wordt aangegeven aandacht te hebben voor gezondheidsachterstanden, laag of anders geletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen hiervoor gebruik maken van checklists en van keuzehulpen die het goede gesprek ondersteunen. Het Kwaliteitskader geeft aan dat wel blijkt dat samen beslissen nog niet volledig geïmplementeerd is in het fysio- en oefentherapeutisch handelen, ondanks de beschikbaarheid van deze tools om het proces te ondersteunen. En dat patiënten samen beslissen ook niet altijd zo ervaren. Hierop zijn ambities geformuleerd, de KR vindt het belangrijk dat deze normerend gesteld gaan worden.

Er wordt aangegeven welke patiënteninformatie beschikbaar is, maar ook ambitie om meer te ontwikkelen. Hier worden indicatoren op ontwikkeld om dit te meten.

Ook wordt het belang van persoonsgerichte zorg aangestipt.

Passende zorg op de juiste plek

Het kader gaat hier uitgebreid op in. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken veelal in de directe omgeving van mensen of komen indien nodig bij mensen aan huis. Genoemd wordt dat een weloverwogen inzet van geld, mensen en materialen hierbij een belangrijke rol speelt en dat daarbij gekeken wordt wat de patiënt of cliënt zelf kan doen en wat informele zorg kan bijdragen. Zo dienen therapeuten op de hoogte te zijn van regionaal aanbod van zorg- en welzijnsprofessionals, burgerinitiatieven en bijvoorbeeld het lokale aanbod van sport- en beweegactiviteiten. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten in de wijk moeten makkelijk kunnen schakelen tussen het gezondheidsdomein, het sociale domein en het publieke domein om bij te dragen aan passende zorg. Daarbij dient ook de samenhang met werk en afstemming met de bedrijfsgezondheidszorg te worden benoemd. Ook wordt er verwezen naar het toepassen van digitale zorg, deze richtlijn is echter nog in ontwikkeling.

Er zijn goede ambities geformuleerd: (1) digitale zorg en efficiënte aanbestedingsvormen van therapie moeten een passend onderdeel vormen van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg waarmee een doelmatige inzet van dure infrastructuur en schaars personeel wordt nagestreefd; en (2) fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken en organiseren de zorg domein- en sector overstijgend ten behoeve van de patiënt.

De bouwstenen zijn er, het kader beschrijft deze, maar hoe dit gerealiseerd wordt nog niet.

3. Ethische dilemma's en afwegingskader

Beschrijving van ethische dilemma's en goede morele waarden-gedreven afwegingen

Dit onderdeel mist in het Kwaliteitskader. Dit is jammer, omdat de Kwaliteitsraad sectoren toewenst om hier zelf over na te denken en eigen verantwoordelijkheid in te nemen. Welk afwegingskader hanteer je bij schaarste?

4. Organisatie van zorg

Organisatie van (informele) zorg met aandacht voor o.a. samenwerken, governance, scholing, verduurzaming, innovaties en digitalisering

Een algemene beschrijving van de organisatie van fysio- en oefentherapeutische zorg mist. Het kader geeft de indruk dat er voornamelijk vrijgevestigde fysio- en oefentherapeuten zijn en zelfstandige klinieken. En dat er voorlopers zijn die in een kwaliteitsregister opgenomen zijn.

In paragraaf 6.3 *Organisatie, samenwerking, coördinatie en uitvoering van zorgactiviteiten en behandelprogramma's* wordt wel beschreven dat er binnen en buiten het domein samengewerkt wordt, maar niet hoe dit georganiseerd is. Wel is mooie ambitie geformuleerd *dat fysiotherapeuten en oefentherapeuten lokaal en regionaal werken en de (preventieve) zorg organiseren ter bevordering van veerkracht, welzijn en welbevinden van de individuele patiënt en de lokale/sociale gemeenschap.*

Voor wat betreft duurzaamheid wordt aangegeven dat *de fysiotherapeut en oefentherapeut een verantwoordelijkheid voelt ten aanzien van duurzaamheid (energie, materialen, schoonmaakmiddelen, transport).* Maar hier wordt verder niet op ingegaan.

Jammer dat er nog geen aandacht besteed wordt in het kader hoe (de veerkracht van) de professional ondersteund wordt, hoe zorggedragen wordt voor goed werkgeverschap en werkplezier en hoe wordt aangesloten bij diversiteit van de zorgprofessional.

Voor wat betreft gegevensuitwisseling zijn vier ambities opgesteld:

- *Fysiotherapeuten en oefentherapeuten verzamelen, interpreteren en gebruiken data in de dagelijkse zorg voor de patiënt en voor praktijkvoering.*
- *Fysiotherapeuten en oefentherapeuten gebruiken generieke uitkomstindicatoren om te leren en te verbeteren en voor externe transparantie.*
- *Fysiotherapeuten en oefentherapeuten ontwikkelen en gebruiken waar nodig specifieke kwaliteitsindicatoren voor trunci of enkele nader vast te stellen aandoeningen om te leren en te verbeteren.*
- *Digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners ontzorgt de patiënt en draagt bij aan de veiligheid van zorg.*

En zijn er kwaliteitseisen voor informatievoorziening.

Voor fysiotherapie en oefentherapie worden deze gegevens verzameld in de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF), Landelijke Database Kwaliteit (LDK) en Landelijke Database Oefentherapie (LDO). Deze databases voldoen aan de wettelijke eisen op het gebied van beveiliging, privacy en gegevensuitwisseling en ethische richtlijnen. Dit zorgt voor de borging van de kwaliteit en integriteit van de verzamelde informatie (data) in deze databases. De samenhang met de landelijke standaardisatie van een EPD, de WEGIZ en initiatieven rond PGO verdienen hierin meer aandacht.

Eisen voor scholing komen aan de orde in paragraaf 5.3 *Hoe de beroepsgroepen kwaliteit van zorg bevorderen en borgen.*

5. Financiering

Inzicht in kosten en waaruit deze gefinancierd worden, inclusief barrières en evaluatie

Dit onderdeel mist.

6. Samen leren en verbeteren

Goed monitorsysteem, kort cyclisch leren en verbeteren en passende data- en onderzoeksinfrastructuur

Samen leren en verbeteren komt uitgebreid aan de orde, maar is nu nog geen common sense. Wel is een 'voorlopersgroep' hier al goed mee bezig en het Kwaliteitskader meldt dat dit op termijn de norm zal zijn. Opleidingseisen en nascholingen staan in het Kwaliteitskader genoemd.

De beroepsgroep fysiotherapie kent verschillende mogelijkheden voor praktijken om zich te registreren: registratie in het basispraktijkregister en registratie in het Keurmerk praktijkregister. Het basispraktijkregister maakt onderdeel uit van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie.

Hierbij zijn continu leren en verbeteren met visitaties en het verzamelen van data de norm. Op termijn zal registratie in het basis Praktijkregister van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie, mits wordt voldaan aan de hiervoor gestelde randvoorwaarden, als veldnorm worden geïntroduceerd (zie 5.7 *Ambities* en hoofdstuk 7 *Ontwikkelagenda en implementatie*). Maar wel pas in 2030. De Kwaliteitsraad ziet dit liever eerder.

Het kader geeft aan dat dashboards zoals die van de Landelijke Database Fysiotherapie, Landelijke Database Kwaliteit en de Landelijke Database Oefentherapie het gebruik van data ondersteunen en inzicht bieden in resultaten op individueel niveau, praktijkniveau, regioniveau en op het niveau van de beroepsgroep waardoor benchmarking mogelijk wordt. Dit sluit goed aan bij de monitorende rol die de Kwaliteitsraad graag ziet. Maar dit vereist nog wel veel van de sector. Er zijn wel mooie ambities geformuleerd, ook voor het ontwikkelen van proces-, structuur- of uitkomstindicatoren en de uitwisseling van de daaropvolgende data. (Ambities 6a t/m e staan geformuleerd voor 2023, klopt dat?)

Er staat aangegeven dat interne en externe stakeholders, onder meer fysiotherapeuten en oefentherapeuten, onderzoekers, huisartsen, medisch specialisten en patiënt-vertegenwoordigers, actief betrokken zijn bij de totstandkoming van de kennisagenda's en onderzoek, ook in samenwerking met andere disciplines, alsmede een agenda ten aanzien van nieuwe richtlijnen.

7. Betrekken en informeren samenleving

Van tripartiet naar omnipartiet (samenleving 'aan tafel')

Dit onderdeel mist.

8. Implementatieplan

Beschrijving van aanpak en evaluatie (hoe, wie, wat en wanneer)

In het kader staat dat voor de uitvoering van de ontwikkelprojecten en voor de implementatie van het Kwaliteitskader als geheel, inclusief de resultaten van de ontwikkelprojecten, er nog veel randvoorwaarden in te vullen zijn. Deze hebben een inhoudelijke, organisatorische en financiële component.

Voor de ontwikkelprojecten die in hoofdstuk 7 zijn beschreven wordt een plan van aanpak opgesteld, waarin ook de tijdsfasering, de betrokken partijen en de benodigde financiële middelen zijn uitgewerkt.

Daarnaast wordt een implementatieplan uitgewerkt om het draagvlak in de gehele beroepsgroepen van fysiotherapie en oefentherapie te vergroten en de toepassing van het Kwaliteitskader te bevorderen. Aangezien het Kwaliteitskader van groot belang is voor alle eerstelijns fysiotherapeuten en oefentherapeuten en de praktijkorganisaties waarin zij werkzaam zijn, zal de implementatie veel tijd en financiële middelen vergen.

Het plan van aanpak voor de ontwikkelprojecten en het implementatieplan zijn onlosmakelijk verbonden aan het Kwaliteitskader en zullen tegelijk daarmee worden aangeboden aan het Register van het Zorginstituut. De Kwaliteitsraad heeft deze plannen nog niet gezien en vraagt zich wel af hoe de fysiotherapeuten en oefentherapeuten in Nederland met/volgens het Kwaliteitskader aan de slag gaan?

Opvatting van ZN over het traject passende aanspraak fysio- en oefentherapie

Het traject om te komen tot een passende aanspraak fysio- en oefentherapie is door ZIN en VWS gekenschetst als een showcase voor passende zorg. ZN wil hier graag bijdragen ten behoeve van de patiënt en verzekerde. Daar gaat het ten slotte om. Ons voorstel is om gecontroleerde stappen te gaan zetten. Dan kan gewerkt worden aan bewijs voor de toegevoegde waarde van fysio- en oefentherapie in behapbare brokken. Een meer fasegewijze aanpak draagt ook bij aan het vergroten van het onderlinge vertrouwen en er kan tegelijk een maatschappelijke businesscase gemaakt worden ter ondersteuning van politieke besluitvorming.

SWEP

Het gehele traject rondom fysio- en oefentherapie vindt plaats onder de noemer van passende zorg en kent zijn oorsprong in de wens om deze zorg beter toegankelijk te maken voor patiënten. Echter, daar waar in IZA onder dezelfde noemer van passende zorg ingezet op een besparing van €1,8 mld ZVW-breed, wordt in dit kader gesproken over een mogelijke uitbreiding van het pakket met €1 mld bij een volledig open aanspraak. Om een dergelijk advies te kunnen geven achten wij het van het grootste belang dat de zorg die via collectieve middelen wordt betaald, voldoet aan stand van wetenschap en praktijk. Daaraan voorafgaand zal overigens duidelijk moeten zijn dat er sprake is van noodzakelijkheid om deze zorg te verzekeren.

Om te kunnen bepalen of zorg een te verzekeren prestatie is onder de Zvw, moet SWEP van deze zorg niet ter discussie staan. Dat in het geval van fysio- en oefentherapie mogelijk voor veel behandelingen SWEP nog niet vaststaat, is ook bij het ZIN bekend. Het is aan ZIN om hier een uitspraak over te doen. Wij denken graag mee met het ZIN hoe de SWEP duiding van fysio- en oefentherapeutische zorg praktisch uitvoerbaar gemaakt zou kunnen worden.

Het oorspronkelijke plan om te redeneren vanuit de gedachte van een open aanspraak en van daaruit te kijken naar de twijfel welke zorg niet aan SWEP zou voldoen, achten wij een onverstandige route. Dat zou betekenen dat per direct een grote hoeveelheid zorg waarvan de SWEP niet is vastgesteld, toegelaten zou kunnen worden tot de ZVW. Dit zal leiden een toename van de schadelast met € 1 mld, waarvan een groot deel niet verantwoord kan worden. Dit staat lijnrecht tegenover de andere beweging zoals ZEGG waarbij juist gekeken wordt wat uit het pakket kan. Vanuit onze maatschappelijke betrokkenheid achten wij dat niet verstandig. Bovendien, ervaringen in de MSZ en de MSR leren dat het toelaten tot het pakket en het er vervolgens weer uithalen zeer weerbarstig is. Wij stellen daarom voor om deze discussie aan de voorkant voeren. Aan het doelbewust laten instromen van zorg waarvan verwacht kan worden dat de effectiviteit uiteindelijk niet kan worden aangetoond, is in deze tijd van schaarste van arbeidskrachten en toenemende zorgkosten, maatschappelijk onverstandig en niet verdedigbaar.

Wij zijn van mening dat het beoordelen SWEP van fysio- en oefentherapie moet plaatsvinden voordat het gesprek over overheveling kan plaatsvinden. Dit kan via een klassieke duiding van het ZIN, dan wel via de route van een Veelbelovende Zorg traject.

Gelet op de korte tijd tot aan de gewenste oplevering van het advies van ZIN, is ons advies om te kiezen voor een pragmatische insteek en daarbij te anticiperen op de realistische verwachting dat de ruimte in het financiële kader gering zal zijn.

ZN voorstel

ZN stelt voor om stapsgewijs vorm en inhoud te geven aan het traject passende zorg en onderscheid daarin de volgende punten:

- a) Onderzoek de mogelijkheid om de beperkende maatregel van de eerste 20 behandelingen voor eigen rekening af te schaffen. Dit draagt direct bij aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de fysio- en oefentherapeutische zorg en het geeft een vermindering van de administratieve lasten van de zorgverleners. Bovendien is altijd al een lastig uit te leggen regel geweest aan de verzekerde. (bouwsteen 5a)
- b) Ga experimenteren met het operationaliseren van passende zorg en een passende bekostiging met een of meer van de vier aandoeningen waarbij SWEP is vastgesteld en waarvoor reeds een aanspraak bestaat (COPD, artrose, urine-incontinentie en etalagebenen). Op deze manier kan ervaring worden opgedaan met de uitwerking van passende zorg, een passende aanspraak en een passende

bekostiging. Een passende bekostiging kan tevens een nieuw perspectief bieden voor de discussie over tarieven (bouwsteen 2 en 5b).

- c) Onderzoek als eerste de SWEP van zorg met substitutiepotentieel dat duurdere vormen van zorg kan voorkomen, verplaatsen of vervangen voor toelating tot het pakket. De juiste zorg op de juiste plek pur sang. Begin met de uitkomsten van al bekend substitutie-onderzoek. Dit is een bouwsteen die een inhoudelijke potentie heeft om het pakket uit te breiden.
Dit onderzoek kan worden uitgevoerd in de vorm van een klassieke duiding dan wel onder de noemer van een Veelbelovende Zorg traject. Het gaat daarbij om de aandoeningen zoals genoemd is onder bouwsteen 3: coronair lijden, voorste kruisband letsel en degeneratief meniscusletsel. (De ziekte van Parkinson die in dit kader genoemd wordt, heeft betrekking op de eerste 20 behandelingen en zit in al vervat in punt a.)
- d) Onderzoek de mogelijkheid om triage/ diagnostiek breed toegankelijk te maken als onderdeel van huisartsenzorg. Een degelijke rol zien wij weggelegd voor speciaal opgeleide fysiotherapeuten (extended scope therapeuten) Daarmee wordt een handvat geboden aan de huisarts voor *Meer tijd voor de patient*. En door het onder het huisartsenkader te plaatsen, is het eigen risico niet aan de orde en hoeft er geen aanpassing in de bekostiging te komen. (bouwsteen 4/ bouwsteen 6a).
- e) Wij raden af om kortdurende enkelvoudige fysiotherapie over te hevelen naar de basisverzekering (bouwsteen 1). Waar het traject geïnitieerd is om de toegankelijkheid te verbeteren, is de patiënt beter af met de keuzemogelijkheid voor een beperkte aanvullende verzekering, in plaats van dat het ten laste komt van het verplicht eigen risico. Het vaststellen van de SWEP voor deze kortdurende zorg is derhalve niet prioritair.
- f) Verder vinden het wij het niet prioritair om wat er al in het pakket zit en nog niet geduid is op dit moment ter discussie te stellen (bouwsteen 7).

Door partijen aangeleverde bouwstenen

1. Alle passende FT/OF in open aanspraak met uitsluiting van enkelvoudige en kortdurende FT.*
2. Operationaliseren wat passende zorg is bij de 4 aandoeningen waarvoor FT/OT al in het pakket zit.
3. Substitutiepotentieel: uitbreiding van het pakket voor FT/OT waarvan er duidelijke aanwijzingen zijn dat deze duurdere zorg voorkomt, verplaatst of vervangt.*
4. Triage/diagnostiek bij de huisarts.
5. a) eerste 20 behandelingen bij chronische indicaties.*
b) Beperkende voorwaarden bij aandoeningen artikel 2.6.*
6. a) Algemeen toegankelijk maken eerste patiëntencontact (vergoeden van twee consulten).*
b) Algemeen toegankelijk maken eerste patiëntencontact.
7. Toevoegen van aandoeningen waarbij FT/OT die aannemelijk voldoet aan SWEP.
8. Rol van FT/OT in integrale zorg vanuit de eerstelijnssetting/reablement, zelfredzaamheid bij ouderen.
9. Volledige chronische lijst in de ZvW, maar bijvoorbeeld ook bekkenfysiotherapie voor jongeren (<18 jaar).
10. Prehabilitatie in de basisverzekering/ lijst voor welk prehabilitatietraject.



Noot:
de
onderliggende
uitgangspunten
/ aannames
worden nog met
alle partijen
besproken



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. mevrouw mr. drs. K. Raaijmakers
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Team Beleid B

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

[Redacted]

Kenmerk
3638750-1051273-Z

Bijlage(n)

Datum **19 JULI 2023**
Betreft Adviesaanvraag NZa over passende bekostiging
eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg

Geachte mevrouw Raaijmakers,

In het traject 'Naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie'¹ werkt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samen met relevante veld- en overheidspartijen aan het realiseren van toegankelijke, waardegedreven, kwalitatief goede en betaalbare eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg voor iedereen die deze zorg nodig heeft. Het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) werkt aan een advies over de geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in de basisverzekering. Die toekomstige aanspraak moet optimaal bijdragen aan de beweging naar passende zorg. Conform de programmalijn van het Zorginstituut is een advies van uw organisatie over de bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg randvoorwaardelijk voor het advies van het Zorginstituut². Met deze adviesaanvraag vraag ik u invulling te geven aan de derde randvoorwaarde van de programmalijn.

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

Doel adviesaanvraag

Het doel van deze adviesaanvraag is om een onderbouwd advies te krijgen over wat de meest passende manier om de bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in te richten kan zijn, wat ook de huidige bekostiging kan zijn. Zodat eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg optimaal kan bijdragen aan de maatschappelijke opgaven zoals aangegeven in het *Kader Passende zorg*³.

Inhoud advies

Zoals in het *Kader Passende zorg* staat aangegeven, speelt bekostiging van zorg een belangrijke rol in de beweging naar passende zorg. Daarom is het van belang dat bekeken wordt of de huidige bekostiging voor eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg past bij de beweging naar een passende aanspraak voor deze zorg. Daarom vraag ik u, conform de programmalijn van het Zorginstituut, mij te adviseren over wat een passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg kan zijn per 1 januari 2025.

¹ Kamerstuk 29689, nr. 1136.

² Kamerstuk 29689, nr. 1179.

³ Kamerstuk 31765, nr. 649.



Afbakening

Ik vraag uw advies voor een passende bekostiging voor alle eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg, ongeacht of mensen deze zorg zelf moeten betalen en ongeacht of het vergoed wordt vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet of de aanvullende verzekering. De bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg in het kader van de Wet langdurige zorg valt buiten de scope van het advies. Het advies beperkt zich tot de mogelijkheden die de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) ziet om vanaf 1 januari 2025 de bekostiging vorm te geven als de meest passende bekostiging. Dat wil zeggen: binnen de kaders van bestaande wetgeving (als de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet), maar met eventuele nieuwe aanwijzingen en aanpassingen van beleidsregels.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Team Beleid B

Er spelen verschillende knelpunten rondom eerstelijns fysio- en oefentherapie omtrent de houdbaarheid van deze zorg. Zo spelen er discussies over contractering en prijsafspraken tussen fysio- en oefentherapeuten en zorgverzekeraars, de toegankelijkheid van zorg naar aanleiding van de aanspraak en het behoud van voldoende geschoolde fysio- en oefentherapeuten. Niet alle problemen kunnen met bekostiging worden opgelost. Daarom vraag ik u om transparant te maken of en, zo ja, hoe de bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg invloed kan hebben op de hiervoor gesignaleerde knelpunten.

Aandachtspunten

In het advies moet tenminste terugkomen welke bekostiging passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg het best faciliteert en stimuleert, en wat de (on)bedoelde voor- en nadelen zijn van de meest realistische opties.

Ik verzoek u dit advies op te stellen met inachtneming van:

- de programmalijn van het Zorginstituut zoals opgenomen in het adviesrapport *Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket*;
- relevante beleidsontwikkelingen volgend uit het *Integraal Zorgakkoord* (IZA) en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO);
- Voortschrijdend inzicht, zoals uitkomsten van de *Bestuurlijke Overleggen Passende Aanspraak Fysio- en Oefentherapeutische Zorg* en uitkomsten van overleggen op werkgroep- en bureauniveau.

Fraude- en handhavingstoets

Ik vraag u om voor de door u geadviseerde bekostigingsmodellen een fraude- en handhavingstoets uit te voeren om de frauderisico's bij wijziging van de bekostigingssystematiek voldoende te kunnen afwegen.

- Zijn de gehanteerde definities voor de ondertoezichtstaanden en handhavende organisaties eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke niet?
- Welke mogelijkheden op fouten en fraude biedt de voorliggende ontwerpregelgeving?
- Hoe groot schat u de kans in dat de mogelijkheden op fouten en fraude zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact? (risico = laag/middel/hoog)?



- Welke beheersmaatregelen zijn volgens u mogelijk ten aanzien van het voorkomen en bestrijden van de geïdentificeerde mogelijkheden op fouten en fraude?
- Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van, het toezicht op en de handhaving van de ontwerpregelgeving voldoende controle en handhavingsmogelijkheden zoals sancties en maatregelen? Zijn er lacunes zoals gegevensuitwisseling die niet mogelijk is op grond van (privacy)wetgeving? Zo ja, welke?

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Team Beleid B

Procesafspraken

Gezien het belang van de vraagstelling in dit advies voor het traject 'Naar een passende aanspraak fysio en oefentherapie', verzoek ik u om een proces in te richten dat voorziet in een constructieve opdrachtgever opdrachtnemer relatie en waarbij, zoals gebruikelijk, de inzichten van veldpartijen en het Zorginstituut te benutten voor uw advies en hen zo nodig nauw bij het adviestraject te betrekken. Het in te richten proces zou onderdeel uit kunnen maken van de reeds bestaande overleggen op werkgroep en bureauniveau.

Als laatste verzoek ik u om het advies uiterlijk 1 december 2023 op te leveren en deze ook met het Zorginstituut te delen. Dit conform het aangepaste plan van aanpak *Naar een passende aanspraak voor eerstelijns fysio en oefentherapie* en geaccordeerd tijdens het *Bestuurlijk Overleg Passende Aanspraak Fysio en Oefentherapeutische Zorg* van 29 november 2022.

Tot slot

Ik ga ervan uit dat de kosten die gemoeid zijn met deze vraag kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbaar gestelde middelen en voor zover dit niet het geval is, dit wordt meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning en control cyclus tussen de NZa en VWS.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur generaal Curatieve Zorg,

Barbara Goezinne

Bijlage 6 – Cijfermatige onderbouwing van de PAFOZ bouwstenen

Samenvattende tabel

In tabel 1 hieronder worden alle bouwstenen met de totale uitgaven onder elkaar gezet, met een uitsplitsing van de aanvullende en basisverzekering. Een gedetailleerde toelichting per bouwsteen volgt daaronder.

Tabel 1. Uitgaven per bouwsteen fysio- en oefentherapie vanuit AV en BV in 2022

Bouwstenen	Uitgaven 2022	Toelichting
Vergoeding uit de aanvullende verzekering		
1. Kortdurende fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie	€ 224,9 miljoen	<ul style="list-style-type: none"> • Volwassenen tussen de 18-70 jaar; • Volwassenen van 70 jaar en ouder zie bouwsteen 5; • Uitgaven zijn exclusief de eerste twee declaraties, zie hiervoor bouwsteen 6.
2. Langdurige fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie	€ 236,2 miljoen	<ul style="list-style-type: none"> • Volwassenen tussen de 18-70 jaar; • Volwassenen van 70 jaar en ouder zie bouwsteen 5; • Uitgaven zijn exclusief de eerste twee declaraties, zie hiervoor bouwsteen 6.
3. Fysio- en oefentherapie die tweedelijns-zorg kan voorkomen of vervangen	€ 3 miljoen	
4a. Fysio- en oefentherapie bij reeds geduide aandoeningen uit de wachtkamer		Uitgaven zitten verdisconteerd in bouwsteen 1, 2 en 5.
4b. Voorwaardelijke toelatingstrajecten	€ 69 miljoen (Kosten vallen onder de basisverzekering)	
5. Fysio- en oefentherapie als onderdeel van reablement voor ouderen (70+) zonder chronische indicatie	€ 190,3 miljoen	Uitgaven zijn exclusief de 1 ^e twee declaraties, zie hiervoor bouwsteen 6.
6. Fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat van volwassenen	€ 293,4 miljoen	Bestaande uit de 1 ^e twee declaraties van: <ul style="list-style-type: none"> • Bouwsteen 1: € 163,4 miljoen • Bouwsteen 2: € 32,3 miljoen • Bouwsteen 5: € 56,3 miljoen • Patiënten met max. 2 behandelsessies: €41,5 miljoen
7. Eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties	€ 91 miljoen	
Vergoeding uit de basisverzekering		
8. Fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd	€ 69 miljoen	
9. Fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties voor volwassenen	€ 368 miljoen	Uitgaven zijn exclusief eerste twintig behandelsessies
10. Fysio- of oefentherapie voor kinderen/ jongeren tot 18 jaar	€ 161 miljoen (waarvan € 37 miljoen wegens chronische indicatie)	
Totaal	1,71 miljard	
Aanvullende verzekering	1,04 miljard	
Basisverzekering	0,67 miljard	



Inleiding

In 2022 is in totaal 1,75¹ miljard euro aan fysio- en oefentherapie gedeclareerd. Hiervan was €0,67 miljard vanuit de basisverzekering (ofwel Zorgverzekeringswet (Zvw)) gedeclareerd en €1,08 miljard vanuit de aanvullende verzekering. Het Zorginstituut heeft met betrokken partijen een aantal zogenaamde *bouwstenen* vastgesteld, om te kwantificeren hoe dit bedrag grotendeels is opgebouwd. In dit document wordt per bouwsteen de uitgaven berekend, voornamelijk op basis van de gedeclareerde uitgaven aan fysio- en of oefentherapie in 2022. Hierbij wordt beschreven welke aannames zijn gedaan en welke literatuur en/of data hiervoor is gebruikt.

Er zijn in totaal 10 bouwstenen vastgesteld. Ten eerste worden de uitgaven aan de bouwstenen die nu ten laste van de aanvullende verzekering worden gedeclareerd beschreven (bouwstenen 1-7) en vervolgens de bouwstenen gedeclareerd vanuit de basisverzekering (bouwstenen 8-10).

Voor de meeste bouwstenen hebben we gebruikt gemaakt van de Vektis-data. Dit zijn declaratiegegevens, waarin onder meer nagenoeg alle declaraties van eerstelijns paramedische zorg te vinden zijn. Analyse op deze data is door het Zorginstituut zelf uitgevoerd. Daar waar we de uitgaven niet uit de Vektis-data konden halen, hebben we gerekend met een tarief van €38 per zitting fysio- of oefentherapie. De Vektis-data is nagenoeg volledig gevuld, maar het vormt niet de absolute weerspiegeling van de zorgpraktijk. De betrouwbaarheid van de data is groot, maar registratiefouten, ontbrekende declaraties en interpretatiefouten kunnen ervoor zorgen dat de data er anders uitzien en geïnterpreteerd worden dan dat de praktijk is.

Declaratiedata zijn persoonsgegevens. Deze worden weliswaar gepseudonimiseerd aangeleverd, maar desondanks is het van belang dat de data conform AVG gerapporteerd en gedeeld worden. Dat betekent dat de gegevens in deze rapportage niet herleidbaar zijn tot een verzekerde, zorgaanbieder, zorginstelling, verzekeraar en dergelijke.

¹ In de samenvattende tabel op pagina 2 wordt een totaal gedeclareerd bedrag van 1,71 miljard gepresenteerd (1,04 miljard AV en 0,67 miljard BV). Dit verschil is enerzijds te verklaren door afrondingsverschillen en anderzijds doordat niet alle declaraties uit de AV in de bouwstenen zijn opgenomen, waarvan de hoogste uitgaven uit de AV buiten de bouwstenen de eerste 20 behandelingen van patiënten met een chronische indicatie zijn (CSI-code 008).

Bouwsteen 1: Kortdurende fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie.

Deze bouwsteen omvat zorg bij een grote hoeveelheid indicaties (aandoeningen) waarbij een kortdurende fysio- of oefentherapeutische interventie wordt toegepast. De groep patiënten van 70 jaar en ouder is hier buiten beschouwing gelaten, de behandeltrajecten van deze groep worden gepresenteerd in bouwsteen 5. De zorg bestaat uit behandeltrajecten met 1 tot maximaal 11 behandelsessies. Daarin vindt diagnostiek plaats, vaak gevolgd door enkele sessies voor instructie, ondersteuning en behandeling. In overleg met de betrokken partijen zijn we er bij deze bouwsteen van uitgegaan dat de fysio- of oefentherapeut in de eerste twee gedeclareerde behandelsessies triage en diagnostiek heeft uitgevoerd. We laten daarom de eerste twee behandelsessies van deze bouwsteen hier buiten beschouwing en we presenteren dit in bouwsteen 6, die specifiek over triage en diagnostiek gaat.

Bij de analyse van Vektis-data hebben we gekeken naar het aantal kortdurende behandeltrajecten² bij patiënten van 18-70 jaar met declaraties uit de aanvullende verzekering (AV). De behandeltrajecten die patiënten zelf betalen (en dus niet via een AV declareren blijven buiten beschouwing, omdat data hierover ontbreken). Concreet hebben we een *kortdurend behandeltraject* gedefinieerd als: een behandeltraject met CSI-code 09 en minder dan 12 sessies. In totaal zijn er in 2022 bij 1,63 miljoen volwassen patiënten kortdurende behandelafleveringen gedeclareerd, met totale uitgaven van € 224,9 miljoen.

Tabel 2 Aantal en uitgaven trajecten minder met dan 12 sessies in 2022

Leeftijd	18-70	Volwassen van 70 jaar en ouder zie bouwsteen 5
Aantal sessies	3-11 sessies	1 ^e twee behandelsessies zijn opgenomen in bouwsteen 6
Patiënten	1,63 miljoen	Patiënten met maximaal 2 behandelsessies zijn opgenomen in bouwsteen 6
Uitgaven	€ 224,9 miljoen	Uitgaven zijn exclusief de 1 ^e twee declaraties, zie hiervoor bouwsteen 6

Bron: Zorginstituut Nederland, 2023, aangeleverd via Vektis

Bouwsteen 2: fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie

Deze bouwsteen omvat zorg bij een kleinere groep indicaties (aandoeningen) waarbij een behandeltraject van meer dan 11 behandelsessies fysio- of oefentherapie wordt toegepast. De groep patiënten van 70 jaar en ouder is hier buiten beschouwing gelaten, de behandeltrajecten van deze groep worden gepresenteerd in bouwsteen 5. Zorg bij aandoeningen die op de lijst met chronische indicaties staan behoort niet tot deze bouwsteen (zie bouwsteen 9). In overleg met de betrokken partijen zijn we er bij deze bouwsteen van uitgegaan dat de fysio- of oefentherapeut in de eerste twee gedeclareerde behandelsessies triage en diagnostiek heeft uitgevoerd. We laten daarom de eerste twee behandelsessies van deze bouwsteen hier buiten beschouwing en we presenteren dit in bouwsteen 6.

² Het gaat hier dus niet om *nieuwe* behandeltrajecten, waarbij er alleen trajecten worden geteld met een behandelvrije periode van 90 dagen per patiënt. Dat zou uitkomen op €514 in totaal voor kortdurende trajecten en dus 7,8% minder uitgaven.

Deze bouwsteen is op dezelfde manier berekend als bouwsteen 1, alleen in dit geval hebben *langdurend behandeltraject* gedefinieerd als: een behandeltraject met CSI-code 09 en meer dan 11 sessies. Ook hier hebben we alleen gekeken naar de leeftijdsgroep van 18 tot 70 jaar. In totaal is er in 2022 voor 445.962 patiënten van 18-70 € 248,4 miljoen gedeclareerd.

Tabel 3 Aantal en uitgaven trajecten met meer dan 11 sessies in 2022

Leeftijd	18-70	Volwassenen van 70 jaar en ouder zie bouwsteen 5
Aantal sessies	> 11 sessies	1 ^e twee behandelsessies zijn opgenomen in bouwsteen 6
Patiënten	424.537	Patiënten met maximaal 2 behandelsessies zijn opgenomen in bouwsteen 6
Uitgaven	€ 236,2	Uitgaven zijn exclusief de 1 ^e twee declaraties, zie hiervoor bouwsteen 6.

Bron: Zorginstituut Nederland, 2023, aangeleverd via Vektis

Bouwsteen 3: Fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen

Substitutiepotentieel

Deze bouwsteen omvat zorg bij de indicaties meniscus- of voorste kruisbandletsel van de knie en hartaandoeningen waarvoor hartrevalidatie noodzakelijk is. De budget impact van deze bouwsteen hebben we gebaseerd op het Equalis rapport "Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet fysio- en oefentherapie"³. In dit rapport zijn de op substitutiewinst onderzochte aandoeningen COPD, coronair lijden, ziekte van Parkinson, en knieletsel (voorste kruisbandletsel en degeneratief meniscusletsel). Gezien het feit dat FT/OT al vergoed wordt voor COPD en ziekte van Parkinson (laatste vanaf de 21ste behandeling), wordt dit mogelijke substitutiepotentieel al (grotendeels) verzilverd en zijn de uitgaven vanuit de basisverzekering (BV) al gemaakt. Daarom schenken we in deze bouwsteen alleen aandacht aan de onderstaande drie aandoeningen uit het Equalis rapport:

- Coronair lijden⁴: hartrevalidatie na een behandeling voor coronair lijden kan een positieve invloed hebben op de kwaliteit van leven, de kans op herhaling in het 1^e jaar verlagen van 35% naar 17,5% en de kans op overlijden verkleinen van 4% naar 2,5%. Hartrevalidatie conform de hiervoor opgestelde richtlijn is multidisciplinair van aard met naast de fysio- of oefentherapeut inzet van bijv. diëtist, psycholoog, of maatschappelijk werker. Een belangrijk onderdeel van de hartrevalidatie is het beweegprogramma dat door de fysio- of oefentherapeut wordt aangeboden. De deelnamegraad aan een hartrevalidatie-traject is nu slechts 30%. Equalis heeft doorberekend wat de substitutiewinst zal zijn indien de deelnamegraad wordt verhoogd naar 40%, 50% en 60%. Het substitutiepotentieel voor coronair lijden wordt dan geschat tussen €14 miljoen en €42 miljoen, afhankelijk van het bereiken van een hogere deelnamegraad door het wegnemen van barrières zoals een ontoereikende verwijzing, patiënten die weigeren deel te nemen, door zorgverzekeringen ingestelde budgetplafonds, gebrek aan faciliteiten, reistijd en onvoldoende maatwerk van interventies.
- Voorste kruisbandletsel: Na een voorste kruisbandletsel is het van belang om de knie eerst tot rust te laten komen. Vervolgens vindt een keuze voor behandeling plaats: operatief (VKB-reconstructie) of conservatief door middel van fysio- of oefentherapie. Equalis concludeert dat er geen of beperkte verschillen in klinische uitkomsten zijn tussen beide behandelmethoden op zowel korte als lange termijn. Equalis gaat ervan uit dat 4.460 van de in totaal 5.575 patiënten in de huidige situatie een VKB-reconstructie ontvangen, bij een deel gevolgd door een post-operatieve fysio- of oefentherapie ter bevordering van het herstel. Door bij al deze patiënten te starten met een conservatieve fysio- en oefentherapiebehandeling,

³ Van Drunen et al. 2021. *Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet fysio- en oefentherapie*. Equalis

⁴ Monodisciplinaire FT/OT-behandeling bij coronair lijden is in 2011 negatief geduid, dus de vraag is in hoeverre deze substitutiewinst realistisch is.

wordt een afname verwacht van het aantal VKB-reconstructies met 25% (laag scenario) tot 50% (hoog scenario) en de daaropvolgende fysio- en oefentherapie. Na aftrek van de behandelkosten van de in opzet conservatieve fysio- en oefentherapie wordt het substitutiepotentieel geschat op €3,1 miljoen tot €8,9 miljoen. De impact is afhankelijk van de effectiviteit van de conservatieve behandeling en de mate waarin patiënten bereid zijn om met een conservatieve FT/OT-behandeling te willen starten.

- Degeneratief meniscusletsel: Er zijn geen significante verschillen in klinische uitkomsten op korte of lange termijn tussen een conservatieve FT/OT-behandeling en een artroskopische (partiële) meniscectomie bij degeneratief meniscusletsel. Equalis stelt dat orthopeden bij veel patiënten zonder slotklachten boven 40 jaar een artroscopie afraden. Hierdoor is het aantal artroscopieën vanwege meniscusletsel in de afgelopen jaren al sterk gedaald. Een conservatieve FT/OT-behandeling bestaat in de recente literatuur uit gemiddeld 16 zittingen in 2 maanden. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 70% van de patiënten met de conservatieve behandeling voldoende geholpen is en dat slechts 30% gedurende of na afloop van de conservatieve behandeling alsnog een meniscectomie ondergaat. Zo'n 70%-75% van alle patiënten met meniscusletsel is ouder dan 40 jaar en een groot deel van hen zou bij afwezigheid van slotklachten in eerste instantie aangewezen zijn op conservatieve FT/OT-behandeling. Met deze informatie schat Equalis dat bovenop de gerealiseerde afname nog ongeveer 5% van de huidige artroscopieën wegens meniscusdegeneratie voorkomen kan worden, door te starten met een conservatieve FT/OT-behandeling. Dit gaat gepaard met een substitutiewinst van €2,1 miljoen tot €2,8 miljoen.

Equalis gaat bij de verschillende aandoeningen voor een deel van de patiënten uit van een relatief laag aantal behandelingen. Omdat het niet realistisch lijkt dat bij deze lage aantallen FT/OT-behandelingen zodanig grote effecten worden bereikt dat substitutie van zorg gerealiseerd kan worden, houden wij in deze bouwsteen rekening met de door Equalis benoemde ondergrenzen van substitutiewinst. Hiermee komen we op een substitutiepotentieel van in totaal € 19,2 miljoen.

Tabel 4 Substitutiepotentieel van FT/OT bij drie aandoeningen

Aandoening	Coronair lijden	Voorste kruisbandletsel	Degeneratief meniscusletsel	Totaal per Jaar
Substitutiewinst	- €14 miljoen	- €3,1 miljoen	- €2,1 miljoen	- €19,2 miljoen

Bron: Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet fysio- en oefentherapie, 2021. Equalis

Uitgaven Fysio- en oefentherapie

We hebben in de Vektis data gekeken naar de aantallen patiënten en uitgaven van fysio- en oefentherapie vanwege coronair lijden, voorste kruisbandletsel en degeneratief meniscusletsel in 2022. Hiertoe hebben wij de onderstaande diagnose(groep)codes geselecteerd:

- Diagnosecodes knieletsel:

7903 – Gecombineerd Knie/ Onderbeen/ Voet - Meniscectomie, synovectomie

7922 – Gecombineerd Knie/ Onderbeen/ Voet - Chondropathie / arthropathie / meniscuslaesie

7933 – Gecombineerd Knie/ Onderbeen/ Voet - Spier-, peesruptuur / haematoom

7934 - Gecombineerd Knie/ Onderbeen/ Voet - Hydrops / haemarthos / haematoom

- Diagnosegroepcodes coronair lijden:

40 - Inwendige organen thorax - Hartaandoeningen

41 – Inwendige organen thorax - Myocard-infarct (AMI)

De uitgaven waren in 2022 € 3 miljoen voor fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen. Er werd € 0,5 miljoen (1.931 patiënten) vergoed voor uitgaven van fysio- of oefentherapeutische behandeling voor meniscus- of kruisbandletsel van de knie en € 2,5 miljoen (6.895 patiënten) voor behandeling voor hartaandoeningen (coronair lijden).

Bouwsteen 4: Fysio- en oefentherapie bij aandoeningen uit de wachtkamer

De omvang van in 2022 verleende zorg voor de indicaties uit de wachtkamer is al verdisconteerd in de bouwstenen 1 'Kortdurende behandeltrajecten' en 2 'Langdurige behandeltrajecten' bij volwassenen met niet-chronische indicaties (zie in tabel 1, bouwsteen 4a), met uitzondering van de indicaties waarvoor een voorwaardelijk toelatingstraject is ingesteld (zie in tabel 1, bouwsteen 4b). Dit zijn Reumatoïde artritis (RA), Paramedische herstelzorg na COVID-19 (PMHC) en spondyloartritis. De uitgaven van voorwaardelijke toelatingstrajecten zijn meegerekend onder de basisverzekering.

De Budget Impact van Reumatoïde Artritis (RA) wordt geschat op een uitgavenstijging voor de basisverzekering van € 2,2 miljoen. Deze zijn overgenomen uit het standpunt van RA⁵. De uitgaven aan de paramedische herstelzorg na een COVID-19-infectie zijn in de Vektis-data geselecteerd op basis van hun respectievelijke CSI-codes 020 en 021. De uitgaven bedroegen in 2022 in totaal € 67 miljoen. De uitgaven voor spondyloartritis uit het voorwaardelijk toelatingstraject zijn nog niet bekend.

Bouwsteen 5: Fysio- en oefentherapie als onderdeel van reablement voor ouderen (70+) zonder chronische indicatie

In de literatuur vallen kwetsbare patiënten van 70 jaar of ouder met een mobiliteitsvraagstuk onder de definitie van *reablement*. Voor cijfermatige uitwerking van deze bouwsteen kon geen rekening worden gehouden met deze specifieke patiëntkarakteristieken. Deze bouwsteen omvat zorg bij een groot aantal indicaties (aandoeningen) waarbij een kortdurend of langdurig fysio- of oefentherapeutisch behandeltraject wordt toegepast bij oudere patiënten (70 jaar en ouder) zonder chronische indicatie. We weten echter niet hoe groot het percentage is van kwetsbare patiënten met een hulpvraag gericht op mobiliteit. Hiervoor is nader onderzoek nodig. In overleg met de betrokken partijen zijn we er bij deze bouwsteen van uitgegaan dat de fysio- of oefentherapeut in de eerste twee gedeclareerde behandel sessies triage en diagnostiek heeft uitgevoerd. We laten daarom de eerste twee behandel sessies van deze bouwsteen hier buiten beschouwing en we presenteren dit in bouwsteen 6.

In de Vektis-data is gekeken naar het aantal unieke datums van een gedeclareerde prestatiecode per verzekerde in 2022, in de FT/OT-zorg, vergoed vanuit de aanvullende verzekering voor patiënten van 70 jaar en ouder. In 2022 ontvingen 740.551 volwassenen van 70 jaar en ouder zonder chronische indicatie fysio- of oefentherapie, waaronder 550.368 met een kortdurend behandeltraject (minder dan 11 behandel sessies) en 190.183 patiënten een langduriger behandeling (meer dan 11 behandel sessies). De uitgaven waren in 2022 €190,3 miljoen.

Tabel 5 Aantal en uitgaven trajecten bij ouderen (70+) in 2022

Leeftijd	70+	
Aantal sessies	>3	1 ^e twee behandel sessies zijn opgenomen in bouwsteen 6.
Patiënten	740.551	
Uitgaven	€ 190,3 miljoen	Uitgaven zijn exclusief de 1 ^e twee declaraties, zie hiervoor bouwsteen 6.

Bron: Zorginstituut Nederland, 2023, aangeleverd via Vektis

⁵ Standpunt Zvw Langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen, nog niet gepubliceerd.

Bouwsteen 6: Fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat van volwassenen

Bij deze bouwsteen kijken we hoeveel uitgaven vanuit de basisverzekering gemoeid zijn wanneer we de eerste twee consulten zouden vergoeden voor patiënten zonder chronische indicatie of aandoening die genoemd wordt in artikel 2.6 Bzv, die nu FT/OT vanuit de AV betalen. Hierbij is gekeken naar het totaal aantal patiënten in de Vektis-data met FT/OT-zorg vanuit de aanvullende verzekering, zonder een chronische indicatie in 2022. Dit gaat om 3,83 miljoen patiënten. De uitgaven aan het vergoeden van 2 sessies ten behoeve van consultatie, diagnostiek, instructie en indiceren van preventie zou neerkomen op €293,4 miljoen.

Tabel 6 Aantal en uitgaven trajecten meer dan 11 sessies in 2022

Leeftijd	18+	
Aantal sessies	1 tot 2	Indien meer behandelsessies dan zijn de kosten vanaf de 3 ^e behandelsessie opgenomen in bouwsteen 1, 2 of 5
Patiënten	3,86 miljoen	
Uitgaven	€ 293,4 miljoen	Bestaande uit de 1 ^e twee declaraties van: <ul style="list-style-type: none"> • Bouwsteen 1: € 163,4 miljoen • Bouwsteen 2: € 32,3 miljoen • Bouwsteen 5: € 56,3 miljoen • Patiënten max. 2 behandelsessies: €51 miljoen

Bron: Zorginstituut Nederland, 2023, aangeleverd via Vektis

Bouwsteen 7: Eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties

Om na te wat de budget impact is wanneer de vergoeding van de eerste 20 FT/OT-behandelingen bij patiënten met een chronische indicatie in het basispakket wordt opgenomen, hebben we in de Vektis-data gekeken naar het aantal patiënten dat fysio- of oefentherapie krijgt wegens een chronische indicatie *vanaf de 21ste behandeling* (CSI-code 001). We zijn niet uitgegaan van het aantal patiënten dat vanuit de AV vergoeding heeft ontvangen voor (een deel van) de eerste twintig FT/OT-behandelingen, omdat niet alle patiënten een AV hebben en zelf deze zorg hebben betaald.

Het aantal nieuwe patiënten met een chronische indicatie dat in 2022 vanuit de BV vergoeding (vanaf de 21^{ste} behandeling) heeft ontvangen, bedraagt 119.900. Voor de eerste 20 behandelingen bij deze patiënten komen we uit op €91 miljoen (bij een tarief per sessie van €38).

In 2022 heeft het Zorginstituut ook analyses uitgevoerd op declaratiedata van fysio- en oefentherapie om een raming te kunnen doen over wat de totale uitgaven zullen zijn als we de eerste 20 sessies van alle chronische indicaties (al dan niet tot een bepaald bedrag) zouden vergoeden vanuit de Zorgverzekeringswet. Destijds ging het Zorginstituut uit van €185 miljoen aan extra uitgaven. Hierbij zijn een aantal aannames gedaan, die we nu, op basis van recentere data en voortschrijdend inzicht, hebben kunnen weerleggen. Er is namelijk uitgegaan van een sterke aanzuigende werking van het vergoeden van FT/OT vanuit de basisverzekering: toename van het aantal patiënten van 20%. Als we deze aanname loslaten, komen we uit op €93 miljoen euro aan meeruitgaven voor de eerste 20 behandelingen van de chronische lijst op basis van de meest actuele data destijds. Het bedrag dat in 2022 genoemd werd is op basis van de *schatting* van de uitgaven van 2022. Destijds waren er nog geen cijfers van de uitgaven van 2022. Het ging om een stijging van 25,5% van de uitgaven.

Overige aannames die destijds gedaan zijn:

- Stijging totale uitgaven 2019 – 2022 van 10%

- Alleen volwassenen van 18 jaar en ouder meegenomen
- Toename aantal patiënten van 20%.

Bouwsteen 8: Fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd

Bij deze bouwsteen hebben we geraamd hoeveel extra uitgaven er vanuit de Zvw zullen zijn als we alle beperkingen op aantallen en duur bij de aandoeningen die in artikel 2.6 Bzv genoemd worden loslaten. Deze aandoeningen (urine-incontinentie, perifeer arterieel lijden, knie- en heupartrose en COPD) zijn in de Vektis-data vanuit de BV geselecteerd op basis van hun overeenkomstige CSI-code. In totaal zijn in 2022 132.933 volwassen patiënten met één van deze aandoeningen behandeld met fysio- of oefentherapie. De kosten waren in 2022 € 69 miljoen voor fysio- en oefentherapie bij deze aandoeningen vergoed uit de basiszorgverzekering. Wij verwachten dat bij het opheffen van de beperking de kosten zullen stijgen met € 6,5 miljoen voor fysio- en oefentherapie bij deze vier aandoeningen (het gemiddelde van de totale verwachte uitgavenstijging in tabel 4). Per aandoening hebben we deze ramingen als volgt gemaakt:

- Urine-incontinentie (UI): Er waren in 2022 ruim 20.609 unieke patiënten met FT/OT-behandelingen voor UI (CSI-code 010). Per patiënt worden nu maximaal 9 sessies vergoed. Analyse op de declaratiedata uit 2022 laat zien dat 23% van de patiënten op of boven die 9 sessies zit. Op basis daarvan nemen we aan dat voor 77% van de patiënten 1-8 sessies blijkaar voldoende waren en dat 23% van de patiënten mogelijk meer dan 9 sessies nodig zal gaan hebben. We maken de raming over 5 of 10 extra sessies, immers we weten niet precies hoeveel extra behandelingen patiënten zullen gaan krijgen als er geen beperking meer is. De extra uitgaven bedragen dan $0,23 \cdot (20.609 \cdot 5 \cdot 38)$ en $0,23 \cdot (20.609 \cdot 10 \cdot 38)$. Zie tabel 4 hieronder.
- Perifeer arterieel vaatlijden (PAV): Er waren in 2022 ruim 22.127 patiënten met FT/OT-behandelingen wegens PAV (CSI-code 011). Per patiënt worden nu maximaal 37 sessies vergoed. Bij PAV ontving in 2022 23% van de patiënten 37 sessies of meer. We maken de raming over 5 of 10 extra sessies, immers we weten niet precies hoeveel extra behandelingen patiënten zullen gaan krijgen als er geen beperking meer is. De extra kosten bedragen dan $0,23 \cdot (22.127 \cdot 5 \cdot 38)$ en $0,23 \cdot (22.127 \cdot 10 \cdot 38)$.
- Knie- en heupartrose: Er waren in 2022 47.810 patiënten met FT/OT-behandelingen wegens knie- of heupartrose (CSI-code 012). Per patiënt worden nu maximaal 12 sessies vergoed. 48% van de patiënten zit op of boven dit aantal. Bij artrose gaan we bij de raming van extra uitgaven uit van max. 4 extra sessies, gebaseerd op de Deense GLA:D-studie⁶. De extra kosten bedragen dan $0,48 \cdot (47.810 \cdot 4 \cdot 38)$.
- COPD: voor deze analyse hebben we CSI-code 013 (startjaar COPD risicogroep A, eenmalig max. 5 behandelingen gedurende 12 maanden) en CSI-code 014 (startjaar COPD risicogroep B1, eenmalig maximaal 27 behandelingen gedurende 12 maanden) samengenomen, evenals CSI-code 015 (startjaar COPD risicogroep C/D, eenmalig max. 70 behandelingen) en CSI-code 018 (startjaar COPD-risicogroep B2, eenmalig max. 70 behandelingen gedurende 12 maanden). Voor de risicogroep A/B1 geldt dat 30% van de patiënten 27 of meer behandelingen heeft ontvangen. Voor risicogroep B2/C/D is het percentage dat 70 of meer behandelingen heeft ontvangen 2%. De overige CSI-codes voor COPD omvatten onderhoudsbehandelingen en gezien het feit dat de richtlijn hierover zegt dat gemiddeld één FT/OT-behandeling per week in de onderhoudsfase voldoende is, gaan we er niet vanuit dat hier extra vraag naar zal zijn. De A- en B1 klassen tellen ongeveer 3.000 patiënten per jaar. De B2-, C- en D-klassen tellen 10.000 patiënten per jaar. We maken de raming over 5 of 10 extra sessies, immers we weten niet precies hoeveel extra behandelingen patiënten zullen gaan krijgen als er geen beperking meer is. De extra uitgaven bedragen dan

⁶ Skou, S.T., Roos, M.R. 2017. *Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide*. BMC Musculoskeletal Disorders volume 18:72

voor de lagere klassen $0,3 \cdot (3.000 \cdot 5 \cdot 38) = \text{€}171.000$ of $0,3 \cdot (3.000 \cdot 10 \cdot 38) = \text{€}342.000$; en voor de hogere klassen $0,02 \cdot (10.000 \cdot 5 \cdot 38) = \text{€}38.000$ tot $0,02 \cdot (10.000 \cdot 10 \cdot 38) = \text{€}76.000$. In tabel 7 is een samenvatting van de extra uitgaven per aandoening gegeven.

Tabel 7. Budget Impact van het loslaten van de beperkende voorwaarden voor FT/OT op 4 aandoeningen in het basispakket

	Urine-incontinentie	Perifeer arterieel lijden	Knie- en heupartrose	COPD klasse laag	COPD klasse hoog	Totaal
Aantal patiënten	4.740	5.089	22.948	900	200	
Uitgaven 5 extra sessies	€ 900.613	€ 966.950	-	€ 171.000	€ 38.000	
Uitgaven 10 extra sessies	€ 1.801.227	€ 1.933.900	-	€ 342.000	€ 76.000	
Uitgaven 4 extra sessies artrose	-	-	€ 3.488.218	-	-	
Extra uitgaven	€ 0,9 miljoen – € 1,8 miljoen	€ 1,0 miljoen – € 1,9 miljoen	€ 3,5 miljoen	€ 0,1 miljoen – € 0,3 miljoen	€ 0,04 miljoen – € 0,08 miljoen	€ 5,5 miljoen – € 7,6 miljoen

Bron: Zorginstituut Nederland, 2023, aangeleverd via Vektis

Bouwsteen 9: Fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties voor volwassenen

Deze bouwsteen omvat zorg voor patiënten met een chronische indicatie die is opgenomen in bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv. Fysio- of oefentherapie wordt bij deze indicaties vergoed uit de basiszorgverzekering, met uitzondering van de eerste twintig behandelingen van het totale behandeltraject (ook als dit meerdere jaren doorloopt).

Deze groep patiënten zijn geselecteerd in de Vektis-data door CSI-code 001 (indicatie die voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering, vanaf de 21ste behandeling volgend op CSI 008) en leeftijd 18 jaar of ouder.

In 2022 werd voor 305.710 patiënten met een chronische indicatie fysio- of oefentherapie vergoed vanaf de 21^{ste} behandeling. De uitgaven waren in 2022 € 368 miljoen voor fysio- en oefentherapie bij de chronische indicaties vergoed uit de basiszorgverzekering.

Bouwsteen 10: Fysio- of oefentherapie voor kinderen/jongeren tot 18 jaar

Deze bouwsteen omvat zorg voor kinderen tot 18 jaar, voor wie fysio- en oefentherapeutische zorg vanwege een chronische indicatie vergoed wordt. Deze groep patiënten is geselecteerd uit de Vektis-data op basis van de CSI-code: 001 (alle behandelingen die onder de chronische indicatie vallen. In tegenstelling tot volwassenen hoeven kinderen de eerste 20 behandelingen niet zelf te betalen) en leeftijd van 17 jaar en jonger. De kinderen zonder chronische indicatie zijn geselecteerd op basis van de CSI-codes 004, 005, 006 en 007, die het aantal verzekerde sessies fysio- dan wel oefentherapie weerspiegelen.

In 2022 ging het in totaal om 460.072 kinderen onder de 18 jaar die vanuit de basisverzekering fysio- en/of oefentherapie vergoed hebben gekregen. Bij kinderen zonder chronische indicatie komen de eerste 9 behandelingsessies fysiotherapie en oefentherapie in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket, en bij onvoldoende resultaat nog eens maximaal 9 behandelingsessies. Bij kinderen met een chronische indicatie komen alle fysio- en oefentherapeutische behandelingen voor vergoeding in aanmerking (inclusief de eerste twintig behandelingsessies van een behandeltraject). In totaal waren de uitgaven € 161 miljoen in 2022 voor fysio- en oefentherapie bij kinderen tot 18 jaar. Hiervan hield in totaal € 37 miljoen bij 42.119 kinderen verband met een chronische

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer J. Wijma
Postbus 320
1110 AH Diemen

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Team Beleid B

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Kenmerk
3703572-1054707-Z

Bijlage(n)

-

Datum 11 oktober 2023
Betreft Nadere explicitering *Adviesaanvraag fysio- en oefentherapie* op het onderdeel maatschappelijke impact

Geachte heer Wijma,

In het traject 'Naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie'¹ werkt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samen met relevante veld- en overheidspartijen aan het realiseren van toegankelijke, waardegedreven, kwalitatief goede en betaalbare eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg voor iedereen die deze zorg nodig heeft. Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) is op 15 november 2021 als onafhankelijke pakketautoriteit verzocht om een advies uit te brengen over een passende aanspraak fysio- en oefentherapie². Naar verwachting levert u dit advies eind dit jaar op.

Tijdens het *Bestuurlijk Overleg Passende Aanspraak Fysio- en Oefentherapeutische Zorg* van 13 juni jl. is het belang van het belichten van de maatschappelijke impact van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in uw eindadvies besproken. De motie van de leden Ellemeet (GroenLinks) en Van den Berg (CDA) aangenomen op 5 juli jl. tijdens het *Plenair debat - Tweeminutendebat Zorgverzekeringsstelsel (CD 21/6)*³, benadrukt dit belang. Als onderdeel van uw advies wordt de maatschappelijke impact van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg reeds door u beschreven. Met deze verheldering op de adviesaanvraag van 15 november 2021 vraag ik u de maatschappelijke impact van deze zorg, mogelijk meer dan u normaal gesproken doet, expliciet te belichten als onderdeel van uw eindadvies.

Doel nadere explicitering

Het doel is om de maatschappelijke impact – die u al meeneemt in uw eindadvies over de geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in de basisverzekering – explicieter als onderdeel van uw eindadvies te beschrijven.

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

¹ Kamerstuk 29689, nr. 1136.

² Kenmerk: 3279633-1019496-Z.

³ Kamerstuk 29689, nr. 1212.

Inhoud

Zoals ik eerder in de *Kamerbrief versterking eerstelijnszorg* van 17 mei jl.⁴ aangaf, staan fysio- en oefentherapeuten dicht bij de patiënt, focussen ze op het dagelijks functioneren van patiënten en kunnen ze huisartsen, in sommige gevallen medisch specialisten en andere zorgverleners ontlasten. Derhalve is het van belang om de maatschappelijke impact die fysio- en oefentherapeuten hebben op onder andere de participatie van de patiënt in de samenleving te belichten als impact op de toegankelijkheid van zorg. Daarom vraag ik u om binnen uw huidige programmalijn voor het traject 'Naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie' de maatschappelijke impact van de gevolgen van meer eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in het basispakket explicieter te belichten als onderdeel van uw eindadvies.

Afbakening

Ik vraag u om in uw eindadvies voor een passende aanspraak van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in de basisverzekering de maatschappelijke impact van deze zorg kwalitatief te beschrijven en waar mogelijk kwantitatief te onderbouwen. Waar mogelijk zet u de maatschappelijke impact van meer eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in de basisverzekering af tegen de maatschappelijke impact van deze zorg volgens de huidige aanspraak.

Ik verzoek u om binnen uw advies minstens aandacht te geven aan de impact van meer eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in het basispakket op:

- de participatie van patiënten in de samenleving, waarbij u specifiek aandacht heeft voor arbeidsparticipatie;
- de financiële toegankelijkheid van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg, dit ook in relatie tot de financiële toegankelijkheid van zorg in het algemeen. Hierbij gaat het minstens over de impact van het eigen risico, eventuele eigen bijdragen en de aanvullende verzekering op de zorgafname van patiënten. Daarnaast is er aandacht voor de impact van (de hoogte van) de zorgpremie op de burger;
- preventie van zorg.

Procesafspraken

Als laatste verzoek ik u, zoals gebruikelijk, de inzichten van veldpartijen te benutten voor het expliciteren van de maatschappelijke impact van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg en hen zo nodig nauw te betrekken.

⁴ Kamerstuk 33578, nr. 95.

Tot slot

Ik ga ervan uit dat de kosten die gemoeid zijn met deze vraag kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbaar gestelde middelen en voor zover dit niet het geval is, dat deze worden meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning en control cyclus tussen het Zorginstituut en VWS.

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



mw. mr. K.T. Lammertsma

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Team Beleid B



Bijlage 8 - Reacties schriftelijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit rapport zijn de betrokken partijen (zie bijlage 1) uitgenodigd voor een schriftelijke consultatie inclusief beantwoording van de consultatievraag "Deelt u de lijn van de voortgangsrapportage? Waarom wel of waarom niet?". In deze bijlage geven we de antwoorden van partijen op de consultatievraag weer.

In de verwerking van de schriftelijke consultaties heeft het Zorginstituut onderscheid gemaakt tussen consultatiereacties op de inhoud van dit rapport en consultatiereacties op het vervolgproces. Deze laatste gaan niet over de voortgang van de programmalijn en hebben we daarom niet meegenomen in dit rapport. De partijen krijgen ieder een reactie op hoofdlijnen welke afweging het Zorginstituut heeft gemaakt bij de verwerking van de consultatiereacties.

Consultatievraag

Deelt u de lijn van de voortgangsrapportage?
Waarom wel of waarom niet?

Antwoorden

Zorgverzekeraars Nederland: *Zorgverzekeraars Nederland hebben geen inhoudelijk commentaar op deze voortgangsrapportage gegeven.*

Patiëntenfederatie Nederland: De Patiëntenfederatie Nederland steunt de lijn van de voortgangsrapportage. De rapportage geeft goed weer wat de stand van zaken van het gehele PAFOZ traject is en in welke richting het traject zich vanaf hier kan en moet richten.

Beroepsverenigingen: De beroepsverenigingen delen de lijn van de voortgangsrapportage, maar zien graag een duidelijk onderscheid tussen de voortgang van de programmalijn en de bouwstenen die zijn opgenomen om de budgettaire omvang van eerstelijns fysio- en oefentherapie inzichtelijk te maken.

Colofon

Volgnummer 2023042577
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Contactpersoon

██████████

Afdeling Zorg
Team Paramedische, Hulpmiddelen en Mondzorg

Uitgebracht aan Demissionaire minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport