



Chronische lijst voor fysiotherapie

Aanpass

Overzicht verwijsdiagnose gesorteerd op alfabet
ZIEZENFONDSBLAD
 Niet limitatieve lijst met aandeningen voor langdurige of intermitterende fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck
 versie 2.0 3/9

TOELICHTING
 1) 3, 6 of 12 betekent: er bestaat eenmalig aanspraak op behandelend gedurende maximaal 3, 6 of 12 maanden; bij 12 i.a.o. is dit verder beperkt tot 12 maanden in aansluiting op ontslag of revalidatiedagbehandeling (conform art. 3.4); bij 24 i.a.o. bestaat aanspraak op behandeling gedurende maximaal 24 maanden in aansluiting op behandeling.
 2) S betekent: diagnose moet gesteld zijn door specialist.
 C betekent: hulp moet voorgescreven zijn door een overtuigend overeenkomstig de Richtlijnen Herzrevalidatie in Nederland 1995 S'VNA betekent: hulp moet voorgescreven worden door medisch specialist of verpleeghuisarts.
 Voor alle diagnoses geldt:
 De verzekerde heeft slechts aanspraak op de hulp, bedoeld in artikel 1, onder a,b,c, en e, indien van de behandeling genezing, verbetering, vermindering van pijn dan wel behoud van een zo goed mogelijk schadelijke toestand valt te verwachten.
 Artikel 4 lid 3:
 De verzekerde die lijft aan een van de aandeningen, genoemd in artikel 3, eerste lid, heeft slechts aanspraak op meer behandelingen dan het aantal genoemd in artikel 2, indien de aandoening gepaard gaat met stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de psychische versterking of de mobiliteit.

DIAGNOSE	ART. 3.1	TERMINUS II	SPECIALIST 2	ANDERE VERWIJZINGEN
D1	D1	12 i.a.o.	S	
D2	D2	12 i.a.o.	S	
D3	D3	12 i.a.o.	S	
D4	D4	12 i.a.o.	S	
D5	D5	12 i.a.o.	S	
D6	D6	12 i.a.o.	S	
D7	D7	12 i.a.o.	S	
D8	D8	12 i.a.o.	S	
D9	D9	12 i.a.o.	S	
D10	D10	12 i.a.o.	S	
D11	D11	12 i.a.o.	S	
D12	D12	12 i.a.o.	S	
D13	D13	12 i.a.o.	S	
D14	D14	12 i.a.o.	S	
D15	D15	12 i.a.o.	S	
D16	D16	12 i.a.o.	S	
D17	D17	12 i.a.o.	S	
D18	D18	12 i.a.o.	S	
D19	D19	12 i.a.o.	S	
D20	D20	12 i.a.o.	S	
D21	D21	12 i.a.o.	S	
D22	D22	12 i.a.o.	S	
D23	D23	12 i.a.o.	S	
D24	D24	12 i.a.o.	S	
D25	D25	12 i.a.o.	S	
D26	D26	12 i.a.o.	S	
D27	D27	12 i.a.o.	S	
D28	D28	12 i.a.o.	S	
D29	D29	12 i.a.o.	S	
D30	D30	12 i.a.o.	S	
D31	D31	12 i.a.o.	S	
D32	D32	12 i.a.o.	S	
D33	D33	12 i.a.o.	S	
D34	D34	12 i.a.o.	S	
D35	D35	12 i.a.o.	S	
D36	D36	12 i.a.o.	S	
D37	D37	12 i.a.o.	S	
D38	D38	12 i.a.o.	S	
D39	D39	12 i.a.o.	S	
D40	D40	12 i.a.o.	S	
D41	D41	12 i.a.o.	S	
D42	D42	12 i.a.o.	S	
D43	D43	12 i.a.o.	S	
D44	D44	12 i.a.o.	S	
D45	D45	12 i.a.o.	S	
D46	D46	12 i.a.o.	S	
D47	D47	12 i.a.o.	S	
D48	D48	12 i.a.o.	S	
D49	D49	12 i.a.o.	S	
D50	D50	12 i.a.o.	S	
D51	D51	12 i.a.o.	S	
D52	D52	12 i.a.o.	S	
D53	D53	12 i.a.o.	S	
D54	D54	12 i.a.o.	S	
D55	D55	12 i.a.o.	S	
D56	D56	12 i.a.o.	S	
D57	D57	12 i.a.o.	S	
D58	D58	12 i.a.o.	S	
D59	D59	12 i.a.o.	S	
D60	D60	12 i.a.o.	S	
D61	D61	12 i.a.o.	S	
D62	D62	12 i.a.o.	S	
D63	D63	12 i.a.o.	S	
D64	D64	12 i.a.o.	S	
D65	D65	12 i.a.o.	S	
D66	D66	12 i.a.o.	S	
D67	D67	12 i.a.o.	S	
D68	D68	12 i.a.o.	S	
D69	D69	12 i.a.o.	S	
D70	D70	12 i.a.o.	S	
D71	D71	12 i.a.o.	S	
D72	D72	12 i.a.o.	S	
D73	D73	12 i.a.o.	S	
D74	D74	12 i.a.o.	S	
D75	D75	12 i.a.o.	S	
D76	D76	12 i.a.o.	S	
D77	D77	12 i.a.o.	S	
D78	D78	12 i.a.o.	S	
D79	D79	12 i.a.o.	S	
D80	D80	12 i.a.o.	S	
D81	D81	12 i.a.o.	S	
D82	D82	12 i.a.o.	S	
D83	D83	12 i.a.o.	S	
D84	D84	12 i.a.o.	S	
D85	D85	12 i.a.o.	S	
D86	D86	12 i.a.o.	S	
D87	D87	12 i.a.o.	S	
D88	D88	12 i.a.o.	S	
D89	D89	12 i.a.o.	S	
D90	D90	12 i.a.o.	S	
D91	D91	12 i.a.o.	S	
D92	D92	12 i.a.o.	S	
D93	D93	12 i.a.o.	S	
D94	D94	12 i.a.o.	S	
D95	D95	12 i.a.o.	S	
D96	D96	12 i.a.o.	S	
D97	D97	12 i.a.o.	S	
D98	D98	12 i.a.o.	S	
D99	D99	12 i.a.o.	S	
D100	D100	12 i.a.o.	S	

De vergoeding van langdurige fysiotherapie en oefentherapie is geregeld met behulp van de chronische lijst. Patiënten met een aandoening die voorkomt op deze lijst krijgen de behandeling vanaf de tiende zitting vergoed vanuit de basisverzekering. De chronische lijst is in 1996 in werking getreden als een tijdelijke regeling. Nu, anno 2008, wordt de lijst nog steeds gebruikt. Fysiotherapeuten, oefentherapeuten, zorgverzekeraars en patiënten geven regelmatig signalen af over knelpunten die zij ervaren met betrekking tot de chronische lijst. Maar welke knelpunten ervaren zij precies? En welke oplossingen zijn er mogelijk?

▲ Tekst: Bellis van den Berg^a, Carolien Koning^b, Mariëlle Plochg-Holtmann^c

- a. Onderzoeker Zorg bij Regioplan Beleidsonderzoek, Amsterdam
- b. Clusterdirecteur Zorg bij Regioplan Beleidsonderzoek, Amsterdam
- c. Senior onderzoeker Zorg bij Regioplan Beleidsonderzoek, Amsterdam

Fysiotherapie en oefentherapie zijn niet opgenomen in het basispakket. Volwassenen die een fysio- of oefentherapeut bezoeken, moeten de behandeling óf zelf betalen óf moeten zich hiervoor aanvullend verzekeren. Alleen patiënten met een aandoening die voorkomt op de 'Lijst langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefen-

therapie Cesar/Mensendieck' krijgen de behandeling vanaf de tiende zitting vergoed.¹ Deze lijst is sinds 1996 van kracht en is beter bekend als de chronische lijst. Sinds de chronische lijst in werking is getreden worden er vraagtekens gezet bij de werkbaarheid van de regeling.² Fysiotherapeuten, oefentherapeuten en zorgverzekeraars geven regelmatig signalen af over de knelpunten die zij ervaren met betrekking tot de chronische lijst. De laatste jaren doen zich bovendien ontwikkelingen voor in de gezondheidszorg waarin de chronische lijst niet goed past. Het denken in producten, in functiegerichte termen en in ketenzorgprogramma's is steeds meer in zwang geraakt. Daarnaast is preventie een belangrijk onderwerp, waar ook bewegen en fysiotherapeutische zorg deel van uitmaakt.

ONDERZOEK

Om inzicht te krijgen in de knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen liet het College voor zorgverzekeringen (cvz) onderzoek verrichten door Regioplan Beleidsonderzoek. In dit onderzoek is aan fysiotherapeuten, oefen-

Fysiotherapeuten, oefentherapeuten en zorgverzekeraars geven regelmatig signalen af over knelpunten die zij ervaren met betrekking tot de chronische lijst.

en oefentherapie en of veranderen?

therapeuten en zorgverzekeraars gevraagd welke knelpunten zij ervaren met betrekking tot de chronische lijst en welke oplossingen zij zien (zie kader). Uit dit onderzoek kwam een groot aantal knelpunten naar voren die betrekking hebben op verschillende aspecten van de chronische lijst.³

DE INHOUD VAN DE LIJST

Voor de fysiotherapeuten en oefentherapeuten is de inhoud van de chronische lijst een belangrijk probleem. Zij worden in hun praktijk dagelijks geconfronteerd met patiënten met een aandoening die niet voorkomt op de chronische lijst, maar waarvoor wel langdurige therapie nodig is. Doordat de patiënten de behandeling niet krijgen vergoed, lopen zij een financieel risico. Bij aandoeningen als artrose en fibromyalgie kan in veel gevallen de noodzakelijke zorg niet worden geleverd. Verschillende fysiotherapeuten en oefentherapeuten pleiten daarom voor het toevoegen van onder andere deze aandoeningen aan de chronische lijst.

Hierin zien zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, maar ook sommige therapeuten echter geen structurele oplossing. Volgens hen lost deze kaasschaafmethode – een paar aandoeningen erop en een paar eraf – niets op. Zij vinden de aandoening eigenlijk geen goed uitgangspunt en zouden liever de beperkingen in het functioneren, ofwel de zorgvraag, als uitgangspunt nemen.

DE VOORWAARDEN VOOR VERGOEDING

De zorgverzekeraars vinden het een onwenselijke situatie dat de aanspraak op behandeling van veel aandoeningen op de chronische lijst onbeperkt is. Het huidige systeem nodigt noch de patiënt, noch de therapeut uit om te werken naar het einde van de behandeling, aldus de zorgverzekeraars. Zij vinden dat meer dan nu moet worden gewerkt met een behandelplan en pleiten voor het beëindigen van de behandeling nadat het behandelplan is behaald.

De fysiotherapeuten en oefentherapeuten vinden de termijnen die zijn gesteld bij bepaalde aandoeningen juist te kort. Ook patiënten die niet voldoen aan de aanvullende eisen hebben volgens de therapeuten baat bij behandeling. Dit speelt bijvoorbeeld bij de behandeling van bekkeninstabiliteit, waarbij de termijn van drie maanden volgens therapeuten veel te kort is. De therapeuten vinden dat deze aan-

vullende eisen achterwege moeten worden gelaten bij een aanpassing van de chronische lijst.

VERGOEDING

Volgens de zorgverzekeraars moeten niet alle kosten van de behandeling van lijstpatiënten worden vergoed vanuit de basisverzekering. In plaats daarvan willen de zorgverzekeraars onderscheid maken tussen behandeling en onderhoud, waarbij onderhoud voor rekening van de patiënt is. Maar volgens de therapeuten en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen is dit onderscheid in de praktijk nauwelijks te maken. Ook is volgens hen onderhoud erg belangrijk omdat dit kan voorkomen dat patiënten achteruitgaan en opnieuw moeten beginnen met de behandeling.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

De aandoeningen op de lijst komen niet (altijd)

overeen met wat de patiënt als chronisch ervaart.

Hierdoor is de chronische lijst moeilijk uit te leggen aan patiënten, aldus fysiotherapeuten.

zouden bij voorkeur alleen die behandelingen vergoeden waarvan het effect wetenschappelijk is aangetoond. In dit kader merken de therapeuten en de patiëntenverenigingen op dat naar zeldzame aandoeningen, zoals veel spierziekten, geen of weinig onderzoek wordt verricht.

Uit de interviews bleek dat de verschillende partijen het erover eens zijn dat het niet logisch is dat lijstpatiënten de eerste negen behandelingen zelf moeten betalen en de behandeling vanaf de tiende zitting onbeperkt wordt vergoed. Deze regeling staat haaks op het uitgangspunt om noodzakelijke zorg te vergoeden, vindt men.

ADMINISTRATIEVE LASTEN

Therapeuten en zorgverzekeraars zijn ook slecht te spreken over de uitvoerbaarheid van de chronische lijst. Volgens de zorgverzekeraars is de huidige chronische lijst niet goed te automatiseren. En voor therapeuten brengen de verschillende procedures die zorgverzekeraars hanteren voor de declara-

tie van de behandeling van lijstpatiënten, veel administratieve lasten met zich mee. Ook maken de verplichte diagnosestelling door een specialist voor bepaalde aandoeningen en de verschillende diagnosecoderingen die worden gebruikt door therapeuten en artsen het systeem extra complex.

MOEILIJK UIT TE LEGGEN

Het bestaan van een 'chronische lijst' wekt de suggestie dat patiënten met een chronische aandoening in aanmerking komen voor vergoeding. Maar de aandoeningen op de lijst komen niet (altijd) overeen met wat de patiënt als chronisch ervaart. Hierdoor is de chronische lijst moeilijk uit te leggen aan patiënten, aldus fysiotherapeuten, oefentherapeuten en zorgverzekeraars. Ook inhoudelijk vinden zij de lijst moei-

De aanwezigen waren over het algemeen vóór het opnemen van evaluatiemomenten, maar over het opnemen van vaste termijnen voor de behandeling waren de meningen verdeeld.

lijk uit te leggen. Want waarom krijgt iemand met de ziekte van Parkinson de behandeling wel vergoed maar een oudere met meervoudige beweegproblemen niet?

Uit de interviews bleek dat de chronische lijst uitlokt tot het registreren van aandoeningen die in de chronische lijst zijn opgenomen. Hierover zijn de therapeuten en de zorgverzekeraars het eens. Als zij op basis van hun professionaliteit vinden dat langdurige zorg nodig is, kijken therapeuten of de aandoening op de een of andere manier onder een aandoening en een code van de lijst kan vallen.

OPLOSSINGEN

Op basis van de geconstateerde knelpunten en wensen van de verschillende partijen heeft Regioplan twee toekomstscenario's voor de chronische lijst opgesteld. Deze scenario's zijn tijdens een drukbezochte expertmeeting bediscussieerd. Dat de chronische lijst toe is aan verandering, daarover waren de aanwezigen het eens. Maar hoe deze eruit moet komen te zien, was een punt van veel discussie. Toch bleek aan het einde van de expertmeeting draagvlak te bestaan voor onderdelen van de scenario's.

SCENARIO 1

Aanpassing huidige lijst

Het eerste scenario beschrijft een aanpassing van de huidige chronische lijst (figuur 1)*. In dit scenario worden aandoeningen toegevoegd aan de chronische lijst. Ook zouden in principe aandoeningen kunnen worden weggelaten. De aanwezigen vonden dat er kritisch naar de selectiecriteria voor het opnemen van aandoeningen moet worden gekeken. Voor velen is het onduidelijk op basis van welke criteria de chronische lijst destijds is opgesteld.

In scenario 1 stelt de huisarts de medische diagnose en wordt de diagnosestelling door de medisch specialist achterwege gelaten. De aanwezigen vonden dat indicatiestelling voor fysio- of oefentherapie moet worden gedaan door de beroepsgroep.

In tegenstelling tot het huidige systeem is in scenario 1 het aantal behandelingen gelimiteerd. Voor postoperatieve aandoeningen of ziekten met een bekend natuurlijk beloop worden termijnen gesteld op basis van wetenschappelijk bewijs en richtlijnen. Voor progressieve ziekten of ziekten met een grillig verloop geldt een termijn van één jaar omdat moeilijk kan worden bepaald hoelang een behandeling zal moeten duren. Na afloop van de termijn of na afloop van het jaar kan de therapeut de termijn gemotiveerd verlengen. Hierbij kan hij rekening houden met persoonlijke en sociale kenmerken van de patiënt. De aanwezigen waren over het algemeen vóór het opnemen van evaluatiemomenten, maar over het opnemen van vaste termijnen voor de behandeling waren de meningen verdeeld. Een belangrijke vraag hierbij was of deze termijnen worden ingevoerd vanwege financiële redenen (beperkte aanspraak) of vanuit het perspectief van methodisch handelen (inhoudelijke gronden)?

SCENARIO 2

Functionele beperkingen als uitgangspunt

In het tweede scenario is de functionele beperking het uitgangspunt (figuur 2)*. Het idee van een lijst met aandoeningen waarvoor de behandeling wordt vergoed, wordt in dit scenario losgelaten. Op basis van de beperkingen in het functioneren wordt bepaald voor welke patiënten de behandeling wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

De verschillende partijen vonden functionele beperkingen een nastrevenswaardig en cliëntgericht uitgangspunt. Zij zagen echter wel problemen bij de uitwerking van dit scenario. De meerderheid vond dat het begrip functionele beperkingen nog niet goed is geoperationaliseerd. Ook dachten sommigen dat het zeer lastig zou zijn om te bepalen welke functionele beperkingen binnen de doelstelling van de basisverzekering vallen, waardoor er toch een diagnostisch filter nodig is. In scenario 2 wordt de duur van de behandeling gekoppeld aan het behandeldoel. Voor de verschillende behandeldoelen wordt een termijn of een maximum aantal zittingen vastgesteld. Over de wenselijkheid van het koppelen van een aantal behandelingen aan een behandeldoel en de wijze waarop waren de aanwezigen het nog niet eens.

HOE NU VERDER?

De chronische lijst is aan verandering toe, maar een kant-en-klare oplossing voor de chronische lijst is niet voorhanden. Toch lijkt er draagvlak te bestaan voor oplossingsrichtingen, zoals het inbouwen van evaluatiemomenten en meer aandacht voor de functionele beperkingen.

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek heeft Regioplan het cvz aanbevolen om een oplossing te zoeken

voegd waardoor noodzakelijke zorg in meer gevallen kan worden verleend.

Voor de middellange termijn kan het cvz voorbereidingen treffen voor een regeling waarbij de functionele beperking het uitgangspunt is. Hiervoor kunnen pilotprojecten worden gestart om de gewenste termijnen en/of het maximum aantal behandelingen voor de verschillende behandeldoelen en functionele beperkingen vast te stellen. De termijnen of het maximum aantal behandelingen kunnen worden bepaald op basis van wetenschappelijk onderzoek of consensus. Daarnaast is aanbevolen om snel een hogere prioriteit te geven aan de ontwikkeling van meer richtlijnen.

Als de behandeldoelen en het aantal behandelingen en/of termijnen zijn vastgesteld en de richtlijnen zijn opgesteld, kan in principe worden overgegaan op een regeling die uitgaat van functionele beperkingen. Hiervoor zal echter moeten worden bepaald voor welke functionele beperkingen de behandeling wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Het cvz heeft een beleidsadvies opgesteld over de chronische lijst. Hierin zijn de uitkomsten van het onderzoek en de adviezen van Regioplan opgenomen. ▲

Graag bedanken wij de deelnemers aan dit onderzoek. Naast de vertegenwoordigers van de koepelorganisaties, patiëntenverenigingen, het ministerie van vws en zorgverzekeraars, waren ook de praktiserend fysio- en oefentherapeuten bereid om op korte termijn tijd vrij te maken voor een interview en een expertmeeting.

* De twee figuren en de literatuurlijst staan op FysioNet, www.fysionet.nl.

in een combinatie van de twee scenario's. Bij een dergelijke oplossing zijn de functionele beperkingen het uitgangspunt, maar wordt ook aandacht besteed aan de oorzaak van de functionele beperkingen, de diagnose. In het voorgestelde systeem kunnen meer patiënten de behandeling vergoed krijgen, maar wordt het aantal zittingen waarop men aanspraak kan maken beperkt door het invoeren van termijnen of een maximum aantal behandelingen. Hiervoor moeten evaluatiemomenten worden gecreëerd waarop, bij voorkeur, gebruik wordt gemaakt van objectieve meetinstrumenten.

Welke stappen zou het cvz kunnen ondernemen? Regioplan heeft het cvz geadviseerd om op de korte termijn een aantal knelpunten van de chronische lijst te repareren. Zo kan bijvoorbeeld een aantal aandoeningen worden toege-

Therapeuten en zorgverzekeraars zijn ook slecht te spreken over de uitvoerbaarheid van de chronische lijst. Volgens de zorgverzekeraars is de huidige chronische lijst niet goed te automatiseren.

Interviews en focusgroepen

Voor beantwoording van de hoofdvragen zijn interviews gehouden met beleidsmedewerkers van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar & Mensendieck (vvoem), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (vws). Ook zijn interviews gehouden met medisch specialisten en vertegenwoordigers van de Reumapatiëntenbond, Stichting Hoofd,

Hart en Vaten (SHHV) en Vereniging Spierziekten Nederland (vsn). Tot slot zijn groepsinterviews gehouden met praktiserend fysiotherapeuten, oefentherapeuten en zorgverzekeraars. In de interviews is gevraagd naar de knelpunten die in de praktijk worden ervaren met betrekking tot de chronische lijst. Daarnaast is gevraagd of de geïnterviewden het mogelijk achten om de chronische lijst dusdanig aan te passen dat deze optimaal, of optimaler, functioneert. Ook is gevraagd naar alternatieve methode(n) waarmee de chronische lijst zou kunnen worden vervangen.

EXPERTMEETING

Op basis van de verzamelde informatie heeft Regioplan twee toekomstscenario's opgesteld. Het Lirz⁴ is gebruikt ter illustratie en onderbouwing van de scenario's. Het Lirz is een landelijk representatief registratienetwerk van extramuraal werkzame reguliere fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Deze scenario's zijn bediscussieerd tijdens een expertmeeting waarbij de vertegenwoordigers van de relevante koepelorganisaties, zorgverzekeraars en een aantal fysiotherapeuten en oefentherapeuten uit het veld aanwezig waren.