

CHRONISCHE LIJST VOOR FYSIO-
THERAPIE EN OEFENTHERAPIE:
AANPASSING OF EEN ALTERNATIEF?

Een inventarisatie van knelpunten en
oplossingsrichtingen

- eindrapport -

Dr. B. van den Berg
Dr. C.C. Koning
Drs. M.S. Plochg-Holtmann

Amsterdam, februari 2008
Regioplan publicatienr. 1633

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 - 5315315
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan
Beleidsonderzoek in opdracht van het College
voor Zorgverzekeringen.

VOORWOORD

De vergoeding van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck is geregeld met behulp van de lijst 'Langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, beter bekend als de chronische lijst. Volwassen patiënten met een aandoening die voorkomt op deze lijst, krijgen de behandeling vanaf de tiende zitting volledig vergoed vanuit de basisverzekering. Voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen gemaximeerd. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft regelmatig signalen ontvangen over knelpunten die zorgverzekeraars, patiënten en fysio- en oefentherapeuten in de praktijk ervaren met betrekking tot de chronische lijst.

Om inzicht te krijgen in deze knelpunten die in de praktijk worden ervaren en mogelijke oplossingsrichtingen heeft het CVZ door Regioplan Beleidsonderzoek een inventariserend onderzoek laten uitvoeren. Voor u ligt het verslag van dit onderzoek.

Een woord van dank gaat uit naar de verschillende partijen die hebben deelgenomen aan het 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.

Amsterdam, 11 februari 2008

Bellis van den Berg
Carolien Koning
Mariëlle Plochg-Holtmann

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	I
1 Inleiding	1
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	1
1.2 Onderzoeksvragen	1
1.3 Aanpak van het onderzoek	2
1.4 Leeswijzer	3
2 Achtergrond van de chronische lijst	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Achtergrond van de chronische lijst	5
2.3 Inhoud van de chronische lijst	6
2.4 Eerdere evaluaties en alternatieven	7
2.5 Nieuwe ontwikkelingen	8
3 Knelpunten en oplossingsrichtingen	9
3.1 Inhoud	9
3.2 Procedure	11
3.3 Financiering	12
3.4 Uitvoerbaarheid	14
3.5 Toetsbaarheid	15
3.6 Context	16
3.7 Positieve aspecten van de chronische lijst	17
3.8 Aanpassen of een alternatief?	17
4 Scenario's	19
4.1 Scenario 1: Aanpassen van de chronische lijst	19
4.2 Scenario 2: Alternatief voor de chronische lijst	23
4.3 Scenario 1 en/of scenario 2?	27
5 Conclusies en aanbevelingen	29
5.1 Knelpunten en oplossingsrichtingen	29
5.2 Scenario's	31
5.3 Aanbevelingen	31
Bijlagen	35
Bijlage 1 Onderzoeksvragen	37
Bijlage 2 Onderzoeksaanpak	39
Bijlage 3 Chronische lijst	45
Bijlage 4 Knelpunten en oplossingsrichtingen	47

SAMENVATTING

De te verzekeren prestatie fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck is geregeld in artikel 2.6 en Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De aandoeningen genoemd in Bijlage 1 zijn nader uitgewerkt in de lijst 'Langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck', in de praktijk de chronische lijst genoemd. Volwassen patiënten met een aandoening die voorkomt op de chronische lijst krijgen de behandeling vanaf de tiende zitting vergoed vanuit de basisverzekering (lijstpatiënten). Voor een aantal aandoeningen is het aantal behandelingen gemaximeerd. Patiënten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en zorgverzekeraars geven geregeld (via hun koepel- of brancheorganisatie) signalen af aan het College voor zorgverzekeringen over knelpunten die zij in de praktijk ervaren met betrekking tot de chronische lijst.

Regioplan Beleidsonderzoek heeft in opdracht van CVZ een inventariserend onderzoek uitgevoerd naar de knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. In dit onderzoek is door (groeps)interviews aan fysio- en oefentherapeuten, zorgverzekeraars, artsen, beleidsmedewerkers en vertegenwoordigers van koepelorganisaties en patiëntenverenigingen gevraagd welke knelpunten zij in de praktijk ervaren met betrekking tot de chronische lijst. Tevens is aan hen gevraagd welke oplossingen zij zien. Op basis van de uitkomsten van de interviews heeft Regioplan twee toekomstscenario's opgesteld. In een expertmeeting is over deze scenario's gediscussieerd en is onderzocht voor welke onderdelen draagvlak bestaat.

Uit de interviews kwam een groot aantal knelpunten naar voren. De knelpunten hadden betrekking op de inhoud, de procedure, de financiering, de uitvoerbaarheid, de toetsbaarheid en de context van de chronische lijst. Een belangrijk inhoudelijk knelpunt is dat een aantal aandoeningen waarvoor vaak langdurige zorg nodig is, niet op de chronische lijst staat. Ook het feit dat de aandoening en niet de beperkingen in het functioneren het uitgangspunt is van de lijst, is door een aantal partijen als inhoudelijk knelpunt genoemd. Met betrekking tot de procedure geven de zorgverzekeraars aan moeite te hebben met het feit dat de aanspraak op behandeling voor veel aandoeningen op de chronische lijst onbeperkt is. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten vinden de beperkingen in sommige gevallen te strikt en vinden de verplichte verwijzing door een arts niet in overeenstemming met de directe toegang fysiotherapie en met op termijn de directe toegang oefentherapie. Met betrekking tot de financiering ervaren zorgverzekeraars dat alle kosten van de behandeling van lijstpatiënten ten laste komen van de basisverzekering als een knelpunt. Zij vinden dat er onderscheid zou moeten worden gemaakt tussen behandeling en onderhoud, waarbij alleen de behandeling wordt vergoed uit de basisverzekering. Het ministerie van VWS en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) vinden dat alleen behandelingen moeten worden vergoed waarvan het effect wetenschappelijk is aangetoond.

Volgens fysiotherapeuten, oefentherapeuten en zorgverzekeraars maken administratieve lasten en beperkte automatiseringsmogelijkheden de chronische lijst in de praktijk moeilijk werkbaar. Ook het gebruik van verschillende diagnosecoderingen door enerzijds fysiotherapeuten en oefentherapeuten en anderzijds artsen wordt door de fysiotherapeuten en oefentherapeuten als verwarrend ervaren.

Doordat niet alle aandoeningen die langdurige zorg behoeven op de lijst staan, wordt er creatief met de chronische lijst omgegaan. Het ministerie van VWS, het NHG en zorgverzekeraars pleiten voor een betere toetsbaarheid door het frequentere gebruik van richtlijnen en van meetinstrumenten waarmee het effect van de behandeling kan worden aangetoond.

Een aantal genoemde knelpunten heeft betrekking op de context van het huidige gezondheidszorgsysteem. Fysiotherapeuten vinden dat de chronische lijst multidisciplinair denken en ketenzorg in de weg staat. Ook zou de aanspraak op een onbeperkt aantal behandelingen niet aansluiten bij de huidige richtlijnen en methodisch handelen.

Bij het opstellen van de scenario's is zo veel mogelijk rekening gehouden met de knelpunten en oplossingsrichtingen die zijn genoemd in de interviews. Het eerste scenario beschrijft een aanpassing van de chronische lijst. In dit scenario worden aandoeningen toegevoegd aan de chronische lijst en worden termijnen gesteld waarbinnen de behandeling wordt vergoed. Na afloop van de termijn kan de behandeling na evaluatie gemotiveerd worden verlengd, waarbij de fysiotherapeut en oefentherapeut rekening kunnen houden met sociale en persoonlijke kenmerken van de patiënt. Het tweede scenario beschrijft een alternatief voor de chronische lijst waarin de vergoeding wordt bepaald op basis van de beperkingen in het functioneren. In dit scenario wordt de duur van de behandeling gekoppeld aan het behandeldoel. Voor de verschillende behandeldoelen wordt een termijn of een maximum aantal zittingen vastgesteld. Ook in dit scenario kan de behandeling eventueel gemotiveerd worden verlengd.

Tijdens de expertmeeting bleek er onder de aanwezigen voor onderdelen van de twee scenario's draagvlak te bestaan. Er was draagvlak voor het toevoegen van aandoeningen en het opnemen van evaluatiemomenten in scenario 1. De functionele beperkingen in scenario 2 vonden de meeste aanwezigen een nastrevenswaardig uitgangspunt. Wel zag de meerderheid problemen bij de uitwerking van scenario 2. Een aantal aanwezigen gaf aan dat naast functionele beperkingen ook een diagnostisch filter nodig zal zijn. Over het opnemen van termijnen en/of een maximum aantal behandelingen waren de meningen verdeeld.

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek beveelt RegioPlan aan om op de korte termijn relatief eenvoudige knelpunten op te lossen waardoor de chronische lijst beter zal functioneren. Op de lange termijn adviseert RegioPlan een combinatie van beide scenario's waarbij naast de beperkingen in het functioneren een diagnostisch filter wordt gebruikt. In dit systeem zullen

evaluatiemomenten worden opgenomen na vastgestelde termijnen en/of een vastgesteld maximum aantal behandelingen. Een voorwaarde voor een dergelijk systeem is de ontwikkeling van richtlijnen en het uitvoeren van pilots om de uitvoerbaarheid ervan te onderzoeken.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

De te verzekeren prestatie fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefen-therapie Mensendieck is geregeld in artikel 2.6 en Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De aandoeningen genoemd in Bijlage 1 zijn nader uitgewerkt in de lijst 'Langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck', in de praktijk de chronische lijst genoemd. Volwassenen die een aandoening hebben die voorkomt op de chronische lijst, krijgen de behandeling vanaf de tiende zitting vergoed vanuit de basisverzekering (lijstpatiënten). Voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen gemaximeerd. Fysiotherapeuten, oefentherapeuten, patiënten en zorgverzekeraars hebben geregeld (via hun koepel- of brancheorganisatie) signalen afgegeven over knelpunten die zij in de praktijk ervaren met de chronische lijst. Om inzicht te krijgen in deze knelpunten en in de mogelijke oplossingsrichtingen heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) door RegioPlan Beleidsonderzoek een inventariserend onderzoek laten uitvoeren naar de chronische lijst.

1.2 Onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is het inventariseren van knelpunten en oplossingsrichtingen voor de chronische lijst. Op basis van deze doelstelling zijn de volgende hoofdvragen geformuleerd:¹

1. Welke knelpunten ervaren belanghebbenden in de praktijk met betrekking tot de chronische lijst?
2. Welke oplossingsrichtingen zien de belanghebbenden voor de ervaren knelpunten?
3. Voor welke oplossingsrichtingen bestaat draagvlak onder de belanghebbenden?

Het is van belang te vermelden dat in deze inventarisatie een breed perspectief is gehanteerd. Met belanghebbenden worden daarom de volgende groepen bedoeld: praktiserend fysio- en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, zorgverzekeraars, artsen, beleidsmedewerkers en vertegenwoordigers van koepel(branche)organisaties en patiëntenverenigingen.

¹ In de offerte zijn meerdere subvragen vermeld. Deze zijn opgenomen in bijlage 1.

1.3 Aanpak van het onderzoek

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn verschillende methoden gebruikt. Een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksmethoden is opgenomen in bijlage 2.

- A Deskresearch
- B Bestandsanalyse
- C Interviews met belanghebbenden
- D Expertmeeting

A. Deskresearch

Bestaande rapporten over de beperkende maatregel fysiotherapie en oefen-therapie en de chronische lijst zijn bestudeerd om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen rondom de chronische lijst in de afgelopen tien jaar. Naar de gebruikte literatuur wordt verwezen in de voetnoten.

B. Bestandsanalyse

Op het bestand van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) zijn analyses uitgevoerd.² Het LiPZ is een landelijk representatief registratienetwerk van extramuraal werkzame reguliere fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en diëtisten. Met behulp van het LiPZ is inzicht verkregen in de prevalentie van lijstpatiënten en lijstdiagnoses bij fysiotherapie en oefentherapie. Ook geven deze analyses inzicht in de behandeldoelen en het aantal behandelingen van lijstpatiënten. Deze kwantitatieve informatie is gebruikt ter illustratie en ter onderbouwing van de uitgewerkte oplossingsrichtingen voor de chronische lijst.

C. Interviews met belanghebbenden

Er zijn verschillende individuele en groepsinterviews gehouden met belanghebbenden om inzicht te krijgen in het gebruik van de chronische lijst in de praktijk, de knelpunten die worden ervaren en de oplossingsrichtingen die de belanghebbenden zien. Hierbij is gekozen voor een breed perspectief: er is gesproken met beleidsmedewerkers van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar & Mensendieck (VvOCM), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Groepsinterviews zijn gehouden met zorgverzekeraars en met praktiserend fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Ook zijn telefonische interviews gehouden met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en met medisch specialisten.

² www.nivel.nl/lipz

D. Expertmeeting

Op basis van de verzamelde informatie heeft RegioPlan twee scenario's opgesteld. Tijdens een expertmeeting zijn de voor- en nadelen van de scenario's bediscussieerd. Ook is toen geïnventariseerd in hoeverre onder de deelnemers draagvlak bestaat voor (de onderdelen van) de beschreven scenario's. Aanwezig waren vertegenwoordigers van de relevante koepel(branche)organisaties, zorgverzekeraars en een aantal fysiotherapeuten en oefentherapeuten uit het veld.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de achtergrond van de chronische lijst voor fysiotherapie en oefentherapie beschreven. Hoofdstuk 3 gaat in op de knelpunten en oplossingsrichtingen die zijn besproken tijdens de interviews. In hoofdstuk 4 worden de scenario's beschreven die zijn opgesteld en die zijn aangepast naar aanleiding van de discussies tijdens de expertmeeting. Hoofdstuk 5 bevat conclusies en aanbevelingen.

2 ACHTERGROND VAN DE CHRONISCHE LIJST

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de achtergrond en de inhoud van de chronische lijst. Daarnaast gaan we in op eerdere evaluaties van de chronische lijst en in het verleden voorgestelde alternatieven voor de chronische lijst. Tevens wordt aandacht besteed aan de recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg die ervoor hebben gezorgd dat de chronische lijst weer hoog op de agenda is komen te staan.

2.2 Achtergrond van de chronische lijst

De vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck is de afgelopen jaren aan verandering onderhevig geweest. Vóór 1996 was de vergoeding uit de Ziekenfondswet voor deze therapie onbeperkt. Om de kosten op macroniveau te beperken is met ingang van 1 januari 1996 de beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck ingevoerd, verder in dit rapport aangeduid als de beperkende maatregel. Hiermee werd een deel van de fysiotherapeutische zorg uit het ziekenfondspakket naar de aanvullende verzekering verplaatst. De aanspraken op fysiotherapie en oefentherapie in de Ziekenfondswet werden beperkt tot maximaal negen zittingen per indicatie per jaar, met de mogelijkheid tot verlenging tot achttien zittingen bij oefentherapie. De vergoeding van langdurige fysiotherapie en oefentherapie werd vanaf dat moment geregeld met behulp van de lijst 'Langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck', in de praktijk de chronische lijst genoemd. Een volwassen verzekerde met een aandoening die voorkwam op deze lijst, had recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per jaar. Voor sommige aandoeningen op de lijst was het aantal behandelingen gemaximeerd.

Op 1 januari 2004 werden fysiotherapie en oefentherapie voor volwassenen uit het ziekenfondspakket gehaald. Volwassenen die een fysio- of oefentherapeut bezochten, moesten de behandeling óf zelf betalen óf moesten zich hiervoor aanvullend verzekeren. Een uitzondering hierop vormde de behandeling van patiënten met een aandoening die op de chronische lijst voorkomt. Deze patiënten hielden recht op een vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen. Fysiotherapie en oefentherapie voor volwassen patiënten met een aandoening die voorkwam op de chronische lijst werden vanaf de tiende behandeling vergoed.

In de nieuwe Zorgverzekeringswet die voor iedereen geldt, is de manier waarop de vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie in de Ziekenfonds-

wet was geregeld, overgenomen. Kinderen tot achttien jaar krijgen maximaal achttien behandelingen kinderfysiotherapie of kinderoefentherapie uit de basisverzekering vergoed. Is er sprake van een chronische indicatie, dan vallen alle behandelingen kinderfysiotherapie en oefentherapie onder de basisverzekering.

2.3 Inhoud van de chronische lijst

De chronische lijst is in 1996 samengesteld op basis van adviezen van de 'Commissie Lijst'. De 'Commissie Lijst' is destijds op verzoek van de minister van VWS door de toenmalige Ziekenfondsraad ingesteld. Aan de hand van vijf criteria werd besloten welke aandoeningen niet in de lijst werden opgenomen:

- de aandoening is onvoldoende afgrensbaar;
- er is een indicatie voor intramurale fysiotherapie;
- het gaat om een aandoening die niet behandelbaar is met fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- over de effecten van behandeling van de aandoening met fysiotherapie en/of oefentherapie bestaat (nog) te weinig duidelijkheid (vanuit wetenschappelijk perspectief);
- het gaat om een aandoening waarvoor kortdurende extramurale fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck volstaat.³

Een aantal aandoeningen die niet voldoen aan één van de bovengenoemde criteria zijn destijds in de chronische lijst opgenomen.⁴ Patiënten met een dergelijke aandoening kunnen onbeperkt aanspraak maken op vergoeding van fysiotherapie en/of oefentherapie. Een aantal aandoeningen zijn hierop een uitzondering; daarvoor is een termijn opgenomen waarbinnen de behandeling wordt vergoed. Om in aanmerking te komen voor vergoeding moest de diagnose zijn gesteld door de arts. Bij sommige aandoeningen was diagnosestelling door een specialist een voorwaarde voor vergoeding. Deze verwijseisen staan niet meer in de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat de verzekeraar nu vrij is om verwijse- en toestemmingseisen in de zorgpolis op te nemen.

Met de chronische lijst is geprobeerd noodzakelijke zorg te vergoeden voor patiënten met een chronische aandoening. Bij de evaluatie van de beperkende maatregel in 1998 werd echter geconcludeerd dat het onduidelijk is in hoeverre met de chronische lijst sprake was van vergoeding van noodzakelijke fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg vanuit de hoofdverzekering. Een specificatie van noodzakelijke zorg is niet makkelijk te geven. Wel wordt

³ Minister van VWS, Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering; Brief aan Ziekenfondsraad, 19 april 1996.

⁴ De chronische lijst is opgenomen in bijlage 3.

noodzakelijke zorg soms gedefinieerd als zorg waarvan door wetenschappelijk onderzoek is vast komen te staan dat het effectief en doelmatig is.⁵

2.4 Eerdere evaluaties en alternatieven

Omdat een zorginhoudelijke onderbouwing van de beperkende maatregel ontbrak, gaf de minister deze maatregel bij de invoering ervan een tijdelijk karakter. Ook werd besloten de gevolgen van de beperkende maatregel na twee jaar te evalueren.

Evaluatie 1998 Uit de evaluatie in 1998 kwam een aantal knelpunten naar voren. Bij deze evaluatie plaatste de Ziekenfondsraad vraagtekens bij de werkbaarheid van de regeling en verzocht de minister van VWS om een uitvoeringstoets Flexibeler regeling. Over de chronische lijst werd geconstateerd dat deze slechts in beperkte mate tegemoet kwam aan vraaggerichte zorg.⁵ Op basis van de conclusies in dit evaluatierapport is in 1999 een aantal wijzingen in de chronische lijst doorgevoerd.

Zorginhoudelijk alternatief In 1999 heeft de minister van VWS het CVZ gevraagd de beperkende maatregel opnieuw te evalueren en eventueel een zorginhoudelijk alternatief te formuleren.⁶ In dit evaluatierapport werd geconcludeerd dat de beperkende maatregel onvoldoende ruimte biedt aan zorgverleners om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het CVZ stelde daarom een regeling voor gebaseerd op de kwaliteit van zorg en het gebruik van richtlijnen. Ook werd voorgesteld de beperkende maatregel per 1 januari 2003 te vervangen door een tijdelijke regeling die recht deed aan de professionaliteit van de therapeut en die het gebruik van richtlijnen stimuleert.⁷

De minister van VWS besloot echter de beperkende maatregel niet te vervangen. Wel heeft het CVZ, op verzoek van de minister van VWS, een haalbaarheidsstudie laten uitvoeren naar een regeling gebaseerd op kwaliteit van de zorg en het gebruik van richtlijnen.⁸ Uit deze studie bleek echter dat er onvoldoende draagvlak bestond voor het invoeren van het alternatief van CVZ. Tot op heden wordt de chronische lijst gebruikt voor de vergoeding van fysio- en oefentherapie vanuit de basisverzekering. In de afgelopen jaren zijn er geen aanpassingen aangebracht.

⁵ Ziekenfondsraad, Evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck inclusief het 'Amsterdamse Dienstenmodel', 1998.

⁶ Minister van VWS, Brief aan Ziekenfondsraad, 14 april 1999. Kenmerk CSZ/EZ-99.4533.

⁷ CVZ, Kwaliteit in de praktijk. Het alternatief op de beperkende Maatregel Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar en Oefentherapie Mensendieck, 2002.

⁸ Minister van VWS, Brief aan CVZ, 12 juli 2002. Kenmerk CZ/EZ 2292875.

2.5 Nieuwe ontwikkelingen

- Bijlage 1** Sinds 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht. De Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering is daarmee per 1 januari 2006 vervangen door artikel 2.6 en Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Zorgverzekeraars ervaren in de praktijk in deze bijlage een aantal veranderingen ten opzichte van de Regeling paramedische hulp waarmee ze ontevreden zijn. Ten eerste stellen zij dat artikel 4 lid 3 van de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering is komen te vervallen waarmee, aldus de zorgverzekeraars, de koppeling is verdwenen tussen aanspraak op langdurige fysiotherapie en oefentherapie en stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen in de elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging en de mobiliteit. Ten tweede stellen zij dat de verwijzen toestemmingsvereiste en de eisen ten aanzien van de diagnosestelling door de specialist zijn komen te vervallen. Tot slot bevat Bijlage 1 een algemene opsomming van aandoeningen, met subonderdelen. Er is op enkele onderdelen een discrepantie tussen Bijlage 1 en de chronische lijst. Om te voorkomen dat fysiotherapeuten, oefentherapeuten enerzijds en verzekeraars anderzijds bij eenzelfde indicatiestelling verschillend beoordelen, willen verzekeraars graag weten wat de status is van de chronische lijst.
- DTF en DTO** Per 1 januari 2006 is ook de directe toegang fysiotherapie (DTF) ingevoerd. Men kan zonder verwijzing van een arts terecht bij de fysiotherapeut. Vanaf 1 juli 2008 zal ook voor oefentherapie Cesar en Mensendieck directe toegang gelden (DTO).
- Ontwikkelingen** Het denken in producten en programma's is onder zorgverzekeraars en fysiotherapeuten en oefentherapeuten steeds meer in zwang geraakt. Ook wordt ketenzorg, waarbij de patiënt centraal staat, steeds belangrijker. Daarnaast krijgt preventie steeds meer aandacht, waar ook bewegen en fysiotherapeutische zorg deel van uitmaakt. In het licht van deze ontwikkelingen lijkt de chronische lijst niet meer op zijn plaats. Deze ontwikkelingen, de aanhoudende onvrede over de chronische lijst en een voorstel van het CVZ voor opname van bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie op de chronische lijst⁹ zijn aanleiding geweest voor een inventariserend onderzoek naar de knelpunten en oplossingsrichtingen voor de chronische lijst.

⁹ CVZ, Brief aan minister van VWS, voorstel opname bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie in de Zorgverzekeringswet, 8 juni 2006. Kenmerk PAK/26013771.

3 KNELPUNTEN EN OPLOSSINGRICHTINGEN

Inleiding In de interviews met de belanghebbenden is gevraagd naar de knelpunten die zij in de praktijk ervaren met betrekking tot de chronische lijst.¹⁰ Daarnaast is gevraagd of zij 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.

In de interviews is een groot aantal knelpunten en oplossingsrichtingen naar voren gekomen. In dit hoofdstuk staan deze knelpunten en oplossingsrichtingen centraal. Omdat veel knelpunten en oplossingsrichtingen aan elkaar gerelateerd zijn, worden deze gezamenlijk besproken. De knelpunten die de belanghebbenden in de praktijk ervaren met betrekking tot de chronische lijst en de oplossingsrichtingen zijn ingedeeld in zes categorieën: inhoud, procedure, financiering, uitvoerbaarheid, toetsbaarheid en context.¹¹

3.1 Inhoud

Samenvatting inhoud *Een belangrijk inhoudelijk knelpunt is dat een aantal aandoeningen waarvoor vaak langdurige zorg nodig is, niet op de chronische lijst staat. Ook het feit dat de aandoening en niet de beperkingen in het functioneren het uitgangspunt is van de chronische lijst, is door een aantal partijen als knelpunt genoemd. Daarnaast wordt de afwezigheid van inhoudelijke gronden voor het samenstellen van de chronische lijst gezien als een knelpunt. Tot slot vinden verschillende partijen dat het huidige systeem geen recht doet aan de professionaliteit van de therapeut.*

Niet op de lijst De fysiotherapeuten en oefentherapeuten geven aan dat zij in hun praktijk dagelijks worden geconfronteerd met patiënten die wel langdurige therapie nodig hebben, maar deze niet vergoed krijgen omdat de aandoening niet op de chronische lijst staat. Dit wordt ervaren als een belangrijk knelpunt. De oefentherapeuten geven in dit verband aan dat oefentherapie vaak langdurig is omdat er wordt gewerkt aan een gedragsverandering. Ook zien zij vaak moeilijk te behandelen chronische patiënten die niet gebaat bleken te zijn bij andere vormen van therapie.

Volgens de geïnterviewde fysiotherapeuten en oefentherapeuten is langdurige behandeling wenselijk voor onder andere artrose, fibromyalgie, hartfalen en osteoporose zonder fractuur. Daarnaast is langdurige behandeling vaak gewenst voor ouderen met cognitieve en meervoudige bewegingsproblemen, zoals bij dementie en valpreventie. In het huidige systeem kan voor deze

¹⁰ Zie bijlage 2 voor een overzicht van de geïnterviewden.

¹¹ Zie voor een compleet overzicht van de knelpunten en de genoemde oplossingsrichtingen de tabellen in bijlage 4.

aandoeningen de noodzakelijke zorg niet worden geleverd. Voor kinderoefentherapie zouden ook aandoeeningen moeten worden toegevoegd voor behandelingen waarvoor meer dan achttien zittingen nodig zijn.

Aandoening als Het toevoegen van aandoeeningen aan de chronische lijst wordt door anderen
uitgangspunt echter niet gezien als een structurele oplossing voor de chronische lijst. Een aantal partijen geeft aan dat zij de aandoening geen goed uitgangspunt vinden. Deze partijen nemen liever de beperkingen in het functioneren of de zorgvraag als uitgangspunt en stellen dat dit een fundamentele verandering van de chronische lijst zou betekenen. Door anderen wordt dit verwoord in termen van noodzakelijke zorg: het systeem zou noodzakelijke zorg moeten vergoeden vanuit de basisverzekering. Een kanttekening die geplaatst is bij dit idee is dat de beperkingen subjectief en moeilijk te meten zijn. De therapeut zou wel in staat zijn de kwantiteit maar niet de kwaliteit van het functioneren te bepalen.

De zorgverzekeraars vonden het in dit verband ook problematisch dat lid 3 van artikel 4 niet was geoperationaliseerd.¹² Lid 3 van artikel 4 stelde dat de verzekerde die lijdt aan een aandoening die op de chronische lijst voorkomt, slechts aanspraak kan maken op vergoeding van de behandelingen indien de aandoening gepaard gaat met stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of mobiliteit.

Inhoudelijke Het ontbreken van inhoudelijke gronden wordt door de fysiotherapeuten,
gronden oefentherapeuten en het ministerie van VWS ervaren als een knelpunt. De beperkende maatregel voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck en daarmee de chronische lijst is in 1996 ingevoerd op financiële gronden. De maatregel had tot doel circa tweehonderd miljoen gulden op de uitgaven Ziekenfondswet te bezuinigen. Vanwege het ontbreken van een inhoudelijke onderbouwing kreeg deze maatregel een tijdelijk karakter. Ondanks dit tijdelijke karakter wordt de chronische lijst momenteel nog steeds gebruikt. Omdat veel chronische aandoeeningen niet op de chronische lijst staan, is er volgens sommige fysiotherapeuten en oefentherapeuten maar weinig verband tussen het hebben van een chronische aandoening en de aandoeeningen die op de lijst staan.

Professionaliteit De fysiotherapeuten en oefentherapeuten vinden dat de chronische lijst geen recht doet aan hun professionaliteit. Bij de invoering van de beperkende maatregel heeft de overheid bepaald wie langdurige fysio- of oefentherapie vergoed krijgt en wie niet (chronische lijst). Tot op heden is de chronische lijst van kracht en kan de therapeut niet zelf bepalen wie langdurige zorg nodig heeft. Dit past niet meer in de huidige tijd waarin de overheid steeds meer terugtreedt.

¹² De indicatieverwijzingen voor langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie stonden beschreven in artikel 4 van de Regeling paramedische hulp ziekenfonds-verzekering.

3.2 Procedure

Samenvatting procedure	<i>De verzekeraars geven aan moeite te hebben met het feit dat de aanspraak op behandeling van veel aandoeningen op de chronische lijst onbeperkt is. Zorgverzekeraars pleiten voor het beëindigen van de behandeling nadat het behandeldoel is behaald. Ook pleiten zij voor het opnemen van meer evaluatiemomenten. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten ervaren een aantal andere procedurele knelpunten. Zij vinden de beperkingen in sommige gevallen te strikt en vinden de verplichte verwijzing door een arts niet in overeenstemming met de directe toegang fysiotherapie (DTF) en met op termijn de directe toegang oefentherapie (DTO). Ook de verwijzing door een specialist, die voor sommige aandoeningen een vereiste is, wordt als verwarrend en onnodig ervaren.</i>
Behandeltermijnen	Het feit dat patiënten met een indicatie voor de chronische lijst recht hebben op een onbeperkt aantal behandelingen wordt door de zorgverzekeraars ervaren als een belangrijk probleem van de chronische lijst. Zij hebben verschillende knelpunten genoemd die hieraan zijn gerelateerd. De zorgverzekeraars zijn van mening dat het huidige systeem noch de therapeut noch de patiënt uitnodigt om te werken naar een einde van de behandeling. Er is geen aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Ook is er geen evaluatiemoment waarop besloten kan worden te stoppen met de behandeling. De zorgverzekeraars vinden dat dit niet aansluit bij de huidige richtlijnen en methodisch handelen. Ook sluiten de termijnen die zijn opgenomen bij postoperatieve aandoeningen volgens de zorgverzekeraars niet goed aan bij de realiteit. In werkelijkheid zijn patiënten vaak veel eerder uitbehandeld, maar gaat de behandeling door tot de termijn is verstreken.
Behandeldoel en evaluatiemomenten	De zorgverzekeraars vinden dat therapeuten momenteel te weinig werken met behandeldoelen. De fysiotherapeuten geven aan dat in principe altijd wordt gewerkt met een behandeldoel. De oefentherapeuten geven aan dat bij oefentherapie steeds meer wordt gewerkt met behandeldoelen. Het LiPZ-bestand laat zien dat het percentage patiënten waarvoor tussen 2003 en 2006 door fysiotherapeuten een behandeldoel is geregistreerd, varieert van minimaal 88 procent tot maximaal 95 procent. Bij oefentherapie varieert dit percentage van 83 procent tot 100 procent. Om dit knelpunt op te lossen zou de therapeut aan het begin van de behandeling met de patiënt moeten afspreken wat het doel is van de behandeling. Als het behandeldoel is bereikt dan zou de behandeling moeten stoppen. Ook zouden er meer evaluatiemomenten moeten worden gecreëerd waarop besloten kan worden met de behandeling te stoppen. Volgens de zorgverzekeraars werkt het huidige systeem met een onbeperkt aantal behandelingen deze werkwijze tegen. Therapeuten die willen stoppen met de behandeling zodra een behandeldoel is bereikt, worden geconfronteerd met het feit dat de patiënt recht heeft op een onbeperkt aantal behandelingen. De patiënt kan

voor meer behandelingen gewoon terecht bij een andere therapeut. Hierdoor staat het systeem de ontwikkeling van nieuwe producten en programma's in de weg.

Aanvullende eisen onterecht	De fysiotherapeuten en oefentherapeuten vinden de aanvullende eisen en beperkingen in sommige gevallen te strikt. Zij wijzen erop dat de termijnen die zijn gesteld bij bepaalde aandoeningen, te kort zijn. Verschillende partijen noemden de vergoeding van de behandeling van bekkeninstabiliteit als voorbeeld. De termijn van drie maanden is volgens hen te kort. Een ander voorbeeld is de aanvullende eis bij osteoporose: de behandeling wordt alleen vergoed als sprake is van een fractuur. Volgens de fysiotherapeuten en oefentherapeuten zijn patiënten met osteoporose zonder fractuur ook gebaat bij fysiotherapie. Bij een aanpassing zouden volgens de fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze aanvullende eisen achterwege moeten worden gelaten.
Rol van arts	<p>Naast dit knelpunt hebben de fysiotherapeuten en oefentherapeuten moeite met de rol van de arts in het systeem. Zij vinden de verplichte diagnosestelling door een arts niet in overeenstemming met de DTF en DTO. Patiënten kunnen direct bij de fysio- of oefentherapeut terecht, maar moeten voor de aandoeningen op de chronische lijst achteraf toch nog een diagnosestelling door een arts hebben. Ook is het voor de fysiotherapeuten en oefentherapeuten onduidelijk voor welke aandoeningen een diagnosestelling door een specialist is vereist en voor welke aandoeningen een diagnosestelling door de huisarts volstaat. De verplichte diagnosestelling door een specialist vinden zij onnodig kostbaar en zij zijn van mening dat de huisarts de diagnoses ook kan stellen. Bij aanpassing van de chronische lijst zouden de fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze verplichte indicatiestelling door de specialist graag achterwege laten.</p> <p>Een zorgverzekeraar geeft aan dat het voor hem onduidelijk is waarom naast de verwijs- en toestemmingsvereiste ook de eisen ten aanzien van de diagnosestelling door de medisch specialist bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel zijn komen te vervallen.</p>

3.3 Financiering

<i>Samenvatting financiering</i>	<i>Met betrekking tot de financiering is een aantal knelpunten en oplossingen genoemd. De zorgverzekeraars ervaren het feit dat alle kosten van de behandeling van lijstpatiënten ten laste komen van de basisverzekering als een knelpunt. Zij vinden dat er onderscheid zou moeten worden gemaakt tussen behandeling en onderhoud, waarbij onderhoud voor rekening van de patiënt is. Anderen vinden dat alleen behandelingen moeten worden vergoed waarvan het effect wetenschappelijk is aangetoond. Fysiotherapeuten stellen voor fysio- en oefentherapie te verplaatsen naar de aanvullende verzekering. Alle partijen geven aan het niet logisch te vinden dat lijstpatiënten de eerste negen behandelingen zelf moet betalen.</i>
--------------------------------------	---

Behandeling en onderhoud Op dit moment komen alle kosten van langdurige behandeling van patiënten met een indicatie voor de chronische lijst ten laste van de basisverzekering. Dit vinden de zorgverzekeraars een onwenselijke situatie. Zij hebben moeite met het feit dat het huidige systeem niet alleen de behandeling vergoedt uit collectieve middelen maar ook onderhoud (bijvoorbeeld het op peil houden van de conditie). Bij voorkeur zouden ze onderscheid maken tussen behandeling met bijbehorend behandeldoel welke worden vergoed uit de basisverzekering en onderhoud wat (deels) onder de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt zou moeten vallen. Hierbij zou het behandeldoel centraal moeten staan: als het behandeldoel is behaald dan stopt de vergoeding van de behandeling vanuit de basisverzekering. Het op peil houden van de conditie hoort tot de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt (hiervoor zou men zich aanvullend kunnen verzekeren). ZN stelt voor om behandelprogramma's samen te stellen met een daaraan gekoppeld aantal behandelingen. Fysio- en oefentherapeuten kunnen dan per behandelprogramma declareren. Een dergelijk systeem zorgt volgens ZN voor administratieve lastenverlichting en komt de concurrentie tussen therapeuten ten goede omdat de therapeut zelf in de hand heeft in hoeveel behandelingen hij het behandeldoel bereikt.

De fysiotherapeuten en oefentherapeuten en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen hebben kanttekeningen geplaatst bij de ideeën van de zorgverzekeraars. Eén kanttekening is dat het onderscheid tussen behandeling en onderhoud theoretisch is en in de praktijk nauwelijks is te maken. Ook geven zij aan dat niet alleen de behandeling belangrijk is, maar ook het onderhoud. Onderhoud kan voorkomen dat de patiënt terugvalt en opnieuw moet beginnen, wat volgens hen meer kosten met zich mee brengt dan het vergoeden van onderhoud.

Met betrekking tot de voorgestelde behandelprogramma's stellen de fysiotherapeuten en oefentherapeuten dat er grote variatie bestaat in het aantal behandelingen dat nodig is om een behandeldoel te bereiken. Een andere kanttekening is dat het voor progressieve ziekten vaak lastig is om een behandeldoel vast te stellen en dat het moeilijk is te meten of het behandeldoel is bereikt. Patiëntenverenigingen verwachten dat therapeuten bij een dergelijk systeem niet erg geneigd zullen zijn om moeilijk te behandelen patiënten in behandeling te nemen.

Evidence based

VWS en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geven aan dat bij voorkeur alleen die behandelingen worden vergoed uit collectieve middelen waarvan het effect wetenschappelijk is aangetoond (*evidence based*). Patiëntenverenigingen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten plaatsen hierbij de kanttekening dat naar zeldzame aandoeningen weinig onderzoek wordt en zal worden gedaan. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten vinden het geen goed idee om de vergoeding af te laten hangen van waar de wetenschap zich graag mee bezig houdt. Ook vinden zij een dergelijk vergoedingssysteem discriminerend omdat veel medisch handelen niet *evidence based* is. De NHG stelt dat ook consensus over het effect van een behandeling een voorwaarde kan zijn.

- Aanvullende verzekering** De fysiotherapeuten opperen het idee om alle fysiotherapie te verplaatsen naar de aanvullende verzekering. Een eerste consult zou dan in de basisverzekering kunnen blijven. Een dergelijke regeling is eenvoudig en duidelijk. Wel zou dan een vangnet voor de kwetsbaren moeten worden gecreëerd, zoals voor minder draagkrachtige patiënten die langdurige zorg nodig hebben. Zorgverzekeraars vinden het problematisch dat dan toch moet worden gedefinieerd wie in aanmerking komt voor het vangnet. Patiëntenverenigingen denken dat dit zal leiden tot hoge verzekeringspremies. Ook zal de patiënt bij een dergelijke regeling de kans lopen niet geaccepteerd te worden door een verzekeraar en zal de patiënt niet makkelijk meer kunnen wisselen van verzekeraar.
- Tiende zitting** Fysiotherapie en oefentherapie voor patiënten met indicatie voor de chronische lijst worden vergoed vanaf de tiende behandeling. Het feit dat de eerste negen behandelingen voor de rekening van de patiënt zijn, wordt door zorgverzekeraars, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen ervaren als een knelpunt. Deze regeling staat haaks op het uitgangspunt om noodzakelijke zorg te vergoeden. Het is namelijk aannemelijk dat de eerste zittingen bij de noodzakelijke zorg behoren.

3.4 Uitvoerbaarheid

Samenvatting Administratieve lasten en beperkte automatiseringsmogelijkheden maken de uitvoerbaarheid chronische lijst volgens fysiotherapeuten, oefentherapeuten en zorgverzekeraars in de praktijk slecht werkbaar. Ook het gebruik van verschillende diagnosecoderingen door therapeuten en artsen wordt als verwarrend ervaren. Daarnaast blijkt de chronische lijst maar moeilijk uit te leggen aan patiënten.

- Administratieve lasten** Fysiotherapeuten en oefentherapeuten geven aan dat zij de chronische lijst als administratief belastend ervaren. Ten eerste hanteren zorgverzekeraars verschillende procedures voor de declaratie van de behandeling van lijstpatiënten. Zo moet bij sommige verzekeraars vooraf een machtiging worden toegekend terwijl dit bij andere verzekeraars niet noodzakelijk is. Ook is voor sommige verzekeraars een digitale verwijzing van de huisarts voldoende terwijl andere verzekeraars een fysieke (papieren) verwijzing willen ontvangen.
- Ten tweede maken de verplichte diagnosestelling door een specialist voor bepaalde aandoeningen en de verschillende diagnosecoderingen die worden gebruikt door artsen en therapeuten, het systeem extra complex. Ingediende declaraties komen hierdoor vaak terug bij de therapeut, wat veel werk met zich meebrengt. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten pleiten voor uniformiteit in de afhandeling door zorgverzekeraars en in diagnosecodering. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten wensen dat een alternatief voor de chronische lijst eenvoudig is in gebruik.

Automatisering Volgens de zorgverzekeraars is de chronische lijst en het huidige systeem niet goed te automatiseren. De Vektismethodiek die wordt gebruikt door zorgverzekeraars, sluit niet aan bij de diagnosecoderingen die artsen enerzijds en fysiotherapeuten en oefentherapeuten anderzijds gebruiken voor de chronische lijst. Een aangepaste lijst of een alternatief zou wat betreft de zorgverzekeraars honderd procent automatiseerbaar moeten zijn.

Moeilijk uit te leggen De fysiotherapeuten, oefentherapeuten en zorgverzekeraars geven aan dat de chronische lijst moeilijk is uit te leggen aan patiënten. De naam 'chronische lijst' werkt verwarrend: de aandoeningen die op de lijst staan, komen niet (altijd) overeen met wat de patiënt als chronisch ervaart. Patiënten met een aandoening die langer dan drie maanden duurt, ervaren hun aandoening vaak als chronisch. Het bestaan van een 'chronische lijst' wekt de suggestie dat zij in aanmerking komen voor vergoeding van fysio- en/of oefentherapie. Officieel heet de chronische lijst: 'lijst langdurige en intermitterende fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck', maar deze naam wordt in de praktijk nauwelijks gebruikt. Naast de verwarrende naam van de lijst is deze ook inhoudelijk lastig uit te leggen aan patiënten. Waarom krijgt iemand met de ziekte van Parkinson de behandeling wel vergoed maar een oudere met meervoudige beweegproblemen niet?

3.5 Toetsbaarheid

Samenvatting toetsbaarheid *Doordat niet alle aandoeningen die langdurige zorg behoeven op de lijst staan, wordt er creatief met de chronische lijst omgegaan. Hierdoor geven de geregistreerde aandoeningen geen goed beeld van de werkelijkheid. Zorgverzekeraars ervaren het als problematisch dat het gebruik van richtlijnen niet standaard is en dat op het gebruik ervan niet wordt getoetst. Het ministerie van VWS vindt dat er meer evidence based moet worden gewerkt en dat de fysiotherapeuten en oefentherapeuten meer zouden moeten werken met methoden waarmee het effect van de behandeling kan worden aangetoond.*

Creatief Zowel fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorgverzekeraars geven aan dat de lijst uitlokt tot het registreren van aandoeningen die in de chronische lijst zijn opgenomen. De therapeuten kijken dan of de aandoening op de één of andere manier onder een aandoening en een code van de lijst kan vallen omdat zij vinden dat er langdurige zorg nodig is. Er wordt een voorbeeld genoemd van een grote praktijk waar een middag overleg is gevoerd om af te stemmen hoe de therapeuten in de praktijk gaan coderen. Doordat creatief met de lijst wordt omgegaan geven de geregistreerde codes geen goede weergave van de werkelijkheid. Dit wordt als een knelpunt ervaren omdat op deze manier de werkzaamheden van een praktijk niet transparant zijn.

Richtlijnen Zorgverzekeraars ervaren het als problematisch dat het gebruik van richtlijnen niet standaard is en dat op het gebruik ervan niet wordt getoetst. Op dit

moment is voor een groot aantal aandoeningen nog geen richtlijn beschikbaar. In totaal zijn voor zeventien aandoeningen fysiotherapeutische richtlijnen beschikbaar. Minder dan de helft van deze aandoeningen staat op de chronische lijst. Ook zijn er voor negen aandoeningen op de chronische lijst oefentherapeutische richtlijnen beschikbaar. Het merendeel van deze aandoeningen staat op de chronische lijst. De fysiotherapeuten geven aan dat in principe wordt behandeld aan de hand van richtlijnen en dat hier alleen gemotiveerd van mag worden afgeweken. De oefentherapeuten geven aan dat het gebruik van richtlijnen steeds meer gemeengoed wordt, met name onder de nieuwe generatie oefentherapeuten.

Meerwaarde Het ministerie van VWS vindt dat er meer *evidence based* zou moeten worden gewerkt. Ook is het ministerie van VWS van mening dat fysiotherapeuten en oefentherapeuten meer zouden moeten werken met prestatie-indicatoren en methoden waarmee kan worden aangetoond wat de meerwaarde is van de langdurige behandeling.

3.6 Context

Samenvatting context *De chronische lijst functioneert niet in een geïsoleerde situatie maar bevindt zich in het systeem van de gezondheidszorg waarin allerlei andere invloeden en ontwikkelingen spelen. Een aantal genoemde knelpunten hebben betrekking op de context van het huidige gezondheidszorgsysteem. Zo vinden sommige belanghebbenden dat de chronische lijst multidisciplinair denken en ketenzorg in de weg staat. Ook zou de aanspraak op een onbeperkt aantal behandelingen niet aansluiten bij de huidige richtlijnen en methodisch handelen.*

Multidisciplinair denken Doordat de aandoening het uitgangspunt is van de chronische lijst wordt volgens fysiotherapeuten en oefentherapeuten niet multidisciplinair en niet in ketens gedacht. De reumapatiëntenbond heeft zeer goede ervaringen met ketenzorg waarbij reumatologen, fysiotherapeuten, huisartsen en de patiëntenvereniging samenwerken. Dit wordt echter niet gestimuleerd door de chronische lijst. Bij een aanpassing van of alternatief voor de chronische lijst zou meer aandacht moeten zijn voor multidisciplinair denken en ketenzorg. Dit past binnen de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Richtlijn ontwikkeling De NHG is van mening dat richtlijnontwikkeling meer moet worden gestimuleerd. De NHG ziet hier ook een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars: meer dan nu zouden zorgverzekeraars de ontwikkeling en het gebruik van richtlijnen moeten stimuleren door bijvoorbeeld het invoeren van positieve prikkels. De NHG vindt dat zorgverzekeraars minder controlerend moeten optreden en meer vanaf het begin bij de richtlijnontwikkeling betrokken moeten zijn.

3.7 Positieve aspecten van de chronische lijst

Samenvatting positieve aspecten Naast knelpunten is ook gevraagd naar positieve aspecten van de chronische lijst. Men ervaart het als positief dat de chronische lijst het mogelijk maakt om langdurige zorg te verlenen en te vergoeden voor patiënten met een aandoening die voorkomt op de chronische lijst. Ook zijn de verschillende belanghebbenden, ondanks de knelpunten, inmiddels gewend aan het werken met de chronische lijst.

De verschillende belanghebbenden ervaren het als positief dat de onbeperkte vergoeding voor patiënten met een indicatie voor een aandoening die voorkomt op de chronische lijst het mogelijk maakt in te springen op het onvoorspelbare beloop van aandoeningen. Op die manier kan de therapeut anticiperen op de zorgbehoeften van de patiënt. Ook is het voor de therapeut en de patiënt nu duidelijk dat patiënten voor veel aandoeningen op de chronische lijst de behandeling helemaal vergoed krijgen. Voor lijstpatiënten geeft dat rust, ze zijn verzekerd van de vergoeding van langdurige zorg. De chronische lijst heeft in de huidige opzet ook een vangnetfunctie: er staan aandoeningen op die zelden voorkomen, maar als deze aandoeningen, bijvoorbeeld zeldzame spierziekten, voorkomen is langdurige therapie nodig en wordt deze ook vergoed.

De zorgverzekeraars zijn positief over de rol van de verwijzer in de procedure. Zij vinden dat de verwijzer de toetsbaarheid van het systeem vergroot.

3.8 Aanpassen of een alternatief?

Op de vraag of de chronische lijst moet worden aangepast of dat er een alternatief moet komen voor de chronische lijst, is geen eenduidig antwoord gegeven. De VvOCM en een paar vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen zien een oplossing in het toevoegen van aandoeningen aan de lijst. Anderen vinden dit geen structurele oplossing en pleiten voor een alternatief voor de chronische lijst. Ze vinden de chronische lijst niet passen in de ontwikkeling naar vraaggericht werken, denken in functiegericht termen en ketenzorgprogramma's. Ook vinden zij dat de beperkingen in het functioneren het uitgangspunt moet zijn of dat er meer aandacht moet komen voor de beperkingen in het functioneren. Er wordt aangegeven dat grondig onderzoek moet worden gedaan voordat wordt overgegaan op een alternatief. Op de korte termijn kan eventueel een enkele aanpassing van de chronische lijst worden gedaan om knelpunten weg te nemen. Anderen vinden dat als er geen alternatief komt dat tegemoetkomt aan de meeste gesignaleerde knelpunten, de chronische lijst moet blijven zoals deze nu is. De reden is dat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en patiënten nu weten waar zij aan toe zijn. Sommige geïnterviewden geven aan dat zij het lastig vinden om te denken in oplossingsrichtingen zonder een financieel kader. Zij willen graag eerst meer duidelijkheid over de beschikbare financiële middelen voordat zij goed kunnen nadenken over mogelijke oplossingsrichtingen.

4 SCENARIO'S

RegioPlan heeft twee toekomstscenario's voor de chronische lijst opgesteld. Het eerste scenario beschrijft een aanpassing van de chronische lijst (figuur 4.1). In het tweede scenario wordt een alternatief voor de chronische lijst voorgesteld (figuur 4.2). Deze scenario's zijn gebaseerd op de knelpunten en de oplossingsrichtingen die naar voren zijn gekomen uit de interviews met de belanghebbenden (hoofdstuk 3) en zijn aangepast op basis van de discussies tijdens de expertmeeting. In dit hoofdstuk worden de aangepaste scenario's beschreven. Beide scenario's trachten zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de wensen van de verschillende belanghebbenden. In dit hoofdstuk wordt tevens het draagvlak voor de onderdelen van de scenario's onder de aanwezigen bij de expertmeeting beschreven.

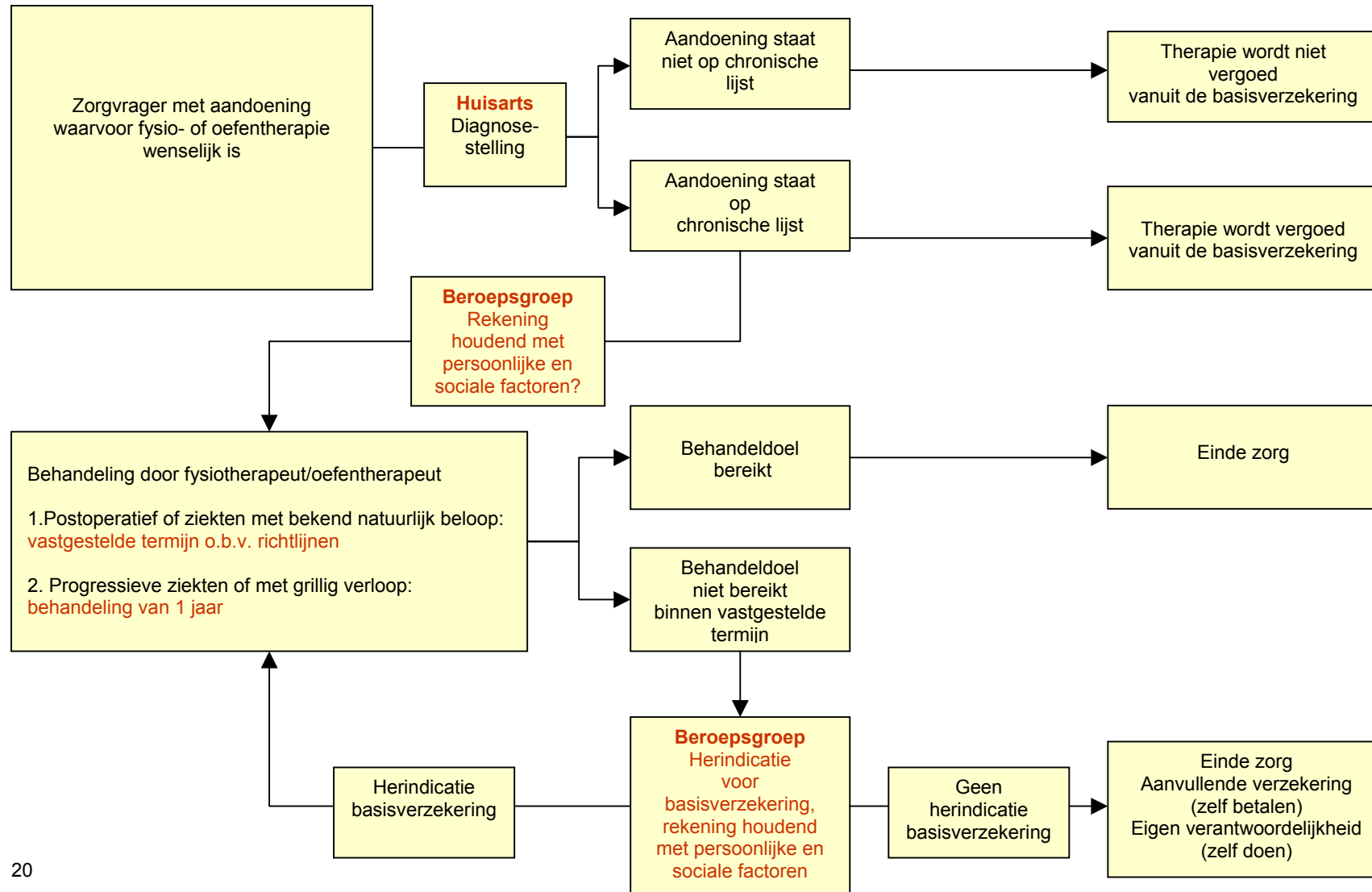
4.1 Scenario 1: Aanpassen van de chronische lijst

Diagnose- en indicatiestelling In scenario 1 wordt de diagnose gesteld door de huisarts waarbij, net als in het huidige systeem, onderscheid wordt gemaakt tussen aandoeningen die wel en niet op de chronische lijst staan. De diagnosestelling door de medisch specialist wordt achterwege gelaten. De aanwezigen bij de expertmeeting zijn het erover eens dat de diagnose door een arts moet worden gesteld en dat dit een voorwaarde moet zijn voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Men vindt echter dat de indicatiestelling voor fysio- of oefentherapie moet worden gedaan door de beroepsgroep. Artsen werken met medische diagnoses en zijn daardoor minder goed in staat te denken in termen van functioneren en fysio- en oefentherapeutische diagnoses.

Toevoegen en weglaten In dit scenario wordt het aantal aandoeningen uitbereid ten opzichte van de huidige chronische lijst. Tijdens de interviews zijn verschillende aandoeningen genoemd waarvan de geïnterviewden vinden dat deze in aanmerking moeten komen voor vergoeding. Dit zijn onder andere artrose, fibromyalgie, ouderen met meervoudige bewegingsproblemen, osteoporose zonder fractuur en hartfalen. Ook zouden in principe aandoeningen kunnen worden weggelaten. Bij de selectie van aandoeningen moet kritisch worden gekeken naar de selectiecriteria. Voor verschillende deelnemers is het onduidelijk welke criteria destijds zijn gebruikt voor de samenstelling van de chronische lijst. De aanwezigen vinden dat noodzakelijke zorg het uitgangspunt moet zijn bij het vaststellen van de selectiecriteria. Het begrip noodzakelijke zorg is echter niet uitgewerkt en wordt door de partijen verschillend uitgelegd.

Termijnen In tegenstelling tot het huidige systeem is in scenario 1 het aantal behandelingen voor de meerderheid van de aandoeningen niet onbeperkt.

Figuur 4.1 Scenario 1: aanpassing van de chronische lijst



Voor postoperatieve aandoeningen of ziekten met een bekend natuurlijk beloop worden termijnen gesteld. De termijnen worden bepaald op basis van de stand van de wetenschap en de praktijk en op basis van bestaande richtlijnen. Voor progressieve ziekten of ziekten met een grillig verloop is echter moeilijk te bepalen hoe lang een behandeling zal moeten duren. Daarom wordt, in dit scenario, voor deze ziekten een termijn van één jaar toegekend. Na afloop van de termijn of na afloop van het jaar kan de fysiotherapeut of oefentherapeut de termijn gemotiveerd verlengen (herindicatie voor de basisverzekering). Hierbij kan hij rekening houden met persoonlijke en sociale kenmerken van de patiënt.

Tijdens de expertmeeting zijn door de fysiotherapeuten en oefentherapeuten enkele kanttekeningen geplaatst bij het opnemen van termijnen. Termijnen kunnen zorgen voor een schijnzekerheid. De termijnen geven het idee dat er minder gebruik gemaakt zal worden van het recht op de vergoeding van fysio- en oefentherapie. Maar patiënten (en therapeuten) zullen geneigd zijn om de termijnen vol te maken, ook als het behandel doel eerder is bereikt. Een ander probleem schuilt mogelijk in het vaststellen van de termijnen. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten geven aan dat er veel variatie is in het aantal zittingen, waardoor zij het gemiddelde geen goed uitgangspunt vinden. Andere aanwezigen vinden dat ergens een grens moet worden getrokken en vinden het gemiddelde hiervoor geschikt, ook gezien het gegeven dat gemotiveerd van de termijnen mag worden afgeweken. Bij het vaststellen van de termijnen is tevens de discussie over behandeling en onderhoud (bijvoorbeeld het op peil houden van de conditie) van belang. Wat valt binnen de gestelde termijn? Gerelateerd hieraan zou bij herindicatie in acht moeten worden genomen of de behandeling nog binnen de doelstelling van de basisverzekering valt.

Herindicatie	<p>Tijdens de expertmeeting was men het erover eens dat het opnemen van evaluatiemomenten wenselijk is. Ook tijdens de interviews is door verschillende partijen aangegeven dat er meer evaluatiemomenten moeten worden gecreëerd. Wel werd tijdens de expertmeeting opgemerkt dat moet worden bepaald of de evaluatiemomenten vanuit het perspectief van methodisch handelen (inhoudelijke gronden) of vanwege financiële redenen (beperkte aanspraak) worden gecreëerd.</p> <p>De aanwezigen zijn het erover eens dat zo'n evaluatiemoment niet moet bestaan uit een herindicatie door een huisarts maar door de beroepsgroep, in samenspraak met de patiënt. Ook hier geldt, net als bij de indicatie, dat de huisarts een ander begrippenkader heeft waardoor hij minder goed kan bepalen of het behandel doel is behaald of dat herindicatie wenselijk is. De aanwezigen geven aan dat de indicatie en herindicatie door dezelfde therapeut zou moeten worden uitgevoerd. Tevens gaat de voorkeur uit naar het beter en vaker inzetten van meetinstrumenten om tijdens een evaluatiemoment het effect van de behandeling te meten.</p>
--------------	---

De aanwezigen bij de expertmeeting zijn het erover eens dat (meer dan nu) rekening moet worden gehouden met persoonlijke en sociale factoren. Het staat echter nog ter discussie of de therapeut bij de indicatiestelling of bij de herindicatie rekening moet houden met deze factoren. De NPCF pleit voor een vraaggestuurd systeem waarbij de therapeut bij de indicatiestelling en, met name, bij de vaststelling van de termijn rekening houdt met persoonlijke en sociale kenmerken van de patiënt. ZN vindt dat er moet worden uitgegaan van een vaste termijn waar gemotiveerd van mag worden afgeweken (aanbod-gestuurd).

Financiering De aanwezigen vinden het vanzelfsprekend dat in scenario 1 de behandeling van aandoeningen op de lijst binnen de gestelde termijn wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Omdat voor veel aandoeningen nog geen richtlijnen bestaan, is vergoeding aan de hand van de richtlijnen (en de daarin opgenomen termijnen) op dit moment niet haalbaar. Ook wijzen sommigen erop dat de kosten van een herindicatie (en evaluatie) moeten worden meegenomen in de overweging voor het opnemen van een herindicatie. De kosten van een herindicatie mogen niet hoger zijn dan de kosten van doorbehandelen zonder herindicatie.

Toetsbaarheid Volgens sommige aanwezigen zijn prestatie-indicatoren geschikt om de toetsbaarheid van het scenario te vergroten. Een kanttekening hierbij is wel dat deze indicatoren vaak gericht zijn op het proces en daardoor ze wellicht weinig handvatten bieden voor de evaluatie van de individuele patiënt. Andere aangedragen ideeën voor het vergroten van de toetsbaarheid zijn: terugkoppeling aan de huisarts via het elektronisch patiëntendossier (EPD) en de inzet van meetinstrumenten tijdens evaluatiemomenten. Het frequenter inzetten van meetinstrumenten kwam ook in de interviews als wenselijk naar voren.

Mogelijk kosteneffect scenario 1 Het toevoegen van aandoeningen aan de chronische lijst zal mogelijk kunnen leiden tot hogere kosten op macroniveau. Uit de analyses van het LiPZ-bestand blijkt dat tussen 2003 en 2006 het aantal lijstpatiënten bij de fysiotherapeut varieerde van acht procent tot twaalf procent. Het percentage patiënten met artrose en verwante aandoeningen bij de fysiotherapeut varieerde in die periode van 2,5 procent tot 3,7 procent.¹³ Tussen 2003 en 2006 varieerde het percentage patiënten bij de fysiotherapeut met spierpijn/fibromyalgie van 0,2 procent tot 0,7 procent. Het percentage patiënten met osteopenie en osteoporose zonder fractuur varieerde in die periode van 0,1 procent tot 0,2 procent. Voor fysiotherapie zal het toevoegen van deze aandoeningen aan de chronische lijst op basis van deze berekeningen grofweg een toename van lijstpatiënten van vier procent betekenen.

Bij de oefentherapeut varieerde het percentage lijstpatiënten in de periode tussen 2003 en 2006 van drie procent tot zeven procent. Het percentage

¹³ Het gaat hier om de volgende aandoeningen: artrose/spondylose wervelkolom, artrose/spondylose, coxartrose, gonartrose en andere artroseverwante aandoeningen.

artrosepatiënten bij de oefentherapeut Cesar en Mensendieck varieerde in deze periode van 1,5 procent tot 2,9 procent.¹³ Het percentage patiënten met spierpijn/fibromyalgie bij de oefentherapeut varieerde in die periode van 0,4 procent tot 0,8 procent. Tussen 2003 en 2006 varieerde het percentage patiënten met osteopenie en osteoporose zonder fractuur van 0,1 procent en 0,6 procent. Ook voor oefentherapie zal het opnemen van deze aandoeningen een toename van lijstpatiënten van grofweg drie procent betekenen.

De toename van drie tot vier procent kan fluctueren. Het percentage kan lager uitvallen doordat nu creatief met de chronische lijst wordt omgegaan en aandoeningen die eigenlijk niet op de lijst staan wel als zodanig worden geregistreerd. Het is te verwachten dat er bij toevoeging van aandoeningen meer realistisch zal worden geregistreerd. Dit betekent dat gedeeltelijk een verschuiving, maar niet zozeer een toename, zal plaatsvinden in de registratie van lijstpatiënten (communicerende vaten). Door een te verwachten toename van het aantal chronisch zieken in de komende jaren zal het percentage lijstpatiënten hoger kunnen zijn.

Het opnemen van termijnen kan een afname van kosten betekenen. Het is op dit moment moeilijk in te schatten hoeveel dit zal zijn omdat onbekend is voor hoeveel aandoeningen vaste termijnen kunnen worden gesteld, hoe lang deze zullen zijn en voor welk deel van de patiënten binnen de gestelde termijn het behandeldoel wordt behaald en de zorg wordt beëindigd.

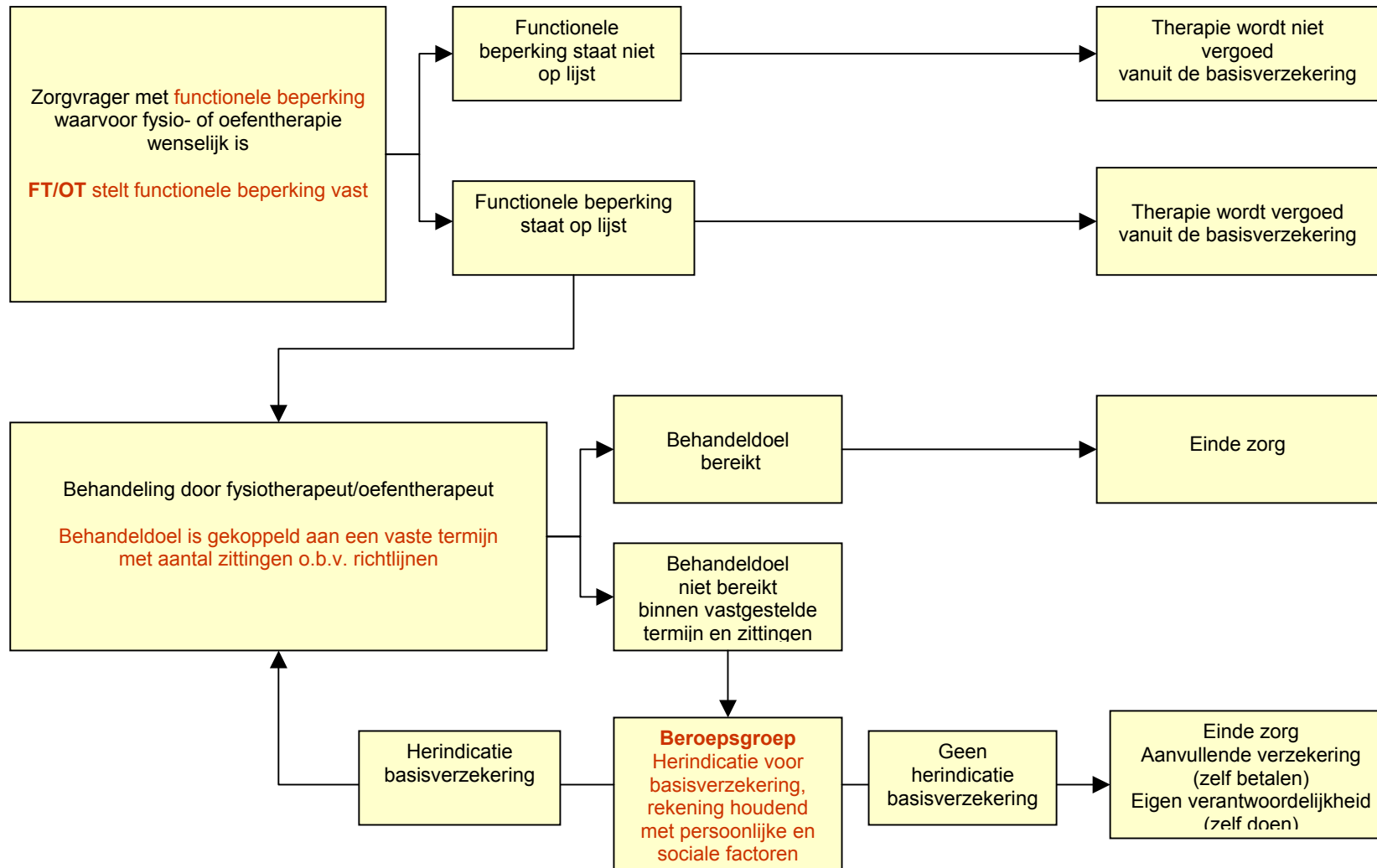
4.2 Scenario 2: Alternatief voor de chronische lijst

Functionele beperkingen In scenario 2 zijn functionele beperkingen het uitgangspunt. Het idee van een lijst met aandoeningen waarvoor de behandeling wordt vergoed, wordt in dit scenario losgelaten. Dit betekent dat in principe iedere patiënt in aanmerking kan komen voor vergoeding van fysio- en oefentherapie vanuit de basisverzekering, ongeacht de aandoening. In dit scenario wordt op basis van beperkingen in het functioneren bepaald voor welke patiënten fysio- en oefentherapeutische behandeling wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

In principe vinden de aanwezigen bij de expertmeeting functionele beperkingen een nastrevenswaardig uitgangspunt. Volgens de aanwezigen is de fysio- en oefentherapeut de meest aangewezen persoon om beperkingen in het functioneren bij patiënten vast te stellen. Zij zien echter nogal wat problemen bij de uitwerking van dit scenario.

Ten eerste vindt de meerderheid dat het begrip functionele beperkingen nog niet goed is geoperationaliseerd. Hierdoor vinden zij de uitvoerbaarheid van dit scenario lastig te overzien. Het begrip functionele beperkingen is lastig te kaderen. Welke criteria worden daarvoor gebruikt? En wie bepaalt dit? Door sommigen wordt geopperd dat het begrip eerst verder moet worden uitgewerkt in samenspraak met de relevante partijen. Over het algemeen ziet men het

Figuur 4.2 Scenario 2: alternatief voor de chronische lijst



operationaliseren van het begrip functionele beperkingen als een lastig traject. Ten tweede voorzien sommigen dat het zeer lastig zal zijn om te bepalen welke functionele beperkingen binnen de doelstelling van de basisverzekering vallen. Ook hier is het vraagstuk noodzakelijke zorg weer van belang. Valt het weer kunnen lopen onder noodzakelijke zorg? Hoe ver moet iemand kunnen lopen?

Ten derde denken velen dat er toch een diagnostisch filter nodig zal zijn. Het voorbeeld van iemand die niet meer kan lopen door een gebroken been of iemand die niet meer kan lopen doordat hij de marathon heeft gelopen en veel spierpijn heeft, wordt hiervoor gebruikt. Als slechts wordt uitgegaan van functionele beperkingen dan zou de tweede persoon ook fysiotherapie vergoed krijgen. Dit vinden de aanwezigen echter niet wenselijk.

Een genoemde oplossing is een combinatie van functionele beperkingen en aandoeningen, waarbij de beperking het uitgangspunt is en de lijst met aandoeningen aanzienlijk wordt uitbereid ten opzichte van de huidige chronische lijst. In dit kader zijn ook aanspraakprofielen waarin functionele beperkingen, diagnose, behandeldoel en persoonlijke en sociale factoren zijn opgenomen, als een mogelijke oplossing genoemd. Daarnaast is de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* als mogelijk bruikbaar classificatiesysteem genoemd. De ICF is een classificatie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (*World Health Organisation, WHO*) waarmee de gezondheid kan worden gekarakteriseerd in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie.

- Behandeldoel** In scenario 2 wordt de duur van de behandeling gekoppeld aan het behandeldoel. Voor de verschillende behandeldoelen zou een termijn of een maximum aantal zittingen moeten worden vastgesteld die worden afgestemd met de richtlijnen. De aanwezige partijen bij de expertmeeting zijn over het algemeen vóór het opnemen van evaluatiemomenten en/of het inbouwen van beperkingen in de vergoeding. Hoe dit het beste kan worden gedaan, bijvoorbeeld aan de hand van termijnen of aan de hand van behandeldoelen, staat nog ter discussie.
- Over de wenselijkheid van het koppelen van een aantal behandelingen aan een behandeldoel zijn de meningen verdeeld. Volgens de fysiotherapeuten en oefentherapeuten is er nauwelijks een relatie tussen het aantal zittingen en het behalen van een behandeldoel en is het van tevoren lastig in te schatten hoeveel behandelingen nodig zullen zijn om een behandeldoel te halen. De analyses van het LiPZ-bestand laten inderdaad een zeer grote variatie in het aantal behandelingen zien. Het aantal behandelingen van patiënten met reumatoïde artritis die in 2006 zijn aangemeld bij de fysiotherapeut varieerde in dat jaar van 3 tot 132 zittingen (10^e percentiel= 5 behandelingen en 90^e percentiel= 73 behandelingen). Het aantal fysiotherapeutische behandelingen voor patiënten die in 2006 zijn aangemeld voor spondylose varieerde in dat jaar van 1 tot 68 behandelingen (10^e percentiel= 5 behandelingen en 90^e percentiel= 35 behandelingen). Het aantal behandelingen van reumapatiënten die in 2006 zijn aangemeld bij de oefentherapeut varieerde in dat jaar van 1 tot 94 behandelingen (10^e percentiel= 5 behandelingen en 90^e percentiel= 83

behandelingen).

Daarnaast vinden sommigen het onduidelijk hoe in dit scenario wordt omgegaan met patiënten met ziekten met een grillig verloop. Voor deze patiënten is het moeilijk om een behandeldoel vast te stellen en te meten of dit doel is behaald. Sommige fysiotherapeuten en oefentherapeuten zagen meer in een evaluatiemoment verbonden aan een termijn zoals voorgesteld in scenario 1.

Herindicatie	In scenario 2 zou volgens de aanwezige partijen ook de beroepsgroep de herindicatie moeten verrichten. Het zal voor de huisarts nog lastiger zijn om de herindicatie te verrichten als wordt uitgegaan van functionele beperkingen. De huisarts is gewend te denken in medische diagnoses en niet in termen van beperkingen in het functioneren. Ook hier zou de indicatie ofwel het vaststellen van de functionele beperkingen en de herindicatie door dezelfde therapeut moeten worden gedaan.
Financiering	In dit scenario zal moeten worden bepaald voor welke functionele beperkingen de behandeling wel en voor welke functionele beperkingen de behandeling niet wordt vergoed. Dit is volgens sommige aanwezigen een groot knelpunt. Deze partijen voorzien dat het moeilijk zal zijn om het begrip functionele beperkingen te kaderen en te bepalen welke functionele beperkingen wel en niet binnen de basisverzekering vallen. Veel aanwezigen zetten dan ook vraagtekens bij de uitvoerbaarheid van scenario 2. Een belangrijke kanttekening die is gemaakt, is dat in scenario 2 het gevaar schuilt dat de uitwerking meer kosten met zich meebrengt dan het probleem nu waard is. De aanwezigen vinden dat eerst pilots moeten worden uitgevoerd om de uitvoerbaarheid van dit scenario te bepalen. Desondanks vindt de meerderheid beperkingen in het functioneren een nastrevenswaardig uitgangspunt.
Toetsbaarheid	Doordat de huisarts niet goed in staat is om functionele beperkingen vast te stellen en te beoordelen, heeft de huisarts nauwelijks een rol in scenario 2. Daarom zal naar andere manieren moeten worden gezocht om de toetsbaarheid van dit scenario te verhogen. Sommige aanwezigen wijzen erop dat de huisarts een coördinerende rol zou kunnen hebben. Een manier is verplichte terugrapportage aan de huisarts, wat in de toekomst wellicht makkelijker zal worden met het elektronisch patiëntendossier (EPD). Dit past in de ontwikkeling van ketenzorg. Ook bieden prestatie-indicatoren en meet-instrumenten aanknopingspunten.
Mogelijk kosteneffect scenario 2	In scenario 2 heeft in principe iedereen met functionele beperkingen recht op vergoeding van fysio- en oefentherapeutische behandeling. Dit zal uiteraard leiden tot een toename van het volume van de paramedische zorg. Er zal moeten worden bepaald voor welke functionele beperkingen, eventueel gecombineerd met aandoeningen, de behandeling wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Ook zal moeten worden besloten of deze keuze wordt gemaakt op basis van financiële gronden (er is een maximaal bedrag voor paramedische zorg beschikbaar) of op inhoudelijke gronden (solidariteits-

beginsel). Het kosteneffect van scenario 2 zal van deze keuzes afhangen en hierover kunnen daarom nog geen uitspraken worden gedaan.

4.3 Scenario 1 en/of scenario 2?

Tijdens de expertmeeting is na presentatie van de scenario's aan de aanwezigen gevraagd naar welk scenario de voorkeur uitging. De meningen waren hierover verdeeld. Drie fysiotherapeuten en oefentherapeuten gaven aan een voorkeur te hebben voor scenario 1, acht personen (zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en oefentherapeuten) dachten een voorkeur te hebben voor scenario 2. Sommigen zeiden hierbij dat zij de uitvoerbaarheid van scenario 2 echter moeilijk konden overzien. Vijf personen (fysiotherapeuten en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties) hadden geen duidelijke mening. Twee zorgverzekeraars gaven aan dat zij zich een groeimodel konden voorstellen: op de korte termijn scenario 1 en op de lange termijn scenario 2.

Combinatie Tijdens de expertmeeting kwam tevens naar voren dat een combinatie van scenario 1 en 2 scenario 1 en scenario 2 ook tot de mogelijkheden behoort. Sommige aanwezigen dachten dat een combinatie van functionele beperkingen en een lijst met aandoeningen beter werkbaar zou zijn dan een systeem waarin alleen functionele beperkingen als uitgangspunt wordt genomen. Daarnaast lijkt een combinatie van termijnen en een gemaximeerd aantal behandelingen waarin een behandeldoel moet worden gehaald, ook mogelijk te zijn.

Eerste negen behandelingen De aanwezigen bij de expertmeeting vinden dat in beide scenario's nagedacht zal moeten worden over de vergoeding van de eerste negen behandelingen. Deze komen nu voor rekening van de patiënt, ook als iemand een aandoening heeft die op de chronische lijst staat. Dit vinden de aanwezigen in het licht van noodzakelijke zorg geen logische regeling.

5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit onderzoek zijn knelpunten met betrekking tot de chronische lijst voor fysio- en oefentherapie geïnventariseerd. Ook zijn oplossingsrichtingen voor de chronische lijst in kaart gebracht. In dit onderzoek is uitgegaan van een breed perspectief en stonden drie hoofdvragen centraal:

1. Welke knelpunten ervaren belanghebbenden in de praktijk met betrekking tot de chronische lijst?
2. Welke oplossingsrichtingen zien de belanghebbenden voor de ervaren knelpunten?
3. Voor welke oplossingsrichtingen bestaat draagvlak onder de belanghebbenden?

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruikgemaakt van deskresearch, het LiPZ-bestand, interviews en een expertmeeting. In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek.

5.1 Knelpunten en oplossingsrichtingen

Tijdens de interviews met de verschillende belanghebbenden is een groot aantal knelpunten naar voren gekomen. De partijen brachten zeer verschillende knelpunten naar voren die betrekking hadden op diverse aspecten van de chronische lijst. Voor de knelpunten is een aantal verschillende oplossingen aangedragen waarover door de partijen verschillend werd gedacht. De knelpunten die de belanghebbenden in de praktijk ervaren met betrekking tot de chronische lijst en de oplossingsrichtingen zijn onderverdeeld in de volgende zes categorieën: inhoud, procedure, financiering, uitvoerbaarheid, toetsbaarheid en context.

Inhoud	De partijen vinden het bezwaarlijk dat een aantal aandoeningen waarvoor vaak langdurige fysiotherapie of oefentherapie zinvol is, niet op de chronische lijst staat. Toevoeging van een aantal aandoeningen zou volgens sommigen dit knelpunt grotendeels weg kunnen nemen. Anderen vinden de aandoening geen goed uitgangspunt en vinden dat beperkingen in het functioneren als uitgangspunt zouden moeten dienen. Partijen die dit knelpunt noemden, vinden het toevoegen van aandoeningen dan ook geen structurele oplossing maar pleiten voor een alternatief voor de chronische lijst.
--------	--

Procedure	Het feit dat patiënten voor veel aandoeningen op de chronische lijst recht hebben op een onbeperkt aantal zittingen wordt door zorgverzekeraars gezien als een belangrijk procedureel knelpunt. Zij vinden dat meer dan nu moet worden gewerkt met behandeldoelen en pleiten voor het creëren van meer evaluatiemomenten waarop kan worden besloten te stoppen met de behandeling. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten gaven aan dat zij de aanvullende eisen en gestelde termijnen in sommige gevallen te strikt vinden. De
-----------	--

fysiotherapeuten en oefentherapeuten vinden dat deze beperkingen en aanvullende eisen bij een aanpassing van de lijst achterwege moeten worden gelaten.

Financiering De zorgverzekeraars vinden het onwenselijk dat voor veel aandoeningen op de chronische lijst alle kosten van langdurige fysio- en oefentherapie ten laste komen van de basisverzekering. Bij voorkeur zouden zij een onderscheid maken tussen behandeling met een daaraan gekoppeld behandel doel enerzijds en onderhoud anderzijds, waarbij onderhoud (deels) voor eigen rekening van de patiënt moet komen. Zorgverzekeraars, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen gaven daarnaast aan dat zij het onlogisch vinden dat de eerste negen behandelingen moeten worden betaald door de patiënt.

Uitvoerbaarheid Zorgverzekeraars, fysiotherapeuten en oefentherapeuten gaven aan dat administratieve lasten en beperkte mogelijkheden voor automatisering de chronische lijst in de praktijk slecht werkbaar maken. Ze vinden dat een aanpassing of alternatief moet zorgen voor administratieve lastenverlichting en dat goed moet worden nagedacht over de automatisering van een eventueel alternatief. Daarnaast gaven verschillende partijen aan dat de chronische lijst moeilijk is uit te leggen aan patiënten. De aandoeningen die op de chronische lijst staan komen niet (altijd) overeen met wat de patiënt als chronisch ervaart. Het bestaan van de chronische lijst suggereert dat chronische patiënten de behandeling vergoed krijgen, maar dit is lang niet altijd het geval.

Toetsbaarheid Zowel fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorgverzekeraars gaven aan dat er creatief met de lijst wordt omgegaan. Dit werd gezien als een onwenselijke situatie. Daarnaast vinden zorgverzekeraars het onwenselijk dat het gebruik van richtlijnen niet standaard is en dat op het gebruik ervan niet wordt getoetst.

Context Een aantal genoemde knelpunten heeft betrekking op de context waarin de chronische lijst zich bevindt. Sommige belanghebbenden vinden dat de chronische lijst multidisciplinair denken en ketenzorg in de weg staat. Ook gaven zorgverzekeraars aan dat het onbeperkt aantal behandelingen niet aansluit bij methodisch handelen en de huidige richtlijnen.

Op de vraag of de chronische lijst moet worden aangepast of dat er een alternatief moet komen voor de chronische lijst, kwam geen eenduidig antwoord. Sommige partijen pleiten voor een aanpassing van de chronische lijst, waarbij men het belangrijk vond dat er aandoeningen aan de lijst worden toegevoegd. Anderen zien hierin geen structurele oplossing en pleiten voor een alternatief voor de chronische lijst.

5.2 Scenario's

Op basis van de knelpunten en oplossingsrichtingen heeft RegioPlan twee toekomstscenario's opgesteld. Het eerste scenario beschrijft een aanpassing van de chronische lijst. De belangrijkste aanpassingen zijn het toevoegen van aandoeningen en het instellen van termijnen waarbinnen de behandeling zal worden vergoed. Van deze termijnen kan, in dit scenario, gemotiveerd worden afgeweken. Het tweede scenario beschrijft een alternatief voor de chronische lijst waarbij aan de hand van het niveau van functioneren zal worden bepaald of de behandeling wordt vergoed. De twee scenario's zijn besproken in een expertmeeting waarvoor de zorgverzekeraars, fysiotherapeuten, oefen-therapeuten, vertegenwoordigers van koepelorganisaties, patiënten-verenigingen, het ministerie van VWS en het NHG waren uitgenodigd. Onder de aanwezigen bij de expertmeeting waren zowel voor- als tegenstanders van de uitgangspunten van scenario's 1 en 2. Zowel onder de voor- als tegenstanders bleek er draagvlak te zijn voor onderdelen van de scenario's.

Draagvlak scenario 1 De aanwezigen bij de expertmeeting waren het erover eens dat aan de hand van vastgestelde criteria moet worden bekeken welke aandoeningen in scenario 1 aan de lijst moeten worden toegevoegd. Ook was er onder de aanwezigen draagvlak voor het opnemen van evaluatiemomenten. Daarnaast vonden de aanwezigen dat er meer dan nu rekening moet worden gehouden met persoonlijke en sociale factoren die ervoor zorgen dat langdurige behandeling nodig is.

Draagvlak scenario 2 De aanwezigen bij de expertmeeting vonden functionele beperkingen in scenario 2 een nastrevenswaardig uitgangspunt. Wel zag de meerderheid problemen bij de uitvoerbaarheid van een dergelijk scenario. Aanwezige fysiotherapeuten, oefen-therapeuten en zorgverzekeraars gaven aan dat er naast functionele beperkingen ook een diagnostisch filter nodig zal zijn. Ook bij scenario 2 waren de aanwezigen het eens over de wenselijkheid van het creëren van evaluatiemomenten. De aanwezigen waren het niet eens over de wenselijkheid van een maximum aantal behandelingen per behandeldoel. Bij beide scenario's vonden de aanwezigen dat de herindicatie moet worden gesteld door de therapeut en niet door de huisarts.

5.3 Aanbevelingen

Op basis van de verzamelde gegevens kan een aantal aanbevelingen worden gedaan voor het vervolgtraject.

Combinatie scenario 1 en 2 Een oplossing voor de knelpunten van de chronische lijst kan worden gezocht in een combinatie van scenario 1 en scenario 2. In een dergelijk systeem zijn de functionele beperkingen het uitgangspunt, maar wordt ook aandacht besteed aan de oorzaak van de functionele beperkingen. Hiervoor

moet, aan de hand van vastgestelde criteria, een lijst met aandoeningen worden opgesteld die meer aandoeningen bevat dan de chronische lijst. Het aantal zittingen dat wordt vergoed, kan worden beperkt door het invoeren van termijnen of een maximum aantal behandelingen per behandeldoel voor alle aandoeningen. Ook is het raadzaam om evaluatiemomenten te creëren waarop kan worden besloten de behandeling te stoppen. Tijdens deze evaluatiemomenten zal gebruik moeten worden gemaakt van objectieve meetinstrumenten. Voor dit scenario zullen richtlijnen moeten worden aangepast en ontwikkeld.

- | | |
|---------------------|---|
| Korte termijn | Het verdient aanbeveling om op de korte termijn een aantal knelpunten van de chronische lijst te repareren. Het gaat hier om knelpunten die relatief makkelijk kunnen worden opgelost en die ervoor zullen zorgen dat de chronische lijst beter functioneert. Er kan een aantal aandoeningen worden toegevoegd waardoor noodzakelijke zorg in meer gevallen kan worden verleend. Het CVZ zal de zorgverzekeraars moeten informeren over de status van Bijlage 1 en zal daarnaast de circulatie van de verschillende versies van coderingslijsten van de chronische lijst moeten oplossen. Ook zal het CVZ de zorgverzekeraars moeten informeren over de toestemmings- en verwijzvereisten die zij vrij kunnen opnemen in hun polis. Zorgverzekeraars zullen hierover de fysiotherapeuten en oefentherapeuten moeten informeren. Het informeren van de zorgverzekeraars, fysiotherapeuten en oefentherapeuten over de te verzekeren prestaties kan onduidelijkheid wegnemen. Met de tenuitvoerlegging van deze kortetermijnaanbevelingen kan direct worden gestart. |
| Middellange termijn | Op de middellange termijn is het raadzaam om voorbereidingen te treffen voor een regeling waarbij beperkingen in het functioneren het uitgangspunt zijn. Hiervoor moeten vaste termijnen en een maximum aantal behandelingen voor de verschillende behandeldoelen en functionele beperkingen worden vastgesteld en ingevoerd. De termijnen of het maximum aantal behandelingen kunnen worden bepaald met behulp van wetenschappelijk onderzoek of consensus. Voor veel aandoeningen zal echter geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar zijn en het opzetten van wetenschappelijk onderzoek is duur en tijdrovend. Het bereiken van consensus kost minder tijd en geld en is een geschikt middel om de termijnen en het maximum aantal behandelingen vast te stellen. Voor het bereiken van consensus kunnen verschillende methoden worden gebruikt. De LiPZ-registratie kan worden gebruikt om inzicht te krijgen in de verdeling van het aantal behandelingen van patiënten met verschillende diagnoses en behandeldoelen. Fysiotherapeuten, oefentherapeuten en verzekeraars kunnen op basis van hun ervaring uitspraken doen over geschikte termijnen en een geschikt maximum aantal behandelingen. Daarnaast verdient het de aanbeveling om de ervaringen van patiënten te gebruiken voor het vaststellen van termijnen en het maximum aantal behandelingen. Hiervoor kunnen patiëntencommunities op internet |

worden geraadpleegd. Patiëntencommunities zijn websites waarop patiënten hun ervaringen en kennis uitwisselen.¹

RegioPlan beveelt aan om pilots te starten voor het toetsen van de termijnen en een maximum aantal behandelingen. Hierin kan met de termijnen en een maximum aantal behandelingen worden geëxperimenteerd. Met behulp van deze pilots kan worden onderzocht in welke en hoeveel van de gevallen het behandeldoel binnen de gestelde termijn of het aantal vastgestelde behandelingen wel of niet wordt gehaald. Tevens kan worden onderzocht hoe vaak en op basis van welke redenen een herindicatie wordt gegeven voor de basisverzekering. Ook kunnen deze pilots inzicht verschaffen in de financiële gevolgen van een dergelijk systeem.

Een voorwaarde voor het invoeren van een regeling met beperkingen in het functioneren als uitgangspunt is het bestaan van richtlijnen voor de verschillende aandoeningen. Daarin kunnen de behandeldoelen en het aantal behandelingen of de termijnen worden opgenomen. Tevens moeten daarin per aandoening de beperkingen in het functioneren concreet worden beschreven. Het kan daarom worden aanbevolen zo snel mogelijk meer prioriteit te geven aan de ontwikkeling van meer richtlijnen. Hierbij zouden verzekeraars een stimulerende rol moeten hebben.

Lange termijn Als de behandeldoelen en het aantal behandelingen of de termijnen zijn vastgesteld en de richtlijnen zijn opgesteld, kan worden overgegaan op een regeling met beperkingen in het functioneren als uitgangspunt. Hiervoor zal echter moeten worden bepaald voor welke functionele beperkingen de behandeling wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Naast de geselecteerde functionele beperkingen moet op basis van vastgestelde criteria een lijst met aandoeningen worden samengesteld. Deze lijst zal dienen als extra diagnostisch filter.

¹ J. de Bruin en A. Ventevogel, Patiëntencommunities op het web. Theorie en praktijk. VU Uitgeverij, 2007.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Onderzoeksvragen

Onderzoeksvragen zoals geformuleerd in de offerte:

Huidige lijst

1. Hoe zetten de gebruikers/belanghebbenden de lijst in? Welk belang wordt gehecht aan het behandeldoel?
2. Wat zien de gebruikers als positieve punten van de lijst?
3. Welke knelpunten zijn in de context te onderscheiden?
4. Welke knelpunten zijn in de inhoud te onderscheiden?
5. Welke knelpunten zijn in de praktijk/procedure te onderscheiden?
6. Zijn er overige knelpunten te onderscheiden?
7. Tot welke (on)bedoelde consequenties leiden de knelpunten in de praktijk voor welke groep gebruikers/belanghebbenden?
8. Welke set aan oplossingen is al door elk type gebruiker/belanghebbende gevonden op de bestaande knelpunten?
9. Voldoen deze oplossingen voor elk type gebruiker/belanghebbende?
10. Is het mogelijk de chronische lijst dusdanig aan te passen dat hij optimaal functioneert?
11. Welke aanpassingen zijn hiervoor nodig?
12. Welke globale financiële gevolgen zien de gebruikers/belanghebbenden voor het werken met de aangepaste lijst?

Alternatieve methode

13. Welke alternatieve methode stellen de gebruikers/belanghebbenden voor waarmee de chronische lijst kan worden vervangen?
14. Welke ervaringen zijn hier reeds mee opgedaan?
15. Welke positieve punten en negatieve punten zijn te onderscheiden in de alternatieve methode(n)?
16. Welke globale financiële gevolgen zien de gebruikers/belanghebbenden verbonden aan de alternatieve methode(n)?

BIJLAGE 2

Onderzoeksaanpak

A. Desk research

De volgende documenten zijn bestudeerd.

Ziekenfondsraad (1998)

Evaluatie Beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck inclusief het 'Amsterdamse Dienstenmodel'.

Nederlands Paramedisch Instituut (1998)

De Beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck en het Amsterdams Dienstenmodel: samenvatting van het evaluatieonderzoek.

Minister van VWS (1998)

Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2 december 1998.
Kenmerk: CSZ/EZ-98.20032.

Staatscourant (1998)

Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering. Toelichting bij de wijzigingen per 01-01-1999. Nr 246, 1998.

Minister van VWS. Experiment beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie. Kamerstuk, 11 juli 2001. Kenmerk: CSZ/EZ-2186280.

College voor zorgverzekeringen (2002)

Kwaliteit in de praktijk. Het alternatief op de beperkende Maatregel Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar en Oefentherapie Mensendieck.

Nivel (2002)

Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck.

KPMG (2002)

Organisatie en bekostiging fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck.

Minister van VWS (2002)

Brief aan CVZ, 12 juli 2002. Kenmerk: CZ/EZ 2292875.

Ipso Facto (2003)

Haalbaarheidsonderzoek alternatieve regeling vergoeding fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck.

Minister van VWS (2003)

Beperking aanspraak fysio- en oefentherapie en tandheelkundige hulp. Kamerstuk, 11 november 2003. Kenmerk: Z/VU-2428650.

Staatscourant (2003)

Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering. Nr. 219, 2003.

College voor zorgverzekeringen (2005)

Brief aan de uitvoeringsorganen Ziekenfondswet en/ of AWBZ, 29 juni 2005. Kenmerk: CZ/25037086.

Zorgverzekeraars Nederland (2007)

Brief aan ministerie van VWS, 5 april 2007. Kenmerk: DZ 2007 0033 mbou1 B.

B. Bestandsanalyse

Analyses zijn uitgevoerd op het bestand van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Het LiPZ is een landelijk representatief registratienetwerk van extramuraal werkzame regulier fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en diëtisten dat wordt beheerd door het NIVEL. In 2005 registreren 91 fysiotherapeuten, 24 oefentherapeuten Cesar en 19 oefentherapeuten Mensendieck voor het LiPZ. Voor dit rapport zijn de gegevens van 2003 tot en met 2006 gebruikt.

Resultaten fysiotherapie

- Het percentage lijstpatiënten bij fysiotherapie varieert van 2003 tot 2006 tussen 8 en 12 procent.
- Ongeveer 40 procent van zowel de lijst- als de niet-lijstpatiënten bij de fysiotherapeut is man.
- Het merendeel van de lijstpatiënten bij de fysiotherapeut is door de huisarts verwezen.
- Specialistische verwijzingen komen met name van: chirurgie, orthopedie, neurochirurgie, longziekten, reumatologie en neurologie.
- De meest voorkomende diagnoses van lijstpatiënten bij de fysiotherapeut zijn: cerebrovasculair accident (CVA), gevolgen prothese of pacemaker, reumatoïde artritis, knieklachten en schouderklachten.
- Het percentage patiënten waarvoor tussen 2003 en 2006 door fysiotherapeuten een behandeldoel is geregistreerd varieert van 88 procent tot 95 procent (range).
- Tussen 2003 en 2006 had 41 procent tot 47 procent van de patiënten met een chronische aandoening meer dan 25 zittingen per jaar.

- Er is zeer grote variatie in het aantal zittingen voor patiënten met dezelfde aandoening.

Resultaten Oefentherapie

- Het percentage lijstpatiënten bij oefentherapie (Cesar en Mensendieck) ligt rond de vijf procent.
- Bij zowel Cesar als Mensendieck is ongeveer dertig procent van de lijst- en niet-lijstpatiënten man.
- Het merendeel van de lijstpatiënten bij de oefentherapeut is verwezen door een huisarts.
- Specialistische verwijzingen komen met name van: orthopedie, reumatologie, revalidatie (Cesar) en neurologie.
- De meest voorkomende diagnoses van lijstpatiënten bij de Cesar oefentherapeut zijn: motorische ontwikkelstoornis, scoliose en rugklachten.
- De meest voorkomende diagnoses van lijstpatiënten bij de Mensendieck oefentherapeut zijn: rugklachten, scoliose, ziekte van Parkinson en reumatoïde artritis.
- Het percentage waarvoor tussen 2003 en 2006 een behandeldoel is geregistreerd varieert van 83 procent tot 100 procent.
- 29 tot 55 procent van patiënten met een chronische aandoening heeft meer dan 25 zittingen oefentherapie Cesar per jaar.
- 33 tot 46 procent van patiënten met een chronische aandoening heeft meer dan 25 zittingen oefentherapie Mensendieck per jaar.
- Er is een zeer grote variatie in het aantal zittingen voor lijstpatiënten met dezelfde aandoening.

C. Interviews

Persoonlijke interviews met vertegenwoordigers koepelorganisaties

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF):
 - Dhr. H. Redeker, hoofd sociaal economisch beleid
 - Mw. R. Veldhuizen, senior beleidsmedewerker Beleid en Ontwikkeling
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar & Mensendieck (VvOCM):
 - Mw. M. Schulte, ondernemingsfunctionaris
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN):
 - Dhr. M. Bouwmans, coördinator modernisering eerstelijns
 - Mw. M. Verbeek, beleidsmedewerker AWBZ, paramedische zorg
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG):
 - Dhr. L. Goudswaard, hoofd afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap (tevens praktiserend huisarts)
- Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS):
 - Dhr. P. Boom, senior beleidsmedewerker directie curatieve zorg
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF):
 - Dhr. F. Vogelzang, beleidsmedewerker eerste lijnszorg
 - Mw. M.J. Schrasser, teamcoördinator kosten en pakketbeheer

Groepsinterviews

- Focusgroep oefentherapeuten (N= 9)
- Focusgroep fysiotherapeuten (N= 9)
- Focusgroep zorgverzekeraars (N= 7)

Telefonische interviews patiëntenorganisaties

- Reumapatiëntenbond:
 - Mw. M. Krijgsman, stafmedewerker Advisering & Ondersteuning
 - Mw. C. Merkies, voorzitter Reumapatiëntenbond Zuid-Veluwe
- Stichting hoofd hart en vaten (SHHV):
 - Dhr. J. Benedictus, Consulent SHHV/Hart In Beweging
- Vereniging Spierziekten Nederland (VSN):
 - Mw. A. Horemans, beleidsmedewerker kwaliteit van zorg

Telefonische interviews medisch specialisten

- Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam: Dhr. W.J. Willems, orthopeed
- Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede: Mw. E. Knijff, reumatoloog

Tevens zijn verschillende andere specialisten benaderd voor een telefonisch interview. Zij waren echter niet erg gemotiveerd om deel te nemen aan een gesprek. Er is onder andere gesproken met een verpleeghuisarts. Deze arts gaf aan geen ervaring te hebben met de chronische lijst omdat de fysio- en oefentherapie in verpleeghuizen wordt vergoed vanuit de AWBZ. Ook andere specialisten (onder andere neuroloog) gaven aan dat zij nauwelijks te maken hadden met de chronische lijst omdat zij slechts verwijzen.

D. Expertmeeting

Tijdens de expertmeeting waren de volgende personen aanwezig.

KNGF:

- Dhr. H. Redeker, hoofd sociaal economisch beleid
- Mw. R. Veldhuizen, senior beleidsmedewerker Beleid en Ontwikkeling
- Mw. W. Huiskamp, fysiotherapeut
- Dhr. B. de Berg, fysiotherapeut

VvOCM:

- Mw. M. Schulte, ondernemingsfunctionaris VvOCM, tevens praktiserend oefentherapeut
- Mw. N. Pijper, oefentherapeut Cesar

NPCF:

- Dhr. F. Vogelzang, beleidsmedewerker eerstelijnszorg
- Mw. P. Schout, beleidsmedewerker
- Dhr. E. Thier, Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP

- Mw. F. de Wit, Vereniging Spierziekten Nederland (VSN)
- Mw. M. Brands, ANBO
- Mw. M. Krijgsman, Reumapatiëntenbond

ZN/Zorgverzekeraars:

- Dhr. M. Bouwmans, coördinator modernisering eerstelijns
- Dhr. N. Groeneweg, zorginhoudelijk adviseur Paramedische zorg Agis
- Dhr. A. van Knippenberg, zorgbemiddelaar Paramedische zorg VGZ
- Dhr. A. Hendriks, paramedisch adviseur Achmea

BIJLAGE 3

Chronische lijst

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid, Besluit zorgverzekering

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipale sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. reumatoïde artritis of chronische reuma;
 - 9°. chronische artritiden;
 - 10°. spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
 - 11°. reactieve artritis;
 - 12°. juveniele chronische artritis;
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;

- c. of een van de volgende hartaandoeningen:
 - 1°. myocard-infarct (AMI);
 - 2°. status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
 - 3°. status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
 - 4°. status na hartklepoperatie;
 - 5°. status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen;
- d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van een FEV1/VC kleiner dan 60%;
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6°. claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
- 2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
- 3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
- 4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
- 5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
- 6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
- 7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

BIJLAGE 4

Tabel B4.1 Knelpunten genoemd tijdens de (groeps)interviews

Knelpunt	Genoemd door*
Inhoud	
Aandoeningen die langdurige zorg behoeven staan niet op de lijst, noodzakelijke zorg kan niet altijd worden geleverd.	VvOCM, KNGF, NPCF, focusgroep FT, focusgroep ZV, focusgroep OT, SHHV, Reumapatiëntenbond, orthopeed, reumatoloog
De lijst is met name voor kinderen te globaal. Er bestaan maar twee codes voor kinderen.	Focusgroep OT
Het huidige systeem houdt geen rekening met onhandelbare factoren die ervoor kunnen zorgen dat iemand langer therapie nodig heeft.	Focusgroep OT
De aandoening wordt gebruikt als het uitgangspunt en niet het behandeldoel of het functioneren.	NPCF, NHG, focusgroep FT, focusgroep ZV, focusgroep OT
De lijst is niet of nauwelijks gebaseerd op inhoudelijke gronden.	VWS, focusgroep FT, focusgroep OT
De beperkingen in lid 3 van artikel 4 zijn niet geoperationaliseerd.	ZN
De lijst biedt te weinig ruimte voor de professionaliteit van de therapeut. Deze kan niet zelf bepalen wie langdurige therapie nodig heeft.	Focusgroep OT
De overheid bepaalt wie langdurige zorg vergoed krijgt. Dit past niet meer in deze tijd.	VWS
Procedure	
Het aantal behandelingen voor lijstpatiënten is niet afgebakend.	ZN, focusgroep ZV
Er is geen prikkel om te werken naar het einde van de behandeling (geen evaluatiemoment).	ZN, focusgroep ZV
In de huidige regeling is geen aandacht voor de eigenverantwoordelijkheid van de patiënt.	ZN, focusgroep ZV
De aanspraken die kunnen worden gemaakt (bijvoorbeeld onbeperkt of een jaar postoperatief) sluiten niet aan bij methodisch handelen en de huidige richtlijnen.	Focusgroep ZV
Het recht op een jaar zorg bij postoperatieve aandoeningen komt niet overeen met de realiteit (men is vaak veel eerder uitbehandeld).	Focusgroep ZV
Therapeuten die na het behalen van het behandeldoel willen stoppen, worden tegengewerkt door het systeem dat de patiënt het recht geeft op een onbeperkte aantal behandelingen.	ZN, focusgroep ZV
De aanvullende eisen bij bepaalde aandoeningen zijn niet altijd terecht (bijvoorbeeld fractuur bij osteoporose). Patiënten die niet voldoen aan deze eisen, hebben vaak (nog) wel baat bij behandeling.	KNGF, focusgroep OT
De verplichte diagnose en, in sommige gevallen, verwijzing door specialist is niet in overeenstemming met de DTF en DTO.	NHG, focusgroep FT, focusgroep OT

Procedure (vervolg)

Voor sommige aandoeningen is een diagnosestelling door een specialist vereist en voor andere niet. Voor sommige aandoeningen is ook een herindicatie nodig. Dit werkt verwarrend.	Focusgroep OT, reumatoloog
Voor sommige aandoeningen is een diagnosestelling door een specialist nodig terwijl de huisarts deze ook kan stellen.	NHG

Financiering

Alle kosten voor de behandeling van lijstpatiënten komen ten laste van de basisverzekering.	ZN, focusgroep ZV
Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen curatieve zorg en onderhoud.	ZN
Het is niet logisch dat men de eerste negen behandelingen zelf moet betalen.	NPCF, ZN, focusgroep ZV

Uitvoerbaarheid

De chronische lijst is niet eenvoudig te gebruiken, het brengt veel administratieve lasten met zich mee. Het gebruik van verschillende diagnosecoderingen werkt verwarrend.	VvOCM, KNGF, NHG, focusgroep FT, focusgroep OT NHG, focusgroep ZV
De chronische lijst is niet goed te automatiseren.	Focusgroep ZV
De lijst is verwarrend voor patiënten. Het is niet goed uit te leggen waarom sommige aandoeningen wel en andere niet op de lijst staan.	Focusgroep FT, focusgroep OT, focusgroep ZV

Toetsbaarheid

Er wordt creatief met de lijst omgegaan: het lokt uit tot registreren van aandoeningen die op de lijst staan.	Focusgroep FT, focusgroep OT, focusgroep ZV
Doordat creatief met de lijst wordt omgegaan geven de gebruikte codes geen goed beeld van de werkelijkheid (niet transparant).	Focusgroep OT
Het gebruik van richtlijnen is niet standaard en op het gebruik ervan wordt niet getoetst.	ZN
Therapeuten zijn niet goed in staat om de meerwaarde van de therapie aan te geven.	VWS

Context

Doordat de aandoening het uitgangspunt is, wordt er niet multidisciplinair gedacht.	Focusgroep FT
De aanspraak op een onbeperkt aantal behandelingen sluit niet aan bij de huidige richtlijnen en methodisch handelen.	ZN

* FT= fysiotherapeuten, OT= oefentherapeuten, ZV= zorgverzekeraars, SHHV= Stichting Hoofd Hart en Vaten.

Tabel B4.2 Oplossingsrichtingen voor een aanpassing en alternatieven voor de chronische lijst en de tegenargumenten van de verschillende partijen

Alternatief	Tegenargument
<p>VvOCM, focusgroep OT, reumapatiëntenbond, reumatoloog, orthopeed: Aandoeningen die niet op de lijst staan maar die wel langdurige zorg behoeven toevoegen aan de lijst.</p>	<p>KNGF: Dit is geen structurele oplossing. NPCF: Dit is geen structurele oplossing. ZN: Dit is geen structurele oplossing. Focusgroep FT: Dit is geen structurele oplossing. Focusgroep ZV: Dit is geen structurele oplossing.</p>
<p>VWS, NHG, SHHV, reumatoloog: Meer aandacht voor het bewijs voor het effect van de behandeling (<i>evidence based</i> of consensus). Bijvoorbeeld alleen behandelingen vergoeden waarvan het effect wetenschappelijk is vastgesteld.</p>	<p>NPCF: Als <i>evidence</i> een voorwaarde is voor vergoeding dan vallen patiënten met een zeldzame aandoening waarnaar geen of weinig onderzoek wordt gedaan buiten de boot. Focusgroep FT: Als <i>evidence</i> een voorwaarde is voor vergoeding dan wordt vergoeding gekoppeld aan waar de wetenschap zich graag mee bezig houdt. Ook is dit discriminerend omdat veel medisch handelen niet <i>evidence based</i> is. VSN: Spierziekten zijn vaak zeer zeldzame aandoeningen waarnaar weinig onderzoek wordt verricht.</p>
<p>NHG, NPCF, focusgroep ZV, reumatoloog: Op patiëntniveau moet meer aandacht komen voor het effect van de behandeling.</p>	
<p>KNGF: Er moet worden gezocht naar een structurele oplossing in de brede context van het huidige zorgsysteem, als dat niet geval is dan is het beter om de huidige lijst te behouden (een oplossing moet voor de hele zorgsector gelden).</p>	<p>VWS: Een alternatief voor de chronische lijst zou kunnen dienen als voorbeeld voor de andere zorgtakken.</p>
<p>VWS, ZN, VvOCM, NPCF, focusgroep ZV, Reumapatiëntenbond: De zorgvraag, het functioneren moet het uitgangspunt zijn en niet de aandoening.</p>	<p>KNGF: Dit zal het systeem ingewikkelder maken met meer administratieve lasten. NHG: De diagnostiek zou uiteindelijk toch leidend moeten blijven. Liever een combinatie. Focusgroep OT: Functioneren is een subjectief begrip dat moeilijk meetbaar is. De therapeut kan wel de kwantiteit, maar niet de kwaliteit van het functioneren bepalen. Reumatoloog: Lastig om dit uit te werken. Voor een ouder iemand is een ander niveau van functioneren acceptabel dan voor een jong iemand.</p>
<p>NHG, Reumapatiëntenbond: Er moet meer aandacht komen voor ketenzorg.</p>	

Alternatief	Tegenargument
<p>ZN: Je zou een onderscheid moeten maken tussen curatieve zorg en onderhoud. Curatieve zorg wordt betaald tot het behandeldoel is behaald. Onderhoud valt onder de eigenverantwoordelijkheid van de patiënt en zal (deels) uit een aanvullende verzekering moeten worden betaald.</p>	<p>VvOCM: In de praktijk is het lastig om dit onderscheid te maken.</p> <p>NPCF: Dit onderscheid is theoretisch en is in de praktijk nauwelijks te maken.</p> <p>NHG: Je kunt je afvragen of een patiënt niet zijn eigenverantwoordelijkheid neemt door naar de fysiotherapeut te gaan. Ook is er geen goed alternatief voor onderhoud (alleen de sportschool, wat veel patiënten afschrikt).</p> <p>Focusgroep FT: Het onderscheid tussen curatief en onderhoud is in de praktijk erg lastig te maken.</p> <p>Reumapatiëntenbond: Naast genezing is onderhoud ook erg belangrijk. Onderhoud voorkomt dat mensen verslechteren en opnieuw moeten beginnen.</p> <p>VSN: De meeste spierziekten kunnen niet worden genezen, maar patiënten zijn wel erg gebaat bij fysiotherapie. Ook: omdat spierziekten vaak progressief zijn, zal het lastig zijn om een behandeldoel te formuleren. Je kunt ook moeilijk meten of het (curatieve) behandeldoel is bereikt.</p>
<p>ZN, focusgroep ZV: Er zouden voor iedere aandoening programma's moeten worden samengesteld met een daaraan gekoppeld aantal behandelingen (range). De therapeut krijgt dan per programma betaald. Dit komt de concurrentie tussen therapeuten ten goede en zorgt voor administratieve lastenverlichting</p>	<p>VvOCM: Er zijn nog niet voor alle aandoeningen richtlijnen ontwikkeld en de bestaande richtlijnen zijn nog onvoldoende geïmplementeerd. Ook zal het aantal behandelingen per patiënt verschillen.</p> <p>KNGF: Onderzoek heeft aangetoond dat er geen correlatie is tussen het aantal behandelingen en het behalen van het behandeldoel.</p> <p>NPCF: Op zich een aardig idee, maar therapeuten zullen niet graag moeilijk te behandelen patiënten accepteren.</p> <p>NHG: Dit zou kunnen voor aandoeningen waarvan het natuurlijk beloop bekend is. Van veel aandoeningen is dit niet bekend en is er een risico op een jojo-effect als de behandeling wordt gestopt. Dat is weggegooid geld.</p> <p>Focusgroep FT: Het is moeilijk te bepalen hoeveel behandelingen iemand nodig heeft om het behandeldoel te bereiken. Er is grote variatie in het aantal behandelingen.</p> <p>Focusgroep OT: Behandeldoel is een erg breed begrip. De therapeut is bij een dergelijk systeem vrij in het kiezen van het doel. Bij kinderen verschilt het behandeldoel per leeftijd, dit betekent dat je elk jaar een nieuw doel kunt kiezen.</p>

Alternatief	Tegenargument
<p>NHG. Focusgroep ZV: Er moet meer aandacht komen voor richtlijnontwikkeling met daarin opgenomen de <i>evidence</i> voor het effect van de behandeling en specifieke behandeldoelen. Zorgverzekeraars moeten de beroepsgroepen hierin stimuleren. Zorgverzekeraars kunnen fysiotherapeuten en oefentherapeuten die volgens de richtlijnen werken, certificeren.</p> <p>Focusgroep FT: Verplaats alle fysiotherapie naar de aanvullende verzekering. Dit is eenduidig en de meeste patiënten met een chronische aandoening zijn aanvullend verzekerd. Behoud eventueel een eerste consult in de basisverzekering. Creëer een vangnet voor de minder draagkrachtige patiënt.</p>	<p>Van te voren is het moeilijk in te schatten hoeveel behandelingen nodig zijn om een behandeldoel te halen.</p> <p>VSN: Voor progressieve spierziekten is het vaak lastig om een behandeldoel te formuleren. Ondanks behandeling is er toch vaak achteruitgang. Je kunt moeilijk meten of het doel bereikt is.</p> <p>Reumatoloog: Behandeldoelen zijn voor reumapatiënten lastig te stellen omdat de ziekte een grillig verloop heeft.</p> <p>NPCF: Dit zal leiden tot hoge verzekeringspremies die de patiënt zelf moet betalen. De patiënt loopt de kans dat hij niet wordt geaccepteerd door een verzekeraar en een patiënt kan dan niet meer makkelijk wisselen van verzekeraar. Als de tegemoetkoming uit de bijstand wordt betaald dan zal dit voor veel patiënten een drempel zijn.</p> <p>Focusgroep ZV: Je zult opnieuw moeten definiëren wie in aanmerking komt voor het vangnet. Op deze manier creëer je eenzelfde soort probleem als bij de chronische lijst.</p> <p>VSN: Mensen met een spierziekte hebben vaak een laag inkomen doordat ze niet kunnen werken. Ook zullen zorgverzekeraars ze niet makkelijk toelaten.</p>

* FT= fysiotherapeuten, OT= oefentherapeuten, ZV= zorgverzekeraars

