

**DE BEPERKENDE MAATREGEL
FYSIOTHERAPIE, OEFENTHERAPIE-CESAR
EN OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK
EN HET AMSTERDAMS DIENSTENMODEL:
SAMENVATTING VAN HET EVALUATIE-ONDERZOEK**

Deelrapport 4

**Joost Dekker
Dorine van Ravensberg
Els van den Ende
Rob Oostendorp**

September 1998

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

**NPi (Nederlands Paramedisch Instituut)
Postbus 1161 - 3800 BD Amersfoort - Telefoon: 033 - 4216100**

**NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2729700**

ISBN: 90-6905-399-3

VOORWOORD

Voor u ligt het uit vier delen bestaande rapport waarin verslag wordt gedaan van het evaluatie-onderzoek naar de gevolgen van de invoering van 'De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck' en het Amsterdams Dienstenmodel.

Het onderzoek is uitgevoerd door het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) en het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).

De Ziekenfondsraad heeft subsidie verleend voor het uitvoeren van het onderzoek.

De uitvoering van het onderzoek is begeleid door vertegenwoordigers van de Deel-programmacommissie Paramedische Zorg.

Daarnaast is het onderzoeksteam ondersteund door een adviescommissie, bestaande uit:

- mevrouw M. Esseboom (Nederlandse Vereniging voor Oefentherapeuten-Mensendieck)
- mevrouw H.C. Hasper (Vereniging Bewegingsleer Cesar)
- mevrouw A.M.T. Klabbers (Zorgverzekeraars Nederland)
- de heer Th.G.A. Koekenbier (voorzitter, Geneeskundige Hoofdinspectie)
- mevrouw A.H. Poll (Zorgverzekeraar Amsterdam en Omstreken)
- mevrouw D. Verstegen (Nederlands Patiënten/Consumenten Forum)
- de heer C.J. Visser (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie)

De auteurs willen hier hun dank uiten voor de constructieve, waardevolle inbreng van de beide commissies. Dank gaat ook uit naar alle fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, huisartsen, medisch specialisten en consumenten: dankzij hun bereidwilligheid tot deelname is het mogelijk geweest dit onderzoek uit te voeren. Zij hebben op deze wijze een belangrijke bijdrage geleverd.

Het verslag is opgesplitst in 4 deelrapporten:

Deel I: De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck: resultaten van het evaluatie-onderzoek

In deel I (hoofdstukken 1 tot en met 5) wordt een inleiding gegeven en worden de landelijke vergoedingsregelingen geëvalueerd aan de hand van de patiëntenregistratie en de enquête onder therapeuten en verwijzers.

Deel II: Het Amsterdams Dienstenmodel: evaluatie en vergelijking met de landelijke vergoedingsregelingen

In deel II (hoofdstukken 6 tot en met 8) wordt het Amsterdams Dienstenmodel geëvalueerd aan de hand van de patiëntenregistratie en de enquête onder therapeuten en verwijzers. Daarnaast worden de gegevens gepresenteerd van de vergelijking tussen de landelijke vergoedingsregelingen en het Amsterdams dienstenmodel.

Deel III: De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck werkgelegenheidsaspecten en ervaringen van consumenten

In deel III (hoofdstukken 9 en 10) komen de oordelen van consumenten aan de orde en worden de werkgelegenheidsaspecten van de betrokken beroepsgroepen besproken.

Deel IV: De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck en het Amsterdams Dienstenmodel: samenvatting van het evaluatie-onderzoek

Deel IV (hoofdstuk 12) is een zelfstandig leesbare samenvatting van het gehele onderzoek.

De hoofdstukken 1, 8 en 11 zijn door gezamenlijke inspanning van het NIVEL en het NPi tot stand gekomen. Het NIVEL is eindverantwoordelijke voor de hoofdstukken 2 t/m 4, 9 en 10 en het NPi voor de hoofdstukken 5 t/m 7.

Utrecht, september 1998

INHOUD

pag.

11. SAMENVATTING EN CONCLUSIES	7
11.1. Inleiding	7
11.2. Methode	10
11.3. Resultaten	11
11.3.1. Landelijke vergoedingsregelingen: aantal zittingen, vergoeding en knelpunten	11
11.3.2. Beperkende maatregel: oordeel van beroepsgroepen	16
11.3.3. Amsterdams Dienstenmodel: aantal zittingen, vergoeding en knelpunten	18
11.3.4. Amsterdams Dienstenmodel: oordeel van de beroepsgroepen	19
11.3.5. Vergelijking landelijke vergoedingsregelingen en Amsterdams Dienstenmodel	20
11.3.6. Ervaring van de consument	22
11.3.7. Effecten op werkgelegenheid	23
11.4. Conclusies	23
LITERATUUR	27

11 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

11.1 Inleiding

Met ingang van 1 januari 1996 zijn de aanspraken van ziekenfondsverzekerden op de verstrekkingen fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck beperkt. De beperkende maatregel houdt in dat op de hoofdverzekering maximaal 9 keer fysiotherapie, 18 keer kinderfysiotherapie en 18 keer fysiotherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck wordt vergoed. Uitzonderingen op deze maatregel worden gemaakt voor patiënten met een aandoening die voorkomt op de zogenaamde 'Lijst aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie-Cesar/-Mensendieck'. De aanspraken op vergoeding zijn voor deze patiënten niet beperkt of - in een aantal gevallen - veel minder beperkt.

Bij de invoering van de beperkende maatregel heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Ziekenfondsraad gevraagd de uitwerking van de maatregel te evalueren. In het kader van deze evaluatie heeft de Ziekenfondsraad aan het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en het NPi (Nederlands Paramedisch Instituut) opdracht verleend tot een onderzoek naar de uitwerking van deze maatregel. In het onderhavige rapport wordt over de resultaten van het onderzoek verslag gedaan. Mede op basis van dit rapport zal de Ziekenfondsraad de maatregel evalueren en hierover aan de Minister rapporteren.

Vrijwel gelijktijdig met de invoering van de beperkende maatregel hebben zorgverzekeraars fysiotherapie en in mindere mate ook oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck opgenomen in de aanvullende verzekering. Alle zorgverzekeraars hebben fysiotherapie in de aanvullende verzekering opgenomen; een derde van de zorgverzekeraars heeft oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck opgenomen in de aanvullende verzekering. Omdat circa 90% van de ziekenfondsverzekerden over een aanvullende verzekering beschikt, heeft de aanvullende verzekering vergaande consequenties voor de uitwerking van de beperkende maatregel: waar de aanspraak op vergoeding beperkt was tot 9 of 18 keer, vindt via de aanvullende verzekering een aanzienlijke uitbreiding van de mogelijkheden tot vergoeding plaats. Om die reden is in het onderzoek naar de beperkende maatregel nadrukkelijk rekening gehouden met de aanvullende verzekering. Om misverstanden te voorkomen dient echter opgemerkt te worden dat de aanvullende verzekering op zich geen onderwerp van onderzoek is geweest.

In Amsterdam is een uitzondering gemaakt op de beperkende maatregel zoals die landelijk geldt. De Minister heeft toestemming gegeven voor een experimentele vorm van toewijzing van zorg. Dit experiment staat bekend onder de naam 'Het Amsterdams Dienstenmodel voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck'. Het Amsterdams Dienstenmodel is aanvankelijk gezien als een alternatief voor de beperkende maatregel (zie Ministerie van VWS, 1996; Ziekenfondsraad 1996). Er is echter toestemming verleend om overschrijdingen van de kosten bij de hoofdverzekering ten laste te brengen van de aanvullende verzekering. De kosten van het Amsterdams Dienstenmodel worden dus ten laste gebracht van de hoofdverzekering plus de aanvullende verzekering. Omdat de financiering ruimer is dan alleen de hoofdverzekering,

is het Amsterdams Dienstenmodel dus niet een alternatief voor de beperkende maatregel. Het Amsterdams Dienstenmodel is wel een alternatief voor de beperkende maatregel **plus** de aanvullende verzekering.

Het Amsterdams Dienstenmodel is gezamenlijk ontwikkeld door Zorgverzekeraar Amsterdam en Omstreken (ZAO) en (vertegenwoordigers van) fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Mensendieck en oefentherapeuten-Cesar. Kenmerkend voor het Amsterdams Dienstenmodel is de differentiatie van de vergoeding voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Het Amsterdams Dienstenmodel gaat uit van drie hoofddiensten: 'verfijnen probleem- of indicatiestelling', 'begeleiden/onder-steunen' en 'behandelen'. De verwijzer kan aangeven voor welke van deze drie hoofddiensten hij de patiënt verwijst.

Binnen deze drie hoofddiensten zijn voor fysiotherapie 11 subdiensten en voor oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck 8 subdiensten omschreven. Deze subdiensten verschillen van elkaar wat betreft indicatiestelling (doelgroepen patiënten), aard (doel en inhoud van de verrichtingen), omvang (aantal zittingen) en termijn waarin de zittingen moeten plaatsvinden. Op basis van onder meer de medische diagnose, de paramedische diagnose en de in samenspraak met de patiënt geformuleerde behandeldoelen wordt door de therapeut de meest geschikte subdienst gekozen: dat is die subdienst die wat betreft doelgroep-omschrijving en omschrijving van de behandeldoelen het beste bij de betreffende patiënt past.

Het is mogelijk dat de (gezondheids)kenmerken van de patiënt veranderen in de loop van de behandelperiode en dat behandeldoelen moeten worden aangepast aan de veranderde situatie. In dat geval kan de therapeut overgaan op een andere passende subdienst. Bij veranderen van hoofddienst moet contact opgenomen worden met de verwijzer; bij veranderen van subdienst is dat niet verplicht. Afhankelijk van de subdienst kan een gespecificeerd (maximaal) aantal behandelzittingen worden gegeven. Binnen de subdienst 'participatie-gerichte behandeling' (voorheen 'langdurige behandeling 2') kunnen aan de doelgroep de meeste zittingen worden gegeven, namelijk 30. Indien het maximale aantal van 30 zittingen wordt overschreden moet een 30+ melding worden gedaan bij ZAO voorzien met een uitgebreide beschrijving van de zorgvraag.

Tenslotte is het bij het Dienstenmodel -anders dan bij de beperkende maatregel- mogelijk om een patiënt voor dezelfde indicatie meer dan één keer per jaar te verwijzen.

Door de Minister is aan de Ziekenfondsraad om een evaluatie van het Amsterdams Dienstenmodel gevraagd. In het verlengde hiervan heeft de Ziekenfondsraad aan NPi en NIVEL de opdracht gegeven ook onderzoek te doen naar het Amsterdams Dienstenmodel.

Vraagstellingen

Het onderzoek naar de landelijke vergoedingsregelingen (beperkende maatregel en aanvullende verzekering) was gericht op het beantwoorden van de volgende vraagstellingen:

- 1a. Uit hoeveel zittingen bestaat een behandelperiode fysiotherapie, oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck en is dit aantal veranderd ten opzichte van de periode voor de beperkende maatregel?
- 1b. In hoeverre is de vergoeding volgens de beperkende maatregel toereikend om de zittingen in een behandelperiode te vergoeden?
- 1c. In hoeverre is de vergoeding volgens de beperkende maatregel plus aanvullende verzekering toereikend om de zittingen in een behandelperiode te vergoeden?

- 1d. In hoeverre treden er knelpunten op in relatie tot de landelijke regelingen voor vergoeding?
2. Hoe oordelen verwijzers (huisartsen, medisch specialisten) en de betrokken paramedische beroepsgroepen over de beperkende maatregel? Het betreft het oordeel over problemen in de zorg: veranderingen in diagnosestelling en verwijsbeleid bij de verwijzers, veranderingen in behandelvormen of -doelen binnen de paramedische zorg, verschuivingen in de zorg tussen fysiotherapie en oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck, verschuiving in de zorg richting medisch specialist, de bekendheid en toepasbaarheid van de maatregel en de uitvoerbaarheid en administratieve belasting van de beperkende maatregel.

Het onderzoek naar het Amsterdams Dienstenmodel was gericht op het beantwoorden van de volgende vraagstellingen¹:

- 3a. Uit hoeveel zittingen bestaat een behandelaflevering fysiotherapie² volgens het Amsterdams Dienstenmodel?
- 3b. In hoeverre is de vergoeding van het aantal zittingen fysiotherapie volgens het Amsterdams Dienstenmodel toereikend?
4. Hoe oordelen verwijzers (huisartsen, medisch specialisten) en de betrokken paramedische beroepsgroepen (fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten Mensendieck) over het Amsterdams Dienstenmodel? Het betreft het oordeel over dezelfde aspecten als genoemd bij vraag 2.

Met betrekking tot de vergelijking tussen de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel was het onderzoek gericht op het beantwoorden van de volgende vraagstellingen:

- 5a. Is er een verschil tussen de landelijk geldende vergoedingsregelingen (beperkende maatregel plus aanvullende verzekering) en het Amsterdams Dienstenmodel wat betreft het aantal zittingen in een behandelaflevering fysiotherapie?
- 5b. Hoe verhoudt zich de landelijk geldende vergoedingsregeling tot het Amsterdams Dienstenmodel wat betreft de knelpunten in relatie tot de vergoeding?
- 5c. Hoe verhoudt zich de beperkende maatregel tot het Amsterdams Dienstenmodel wat betreft het oordeel van verwijzers en paramedische beroepsgroepen?

Het onderzoek naar de beperkende maatregel was - behalve op bovenstaande vraagstellingen - tevens gericht op de ervaringen van ziekenfondsverzekerden met de beperkende maatregel en op effecten op de werkgelegenheid:

- 6a. In hoeverre zijn ziekenfondsverzekerden op de hoogte van de beperkende maatregel en hoe zijn zij op de hoogte gebracht?
- 6b. Welk deel van de ziekenfondsverzekerden heeft een aanvullende verzekering afgesloten en wat zijn de motieven hiervoor geweest?

¹ Hier volgen nu eerst de vraagstellingen met betrekking tot het Amsterdams Dienstenmodel en de vergelijking met de landelijke regelingen. Twee vraagstellingen (nr. 6 en 7) die alleen op de landelijke maatregel betrekking hebben volgen daarna..

² Een deel van de vraagstelling ten aanzien van het Amsterdams Dienstenmodel heeft alleen betrekking op fysiotherapie. Invoering van het Amsterdams Dienstenmodel voor oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck heeft later plaatsgevonden dan voor fysiotherapie (bovendien is het model voor fysiotherapie verder uitgewerkt). Daardoor was het niet mogelijk om bij oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck de benodigde gegevens te verzamelen voor het beantwoorden van alle vraagstellingen .

- 6c. Ervaren ziekenfondsverzekerden problemen (in toegankelijkheid van de zorg, vergoeding) ten gevolge van de beperkende maatregel?
7. In hoeverre is de invoering van de beperkende maatregel van invloed op de werkgelegenheid onder fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck?

11.2 Methode

Om bovenstaande vraagstellingen te beantwoorden zijn vier verschillende methoden gebruikt om gegevens te verzamelen. Fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck hebben gegevens geregistreerd over hun patiënten en de bij hen uitgevoerde behandelingen (de zogenaamde patiëntenregistratie). Er is een enquête gehouden onder verwijzers en paramedici om hun oordeel te bepalen. Via een peiling in het Consumentenpanel zijn gegevens verzameld over de ervaringen van ziekenfondsverzekerden. Tenslotte zijn er gegevens verzameld over het aantal werkzame fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. Deze vier methoden om gegevens te verzamelen worden hieronder kort toegelicht.

Landelijk hebben fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck gegevens geregistreerd over hun patiënten en de bij hen uitgevoerde behandeling; in Amsterdam hebben alleen fysiotherapeuten gegevens geregistreerd. Zowel landelijk als in Amsterdam gebruikten de therapeuten hiervoor een gestandaardiseerd registratieformulier. Hiermee werden gegevens verzameld over kenmerken van de patiënt; het gezondheidsprobleem van de patiënt; de behandeling (onder andere het aantal zittingen in een behandelingsperiode), de reden om de behandeling af te sluiten, de wijze waarop de behandeling vergoed werd en eventuele knelpunten in relatie tot de vergoeding.

Knelpunten in relatie tot de vergoeding van de behandeling werden op twee manieren onderzocht: (a) Er is nagegaan in hoeverre de combinatie van hoofd en/of aanvullende verzekering voldoende was om de behandeling van ziekenfondsverzekerden te vergoeden; als de behandeling voortijdig gestopt werd in verband met het bereiken van de maximale vergoeding, als de patiënt zelf bij betaalde of als de therapeut gratis doorbehandelde is er sprake van een knelpunt in de vergoeding. (b) Daarnaast is voor de situatie waarin alleen een hoofdverzekering beschikbaar geweest zou zijn, nagegaan in hoeverre de behandeling van ziekenfondsverzekerden vergoed zou zijn; als de behandeling uit meer zittingen bestaat dan de hoofdverzekering vergoedde of als gestopt was in verband met het bereiken van de maximale vergoeding, is er sprake van een knelpunt in de vergoeding.

Landelijk hebben 145 fysiotherapeuten meegewerkt aan de registratie. In de periode februari tot en met oktober 1997 verzamelden zij gegevens over 4617 patiënten. 59 Oefentherapeuten-Cesar en 47 oefentherapeuten-Mensendieck hebben landelijk in dezelfde periode gegevens verzameld over respectievelijk 1443 en 932 patiënten. In Amsterdam hebben 74 fysiotherapeuten meegewerkt aan de registratie. In de periode januari tot en met november 1997 verzamelden zij over 2234 patiënten gegevens. De gegevens uit de patiëntenregistratie zijn gebruikt om de vraagstellingen 1, 3, 5a en 5b te beantwoorden.

Om te bepalen of er een verandering in het aantal zittingen heeft plaatsgevonden na de invoering van de beperkende maatregel zijn de gegevens van het onderhavige onderzoek vergeleken met gegevens uit eerder onderzoek over fysiotherapie (Zuijderduin e.a., 1995)

en over oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck (Zuijderduin en Dekker, 1994).

Om het oordeel van verwijzers en betrokken paramedici over de beperkende maatregel te bepalen is een enquête afgenomen. De enquête is zowel landelijk als in Amsterdam afgenomen. Onder verwijzers is een telefonische enquête gehouden, onder paramedici een schriftelijke enquête. In de enquête werden vragen gesteld over problemen in de zorg in relatie tot de landelijke vergoedingsregelingen dan wel het Amsterdams Dienstenmodel; veranderingen in diagnosestelling en verwijsbeleid bij de verwijzers; veranderingen in behandelvormen of -doelen binnen de paramedische zorg; verschuivingen in de zorg tussen fysiotherapie en oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck; verschuivingen in de zorg richting medisch specialist; de bekendheid en toepasbaarheid van de maatregel dan wel het Amsterdams Dienstenmodel; de uitvoerbaarheid en administratieve belasting. De enquête is beantwoord door huisartsen (landelijk: n=65; Amsterdam: n=67); de vier meest verwijzende specialismen (reumatologen, neurologen, orthopeden, en heekundigen; landelijk: n=52; Amsterdam: n=45); fysiotherapeuten (landelijk: n=250; Amsterdam: n=133); oefentherapeuten-Cesar (landelijk: n=145; Amsterdam: n=8) en oefentherapeuten-Mensendieck (landelijk: n=79; Amsterdam: n=53). De gegevens uit de enquêtes zijn gebruikt om de vraagstellingen 2, 4 en 5c te beantwoorden.

Om de ervaringen van de consument met de landelijke vergoedingsregelingen te bepalen is een peiling gehouden onder het Consumentenpanel. Ziekenfondsverzekerde panelleden (n=748) hebben een schriftelijke vragenlijst beantwoord. De vragen hadden betrekking op de bekendheid met de maatregel, het beschikken over een aanvullende verzekering en de reden om deze af te sluiten en eventuele problemen in toegankelijkheid en vergoeding van fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Deze gegevens zijn gebruikt om vraagstelling 6 te beantwoorden.

Om de effecten van de beperkende maatregel op de werkgelegenheid te evalueren zijn gegevens verzameld over het aantal werkzame beroepsbeoefenaren. Wat betreft fysiotherapie is gebruik gemaakt van gegevens uit de Registratie extramuraal werkende fysiotherapeuten. Wat betreft oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck zijn gegevens ontleend aan de ledenadministratie van de betreffende beroepsvereniging. Deze gegevens zijn gebruikt om vraagstelling 7 te beantwoorden.

11.3 Resultaten

11.3.1 Landelijke vergoedingsregelingen: aantal zittingen, vergoeding en knelpunten

Fysiotherapie

Er zijn gegevens verzameld over 4617 patiënten, van wie 71% ziekenfondsverzekerd was en ruim 28% particulier verzekerd. Tien procent van de ziekenfondsverzekerde patiënten had een aandoening die voorkomt op de 'lijst aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie-Cesar/-Mensendieck' ('de VWS-lijst'). Tabel 11.1 geeft informatie over het aantal zittingen in een behandelingsperiode fysiotherapie.

Tabel 11.1 Aantal zittingen fysiotherapie naar verzekeringsvorm en naar voorkomen op de VWS-lijst

Verzekeringsvorm	Zittingen	
	Mediaan	minimum-maximum
totaal	9	1-150
ziekenfonds (totaal)	9	1-150
- niet-lijst aandoening	9	1-136
- lijst aandoening	18	1-150
particulier (totaal)	9	1-94

Bij alle verzekeringsvormen is de mediaan³ van het aantal zittingen 9; alleen bij patiënten met een lijst-aandoening is de mediaan 18. Bij zeven groepen patiënten is bepaald of het aantal zittingen na invoering van de beperkende maatregel veranderd is ten opzichte van de periode daarvoor (gegevens uit de periode 1989 - 1992). Bij drie groepen was het aantal zittingen in een behandelingsperiode afgenomen: de afname bedroeg 1,3 zitting bij patiënten met artrose (totale groep), eveneens 1,3 zitting bij patiënten met artrose van heup of knie en 1,2 zitting bij ouderen met langdurige klachten. Bij de andere groepen was er geen significant verschil.

Er is nagegaan in hoeverre de behandeling van ziekenfondsverzekerden vergoed werd door de hoofd- en/of aanvullende verzekering (zie tabel 11.2). Bij 91,7% van de ziekenfondsverzekerden (totaal) werd de behandelingsperiode volledig vergoed door hoofd- en/of aanvullende verzekering. Bij 8,3% van de ziekenfondsverzekerden werd de behandelingsperiode niet volledig vergoed.

Bij 91,3% van de patiënten met een niet-lijst aandoening werd de behandelingsperiode volledig vergoed door hoofd- en/of aanvullende verzekering: de combinatie van hoofd- en eventuele aanvullende verzekering was in deze gevallen toereikend om de behandelingsperiode volledig te vergoeden. Bij 8,7% van de patiënten met een niet-lijst aandoening was dit niet het geval: de behandeling werd in die gevallen beëindigd, de patiënt betaalde zelf of de fysiotherapeut behandelde gratis door. Indien alleen de hoofdverzekering beschikbaar geweest zou zijn, zou dit voor 47,0% van de patiënten met een niet-lijst aandoening onvoldoende geweest zijn om de behandelingsperiode volledig te vergoeden. Bij 53,0% zou de hoofdverzekering wel voldoende geweest zijn om de behandelingsperiode volledig te vergoeden.

Van de patiënten met een lijstaandoening werd bij 16 mensen (4,9%) een knelpunt in de vergoeding van de behandeling aangegeven. In alle gevallen ging het om het overschrijden van de maximum behandelingsduur van drie maanden. De behandeling werd gestopt (13 keer, 4,0%), de patiënt betaalde zelf (2 keer) of de therapeut behandelde gratis (1 keer).

³ Gezien de scheve verdeling is de mediaan een betere maat voor het 'gemiddelde' (centrale tendentie) dan het gewone rekenkundige gemiddelde.

Tabel 11.2 Door hoofd- en/of aanvullende verzekering volledig vergoede behandelingen van ziekenfondsverzekerden: fysiotherapie

	N	Vergoeding		
		volledig	niet-volledig	
ziekenfondsverzekerden (totaal)	3240	91,7%	8,3%	100%
- niet-lijst aandoening	2911	91,3%	8,7%	100%
** alleen hoofdverzekering (fictief)	2911	53,0%	47,0%	100%
- lijstaandoening	329	95,1%	4,9%	100%

De patiënten met een niet-lijst aandoening voor wie de combinatie van hoofd- en/of aanvullende verzekering niet voldoende was om de behandelingsperiode volledig te vergoeden (8,7%), kunnen als volgt gekarakteriseerd worden: ten opzichte van patiënten met een niet-lijstaandoening van wie de behandelingsperiode wel volledig werd vergoed, is hun opleiding lager, de duur van hun klachten langer, is de klacht vaker van recidiverende aard, lijden zij vaker aan artrose en vallen zij vaker in de categorie 'ouder dan 65 jaar met klachten langer dan 3 maanden'.

Voor de situatie, waarin alleen een hoofdverzekering beschikbaar geweest zou zijn, is nagegaan hoe de groep patiënten met een niet-lijstaandoening, waarvoor de hoofdverzekering niet voldoende geweest zou zijn (47%), gekarakteriseerd kan worden: ten opzichte van patiënten met een niet-lijstaandoening, voor wie de hoofdverzekering wel voldoende vergoeding geboden zou hebben, zijn deze patiënten vaker van het vrouwelijk geslacht, zijn zij ouder, is de duur van hun klachten langer, is hun opleidingsniveau lager, hebben zij vaker een aandoening uit de groep 'chirurgie/bewegingsapparaat', lijden zij vaker aan artrose en vallen zij vaker in de categorie 'ouder dan 65 jaar (met klachten korter of langer dan 3 maanden)'.

Tenslotte is nagegaan hoeveel zittingen er uit de aanvullende verzekering vergoed werden: de mediaan van het aantal zittingen vergoed door de aanvullende verzekering was 7 (minimaal 1 - maximaal 137; berekening op basis van 1220 patiënten, die een beroep op de aanvullende verzekering deden).

Oefentherapie-Cesar

Er zijn gegevens verzameld over 1443 patiënten, van wie 70% ziekenfondsverzekerd en 29% particulier verzekerd was. Van de ziekenfondsverzekerde patiënten had 3,6% een aandoening die voorkomt op de 'lijst langdurige of intermitterende fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck'. Tabel 11.3 geeft informatie over het aantal zittingen in een behandelingsperiode oefentherapie-Cesar.

Tabel 11.3 Aantal zittingen oefentherapie-Cesar in een behandelingsperiode naar verzekeringsvorm en voorkomen op de VWS-lijst

Verzekeringsvorm	Zittingen	
	Mediaan	minimum-maximum
totaal	14	1-50
ziekenfonds (totaal)	14	1-50
- niet-lijstaandoening	14	1-48
- lijstaandoening	18	2-50
particulier (totaal)	13	1-40

In de totale groep en de groep patiënten met een aandoening die niet op de VWS-lijst staat is de mediaan 14. Bij patiënten met een aandoening die op de lijst voorkomt, is de mediaan 18. Bij particulier verzekerden ligt deze bij 13 zittingen. Bij twee groepen patiënten is bepaald of het aantal zittingen na invoering van de beperkende maatregel veranderd is ten opzichte van de periode daarvoor (gegevens uit de periode 1992 - 1993). Bij één groep was het aantal zittingen in een behandelingsperiode afgenomen: de afname bedroeg 1,2 zittingen bij patiënten met houdingsafwijkingen aan de wervelkolom. Bij de andere groep was er geen significant verschil.

Er is nagegaan in hoeverre de behandeling van ziekenfondsverzekerden vergoed werd door de hoofd- en/of aanvullende verzekering (zie tabel 11.4). Bij 95,3% van de ziekenfondsverzekerden (totaal) werd de behandelingsperiode volledig vergoed door hoofd- en/of aanvullende verzekering. Bij 4,7% van de ziekenfondsverzekerden werd de behandelingsperiode niet volledig vergoed.

Bij 95,2% van de patiënten met een niet-lijstaandoening werd de behandelingsperiode volledig vergoed door de hoofd- en/of aanvullende verzekering. Bij 4,8% van deze patiënten was dit niet het geval: de behandelingsperiode werd in die gevallen beëindigd, de patiënt betaalde zelf of de oefentherapeut-Cesar behandelde gratis door. Indien alleen de hoofdverzekering beschikbaar geweest zou zijn zou dit voor 17,9% van de patiënten (niet-lijst) onvoldoende geweest zijn om de behandelingsperiode volledig te vergoeden. Bij 82,1% zou de hoofdverzekering wel voldoende geweest zijn om de behandelingsperiode volledig te vergoeden.

Van de patiënten met een lijst-aandoening werd bij 1 persoon (2,7%) een knelpunt in de vergoeding aangegeven. Deze patiënt had eerder fysiotherapie gehad voor dezelfde klacht; de behandeling werd niet verder vergoed en om die reden gestopt.

Tabel 11.4 Door hoofd en/of aanvullende verzekering volledig vergoede behandel-episodes van ziekenfondsverzekerden: oefentherapie-Cesar

	N	Vergoeding		
		volledig	niet-volledig	
ziekenfondsverzekerden (totaal)	1010	95,3%	4,7%	100%
- niet-lijst aandoening	965	95,2%	4,8%	100%
**alleen hoofdverzekering (fictief)	965	82,1%	17,9%	100%
-lijst aandoening	36	97,3%	2,7%	100%

De patiënten met een niet-lijstaandoening bij wie geen knelpunt optrad verschilden niet van patiënten met een niet-lijstaandoening bij wie wel een knelpunt optrad. Dit geldt zowel voor knelpunten in de vergoeding door de combinatie van hoofd- en aanvullende verzekering als voor knelpunten in de fictieve situatie van vergoeding door alleen de hoofdverzekering.

Tenslotte is nagegaan hoeveel zittingen er uit de aanvullende verzekering vergoed werden: de mediaan van het aantal zittingen vergoed door de aanvullende verzekering was 15 (minimum 10-maximum 39; berekening op basis van 123 patiënten, die een beroep op de aanvullende verzekering deden).

Oefentherapie-Mensendieck

Er zijn gegevens verzameld over 932 patiënten, waarvan 66% ziekenfondsverzekerd en 33% particulier verzekerd was. Van de ziekenfondsverzekerde patiënten had 5,4% een aandoening die voorkomt op de 'lijst langdurige of intermitterende fysiotherapie, oefentherapie-Cesar/-Mensendieck'. Tabel 11.5 geeft informatie over het aantal zittingen in een behandel-episode oefentherapie-Mensendieck.

Tabel 11.5 Aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck naar verzekeringsvorm en voorkomen op de VWS-lijst

Verzekeringsvorm	Zittingen	
	Mediaan	minimum-maximum
totaal	11	1-72
ziekenfonds (totaal)	11	1-72
- niet-lijst aandoening	11	1-50
- lijst aandoening	11	4-72
particulier (totaal)	10,5	1-36

Bij de totale groep en bij alle ziekenfondsverzekerden ligt de mediaan bij 11 zittingen; alleen bij particulier verzekerden ligt deze bij 10,5. Bij twee groepen patiënten is bepaald of het aantal zittingen na invoering van de beperkende maatregel veranderd is ten opzichte van de periode daarvoor (gegevens uit de periode 1992 - 1993). Bij één groep was het aantal zittingen in een behandel-episode afgenomen; de afname bedroeg 1,3

zittingen bij patiënten met houdingsafwijkingen aan de wervelkolom. Bij de andere groep was er geen significant verschil.

Er is nagegaan in hoeverre de behandeling van ziekenfondsverzekerden vergoed werd door de hoofd- en/of aanvullende verzekering (zie tabel 11.6) Bij 95,3% van de ziekenfondsverzekerden (totaal) werd de behandelingsperiode volledig vergoed door hoofd- en/of aanvullende verzekering. Bij 4,7% van de ziekenfondsverzekerden werd de behandelingsperiode niet volledig vergoed.

Bij 95,0% van de patiënten met een niet-lijstaandoening werd de behandelingsperiode volledig vergoed door hoofd- en/of aanvullende verzekering. Bij 5,0% van deze patiënten was dit niet het geval: de behandelingsperiode werd in die gevallen beëindigd, de patiënt betaalde zelf of de oefentherapeut-Mensendieck behandelde gratis door. Indien alleen de hoofdverzekering beschikbaar geweest zou zijn zou dit voor 10,6% van de patiënten met een niet-lijstaandoening onvoldoende geweest zijn om de behandelingsperiode volledig te vergoeden. Bij 89,4% zou de hoofdverzekering wel voldoende geweest zijn om de behandelingsperiode volledig te vergoeden. Bij de patiënten met een lijstaandoening was er niemand met een knelpunt in de vergoeding (gestopt, zelf betaald of gratis doorbehandeld).

Tabel 11.6 Door hoofd- en/of aanvullende verzekering volledig vergoede behandelingsperiodes van ziekenfondsverzekerden: oefentherapie-Mensendieck

	N	Vergoeding		
		volledig	niet-volledig	
ziekenfondsverzekerden (totaal)	616	95,3%	4,7%	100%
- niet-lijst aandoening	565	95,0%	5,0%	100%
** alleen hoofdverzekering (fictief)	565	89,4%	10,6%	100%
- lijst aandoening	33	100%	0,0%	100%

De patiënten met een niet-lijstaandoening voor wie de combinatie van hoofd- en/of aanvullende verzekering niet voldoende was om de behandeling volledig te vergoeden, kunnen als volgt gekarakteriseerd worden: ten opzichte van patiënten met een niet-lijstaandoening van wie de behandelingsperiode wel volledig vergoed werd zijn zij ouder. Voor de situatie van alleen vergoeding door de hoofdverzekering werden geen verschillen gevonden tussen patiënten bij wie wel of geen knelpunt opgetreden zou zijn.

Tenslotte is nagegaan hoeveel zittingen er uit de aanvullende verzekering vergoed werden: de mediaan van het aantal zittingen vergoed door de aanvullende verzekering was 15 (minimum 10 - maximum 41; berekening op basis van 37 patiënten, die een beroep op de aanvullende verzekering deden).

11.3.2 Beperkende maatregel: oordeel van beroepsgroepen

Via een enquête onder huisartsen en medisch specialisten is hun oordeel over en reactie op de beperkende maatregel bepaald. Hier dient nadrukkelijk opgemerkt te worden dat de enquête in een aantal vragen is toegespitst op de beperkende maatregel (d.w.z. de vergoeding volgens de hoofdverzekering) en **niet** op de aanvullende verzekering.

De resultaten van de enquête onder huisartsen en specialisten kunnen als volgt worden samengevat⁴:

- * Op de vraag of zij sinds de invoering van de beperkende maatregel meer problemen in de zorg bij hun patiënten gezien hebben, antwoordt 72,3% van de huisartsen en 51,9% van medisch specialisten 'ja, dat komt wel voor'.
- * Drieënveertig procent van de huisartsen en 13,7% van de medisch specialisten zegt dat het voorgekomen is dat zij een verwijzing voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck uitgesteld hebben omdat zij een toename in de ernst van de aandoening verwachtten (de verwijzer kan uitstel overwegen, omdat per indicatie de behandeling niet meer dan één keer per jaar op de hoofdverzekering vergoed wordt).
- * Van de huisartsen zegt 40,0% en van de specialisten 25,0%, dat er veranderingen opgetreden zijn in hun indicatiestelling sinds de invoering van de beperkende maatregel.
- * Op de vraag of zij vaker voor oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck verwezen hebben sinds de invoering van de maatregel zegt 23,1% van de huisartsen en 1,9% van de specialisten dat dit het geval is.
- * Op de vraag of er meer patiënten naar de medisch specialist verwezen waren vanwege de beperkende maatregel antwoordt 13,8% van de huisartsen en 26,9% van de specialisten bevestigend.
- * De beperkende maatregel was meteen vanaf de invoering toepasbaar voor 32,3% van de huisartsen en 30,0% van de medisch specialisten. Voor 27,7%, respectievelijk 28,8% is de maatregel nog steeds niet duidelijk.
- * Voor 76,9% van de huisartsen en 42,3% van de medisch specialisten was duidelijk wanneer er bij een patiënt volgens de beperkende maatregel sprake is van een nieuwe indicatie.

Er is ook een enquête gehouden onder fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. De resultaten van deze enquête kunnen als volgt samengevat worden:

- * De maatregel kon goed toegepast worden door achtereenvolgens fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck:
 - vanaf het in bezit hebben van de VWS-lijst: 18,4%, 17,2% en 8,9%;
 - vanaf het in bezit hebben van de lijsten van zorgverzekeraars: 28,0%, 26,2% en 30,4%;
 - na aanvullende informatie, scholing of contact met zorgverzekeraar: 30,8%, 32,4% en 45,6%;
 - nog steeds niet helemaal: 12,0%, 11,7% en 12,7%.
- * Fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck gebruiken alleen de VWS-lijst (26,0%, 33,1% en 41,8%), lijsten van zorgverzekeraars (27,6%, 24,1% en 20,3%) of een combinatie (40,8%, 35,2% en 35,4%) om te beoordelen of een iemand een lijst of niet-lijstaandoening heeft.
- * Er is gevraagd bij hoeveel patiënten de therapeut 'meer dan gemiddeld' moeite moet doen om te achterhalen hoeveel zittingen er worden vergoed. De meeste therapeuten geven aan dat dit bij minder dan 10% van de patiënten het geval is (45,6%, 55,2% respectievelijk 44,3%). Het meer dan gemiddeld moeite moeten doen om te

⁴ Behalve 'ja' en 'nee' kon ook 'anders' of 'niet van toepassing' geantwoord worden. In deze samenvatting worden alleen de 'ja'-antwoorden weergegeven. Voor de verdeling van de antwoorden over de andere categorieën wordt verwezen naar hoofdstuk 5 en 7.

achterhalen hoeveel zittingen worden vergoed, lijkt vooral veroorzaakt te worden doordat de patiënt verzekerd is bij een andere zorgverzekeraar dan het merendeel van de patiënten van de betreffende therapeut of doordat de verwijfsindicatie/-diagnose onvolledig of onduidelijk is.

- * De meeste therapeuten nemen 'alleen incidenteel' contact op met de zorgverzekeraar in de context van de beperkende maatregel (62,4%, 73,1% en 73,4%). Hetzelfde geldt voor contact met de verwijzer (68,8%, 71,7% en 73,4%).

11.3.3 Amsterdams Dienstenmodel: aantal zittingen, vergoeding en knelpunten

Er zijn gegevens verzameld over 2234 patiënten op wie het Amsterdams Dienstenmodel van toepassing is, dat wil zeggen dat zij een ziekenfondsverzekering plus aanvullende verzekering bij ZAO hadden. Het onderzoek betrof uitsluitend patiënten die door een fysiotherapeut behandeld werden. De mediaan van het aantal zittingen in een behandelingsperiode fysiotherapie is 12 (minimum - maximum: 1-164). Bij 26,0% is binnen de behandelingsperiode gewisseld van subdienst: bij 22,5% is één maal gewisseld, bij 3,5% is twee of meer keer gewisseld.

Bij het Amsterdams Dienstenmodel is een specificatie van de vergoeding naar hoofd- en aanvullende verzekering niet aan de orde: de kosten van het Amsterdams Dienstenmodel als totaal worden door de zorgverzekeraar ten laste van de hoofd- en aanvullende verzekering gebracht. Bij 4,1% van de patiënten werd de behandeling beëindigd omdat het maximaal aantal vergoede zittingen bereikt was⁵.

Deze groep patiënten is als volgt te karakteriseren ten opzichte van de groep patiënten bij wie wel alle benodigde zittingen zijn vergoed: zij behoren vaker tot de groep met de laagste opleiding (geen, speciaal, lager onderwijs), hebben vaker langer dan een jaar klachten en zijn vaker ouder dan 55 jaar. Ook de VNZ-pathologiecodes 20 (tendinitis), 23 (artrose), 26 (spierfascie e.d.) en 80 (symptomatologie e.d.) komen relatief vaak voor. Zij hebben gemiddeld vrij veel zittingen gehad (19,8 (SD=13,5); mediaan 20) en het gaat in deze groep met name om patiënten voor wie bij verdere behandeling een verplichte (tijdrovende) 30+ melding moest worden gedaan.

De vraag naar toereikendheid van het Amsterdams Dienstenmodel zoals de fysiotherapeut die beoordeelt voor onderscheiden patiëntengroepen is op twee manieren beantwoord: op grond van de binnen het model onderscheiden 'doelgroepen', en op grond van patiëntengroepen die naar aandoening worden onderscheiden. De therapeuten hebben op het registratieformulier aangegeven of de aanvankelijk gekozen subdiensten bij het eind van de behandelingsperiode al dan niet toereikend bevonden zijn in termen van aantal zittingen en behandelingsperiode.

Voor de verschillende subdiensten zijn, in het model, de doelgroepen patiënten gedefinieerd naar voor therapeuten relevante variabelen (niet alleen naar medische diagnose of 'aandoening'). De vraag naar toereikendheid van het Amsterdams Dienstenmodel voor onderscheiden patiëntengroepen wordt hier teruggebracht naar toereikendheid van de verschillende (sub)diensten.

⁵ Er is niet gevraagd naar de mogelijkheid dat de patiënt zelf betaalt of de fysiotherapeut gratis door behandelt. In de categorie 'overige knelpunten' is hiervan echter geen melding gemaakt. Naar alle waarschijnlijkheid is dit dus (vrijwel) niet voorgekomen.

In eerste instantie is uitgegaan van de eerst-gekozen subdienst. Het maximaal aantal te geven zittingen blijkt voor deze onderzoekspopulatie het meest frequent 'toereikend' te zijn voor de subdienst 'geprotocolleerde subdienst' (100%). Bij de subdienst 'proefbehandeling' is het aantal zittingen het minst toereikend (67,9%). Voor 32,1% van de patiënten zijn dus méér zittingen nodig dan het toegestane aantal (voor deze subdienst maximaal 5 zittingen). De maximale behandelingsperiode is voor de onderzoekspopulatie het meest frequent toereikend voor de sub-diensten 'consult' (100%) en 'langdurige behandeling 2' (97,2%). De termijn waarbinnen de sub-dienst 'crisisinterventie' moet worden gegeven (maximaal 3 weken) is het minst toereikend (63,6%).

Aan de hand van vier diagnose-groepen wordt ingegaan op de toereikendheid van het Amsterdams Dienstenmodel voor patiënten met verschillende aandoeningen. Onderscheiden zijn patiënten met a-specifieke lage rugklachten, artrose, aandoeningen volgens de VWS-lijst, en kort-bestaand acuut knie/enkelletsel. Deze groepen verschillen significant van elkaar in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en recidief-klacht. Deze verschillen zijn als volgt te typeren: de groepen patiënten met artrose en aandoeningen volgens de VWS-lijst bestaan uit relatief veel ouderen (65+) en lager opgeleiden; de groep patiënten met artrose bestaat uit relatief veel vrouwen; patiënten met artrose en a-specifieke lage-rugklachten hebben relatief vaak een recidief-klacht. Deze 'diagnose-groepen' verschillen significant in eerst-gekozen subdienst, waarbij 'reguliere behandeling' het meest frequent wordt gekozen voor patiënten met a-specifieke lage rugklachten, 'middellange behandeling' bij artrose, en 'langdurige behandeling 1' bij aandoeningen volgens de VWS-lijst. De gekozen subdiensten zijn even toereikend: er is geen significant verschil tussen de diagnose-groepen in toereikendheid van aantal zittingen en behandelingsperiode.

11.3.4 Amsterdams Dienstenmodel: oordeel van de beroepsgroepen

Via een enquête onder huisartsen en medisch specialisten is hun oordeel over en reactie op het Amsterdams Dienstenmodel bepaald. De resultaten kunnen als volgt samengevat worden:

- * Op de vraag of zij sinds de invoering van het Amsterdams Dienstenmodel meer problemen in de zorg bij hun patiënten gezien hebben antwoordt 3,0% van de huisartsen en 6,7% van de specialisten 'ja, dat komt wel voor'.
- * Zes procent van de huisartsen en 2,2% van de specialisten zegt dat het voorgekomen is dat zij een verwijzing voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck uitgesteld hebben omdat zij een toename in de ernst van de aandoening verwachtten.
- * Van de huisartsen zegt 20,9% en van de specialisten zegt 4,4% dat er veranderingen opgetreden zijn in hun indicatiestelling sinds de invoering van het Amsterdams Dienstenmodel.
- * Op de vraag of zij vaker voor oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck verwezen hebben sinds de invoering van het Amsterdams Dienstenmodel zegt 10,4% van de huisartsen en 2,2% van de specialisten dat dit het geval is.
- * Het Amsterdams Dienstenmodel was meteen vanaf de invoering voor 52,2% van de huisartsen en 8,9% van de specialisten goed toepasbaar. Voor 29,9% respectievelijk 71,1% is het Amsterdams Dienstenmodel nog steeds niet duidelijk.

Er is ook een enquête onder fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Mensendieck gehouden (het aantal oefentherapeuten-Cesar werkzaam in Amsterdam is te gering om zinvolle uitspraken te kunnen doen). De resultaten kunnen als volgt samengevat worden:

- * Het Amsterdams Dienstenmodel kan goed toegepast worden door achtereenvolgens fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Mensendieck:
 - vanaf het moment van invoering: 18,0% en 15,1%;
 - van het moment van bijstelling (1-1-'97): 21,1% en 20,8%;
 - na aanvullende informatie, scholing of contact met de helpdesk: 53,3% en 43,5%;
 - nog steeds niet helemaal: 2,3% en 5,7%.
- * Er is gevraagd bij hoeveel patiënten de therapeut 'meer dan gemiddeld' moeite moet doen om uit te zoeken welke subdienst van toepassing is. De meeste therapeuten gaven aan dat dit bij 10-25% of bij minder dan 10% van de patiënten het geval is (fysiotherapie: 47,4% en 32,3%; oefentherapeuten-Mensendieck: 22,6% en 60,4%).
- * De meeste therapeuten nemen 'alleen incidenteel' contact op met de zorgverzekeraar (helpdesk) in de context van het Amsterdams Dienstenmodel (80,5% van de fysiotherapeuten en 67,9% van de oefentherapeuten-Mensendieck). Hetzelfde geldt voor contact met verwijzers (61,7% van de fysiotherapeuten en 81,1% van de oefentherapeuten-Mensendieck).

11.3.5 Vergelijking landelijke vergoedingsregelingen en Amsterdams Dienstenmodel

Er is een vergelijking gemaakt tussen de landelijk geldende vergoedingsregeling (beperkende maatregel plus aanvullende verzekering) en het Amsterdams Dienstenmodel. De vergelijking betreft het aantal zittingen in een behandelingsperiode fysiotherapie, het aantal patiënten waarbij knelpunten optreden en het oordeel van beroepsgroepen.

Het betreft hier een vergelijking tussen twee 'natuurlijk' optredende vergoedingsregelingen: de landelijke regeling en de Amsterdamse regeling. Om de uitkomsten van deze regelingen goed te kunnen vergelijken dienen de groepen patiënten waarop deze regelingen toegepast zijn, zoveel mogelijk vergelijkbaar te zijn. Eventuele verschillen tussen de landelijke en Amsterdamse patiënten kunnen de resultaten van de vergelijking vertekenen. Het Amsterdams Dienstenmodel heeft alleen betrekking op ziekenfondsverzekerde patiënten met een aanvullende verzekering: vanwege de vergelijkbaarheid zijn landelijk daarom ook alleen de gegevens van ziekenfondsverzekerde patiënten met een aanvullende verzekering gebruikt. Om de vergelijkbaarheid zo groot mogelijk te maken is de vergelijking verder toegespitst op een negental categorieën van patiënten:

- patiënten met een lijstaandoening en klachten die korter dan 3 maanden aanhouden;
- patiënten met een lijstaandoening en klachten die langer dan 3 maanden aanhouden;
- patiënten met a-specifieke lage-rugklachten die korter dan 3 maanden aanhouden;
- patiënten met a-specifieke lage-rugklachten die langer dan 3 maanden aanhouden;
- patiënten met klachten betreffende knie of enkel die korter dan 1 maand aanhouden;
- patiënten met artrose (totale groep, geen specificatie van gewrichten);
- patiënten met artrose van heup of knie;
- patiënten ouder dan 65 jaar met klachten die korter dan 3 maanden aanhouden;
- patiënten ouder dan 65 jaar met klachten die langer dan 3 maanden aanhouden.

De vergelijking is binnen elk van deze categorieën gemaakt.

Bij vergelijking van het aantal zittingen werd in de analyse gecorrigeerd voor eventuele verschillen in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, wel of geen recidiverende klachten, nog onder behandeling aan het einde van de registratieperiode, en duur van de klacht. Bij de vergelijking van de knelpunten bleek het om dermate kleine aantallen patiënten te gaan dat dergelijke correcties niet doorgevoerd konden worden.

Patiënten met een lijstaandoening en klachten die korter dan drie maanden aanhielden, bleken onder de landelijke vergoeding gemiddeld 1,3 zitting méér te krijgen dan patiënten

met een lijstaandoening die volgens het Amsterdamse Dienstenmodel behandeld werden. Patiënten ouder dan 65 jaar met langer dan 3 maanden aanhoudende klachten, bleken onder de landelijke vergoeding gemiddeld 1,5 zittingen minder te krijgen dan patiënten die volgens het Amsterdams Dienstenmodel behandeld werden.

Er waren geen significante verschillen tussen het Amsterdams Dienstenmodel en landelijke vergoedingsregelingen in aantal zittingen bij patiënten met een lijstaandoening en langer dan 3 maanden aanhoudende klachten, patiënten met a-specifieke lage rugklachten (korter of langer dan 3 maanden), patiënten met knie of enkelklachten; patiënten met artrose (niet nader gespecificeerd; en artrose van heup of knie) en patiënten ouder dan 65 jaar met korter dan 3 maanden aanhoudende klachten.

Er waren weinig patiënten voor wie de combinatie van hoofd- en aanvullende verzekering niet voldoende was om de behandeling volledig te vergoeden: landelijk 6,7% en in Amsterdam 4,1%. Bij de toespitsing op patiëntencategorieën bleken er binnen deze categorieën steeds kleine aantallen patiënten te zijn voor wie de hoofd- en/of aanvullende verzekering onvoldoende vergoeding bood (het absolute aantal varieerde van 0 tot 18 patiënten). Bij dergelijke kleine aantallen is statistische correctie voor eventuele verschillen in samenstelling van de patiëntengroepen niet goed mogelijk (toevalseffecten gaan dan een te grote rol spelen). Statistische toetsing van verschillen in knelpunten is daarom achterwege gelaten. In beschrijvende zin kan over het voorkomen van knelpunten (behandeling gestopt, patiënt heeft zelf betaald of fysiotherapeut heeft gratis doorbehandeld) in de vergoeding door hoofd- en/of aanvullende verzekering het volgende opgemerkt worden: in 6 van de 9 patiëntencategorieën was het percentage knelpunten landelijk hoger dan in Amsterdam; in 3 van de 9 categorieën was het percentage knelpunten landelijk lager dan in Amsterdam. In alle gevallen ging het echter om zulke kleine aantallen patiënten dat het onwaarschijnlijk is dat er sprake is van substantiële verschillen tussen de landelijke- en Amsterdams Dienstenmodel vergoedingsregelingen wat betreft het aantal knelpunten⁶.

Tenslotte is een vergelijking gemaakt tussen het oordeel van beroepsgroepen over de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel⁷. De resultaten kunnen als volgt samengevat worden:

- * Landelijk signaleren huisartsen en specialisten meer problemen in de zorg dan in Amsterdam.

⁶ Verder dient opgemerkt te worden dat op grond van het gegeven dat er weinig verschillen zijn in het aantal zittingen binnen deze onderzochte patiëntgroepen er geen uitspraak gedaan kan worden over de verhouding in doeltreffendheid van de fysiotherapeutische behandeling tussen het Amsterdams Dienstenmodel en de landelijke vergoedingsregelingen. De mate van doeltreffendheid van het fysiotherapeutisch handelen op de korte en lange termijn is geen onderwerp van deze evaluatie

⁷ Eigenlijk zou er een vergelijking gemaakt moeten zijn tussen het oordeel over beperkende maatregel plus aanvullende verzekering en het Amsterdams Dienstenmodel. Zoals eerder aangegeven is door het ministerie van VWS, de Ziekenfondsraad en ook de onderzoekers het Amsterdams Dienstenmodel aanvankelijk opgevat als een alternatief voor de beperkende maatregel. Het is pas in de loop van het onderzoek manifest geworden dat het Amsterdams Dienstenmodel ook uit de aanvullende verzekering gefinancierd wordt: op dat moment stonden de vragen in de enquête al vast. Om dit probleem te ondervangen is de vergelijking beperkt tot vragen naar het feitelijk gedrag in reactie op de beperkende maatregel (dit gedrag is kennelijk opgetreden, ook al is er een aanvullende verzekering) en vragen waarbij aangenomen kan worden dat het bestaan van de aanvullende verzekering impliciet meegewogen is (bijvoorbeeld: signaleren van problemen in de zorg)

- * Landelijk zeggen huisartsen verwijzingen vaker uit te stellen dan in Amsterdam; landelijk zeggen huisartsen en specialisten dat er vaker veranderingen in de indicatiestelling optreden dan in Amsterdam.
- * Wat betreft de vraag of er momenteel vaker dan vroeger voor oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck verwezen wordt is er geen verschil tussen de landelijke situatie en Amsterdam.
- * Op de vraag vanaf wanneer de regelingen goed toepasbaar waren, geven de specialisten in Amsterdam vaker aan dan landelijke specialisten, dat dit nog steeds niet het geval is. Bij de huisartsen en paramedici is er geen verschil.
- * Er is geen verschil tussen Amsterdam en landelijk wat betreft het aantal patiënten waar bij de paramedicus meer dan gemiddeld moeite moet doen om uit te zoeken hoe de regeling toegepast moet worden.
- * Paramedici nemen in Amsterdam minder vaak contact op met de zorgverzekeraar in de context van de betreffende regelingen dan hun landelijke collega's. Er is geen verschil wat betreft het contact met de verwijzers.

11.3.6 Ervaring van de consument

Via een peiling (in september 1996) in het Consumentenpanel zijn de ervaringen van 748 ziekenfondsverzekerden met de beperkende maatregel bepaald. De helft (51%) van de respondenten wist van het bestaan van de beperkende maatregel. De belangrijkste informatiebron was de informatiefolder van de zorgverzekeraar, gevolgd door krant en radio en televisie.

Van de ziekenfondsverzekerden beschikte 90% over een aanvullende verzekering⁸. De aanvullende verzekering was in de meeste gevallen (75%) afgesloten voordat de beperkende maatregel ingesteld werd. De belangrijkste redenen om een aanvullende verzekering af te sluiten waren de extra vergoedingen voor tandartsenhulp en medische hulp in het algemeen. Extra vergoeding fysiotherapie en/of oefentherapie is door een kleine minderheid als reden opgegeven. Er is geen verband gevonden tussen het al of niet aanvullend verzekerd zijn enerzijds en inkomen of leeftijd anderzijds. Door de respondenten werden verschillende motieven genoemd om geen aanvullende verzekering te nemen: 2% noemde als motief dat de kosten voor de aanvullende verzekering te hoog zouden zijn.

Het kwam zelden voor (0,4%) dat patiënten wel verwezen waren, maar toch niet naar de fysiotherapeut, oefentherapeut-Cesar of oefentherapeut-Mensendieck gingen omdat ten gevolge van de beperkende maatregel de behandeling niet vergoed zou worden. Aan degene die na een verwijzing wel naar de fysiotherapeut- of oefentherapeut gegaan waren is gevraagd of de behandeling vergoed werd door hoofd- en eventuele aanvullende verzekering: in 93% van de gevallen werden alle zittingen vergoed. In 7% bestond de behandeling uit meer zittingen dan door de hoofd- en/of aanvullende verzekering vergoed werd; in de helft (3,5%) van de gevallen vond men dit een probleem, in de andere helft niet.

⁸ Strikt genomen beschikt 90% van ziekenfondsverzekerde huishoudens over een aanvullende verzekering; bij 10% van de huishoudens is niet iedereen in het huishouden aanvullend verzekerd, waardoor het percentage ziekenfondsverzekerde personen een fractie lager zou kunnen zijn dan 90%.

11.3.7 Effecten op werkgelegenheid

Om de effecten van de beperkende maatregel op de werkgelegenheid van fysiotherapeuten te evalueren is gebruikt gemaakt van de Registratie extramuraal werkzame fysiotherapeuten. In de periode 1989-1995 is steeds een stijging van het aantal extramuraal werkende fysiotherapeuten opgetreden. In 1997 (na het ingaan van de beperkende maatregel) is deze trend voor het eerste omgebogen en is er sprake van een daling. Het effect is echter klein: ten opzichte van 1995 is er in 1997 een daling van 1,3% (overeenkomend met 152 fysiotherapeuten minder werkzaam). Ook uitgedrukt in het aantal gewerkte uren trad er in de periode 1991-1995 een stijging op in de werkgelegenheid; in 1997 trad een daling op van 3,2%.

Om de effecten op de werkgelegenheid van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapie-Mensendieck te evalueren is gebruik gemaakt van de ledenadministratie van de beroepsverenigingen. Het aantal werkzame leden van de Vereniging Bewegingsleer Cesar daalde na het ingaan van de beperkende maatregel met 1,2% (overeenkomend met 10 leden minder). Het aantal werkzame leden in de Nederlandse Vereniging Oefentherapie-Mensendieck steeg met 2,2% (overeenkomend met 20 leden meer). Hier dient opgemerkt te worden dat het aantal leden van een beroepsvereniging een niet-ideale benadering is van het werkelijk aantal beroepsbeoefenaren; er is echter geen registratie beschikbaar van het aantal oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. Evenmin is er informatie beschikbaar over het aantal gewerkte uren; eventuele effecten op het aantal gewerkte uren zijn niet onderzocht.

11.4 Conclusies

De uitwerking van de beperkende maatregel is door het verschijnsel van de aanvullende verzekering drastisch gemodificeerd. Alleen de hoofdverzekering zou in veel gevallen onvoldoende vergoeding van de behandeling geboden hebben. Er is echter een aanvullende verzekering geïntroduceerd⁹. Doordat circa 90% van de ziekenfondsverzekerden over een aanvullende verzekering beschikt, is in het overgrote deel van de gevallen de behandeling wel volledig vergoed. Dit effect van de aanvullende verzekering is het grootst bij fysiotherapie: bij patiënten met een aandoening die niet voorkomt op de lijst met uitzonderingen van VWS zou alleen de hoofdverzekering in 53,0% van de gevallen voldoende vergoeding geboden hebben, terwijl de combinatie van hoofd- en aanvullende verzekering in 91,3% voldoende vergoeding bood. Bij oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck is dit effect kleiner, maar ook aanwezig; oefentherapie-Cesar: 82,1% versus 95,2%; en oefentherapie-Mensendieck: 89,9% versus 95,0%.

De combinatie van hoofd- en aanvullende verzekering biedt echter niet voor allè patiënten een volledige vergoeding van de behandeling. In de fysiotherapie was dit bij 8,7% van de patiënten met een niet-lijstaandoening het geval. Bij oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck ging het om 4,8% respectievelijk 5,0% van de patiënten met een niet-lijstaandoening. Als de vergoeding onvoldoende was werd de behandeling gestopt, betaalde de patiënt zelf of behandelde de therapeut gratis verder. Patiënten met

⁹ Fysiotherapie is door alle zorgverzekeraars in de aanvullende verzekering opgenomen; oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck is door een derde van de zorgverzekeraars in de aanvullende verzekering opgenomen.

een onvolledige vergoeding onderscheiden zich in een aantal opzichten van patiënten met een volledige vergoeding van de behandeling. Onderscheidende kenmerken zijn de aard van de aandoening (artrose); de duur en een recidiverend karakter van de klachten; de leeftijd en opleiding van de patiënt. Ook de behandeling van patiënten met een aandoening die wel op de lijst met uitzondering voorkomt, werd niet in alle gevallen volledig vergoed. Dit gold voor 4,9% van de patiënten met een lijst-aandoening in de fysiotherapie en 2,7% van de patiënten met een lijst-aandoening in de oefentherapie-Cesar (bij oefentherapie-Mensendieck is dit niet voorgekomen).

Het aantal zittingen in een behandelingsepisode daalde slechts in geringe mate ten opzichte van de periode daarvoor. Dit geldt voor zowel fysiotherapie, als voor oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Bij vijf groepen patiënten trad een lichte daling op, die gemiddeld iets meer dan één zitting bedroeg; bij zes andere groepen patiënten trad geen verschil op.

Het Amsterdams Dienstenmodel heeft betrekking op ziekenfondsverzekerden met een aanvullende verzekering. De kosten van het Amsterdams Dienstenmodel worden ten laste gebracht van de hoofd- en aanvullende verzekering. Daarmee kan het Amsterdams Dienstenmodel opgevat worden als een alternatief voor de landelijke vergoedingsregelingen: de combinatie van hoofd- plus aanvullende verzekering. Voor het grootste deel van de verzekerden biedt het Amsterdams Dienstenmodel een volledige vergoeding van de behandeling fysiotherapie. Toch werd bij 4,1% van de patiënten het maximaal aantal te vergoeden zittingen bereikt en werd de behandeling om die reden beëindigd.

De landelijke vergoedingsregelingen (beperkende maatregel plus aanvullende verzekering) en het Amsterdams Dienstenmodel leiden niet tot substantiële verschillen in het aantal zittingen in een behandeling fysiotherapie. Een nauwkeurige vergelijking van het aantal zittingen bij negen categorieën patiënten toonde aan dat in één categorie patiënten landelijk een gering aantal zittingen meer gegeven werd; in één categorie werd er in Amsterdam een gering aantal zittingen meer gegeven; in alle andere categorieën was er geen verschil in het aantal zittingen.

Knelpunten in de vergoeding van fysiotherapie treden landelijk en in Amsterdam in ongeveer gelijke mate op. Er konden geen substantiële verschillen aangetoond worden in het aantal knelpunten (stoppen van de behandeling, zelf betalen door de patiënten en/of gratis doorbehandelen door de therapeut) dat landelijk en in Amsterdam optrad. Achteraf gezien is het wellicht weinig verwonderlijk dat er - wat betreft aantal zittingen en knelpunten in de vergoeding - nauwelijks of geen verschillen zijn gevonden tussen de landelijke en Amsterdamse vergoedingsregelingen. Beide regelingen maken gebruik van de hoofd- en aanvullende verzekering, waardoor verschillen niet waarschijnlijk zijn. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het bij de introductie van de beperkende maatregel niet bekend was in welke mate fysiotherapie in de aanvullende verzekering opgenomen zou worden en in welke mate dit tot een toereikende vergoeding van de behandeling zou leiden. Het is het onderhavige onderzoek dat duidelijk gemaakt heeft hoe groot het effect van de aanvullende verzekering is en dat dit effect zowel landelijk als in Amsterdam optreedt.

Betrokken beroepsbeoefenaren oordelen wel verschillend over de landelijke en Amsterdamse vergoedingsregeling. Het oordeel van betrokken beroepsbeoefenaren wijkt

hiermee af van de bevindingen ten aanzien van het aantal zittingen en de vergoeding daarvan. In de meeste gevallen is het oordeel over de Amsterdamse regeling positiever dan over de landelijke regeling. Verwijzers in Amsterdam signaleerden minder problemen in de zorg, en minder veranderingen in de verwijzingen (uitstellen, aanpassen indicatie); paramedici in Amsterdam namen minder vaak contact op met de zorgverzekeraar dan hun landelijke collega's. De medisch specialisten in Amsterdam oordeelden negatiever over de toepasbaarheid van het Amsterdams Dienstenmodel dan hun landelijke collega's over de vergoedingsregeling.

Het is onwaarschijnlijk dat dit - op onderdelen - positieve oordeel over het Amsterdams Dienstenmodel direct veroorzaakt is door de differentiatie van het aantal zittingen (diensten). De facto biedt de combinatie van hoofd- en aanvullende verzekering in de landelijke regelingen precies dezelfde mogelijkheid tot differentiatie van het aantal zittingen. Andere verklaringen zijn waarschijnlijker. In het Amsterdams Dienstenmodel zijn de vergoeding door hoofd- en aanvullende verzekering gecombineerd tot één regeling. Binnen die regeling kan de therapeut in de meeste gevallen zelf het aantal zittingen aanpassen (door van dienst te wisselen). In het landelijk model zijn standaard 9 zittingen beschikbaar; indien meer zittingen benodigd zijn dient bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan te worden (ofwel in het kader van de lijst met uitzonderingen ofwel in het kader van de aanvullende verzekering). De toepassing van de landelijke regelingen vergt dus een extra aanvraag.¹⁰

Verder is het Amsterdams Dienstenmodel geïntroduceerd via een uitgebreide voorlichtings- en ondersteuningscampagne. Deze campagne was gericht op huisartsen (schriftelijke informatie) en betrokken paramedische beroepsgroepen (schriftelijke informatie, bijeenkomsten en een help-desk). Op medisch specialisten was de campagne niet gericht: het lijkt niet toevallig dat juist deze groep negatiever oordeelde over de toepasbaarheid van het Amsterdams Dienstenmodel. Hier kan geconcludeerd worden dat het meer positieve oordeel over het Amsterdams Dienstenmodel niet voortvloeit uit verschillen in het aantal zittingen of de vergoeding daarvoor (want die verschillen zijn niet geconstateerd), en mogelijk wel samenhangt met het feit dat het om één regeling in plaats van twee regelingen gaat en/of de grotere voorlichting en ondersteuning.

Ziekenfondsverzekerden hebben in het algemeen weinig problemen ervaren naar aanleiding van de introductie van de beperkende maatregel. Het kwam zeer zelden voor dat een patiënt die wel verwezen was, toch niet naar de fysiotherapeut, oefentherapeut-Cesar of oefentherapeut-Mensendieck gegaan was in verband met het ontbreken van een vergoeding voor de behandeling. In nauwe overeenstemming met de bevindingen uit de registratie rapporteerde het overgrote deel van de patiënten dat de behandeling volledig vergoed was. De verklaring voor deze bevindingen is - opnieuw - dat circa 90% van de ziekenfondsverzekerden over een aanvullende verzekering beschikte. De extra vergoeding voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck vormde echter een ondergeschikt motief voor het afsluiten van de aanvullende

¹⁰ In het Amsterdams Dienstenmodel wordt het aantal zittingen (mede) gebaseerd op de diagnostische bevindingen van de therapeut; in de beperkende maatregel wordt het aantal zittingen uitsluitend bepaald door de diagnose gesteld door de verwijzer. Dit verschil - dat bij de ontwikkeling van het Amsterdams Dienstenmodel een essentieel uitgangspunt was - biedt echter géén verklaring voor het meer positieve oordeel van verwijzers over het Amsterdams Dienstenmodel. Bovendien geldt dat -door de mogelijkheid van extra zittingen vergoed door de aanvullende verzekering- ook landelijk het aantal zittingen (mede) gebaseerd kan worden op de diagnostische bevindingen van de therapeut. Er zijn dus geen aanwijzingen dat verschil in uitgangspunt van invloed is op de oordelen over het Amsterdams Dienstenmodel dan wel de landelijke vergoedingsregelingen.

verzekering. In de meeste gevallen was de verzekering al afgesloten voordat de beperkende maatregel geïntroduceerd werd. Extra vergoeding voor tandartsenhulp en medisch hulp in het algemeen vormde de belangrijkste reden voor het afsluiten van een aanvullende verzekering.

In het onderhavige onderzoek is niet nagegaan of er minder patiënten voor fysiotherapie of oefentherapie verwezen zijn na de introductie van de beperkende maatregel. Uit ander onderzoek (Ros et al., 1998) is echter gebleken dat er in het eerste half jaar na de invoering van de maatregel een lichte daling opgetreden is in het aantal verwijzingen; deze daling was in het tweede half jaar echter alweer verdwenen. Door de onderzoekers werd geconcludeerd dat de aanvankelijk bestaande onduidelijkheid over de landelijke vergoedingsregelingen (beperkende maatregel en aanvullende verzekeringen) korte tijd tot een lichte daling in het aantal verwijzingen geleid heeft. Toen eenmaal meer duidelijkheid ontstond werd deze daling weer gecorrigeerd.

Na de invoering van de beperkende maatregel is in 1997 een kleine daling opgetreden in de werkgelegenheid van fysiotherapeuten. Het effect op de werkgelegenheid van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck kan minder nauwkeurig bepaald worden: er zijn alleen gegevens over het aantal leden van de betreffende beroepsverenigingen; deze gegevens later geen grote werkgelegenheidseffecten zien. Het ontbreken van grote effecten op de werkgelegenheid hangt - opnieuw - samen met de aanvullende verzekering. Doordat het merendeel van de behandelingen volledig vergoed werd zijn grote werkgelegenheidseffecten achterwege gebleven.

LITERATUUR

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Ziekenfondsraad betreffende de "regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering", 19 april 1996; Rijswijk: Ministerie van VWS/CSZ

Ros, C.C., Friele, R.D., Hutten, J.R.F., Groenewegen, P.P., Delnoy Y, D.M.J. Evaluatie algemene eigenbijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Deelrapport V, Utrecht: NIVEL, 1998

Ziekenfondsraad. Brief aan de leden van de Ziekenfondsraad betreffende "Besluit subsidieering evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck", 18 september 1996; Amsterdam: Ziekenfondsraad/CURE

Zuiderduin, W.M., Dekker, J. Treatment goals and treatment in exercise therapy. *Journal of Rehabilitation Sciences*; 7, 1994, p. 80-87.

Zuiderduin, W.M., Dekker, J., Abrahamse, H. Determinanten van de omvang van de behandeling in de extramurale fysiotherapie. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*; 73, 1995, p. 274-281

