

**NAAR EEN FLEXIBELE VERGOEDINGSREGELING VOOR
FYSIOTHERAPIE, OEFENTHERAPIE CESAR EN
OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK**

Hannelore Hofhuis
Marika de Boer
Esther Steultjens
Els van den Ende

Utrecht, februari 2002

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 27 29 700 Fax 030 27 29 729

In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen, Prof. J.H. Bavincklaan 2, Postbus 396 -
1180 BD Amstelveen Telefoon 020 34 75 555 Fax 020 64 73 494

Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck / H. Hofhuis, M. de Boer, E. van den Ende, E. Steultjens

Utrecht: Nivel

Met lit. opg.

ISBN: 90-6905-554-6

Trefw.: fysiotherapie, oefentherapie Cesar, oefentherapie-Mensendieck, ziekenfondsverzekering, noodzakelijke zorg, zorgverzekeringspakket, professionaliteit.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUD

Voorwoord	5
DEEL I	7
1 Inleiding	9
1.1 De beperkende maatregel	9
1.2 Het Amsterdams Dienstenmodel	10
1.3 Aanleiding en doel van het onderzoek	11
1.4 Vraagstellingen	12
2 Resultaten	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Voor- en nadelen van de huidige vergoedingsregelingen	13
2.3 Omgang met de vergoedingsregelingen	15
2.4 Noodzakelijke zorg	15
2.5 Voorwaarden voor een nieuwe vergoedingsregeling	16
2.6 Mogelijkheden voor alternatieve vergoedingsregelingen	18
2.7 Een flexibel alternatief voor de beperkende maatregel	19
3 Beschouwing	23
DEEL II	29
1 Methode	31
1.1 Visievorming door de projectgroep	31
1.2 Interviews met belanghebbenden	32
1.3 Inventarisatie alternatieve vergoedingsregelingen	34
1.4 Invitational conference	34
2 Alternatieve vergoedingsregelingen in de gezondheidszorg	35
2.1 Inleiding	35
2.2 Persoonsgebonden budget	36
2.3 Abonnementsysteem	37
2.4 Eigen bijdragen	37
2.5 Vergoeding gebaseerd op behandelranges in richtlijnen	38
2.6 Vergoeding gebaseerd op de indeling van patiënten in categorieën	38
2.7 Toekomstige financieringsstructuren	39
2.8 Vergoedingsregelingen voor fysiotherapie in België, Duitsland en Engeland	39
3 Resultaten interviews	41
3.1 Huidige vergoedingsregelingen	41
3.2 Aspecten van een toekomstige vergoedingsregeling	49
3.3 Alternatieve vergoedingsregelingen	56

4	Visie van de projectgroep ten aanzien van de voorwaarden waaraan een vergoedingsregeling dient te voldoen	63
4.1	Inleiding	63
4.2	Noodzakelijke zorg	64
4.3	Rol van de verwijzer	66
4.4	Rol van de behandelaar	67
4.5	Rol van de patiënt	68
4.6	Rol van de zorgverzekeraars	69
4.7	Sturingsmechanismen	70
4.8	Nieuwe ontwikkelingen	71
4.9	Conclusies	71
5	Invitational conference	75
5.1	Voor- en nadelen van de huidige vergoedingsregelingen	75
5.2	Voorwaarden waar een nieuwe vergoedingsregeling aan moet voldoen	76
5.3	Raamwerk alternatieve vergoedingsregeling	77
	Literatuur	81
	Bijlage 1: Scenario's en vragenlijsten	83

VOORWOORD

Voor u ligt het rapport getiteld "Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefen-therapie Cesar en oefen-therapie-Mensendieck". Het rapport betreft een verslag van een verken-nende studie naar mogelijke alternatieven voor de 'beperkende maatregel' die sinds 1996 voor deze beroepsgroepen wordt gehanteerd; het project is uitgevoerd in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen.

Het rapport bestaat uit twee delen. In deel 1 worden de belangrijkste resultaten van het project beschreven (hoofdstuk 2) voorafgegaan door een inleidend hoofdstuk waarin de aanleiding en het doel van het project worden uiteengezet. Bovendien wordt een voorstel voor een alternatieve regeling voor de beperkende maatregel in de vorm van een raamwerk gepresenteerd. In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 3) wordt een beschouwing gegeven waarbij onder andere in wordt gegaan op mogelijke consequenties van een invoering van het raamwerk.

In deel 2 kan beschouwd worden als achtergrondinformatie bij deel 1. Het bestaat uit een hoofdstuk waarin de werkwijze wordt uiteengezet en vier hoofdstukken met de resultaten van de gevolgde werkwijze: een inventarisatie van mogelijke alternatieve vergoedingsregelingen (hoofd-stuk 2); een weergave van resultaten van interviews met de betrokken beroepsgroepen, beleids-makers en zorgverzekeraars (hoofdstuk 3); een visie ten aanzien van voorwaarden waaraan een nieuwe vergoedingsregeling zou moeten voldoen (hoofdstuk 4) en de resultaten van een invitational conference waar de resultaten van het onderzoek bediscussieerd zijn (hoofdstuk 5).

In de uitvoering van dit project is samengewerkt met Prof. dr. J. Dekker, hoogleraar paramedi-sche zorg VU Amsterdam; Prof. dr. R.A.B. Oostendorp, hoogleraar paramedische zorg KUN en directeur Nederlands Paramedisch Instituut en Prof. dr. P.P. Groenewegen hoogleraar sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg UU en deskundige op het gebied van honoreringsvraagstukken. Wij willen hen vanaf deze plaats graag bedanken voor hun in-spirerende bijdrage aan het project.

Wij zijn de betrokkenen van de beroepsverenigingen, beleidsinstanties en zorgverzekeraars zeer erkentelijk voor hun medewerking aan de interviews en de invitational conference. Tevens willen wij drs. J. Werner bedanken voor zijn betrokkenheid en de bereidheid om het voorzitterschap van de invitational conference op zich te nemen.

Utrecht, februari 2002

DEEL I

- inleiding, resultaten en beschouwing -

1 Inleiding

Op 1 januari 1996 is de 'Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering' in werking getreden; de regeling staat bekend als de 'beperkende maatregel'. Met deze regeling zijn de aanspraken volgens de Ziekenfondswet voor de verstrekking van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck beperkt. Door zorgverzekeraar ZAO (Zorgverzekeraar Amsterdam en Omstreken) wordt met toestemming van de Minister sinds 1 juli 1996 een alternatieve regeling gehanteerd: het zogenaamde 'Amsterdams Dienstenmodel'.

De beperkende maatregel was indertijd bedoeld als een tijdelijke oplossing voor de stijgende kosten voor fysiotherapie en oefentherapie: de Minister van VWS wil op korte termijn komen tot een meer flexibele regeling. Aan het Nivel is in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd om de voor- en nadelen van de huidige vergoedingsregelingen te onderzoeken en na te gaan welke alternatieve modellen mogelijk zijn.

In dit hoofdstuk worden de huidige vergoedingsregelingen nader toegelicht en wordt de aanleiding en het doel van het project beschreven; in paragraaf 1.4 staan de vraagstellingen voor dit onderzoek.

1.1 De beperkende maatregel

De beperkende maatregel houdt in dat op de hoofdverzekering maximaal negen zittingen fysiotherapie, 18 zittingen kinderfysiotherapie en 18 zittingen oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck per indicatie worden 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' (Min. VWS, 1995b). Deze lijst is samengesteld op basis van adviezen van de 'Commissie Lijst' van de Ziekenfondsraad; de Minister heeft vijf beoordelingscriteria vastgesteld voor het plaatsen van aandoeningen op de lijst (Min. VWS, 1995b, 1998). De aanspraken op vergoeding voor patiënten met een aandoening die voorkomt op deze lijst zijn niet beperkt of - in een aantal gevallen - veel minder beperkt.

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken op verwijzing van een huisarts of specialist. De arts stelt de verwijfsindicatie vast waarmee aangegeven wordt of een patiënt recht heeft op negen zittingen of op een behandeling die niet tot negen zittingen is beperkt. Het maximaal aantal zittingen wordt dus met name bepaald door de aandoening van de patiënt en staat los van de bevindingen van de therapeut over de aard en grootte van het gezondheidsprobleem dat hiervan het gevolg is.

De beperkende maatregel is gebaseerd op financiële overwegingen; het doel was het volume van verstrekkingen voor de drie genoemde beroepsgroepen te beperken. Concreet werd een bezuiniging van 200 miljoen gulden nagestreefd; deze bezuiniging op de hoofdverzekering is ruimschoots gerealiseerd (Ziekenfondsraad, 1998). De kosten zijn voor een groot deel verschoven naar de aanvullende verzekering. In de aanvullende verzekering hebben zorgverzekeraars fysiotherapie en in mindere mate ook oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck opgenomen.¹ Ruim 90% van de ziekenfondsverzekerden is aanvullend verzekerd (ZN,

¹ Een aanvullende verzekering kan vrijwillig afgesloten worden en is een particuliere verzekering, de hoofdverzekering van de Ziekenfondswet is verplicht beneden een bepaalde vastgestelde loongrens.

1997; Pijnenborg, e.a., 1998). Alleen de hoofdverzekering zou in veel gevallen (47% van de ziekenfondsverzekerden) onvoldoende vergoeding van de behandeling geboden hebben. Door de aanvullende verzekering is in het overgrote deel van de gevallen de behandeling wel volledig vergoed.²

In een brief heeft de Minister destijds aangegeven dat de beperkende maatregel gezien moet worden als een tussenoplossing voor een meer uitgewerkte inhoudelijke variant (Min. VWS, 1995a).

1.2 Het Amsterdams Dienstenmodel

In Amsterdam is een uitzondering gemaakt op de beperkende maatregel zoals die landelijk geldt. De Minister heeft met de invoering van de beperkende maatregel in 1996 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 gezamenlijk ontwikkeld door Zorgverzekeraar Amsterdam en Omstreken (ZAO) en (vertegenwoordigers van) fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. Het model wordt toegepast bij aanvullend verzekerde ziekenfondspatiënten in Amsterdam. Het model gaat uit van drie hoofddiensten: 'verfijnen probleem- of indicatiestelling', 'begeleiden/ondersteunen' en 'behandelen'. De verwijzer kan aangeven voor welke van deze drie hoofddiensten hij de patiënt verwijst. Binnen deze drie hoofddiensten zijn 12 subdiensten omschreven. Deze subdiensten verschillen van elkaar wat betreft indicatiestelling, aard (doel en inhoud van verrichtingen), omvang (aantal zittingen) en behandelduur.

De zorgvraag en behandeldoelen worden beschreven in termen van functies en stoornissen, activiteiten en beperkingen en (problemen in) participatie volgens de ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) (Ravensberg, e.a., 2000). De keuze van een subdienst wordt bepaald door de therapeut aan de hand van onder meer de verwijzing van de arts, de klachten, de zorgvraag van de patiënt en de behandeldoelen die daaruit volgen. Het maximaal aantal verstrekkingen fysiotherapie en/of oefentherapie wordt dus mede bepaald door de bevindingen van de therapeut bij het paramedisch onderzoek.

Het Amsterdams Dienstenmodel is aanvankelijk gezien als een alternatief voor de beperkende maatregel. 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. Om deze reden kan het Amsterdams Dienstenmodel niet gezien worden als een 'zuiver' alternatief voor de beperkende maatregel.

Om de gevolgen van het Amsterdams Dienstenmodel na te kunnen gaan heeft de minister de Ziekenfondsraad gevraagd deze maatregel, mede in vergelijking met de beperkende maatregel te evalueren (Min. VWS, 1996b). Op basis van de evaluatie door de Ziekenfondsraad heeft de Minister onder bepaalde voorwaarden ook andere regio's (dan Amsterdam) toegestaan het Amsterdams Dienstenmodel te introduceren.³ Tegelijkertijd pleitte zij echter voor enige terug-

² Voor patiënten met een niet-lijstaandoening werd in 91.3% van de gevallen de behandeling volledig vergoed voor fysiotherapie, voor oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck zijn deze percentages respectievelijk 95.2 en 95.0. Voor patiënten met een aandoening die wel voorkomt op de chronische lijst zijn de percentages 95.1 voor fysiotherapie, 97.3% voor oefentherapie Cesar en 100% voor oefentherapie-Mensendieck.

³ Het Amsterdams Dienstenmodel is overigens niet overgenomen door andere zorgverzekeraars.

houdendheid vanwege mogelijke regionale verschillen in uitvoering vanwege de complexiteit van het Amsterdams Dienstenmodel en mogelijke verschillen in aanspraken tussen verzekerden met een aanvullende verzekering (en recht op het Amsterdams Dienstenmodel) en zonder een aanvullende verzekering (recht op pakket met beperkende maatregel) (Min. VWS, 1998).

1.3 Aanleiding en doel van het onderzoek

In 1998 is, in opdracht van de Ziekenfondsraad, door het Nivel en het NPi (Nederlands Paramedisch Instituut) een onderzoek uitgevoerd naar de uitwerking van de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel. De conclusie van het evaluatie-onderzoek luidde dat de invoering van de landelijke vergoedingsregeling (de beperkende maatregel) slechts bij een gering percentage patiënten heeft geleid tot knelpunten, zoals het stoppen van de behandeling, het zelf betalen door de patiënt en/of gratis doorbehandelen door de therapeut. Knelpunten in de vergoeding bleken landelijk en in Amsterdam in gelijke mate voor te komen. De onderzoekers concludeerden dat het verschijnsel van de aanvullende verzekering de uitwerking van de beperkende maatregel drastisch heeft gemodificeerd (Dekker, e.a., 1998).

De beperkende maatregel heeft tot gevolg gehad dat een deel van de uitgaven voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck verschoven is van het tweede (de Ziekenfondswet) naar het derde compartiment van de gezondheidszorg (de particuliere sector). Onduidelijk is in hoeverre de Ziekenfondswet voorziet in 'noodzakelijke zorg'. De Minister van VWS benadrukte daarom in haar reactie op de evaluatie van de beperkende maatregel door de Ziekenfondsraad het belang van een definiëring van het begrip 'noodzakelijke zorg' voor de betrokken beroepsgroepen (Min. VWS, 1998).

Ondanks de relatief geringe gevolgen van de beperkende maatregel voor de praktijk handhaafden de betrokken beroepsverenigingen hun kritiek op deze maatregel; zij geven de voorkeur aan een flexibelere vergoedingsregeling die gebaseerd is op inhoudelijke overwegingen.

In de meerjarenafspraken is vastgelegd dat er gezocht zou worden naar een alternatieve vergoedingsregeling voor de beperkende maatregel die gebaseerd is op inhoudelijke gronden. De Minister concludeerde dat het op de langere termijn gewenst is om te komen tot een invulling van een basispakket dat de noodzakelijke zorg fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck voor de ziekenfondsverzekering bevat (Min. VWS, 1998). Voor de kortere termijn ondersteunde zij het advies van de Ziekenfondsraad aan de Minister om op basis van de ervaringen met de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel te komen tot een goed toepasbare flexibelere regeling (Ziekenfondsraad, 1998).

De Minister heeft de beperkende maatregel daarom een tijdelijk karakter toegekend en heeft aangegeven dat de maatregel gezien diende te worden als een tussenoplossing, op weg naar een meer definitieve, meer inhoudelijk gemotiveerde beperking van de verstrekking (Min. VWS, 1998).

In oktober 1999 heeft de Minister van VWS de toenmalige Ziekenfondsraad (nu: College voor Zorgverzekeringen) verzocht om een uitvoeringstoets: doel van deze uitvoeringstoets was de huidige vergoedingsregelingen (de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel) voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck te evalueren en zo nodig een alternatief te formuleren.

In het kader van deze uitvoeringstoets heeft het Nivel, in opdracht van het project "Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensen-

dieck" uitgevoerd.⁴ Het doel van dit project is tweeledig. In de eerste plaats zullen de voor- en nadelen van de huidige vergoedingsregelingen, te weten de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel geïnventariseerd worden. In de tweede plaats zal nagegaan worden welke alternatieve modellen voor een vergoedingsregeling mogelijk zijn.

1.4 Vraagstellingen

Bij de uitvoering van de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel zijn zowel beroepsverenigingen, beleidsinstanties en zorgverzekeraars betrokken. Ten aanzien van het bepalen van de voor- en nadelen is het daarom van belang om zowel de beroepsinhoudelijke als de uitvoeringstechnische aspecten van beide regelingen te belichten.

Voor de formulering van een alternatieve vergoedingsregeling is het in eerste instantie belangrijk inzicht te verkrijgen in de wijze waarop met de huidige regelingen wordt omgegaan. Naar aanleiding van de conclusie van de minister dat het op de lange termijn gewenst is om te komen tot een invulling van een basispakket dat de noodzakelijke zorg fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck voor de ziekenfondsverzekering bevat zal ook geïnventariseerd worden op welke wijze noodzakelijke zorg door de betrokken partijen gedefinieerd wordt. Ten tijde van de invoering van de beperkende maatregel heeft de minister aangegeven dat de beperkende maatregel moet worden gezien als een tussenoplossing voor een meer uitgewerkte inhoudelijke variant. Om te kunnen komen tot een meer inhoudelijke en flexibelere vergoedingsregeling is het noodzakelijk de voorwaarden die hieraan verbonden worden in kaart te brengen.

In het kader van de doelstellingen van dit project heeft het onderzoek zich gericht op de beantwoording van de volgende vraagstellingen:

1. Welke voor- en nadelen (beroepsinhoudelijk, uitvoeringstechnisch) zijn er verbonden aan de beperkende maatregel?
2. Welke voor- en nadelen (beroepsinhoudelijk, uitvoeringstechnisch) zijn er verbonden aan het Amsterdams Dienstenmodel?
3. Welke systematieken hanteren zorgverzekeraars om paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck) in te kopen?
4. Wat is de definitie van noodzakelijke zorg geldend voor de beroepsgroepen fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck naar de mening van vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen en andere belangrijke actoren op het gebied van fysio- en oefentherapeutische zorg?
5. Aan welke voorwaarden (beroepsinhoudelijk, uitvoeringstechnisch) dient een vergoedingsregeling voor de verstrekking van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck te voldoen?
6. Welke alternatieve vergoedingsregelingen zijn er mogelijk en wat zijn hun respectievelijke voor- en nadelen?

⁴ In het kader van deze uitvoeringstoets zijn door het CVZ en het bureau Hoeksma, Homans & Menting ook anderen onderzoeken uitgevoerd. CVZ heeft geïnventariseerd hoe zorgverzekeraars omgaan met de beperkende maatregel (Miltenburg, 2000; Kloosterman, 2001). HHM verrichtte twee haalbaarheidsonderzoeken naar respectievelijk experimenten met richtlijnen fysiotherapie en oefentherapie Cesar en -Mensendieck (Jland, 2000) en naar cliëntencategorieën (Dam, 2001).

2 Resultaten

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is het voorstel verwoord ten aanzien van een alternatieve vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

Dit voorstel is het resultaat van vier deeltrajecten die ten behoeve van dit onderzoek zijn doorlopen; in deel II (hoofdstuk 1) van dit rapport wordt de gevolgde werkwijze uitgebreid beschreven. De deeltrajecten hebben betrekking op de volgende activiteiten. Allereerst zijn bestaande vergoedingsregelingen alsmede regelingen die gehanteerd worden in de ons omringende landen geïnventariseerd. Het resultaat van deze inventarisatie staat in hoofdstuk 2 van deel II. Door middel van interviews met de betrokken beroepsverenigingen, beleidsmakers en zorgverzekeraars zijn de meningen geïnventariseerd over de huidige regelingen en over mogelijke alternatieve vergoedingsregelingen (deel II, hoofdstuk 3). In het project is samengewerkt met een projectgroep. Deze projectgroep heeft, deels op basis van de resultaten van de interviews, een visie ontwikkeld over de voorwaarden waar een nieuwe regeling aan zou moeten voldoen. Daarbij is onder andere ingegaan op het begrip noodzakelijke zorg, sturingsmechanismen en de rol van de verwijzer, behandelaar, patiënt en verzekeraar (deel II, hoofdstuk 4). Aan de hand van de voorwaarden die in hoofdstuk 4 zijn besproken heeft de projectgroep een alternatief model ontwikkeld voor de vergoeding van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Dit alternatieve model heeft de vorm van een raamwerk. Op een invitationale conference zijn de belangrijkste resultaten van de interviews, de visie van de projectgroep en het raamwerk gepresenteerd. Er is gediscussieerd over de resultaten en het raamwerk en over de mogelijke consequenties daarvan voor een alternatieve regeling (deel II, hoofdstuk 5). De resultaten van de conferentie zijn verwerkt tot het definitieve voorstel dat in het onderhavige hoofdstuk wordt gepresenteerd.

In de volgende paragrafen worden de resultaten van het onderzoek per onderzoeksvraag samengevat. Daarbij zijn de resultaten van de inventarisatie van vergoedingsregelingen, de interviews, invitationale conference en de visie van de projectgroep geïntegreerd. Paragraaf 2.7 bevat het voorstel voor een flexibel alternatief voor de beperkende maatregel.

2.2 Voor- en nadelen van de huidige vergoedingsregelingen

Beperkende maatregel

Bijna alle partijen zijn het erover eens dat de maatregel vanuit uitvoeringstechnisch oogpunt duidelijkheid verschaft en weinig ruimte laat voor discussie over aantallen te vergoeden zittingen. Hierbij wordt wel de kanttekening geplaatst dat er creatieve oplossingen gevonden zijn om met de nadelen om te gaan. Doordat het merendeel van de patiënten beschikt over een aanvullende verzekering kan in de meeste gevallen de noodzakelijke zorg geleverd worden. Voor oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck zijn de 18 zittingen die vergoed worden in de meeste gevallen voldoende; de beperking levert in de praktijk nauwelijks problemen op. Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing wordt, door een aantal beleidsinstanties en een aantal zorgverzekeraars het financieringsplafond tenslotte als uitvoeringstechnisch voordeel gezien. Er worden weinig beroepsinhoudelijke voordelen van de maatregel gesignaleerd. Wel heeft de invoering

van de maatregel indirect geleid tot een toenemende professionele verantwoordelijkheid en een verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid.

Het belangrijkste nadeel - dat door alle partijen wordt onderschreven - is het gemis aan een inhoudelijke onderbouwing. De beroepsgroepen ervaren dit als een miskennis van hun professionaliteit. Door alle partijen wordt eveneens aangegeven dat de noodzakelijke zorg door de beperking niet in alle gevallen gegarandeerd kan worden. Dit geldt met name voor fysiotherapie (met een maximum van 9 zittingen), voor patiënten met artrose en voor ouderen met meervoudige bewegingsbeperkingen. Het merendeel van de geïnterviewden vermeldt tevens nadelen met betrekking tot het gebruik van de medische diagnosecodering en de chronische lijst. De medische diagnosecodering sluit niet aan bij de fysiotherapeutische en oefentherapeutische behandeling die stoornissen en beperkingen aan aangrijpingspunt hebben. De chronische lijst wordt gezien als complex en ontoereikend. Zowel de codering als de lijst hebben ingewikkelde administratieve handelingen ten behoeve van declaraties en controles tot gevolg.

Het Amsterdams Dienstenmodel⁵

Voordelen van het Amsterdams dienstenmodel betreffen vooral beroepsinhoudelijke voordelen: het model doet meer recht aan de professionaliteit en verantwoordelijkheid van de therapeuten. Door de keuze uit verschillende diensten is het mogelijk zorg op maat te leveren, is er meer ruimte voor vraagsturing en is de behandelaar zelf gedeeltelijk verantwoordelijk voor de indicatiestelling. De gedeelde verantwoordelijkheid tussen verwijzer en behandelaar leidt tenslotte tot een betere samenwerking tussen deze partijen.

Problemen met de chronische lijst zoals die zich voordoen bij de beperkende maatregel doen zich in Amsterdam niet voor. Overige uitvoeringstechnische voordelen zijn de mogelijkheid van kostenbeheersing door de koppeling van een maximum aantal zittingen aan elke subdienst en de mogelijkheid van het therapeutische consult. Bovendien sluit het ADM goed aan bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de beroepsverenigingen en het methodisch handelen.

Het belangrijkste nadeel dat door het merendeel van de geïnterviewden genoemd wordt is het feit dat het ADM alleen van toepassing is op mensen die aanvullend verzekerd zijn. Hierdoor kan het ADM niet als volwaardig alternatief worden gezien voor de beperkende maatregel.

De invoering van het ADM heeft een grote tijdsinvestering gevergd. Door een aantal geïnterviewde partijen wordt hierdoor getwijfeld aan de geschiktheid voor een eventuele landelijke invoering.

Conclusies invitational conference

Tijdens de invitational conference zijn de voor- en nadelen van de huidige vergoedingsregelingen samengevat. De belangrijkste conclusies hebben betrekking op de chronische lijst en op de noodzaak voor een nieuwe regeling.

De chronische lijst is al enige jaren niet meer geactualiseerd met het oog op de beoogde wijziging in de vergoedingsregeling. Actualisatie zou aan de problemen die ervaren worden met de lijst tegemoet hebben kunnen komen. De lijst is wel een goed hulpmiddel om noodzakelijke zorg te leveren. Door de aanvullende verzekering, de chronische lijst en creatieve oplossingen om met problemen om te gaan zijn er nu nauwelijks knelpunten. Er zijn dus geen urgente redenen om de beperkende maatregel op korte termijn te wijzigen. De beperkende maatregel doet echter geen recht aan de professionaliteit van fysiotherapeuten en oefentherapeuten; dit is

⁵ Vragen over het Amsterdams Dienstenmodel zijn beantwoord door de beroepsverenigingen, beleidsmakers en ZAO.

een zwaarwegend bezwaar. Voor de toekomst is daarom een regeling gewenst die gebaseerd is op vertrouwen in de professionaliteit van beroepsbeoefenaren.

2.3 Omgang met de vergoedingsregelingen

Zowel aan de zorgverzekeraars als aan de regiomanagers van de KNGF is gevraagd of de beperkende maatregel wordt gehanteerd of dat andere systematieken gehanteerd worden om paramedische zorg in te kopen (onderzoeksvraag 3).

De meeste geïnterviewden geven aan dat de beperkende maatregel wordt uitgevoerd; zorgverzekeraars zijn hiertoe namelijk wettelijk verplicht. Formeel voert alleen ZAO een alternatief voor de beperkende maatregel uit met het Amsterdams Dienstenmodel. Sommige zorgverzekeraars maken echter specifieke beheersafspraken en noemen dit een alternatief voor de beperkende maatregel. Deze afspraken betreffen dan de combinatie van hoofd- en aanvullende verzekering. Beheersafspraken met de fysiotherapeuten bestaan vooral uit het toekennen van een behandelvolume dat veelal gebaseerd is op een behandelgemiddelde. Indien het volume niet toereikend is worden door de meeste zorgverzekeraars procedures gehanteerd voor het aanvragen van extra capaciteit gebaseerd op aspecten als doelmatigheid, kwaliteit en professioneel handelen. De verstrekking van spiegelinformatie is een belangrijk middel voor zorgverzekeraars dat gebruikt wordt als sturingsmechanisme in de doelmatigheid van zorg.

In de praktijk blijkt dat de beheersafspraken vooral betrekking hebben op fysiotherapie en minder op oefentherapie Cesar en -Mensendieck. Mogelijk is dit het gevolg van het veelal toereikend zijn van de 18 zittingen die vergoed worden uit de hoofdverzekering om de noodzakelijke zorg te bieden.

In 2000 heeft het College voor Zorgverzekeringen zelf geïnventariseerd op welke wijze wordt omgegaan met de beperkende maatregel (Miltenburg, e.a., 2000). Uit een eerste inventarisatie bleek dat 13 van de 28 op dat moment werkzame zorgverzekeraars alternatieven hanteren voor de beperkende maatregel. Deze alternatieven bleken modellen te betreffen voor de beheersing van het volume aan aantal zittingen per jaar en de verdeling van dit volume over de fysiotherapeuten (Kloosterman, e.a., 2000).

De resultaten van het onderzoek van CVZ sluiten aan bij de resultaten van het huidige onderzoek in de bevinding dat het enige daadwerkelijk uitgevoerde alternatief voor de beperkende maatregel het Amsterdams Dienstenmodel is. Zorgverzekeraars hanteren - uitgaande van de beperkende maatregel - wel verschillende systematieken om zorg in te kopen, gebaseerd op behandelvolumes en behandelgemiddelden.

2.4 Noodzakelijke zorg

Noodzakelijke zorg is volgens de geïnterviewden zorg die bijdraagt aan ADL-zelfstandigheid, kwaliteit van leven en deelname aan de maatschappij. Welke zorg en hoeveel zorg noodzakelijk is dient volgens de beroepsverenigingen in samenspraak tussen patiënt en behandelaar bepaald te worden, waarbij het gaat om de vertaling van de hulpvraag van de patiënt naar de behandeldoelen op basis van de deskundigheid en professionaliteit van de behandelaar. De rol van de verwijzer ligt met name in het bepalen of verwezen wordt. Voor enkele beleidsinstanties en de meeste zorgverzekeraars is doelmatigheid eveneens van belang bij het bepalen van noodzakelijke zorg. Een belangrijk standpunt dat door alle geïnterviewden wordt ingenomen is dat fysio-

therapie en oefentherapie beschouwd moeten worden als noodzakelijke zorg.

De wijze waarop in de huidige regeling bepaald wordt welke zorg noodzakelijk is (namelijk door de beperkende maatregel) is arbitrair en niet beroepsinhoudelijk bepaald. De projectgroep stelt een pragmatische invulling van het begrip 'noodzakelijke zorg' voor, namelijk zorg die aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. De verwijzer en de behandelaar beslissen op basis van hun professionaliteit welke zorg en hoeveel zorg verleend moet worden. Hiermee sluit de visie van de projectgroep grotendeels aan op de mening van de geïnterviewden.

Er is geen algemeen geldende definitie van het begrip noodzakelijke zorg, wel is het mogelijk om elementen te formuleren die belangrijk zijn bij de beslissing welke zorg en hoeveel zorg noodzakelijk is. Vraaggerichte zorg op maat is een belangrijke voorwaarde waar een nieuwe regeling aan moet voldoen. De vaststelling dat fysiotherapie en oefentherapie beschouwd moeten worden als noodzakelijke zorg zal consequenties hebben als in een nieuw stelsel alle noodzakelijke zorg vanuit de basisverzekering zal worden vergoed.

2.5 Voorwaarden voor een nieuwe vergoedingsregeling

Zowel tijdens de interviews als tijdens de discussies van de projectgroep zijn de voorwaarden waar een eventuele nieuwe vergoedingsregeling aan zou moeten voldoen aan de orde gekomen. Een regeling moet volgens de geïnterviewden de mogelijkheid bieden zorg op maat te leveren, transparant zijn en eenvoudig, flexibel, controleerbaar, toetsbaar en toekomstbestendig. Bovendien moet een nieuwe regeling de levering van goede en doelmatige zorg stimuleren en ruimte bieden voor reflectie op de effectiviteit van de behandeling en het gebruik van kwaliteitsinstrumenten moet gestimuleerd worden. Andere voorwaarden hebben onder andere betrekking op de rol van de behandelaar, verwijzer en verzekeraar en op sturingsmechanismen.

De rol van de behandelaar

De beperkende maatregel doet geen recht aan de professionaliteit van de beroepsbeoefenaren. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten zijn goed in staat om zelf een diagnose te stellen en de inhoud en omvang van de behandeling te bepalen. In een nieuwe regeling zou professionaliteit van de beroepsbeoefenaren daarom een belangrijk uitgangspunt moeten zijn. Hier sluit de voorwaarde dat een nieuwe regeling gebaseerd zou moeten worden op de fysiotherapeutische c.q. oefentherapeutische diagnose op aan.

De beroepsvereniging van de fysiotherapeuten streeft er naar om directe toegang tot fysiotherapeuten mogelijk te maken. Directe toegankelijkheid wordt gezien als een logisch gevolg van de professionaliteit van fysiotherapeuten. Oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck streven niet naar directe toegankelijkheid vanwege het belang van de verwijzer.

De meningen van de zorgverzekeraars zijn verdeeld; beperkte invoering bij bijvoorbeeld een select aantal specifieke diagnoses, binnen zorgketens of gezondheidscentra waar gewerkt wordt met multidisciplinaire teams zou wellicht op korte termijn al mogelijk zijn. Beleidsinstanties staan vrijwel allemaal positief ten aanzien van directe toegankelijkheid; gesuggereerd worden bijvoorbeeld een beperkte invoering van directe toegankelijkheid voor het fysiotherapeutisch consult en aandoeningen waarvoor een verwijzing niet meer dan een formaliteit is.

Ten aanzien van de voorwaarden van vrije toegankelijkheid lopen de meningen wel uiteen. De mening van de projectgroep hierover is verwoord in deel II, hoofdstuk 4; vrije toegankelijkheid

wordt met name in het licht van kostenbeheersing niet wenselijk geacht. Voorwaarden die tijdens de invitational conference zijn genoemd hebben betrekking op een aantal punten. Ten eerste dienen patiënten het vermogen te hebben om zelf een verantwoorde keuze te maken voor een behandelaar. Men is het er niet over eens of verwacht kan worden dat patiënten een dergelijke keuze kunnen maken. Een tweede voorwaarde is dat een oplossing gezocht moet worden voor het spanningsveld dat ontstaat bij fysiotherapeuten als zij keuzes moeten maken ten aanzien van het verlenen van zorg. Dit kan problemen veroorzaken in de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar. Een derde voorwaarde is dat fysiotherapeuten de capaciteit moeten hebben om zogenaamde 'red flags' te signaleren. De meningen of fysiotherapeuten daar op dit moment al toe in staat zijn lopen uiteen.

De rol van de verwijzer

Alle partijen (geïnterviewden en projectgroep) erkennen het belang van de huisarts. Bij vrije toegankelijkheid is samenwerking met de arts een belangrijke voorwaarde.

De meerwaarde van huisartsen heeft betrekking op een aantal aspecten. Huisartsen hebben een belangrijke rol in de verwijzing van patiënten; door hen wordt bovendien de zorgverlening door verschillende professionals aan de patiënt gecoördineerd. Huisartsen hebben hierdoor een belangrijke rol in het verlenen van doelmatige zorg en beheersing van de kosten. Door hun medische professionaliteit en informatie over en inzicht in de ziektegeschiedenis van patiënten zijn zij in staat om te bepalen welke behandeling geïndiceerd is en eventuele 'red flags' te signaleren.

De projectgroep is van mening dat een hoge mate van professionaliteit en de vaardigheid om een juiste diagnose te stellen geen goede argumenten zijn voor directe toegankelijkheid; huisartsen fungeren namelijk ook als poortwachter voor alle medisch specialisten. In dit kader moet juist de rol van de huisarts in het licht van kostenbeheersing en als gids voor de patiënt benadrukt worden.

De rol van zorgverzekeraars

Traditioneel hebben zorgverzekeraars de rol van financiers van zorg; zorgverzekeraars dienen voldoende doelmatige zorg te garanderen. Zij krijgen echter ook een steeds grotere rol in het garanderen van de kwaliteit van zorg. Dit kan gerealiseerd worden door het maken van afspraken over het hebben van een kwaliteitssysteem en door afspraken te maken over het daadwerkelijk naleven van kwaliteitsbeleid. Door dergelijke afspraken wordt de zorgverlening transparant. Bij de beroepsverenigingen is dit van belang voor het verschaffen van inzicht in het beroepsinhoudelijk handelen, door middel van bijvoorbeeld spiegelinformatie en multidisciplinair overleg. Voor zorgverzekeraars is transparantie een voorwaarde om te kunnen controleren op doelmatigheid en kwaliteit.

Om naleving van kwaliteitsbeleid te stimuleren is het belangrijk dat er incentives zijn die dit bevorderen. Eén van de mogelijkheden daartoe waar zorgverzekeraars een rol bij kunnen spelen is tariefdifferentiatie.

Sturingsmechanismen

Het huidige systeem is grotendeels gebaseerd op financiële sturing door middel van volumebeleid en behandelgemiddelden. De projectgroep is van mening dat sturing alleen op basis van behandelgemiddelden geen goed uitgangspunt is en geen garantie voor doelmatige zorg. Vraaggestuurde zorg is een van de speerpunten van de overheid; de hulpvraag van de patiënt staat centraal en dient op professionele wijze vertaald te worden. Zorgverzekeraars dienen daarbij te sturen op kwaliteit; dit zou enerzijds bewerkstelligd kunnen worden door stimulering van kwaliteitsbeleid (overheid, beroepsverenigingen), anderzijds door afspraken in contracten en contro-

les op de naleving van het kwaliteitsbeleid.

2.6 Mogelijkheden voor alternatieve vergoedingsregelingen

In deel II van dit rapport wordt een aantal alternatieve vergoedingsregelingen besproken: abonnementsstelsel, persoonsgebonden budget, eigen bijdragen en regelingen uitgaande van behandelrangs in richtlijnen. Deze regelingen lijken geen aanknopingspunten te bieden voor een alternatief voor de beperkende maatregel, evenmin als regelingen die gehanteerd worden in de ons omringende landen. Een regeling gebaseerd op de indeling van patiënten in categorieën - vergelijkbaar met het op handen zijnde DBC-systeem in ziekenhuizen - is voor fysiotherapie en oefentherapie nog niet haalbaar vanwege het ontbreken van objectieve indicatoren om patiënten in te delen.

Een vergoedingsregeling volgens de boxenstructuur die door de commissie Tabaksblad voorgesteld is voor huisartsen gaat deels uit van de vergoeding volgens het abonnementsstelsel. Onder andere vanwege het relatief geringe aantal mensen dat jaarlijks gebruik maakt van fysiotherapie of oefentherapie lijkt een dergelijke structuur voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten minder geschikt.

In de interviews zijn drie alternatieve vergoedingsregelingen voorgesteld: de beperkende maatregel, een vereenvoudigd Amsterdams Dienstenmodel en een scenario waarbij er geen sprake is van beperking van de aanspraken op de vergoeding uit de hoofdverzekering. Mede op basis van de reacties van de geïnterviewden is het raamwerk ontwikkeld dat tijdens de invitational conference is besproken. De uitgangspunten van het raamwerk zijn:

Het voorgestelde raamwerk gaat expliciet uit van een versterking van professionele normen waarop ook controle (door de zorgverzekeraar) mogelijk is. Wel wordt in dit raamwerk uitgegaan van grenzen aan de maximale zorg, deze grenzen sluiten aan bij de huidige praktijk. In dit raamwerk zijn de volgende elementen van belang: verwijzing door de behandelend arts met standaard verwijsbrief, fysiotherapeutische c.q. oefentherapeutische diagnose, standaardbehandelplanformulier, (tussentijdse) evaluatie en verslaglegging. Binnen dit raamwerk zijn vele alternatieven mogelijk door keuzen te maken ten aanzien van de concrete uitwerking van de verschillende elementen.

Uitgangspunt van het raamwerk is dat de noodzakelijke fysiotherapeutische c.q. oefentherapeutische zorg zoals vastgesteld door de behandelend arts en behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut wordt vergoed uit de hoofdverzekering. Het is aannemelijk dat de omvang van de fysio- en oefentherapeutische zorg ongeveer gelijk zal blijven omdat het raamwerk aansluit bij de mogelijkheden van de hedendaagse praktijk (combinatie hoofd- en aanvullende verzekering). Om doelmatige zorg te kunnen garanderen kunnen zorgverzekeraars binnen dit raamwerk modellen voor beheersing van het volume gaan toepassen.

Het raamwerk gaat er van uit dat de behandelend arts verwijst naar fysiotherapie of oefentherapie voor één van de volgende drie programma's:

1. kort behandelprogramma: maximaal 18 zittingen;
2. lang behandelprogramma (patiënten met chronische klachten/aandoeningen: patiënten bij wie de beperking in activiteiten naar verwachting tenminste 6 maanden zal voortduren en waarop fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling een positieve invloed zal hebben): maximaal 6 maanden;
3. fysiotherapeutisch/oefentherapeutisch consult: voor een aantal gezondheidsproblemen in relatie tot het bewegingssysteem kan de huisarts minder eenduidig inschatten of er daad-

werkelijk een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie is. Voor deze gezondheidsproblemen is een consult geïndiceerd met een gestandaardiseerde verwijsbrief. Na analyse van het gezondheidsprobleem geeft de fysio/oefentherapeut aan of er een indicatie tot behandelen is. De fysio/oefentherapeut start de behandeling na afstemming hierover met de behandelend arts.

Voor het korte behandelprogramma stelt de projectgroep een begrenzing in het aantal zittingen voor. Uit het evaluatie-onderzoek van de beperkende maatregel blijkt dat bij ongeveer 80-85% van het totale aanbod van patiënten maximaal 18 zittingen voldoende zijn om de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling af te ronden.⁶ Voor het korte behandelprogramma is er geen begrenzing in tijd, dit betekent dat de fysiotherapeut c.q. oefentherapeut de mogelijkheid heeft de behandeling over een langere tijd dan nu het geval is te spreiden om bijvoorbeeld het resultaat van de behandeling te bestendigen. De fysiotherapeut/oefentherapeut doet na afronding van de behandeling verslag aan de verwijzer op het eerder vastgestelde evaluatiemoment.

Het lange behandelprogramma is voor patiënten die in verband met hun klachten / aandoeningen langdurige begeleiding / behandeling behoeven. De projectgroep is van mening dat op regelmatige tijdstippen verantwoording van de zorg dient plaats te vinden naar de behandelend arts en nagegaan dient te worden of het wenselijk is de behandeling te continueren. De projectgroep stelt voor om bij deze groep patiënten tenminste elke 6 maanden met de behandelend arts het resultaat van de behandeling te evalueren.

Tijdens de invitational conference zijn ook alternatieven binnen het raamwerk voorgesteld, zoals bijvoorbeeld een andere differentiatie van behandelprogramma's. Een mogelijkheid is bijvoorbeeld een begrenzing in behandelduur in plaats van zittingen (1=consult; 2=kort: minder dan 6 weken 3=middellang: 6 tot 12 weken en 4=lang: > 12 weken).

Tijdens de invitational conference is gebleken dat de belangrijkste uitgangspunten van het raamwerk door alle betrokken partijen worden gesteund, namelijk de professionaliteit van de fysiotherapeut en oefentherapeut, vaststelling van de noodzakelijke zorg in samenspraak tussen behandelaar en patiënt en sturing op basis van kwaliteit in plaats van volume. Wel is - ten aanzien van een van de voorgestelde alternatieven binnen het raamwerk - opgemerkt dat een beperking van de behandelduur geen recht doet aan het gedragsveranderingsproces dat ten grondslag ligt aan oefentherapie; bovendien biedt een beperkte behandelduur onvoldoende mogelijkheden om bijvoorbeeld intermitterende oefentherapie volledig te vergoeden.

2.7 Een flexibel alternatief voor de beperkende maatregel

Op grond van de reacties tijdens de invitational conference is het raamwerk op enkele kleine punten aangepast. Het raamwerk dat in deze paragraaf wordt gepresenteerd is het uiteindelijke product van dit onderzoek. Het betreft een flexibel alternatief voor de beperkende maatregel waarmee de noodzakelijke zorg voor alle patiënten gegarandeerd kan worden. Het raamwerk is eenvoudig toepasbaar en uitvoerbaar en biedt de mogelijkheid tot controle door middel van het standaard-behandelplan formulier.

⁶ Gezien de grenzen die de projectgroep voorstelt aan de omvang van de zorg lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat het gemiddelde aantal zittingen en dus het totale volume van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg gelijk zal blijven.

Raamwerk alternatieve vergoedingsregeling¹

Verwijzing door behandelend arts

De behandelend arts verwijst naar fysiotherapie of oefentherapie voor een van de volgende drie programma's:

1. kort behandelprogramma: maximaal 18 zittingen;
2. lang behandelprogramma (patiënten met chronische aandoeningen: patiënten bij wie de beperking in activiteiten naar verwachting tenminste 6 maanden zal voortduren en waarop fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling een positieve invloed zal hebben): maximaal 6 maanden;
3. fysiotherapeutisch/oefentherapeutisch consult. Voor een aantal gezondheidsproblemen in relatie tot bewegingssysteem kan de huisarts minder eenduidig inschatten of er daadwerkelijk een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie is. Voor deze gezondheidsproblemen is een consult geïndiceerd eventueel met een gestandaardiseerde verwijsbrief. Na analyse van het gezondheidsprobleem geeft de fysio/oefentherapeut aan of er een indicatie tot behandelen is. De fysio/oefentherapeut start de behandeling na afstemming hierover met de behandelend arts.

Paramedische diagnose

De behandelend fysiotherapeut/oefentherapeut stelt een paramedische diagnose na de eerste twee zittingen en stelt in overleg met de patiënt het behandelplan vast (behandeldoelen, verrichtingen, behandelomvang). Bovendien spreekt de fysiotherapeut/oefentherapeut met de patiënt samen een moment af waarop de voortgang/resultaat van de behandeling geëvalueerd wordt.

Indien een **richtlijn** van toepassing is stelt de fysiotherapeut/oefentherapeut het behandelplan op in overeenstemming met de richtlijn.

Standaard-behandelplanformulier

Op een standaardformulier (met aankruismogelijkheden) worden de volgende zaken vastgelegd: verwijzingsdiagnose, paramedische diagnose, behandeldoelen, geplande behandelomvang (aantal zittingen, duur) en moment van evaluatie. Ook wordt op het standaardformulier vastgelegd of een richtlijn en zo ja, welke van toepassing is bij deze patiënt.

Evaluatie van de behandeling

Evaluatie van de behandeling, eventuele bijstelling van het behandelplan en verslaglegging van deze evaluatie dient tenminste elke 6 weken in de status plaats te vinden. De behandelend therapeut bewaart het evaluatieformulier bij de status van de patiënt. Na afronding van de behandeling doet de therapeut schriftelijk verslag aan de verwijzer, of na 18 zittingen bij een kort behandelprogramma als meer dan 18 zittingen nodig zijn.

In geval van discrepantie tussen verwijzing en bevindingen fysiotherapeut/oefentherapeut:

Indien uit het paramedische onderzoek blijkt dat het behandelprogramma waarvoor de patiënt verwezen is niet in overeenstemming is met de bevindingen van de fysiotherapeut/oefentherapeut, informeert deze na het paramedisch onderzoek met behulp van het standaardformulier schriftelijk de behandelend arts/verwijzer hierover en verantwoordt zijn/haar keuze.

In geval van verwijzing voor lang behandelprogramma:

De fysiotherapeut/oefentherapeut doet ten hoogste na 6 maanden verslag aan de verwijzer over voortgang/resultaat van de behandeling en doet voorstel over al dan niet voortzetting van de behandeling. Bij voortzetting van de behandeling is opnieuw een verwijzing nodig.

¹ Er zijn alternatieven mogelijk, bijvoorbeeld door uitbreiding van de consultfunctie, een andere zorgverlener die de indicatiestelling overneemt, of netwerken (satellieten) waartoe directe toegang mogelijk via meerdere ingangen.

In het volgende schema zijn de voor- en nadelen van het raamwerk samengevat.

Voor- en nadelen van het raamwerk

Voordelen:

- S** verwijzer en behandelaar vertalen de zorgvraag van patiënt en bepalen gezamenlijk de noodzakelijke zorg, zorg op maat is hierdoor gegarandeerd;
- S** het raamwerk sluit aan bij het methodisch handelen;
- S** het raamwerk sluit aan bij de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO);
- S** de maatregel is op inhoudelijke gronden gebaseerd, uitgangspunt is de professionaliteit van behandelaar;
- S** het raamwerk bevordert de transparantie van fysio- en oefentherapeutische zorg zowel voor de patiënt als de huisarts en de zorgverzekeraar;
- S** controle op naleving door zorgverzekeraar is mogelijk door middel van het standaardformulier.

Nadelen:

- 1.7 centrale sturing op volume is alleen indirect mogelijk, door middel van stimulering van kwaliteitszorg;
- 1.8 extra administratie voor behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut: deze administratie sluit echter naadloos aan bij de richtlijnen voor verslaglegging van de betreffende beroepsgroepen.

3 Beschouwing

In dit rapport wordt voorgesteld de inhoud en omvang van de noodzakelijke fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg niet door (complexe) regelgeving te laten bepalen, maar over te laten aan de professionaliteit van behandelaars in de praktijk. In een raamwerk heeft de projectgroep de belangrijkste elementen van een nieuwe vergoedingsregeling gepresenteerd. De facto betekent dit een pleidooi voor de situatie zoals die was in het begin van de jaren negentig, namelijk de fysiotherapeut/oefentherapeut bepaalt na verwijzing de inhoud en omvang van de noodzakelijke zorg. Stijgende kosten en daarmee gepaard gaand groeiend wantrouwen ten aanzien van deze beroepsgroepen leidden er toentertijd toe dat de overheid de omvang van de noodzakelijke zorg door middel van regelgeving - met name voor de fysiotherapie - aanzienlijk beperkte.

Toch kan het voorstel van de projectgroep niet als 'terug naar af' bestempeld worden, er is wel degelijk een verschil. Richtlijnen, transparantie en het afleggen van verantwoording zijn de belangrijkste pijlers waarop het voorgestelde raamwerk rust. Transparantie en verantwoording van geleverde zorg fungeren in plaats van een arbitraire indeling in niet-chronische en chronische verwijsindicaties (de lijst) als het toetsingsmechanisme voor de bepaling van noodzakelijke zorg. De betrokken beroepsgroepen werken al ruim 8 jaar met succes aan hun kwaliteitsbeleid. De verschillende kwaliteitsprogramma's hebben inmiddels hun vruchten afgeworpen. Dit betekent dat de beroepsgroepen - anders dan in het begin van de negentiger jaren - instrumenten in handen hebben om transparantie van zorg te leveren en verantwoording te kunnen afleggen. Kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen voor behandeling en verslaglegging, methodisch handelen en classificatie- en coderingsystemen stellen de beroepsgroepen nu in staat heldere en te verantwoorden keuzes te maken ten aanzien van de zorg die zij te bieden hebben. Deze instrumenten maken het mogelijk dat het bepalen van de inhoud en omvang van noodzakelijke zorg weer overgelaten kan worden aan de professionaliteit van de behandelaars.

Richtlijnen zijn belangrijke instrumenten om transparantie en uniformiteit van zorg te verkrijgen. De ontwikkeling en implementatie van richtlijnen zijn daarom ook speerpunt in de kwaliteitsprogramma's van de betrokken beroepsverenigingen. Op dit moment hebben geïmplementeerde richtlijnen betrekking op een klein gedeelte (7%) van het patiëntenaanbod (IJland, 2000). In de komende jaren zullen meer richtlijnen ontwikkeld en geïmplementeerd worden.⁷ Bovendien zullen behandelranges (minimum en maximum aantal zittingen per hulpvraag) vastgesteld gaan worden. Dit betekent dat in de komende jaren de zorg voor een aanzienlijk groter percentage

⁷ De beroepsgroep fysiotherapie werkt aan de ontwikkeling en implementatie van onder andere de richtlijn 'lage rugpijn'. Ruim 14% van de patiënten verwezen door de huisarts naar fysiotherapie heeft de verwijsindicatie 'lage rugpijn zonder uitstraling' (ICPC code L03) (Bakker, 2001). Voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar zijn onder andere de richtlijnen 'artrose van heup of knie' en 'idiopathische scoliose' in ontwikkeling. Deze richtlijnen zijn respectievelijk op ongeveer 1,5 en 5% van het patiëntenaanbod van de oefentherapeut Cesar van toepassing (Pijnenborg et al., 1998; Bakker et al., 2001). De beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck werkt aan de implementatie van de richtlijn 'a-specifieke nek-schouderklachten'. Deze verwijsindicatie (ICPC-code L01) komt bij ongeveer 10% van de patiënten verwezen naar oefentherapie-Mensendieck voor (Bakker et al., 2001). Overige toekomstige richtlijnen hebben betrekking op kleine percentages (<2,5%) van het patiëntenaanbod fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

(20-25%) van het patiëntenaanbod van de fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar en oefentherapeut-Mensendieck op basis van richtlijnen plaats kan vinden en transparant gemaakt kan worden. Het raamwerk waarborgt met name in die situaties waar geen richtlijn van toepassing is de transparantie van zorg.

In het raamwerk wordt een combinatie van beheersmechanismen voorgesteld, namelijk de indicatiestelling door de huisarts, de differentiatie in omvang van behandelprogramma's en de verplichting tot transparantie en verantwoording van geleverde zorg. De projectgroep is van mening dat deze mechanismen nodig zijn om enerzijds de omvang van zorg te beheersen en anderzijds de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te garanderen.

De invoering van de beperkende maatregel heeft tot gevolg gehad dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van kosten voor (noodzakelijke) fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg van het tweede naar het derde compartiment. Omdat ruim 90% van de verzekerden ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten worden in de praktijk relatief weinig knelpunten geconstateerd. Invoering van het raamwerk zoals voorgesteld door de projectgroep zal betekenen dat alle noodzakelijke zorg weer ten laste zal komen van de hoofdverzekering. Gezien de grenzen die de projectgroep voorstelt aan de omvang van de zorg lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat het gemiddelde aantal zittingen en dus het totale volume van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg gelijk zal blijven. Afgaande op de gegevens van de evaluatie van de beperkende maatregel is het volume fysiotherapeutische zorg dat door de aanvullende verzekering vergoed wordt ongeveer 25%, voor oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck zijn deze percentages respectievelijk 6 en 4%.^{8 9}

De projectgroep ziet de beroepsinhoudelijke diagnose als startpunt voor de inhoud en omvang van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische behandeling. Dit standpunt wordt gedeeld door het merendeel van de geïnterviewde partijen. In het raamwerk wordt daarom voorgesteld om belangrijke elementen van de beroepsinhoudelijke diagnose en het daaruit voortvloeiende behandelplan vast te leggen op gestandaardiseerde wijze. Op deze wijze wordt transparantie van zorg verkregen, wordt de zorg verantwoord en wordt de zorg toetsbaar gemaakt. De projectgroep ziet het standaarddiagnoseformulier als een tussenstap tot de implementatie van de beroepsinhoudelijke diagnosecoderingen. Alle drie betrokken beroepsgroepen werken aan de ontwikkeling en implementatie van een codering van de beroepsinhoudelijke diagnose, al ver-

⁸ Deze percentages dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De evaluatie van de beperkende maatregel heeft plaatsgevonden in 1997. Sinds die tijd heeft herziening van de 'chronische lijst' plaatsgevonden en zijn er veranderingen opgetreden in de pakketten van de aanvullende verzekeringen. Ook is het waarschijnlijk dat de bekendheid met de mogelijkheden van de aanvullende verzekering is toegenomen bij fysiotherapeuten/oefentherapeuten en bij patiënten/consumenten.

⁹ In het evaluatieonderzoek is door middel van registratie-onderzoek bij een steekproef van patiënten per beroepsgroep de gemiddelde omvang in aantal zittingen van een behandelaflevering onderzocht. Ook is nagegaan door welke verzekering de behandelaflevering vergoed is. Het totaal volume aan zittingen fysiotherapie /oefentherapie bestaat uit de optelsom van het volume aan zittingen bij lijstpatiënten vergoed in kader van ziekenfondswet (lijst-ZFW) plus het volume aan zittingen bij niet-lijstpatiënten vergoed in het kader van ziekenfondswet (niet-lijst-ZFW) plus het volume aan zittingen bij niet-lijstpatiënten vergoed door aanvullende verzekering (niet-lijst-AANV). Het volumepercentage wat door de aanvullende verzekering is vergoed is als volgt berekend: niet-lijst-AANV / (lijst-ZFW + niet-lijst-ZFW + niet-lijst-AANV) * 100.

schillen zij in de mate waarin zij daarin gevorderd zijn.¹⁰ De projectgroep beschouwt de beroepsinhoudelijke diagnosecodering als instrument om in de toekomst de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg transparant en toetsbaar te maken voor andere partijen, zoals andere hulpverleners, patiënten/consumenten en zorgverzekeraars.

Het raamwerk kan als een vereenvoudiging van het Amsterdams Dienstenmodel beschouwd worden. Ook in het Amsterdams Dienstenmodel worden de inhoud en omvang van de noodzakelijke zorg in gezamenlijke verantwoordelijkheid van de verwijzer en fysiotherapeut c.q. oefentherapeut bepaald. Het merendeel van de geïnterviewden staat achter de inhoudelijke uitgangspunten van het Amsterdams Dienstenmodel, maar is van mening dat het model arbeidsintensief is en uitvoeringstechnisch complex. Het voorgestelde raamwerk komt aan deze bezwaren tegemoet.

De Minister van VWS heeft in de zorgnota's van 2001 en 2002 het belang van een goede informatievoorziening benadrukt. Een betrouwbare informatievoorziening wordt als een cruciale voorwaarde beschouwd voor het afleggen van verantwoording van besteding van publieke middelen. De Minister heeft ook het belang aangegeven van een toegankelijk elektronisch patiëntendossier (EPD). De patiënt/consument in de gezondheidszorg heeft veelal met verschillende disciplines in de gezondheidszorg te maken. Voor een optimale kwaliteit van zorg is continuïteit van zorg en afstemming van zorg tussen hulpverleners een belangrijke voorwaarde, dit wordt ook wel aangeduid als ketenkwaliteit. Om een goede ketenkwaliteit te bewerkstelligen is een efficiënte en eenduidige communicatie en informatie-uitwisseling tussen hulpverleners een voorwaarde. Elektronische gegevensuitwisseling bijvoorbeeld in de vorm van een EPD kan daarbij een hulpmiddel zijn. Belangrijke voorwaarden voor de realisatie van een EPD zijn standaardisatie en infrastructuur. De beroepsgroepen fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck hebben richtlijnen voor de uniforme verslaglegging van het zorgproces ontwikkeld. Voor een aantal elementen uit de verslaglegging zijn met name voor de beroepsgroepen oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck reeds eenduidige coderingen beschikbaar. Een volgende stap is het geautomatiseerd vastleggen van zorggegevens in het elektronisch patiëntendossier. De beroepsgroepen oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck hebben hun standaard-verslagleggingsformulieren onlangs in de praktijksoftware geïntegreerd. Ook binnen de fysiotherapie wordt er onder andere in de projecten KREEFT en LIPZ verder gewerkt aan een eenduidige codering en registratie van zorggegevens.¹¹ Het voorgestelde raamwerk sluit bij deze ontwikkelingen aan. De gegevens van het door de projectgroep voorgestelde standaarddiagnoseformulier zijn een selectie van de zorggegevens uit de (geautomatiseerde) verslaglegging van de beroepsgroepen.

In het voorgestelde raamwerk heeft de huisarts een nadrukkelijke rol in tweërlei opzicht, namelijk als poortwachter en als coördinator van zorg in de eerstelijns. Dit staat enigszins haaks op het standpunt van de beroepsgroep fysiotherapie. Binnen de beroepsgroep fysiotherapie wordt - onder voorwaarden - gepleit voor de mogelijkheid van directe toegankelijkheid naar de fysiotherapeut, ook beleidsmakers hebben zich hiervoor uitgesproken. Argumenten hiervoor zijn dat

¹⁰ De beroepsgroepen oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck beschikken reeds over een beroepsinhoudelijke diagnosecodering, de beroepsgroepen werken aan de implementatie daarvan. De fysiotherapeutische diagnosecodering is bijna -in concept- gereed.

¹¹ De zogenaamde LIPZ-module maakt het mogelijk een aantal gegevens uit de verslaglegging van het zorgproces gecodeerd en geautomatiseerd vast te leggen. Bovendien maakt de LIPZ-module het mogelijk deze gegevens 'uit te spoelen', een voorwaarde om tot uitwisseling van gegevens te kunnen komen.

directe toegankelijkheid de werkdruk van de huisarts zou kunnen verlichten en dat met name chronische patiënten in staat zijn te beoordelen op welk moment fysiotherapeutische zorg bij kan dragen aan hun kwaliteit van leven.

Het is waarschijnlijk dat het loslaten van de poortwachtersfunctie tot een grotere toestroom van patiënten naar de fysiotherapeut en dus tot kostenstijging zal leiden. Juist bij klachten van het bewegingsapparaat is het waarschijnlijk dat er een discrepantie bestaat tussen patiëntenwensen ('demands') en professioneel gedefinieerde behoeften ('needs').¹² Het is zeer de vraag of fysiotherapeuten in dezelfde mate als de huisarts de poortwachterfunctie kunnen vervullen, de 'incentives' om wel te behandelen zijn groot. Het beperken van de directe toegankelijkheid tot bepaalde patiëntcategorieën (bijvoorbeeld patiënten met chronische aandoeningen) zou het systeem complex maken en daarmee weinig transparant voor patiënten/consumenten. Directe toegankelijkheid zou bovendien ten koste kunnen gaan van de rol van de huisarts als coördinator van de zorg. In de huidige praktijk wordt ongeveer 80% van de patiëntenpopulatie van de eerstelijns fysiotherapeut verwezen door de huisarts. De huisarts is vaak ook de enige andere zorgverlener dan de fysiotherapeut waarmee de patiënt te maken heeft. Slechts een klein percentage (6%) patiënten van de fysiotherapeut heeft in de voorafgaande 12 maanden contact gehad met een andere hulpverlener dan de verwijzer.¹³ Dit betekent dat de huisarts de eerst aangewezen persoon is aan wie de fysiotherapeut verslag doet en verantwoording aflegt. Een systeem van directe toegankelijkheid zou mogelijk kunnen leiden tot een 'geïsoleerd' handelen van de fysiotherapeut. Het belang van de huisarts als 'spil in de zorg' wordt overigens door de betrokken beroepsgroep en beleidsmakers benadrukt. Dit betekent dat ook bij een systeem van directe toegankelijkheid een oplossing gevonden moet worden om de communicatie en samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut te waarborgen.

Ten aanzien van de diagnostiek van klachten van het bewegingsapparaat zouden de betrokken beroepsgroepen een grotere rol dan nu het geval is kunnen vervullen, door taken van de huisarts op dit gebied over te nemen. Een mogelijkheid daartoe is reeds gelegen in het consult fysiotherapie/oefentherapie. Deze mogelijkheid zou in de toekomst verder uitgebreid kunnen worden. Een optie zou kunnen zijn dat een consult fysiotherapie of oefentherapie mogelijk is zonder verwijzing van de huisarts. Op basis van een rapportage van bevindingen kan er een eventueel een voorstel tot behandelen aan de huisarts worden gedaan.

Een andere optie is, dat een speciaal daartoe geschoolde fysiotherapeut in nauwe samenwerking met de huisarts de intake doet van patiënten met klachten van het bewegingsapparaat die zich normaal gesproken op het spreekuur van de huisarts melden. Deze fysiotherapeut zou op grond van zijn/haar bevindingen al dan niet kunnen door verwijzen naar huisarts, fysiotherapeut/oefentherapeut of mogelijk andere disciplines. Op deze manier blijft de indicatiestelling tot een fysiotherapeutische behandeling losgekoppeld van de fysiotherapeutische behandeling, de poortwachtersfunctie tot fysiotherapie/oefentherapie wordt overgenomen door een onafhankelijke, daartoe geschoolde fysiotherapeut. Mogelijk zou een dergelijke fysiotherapeut ook een rol kunnen in de coördinatie van zorg, met name met betrekking tot de communicatie en samenwerking tussen huisarts en behandelend fysiotherapeut. In een dergelijk systeem blijft de transparantie en toetsing van zorg en de samenwerking tussen fysiotherapeut en huisarts gegarandeerd.

¹² Zo heeft ruim 25% van de verwijzindicaties naar fysiotherapie betrekking op lage rugklachten (Bakker, e.a., 2001). Juist bij deze groep van patiënten komt de poortwachtersfunctie van de huisarts tot uiting, gemiddeld 22% van patiënten met acute a-specifieke rugklachten wordt naar de fysiotherapeut verwezen, bij patiënten met chronische rugklachten is dit percentage 44% (Schers, e.a., 1998).

¹³ Ongepubliceerde cijfers, afkomstig uit het evaluatieonderzoek van de beperkende maatregel (Dekker, e.a., 1998).

Uit dit onderzoek bleek dat een inhoudelijke onderbouwing van de beperkende maatregel ontbreekt en dat de maatregel in onvoldoende mate voorziet in de noodzakelijke fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg. Bovendien ervaren de betrokken beroepsgroepen de beperkende maatregel vooral als een gebrek aan vertrouwen in hun professionaliteit. De projectgroep vindt de invoering van een inhoudelijk onderbouwde regeling in de vorm van het voorgestelde raamwerk daarom nodig. Er is echter geen urgentie om op korte termijn een nieuwe regeling voor vergoeding van aanspraken op fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck in te voeren. Door het verschijnsel van de aanvullende verzekering zijn er relatief weinig knelpunten in de zorg. Het ontbreken van urgentie scheidt de mogelijkheid om tot een zorgvuldige implementatie van een nieuwe regeling te komen. De projectgroep beveelt daarom aan om op kleine schaal te experimenteren met het voorgestelde raamwerk, bij voorkeur met verschillende varianten die binnen dit raamwerk mogelijk zijn.

DEEL II

- methode en resultaten per deeltraject -

1 Methode

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen van het project is een aantal trajecten uitgezet die deels parallel hebben plaatsgevonden. De verschillende trajecten en de wijze waarop ze zijn uitgevoerd zal in dit hoofdstuk worden toegelicht. De resultaten van de trajecten worden in de hoofdstukken drie tot en met zes afzonderlijk beschreven.

Ten behoeve van dit project is een projectgroep samengesteld die bestaat uit programmaleider paramedische zorg dr. C.H.M. van den Ende; Prof. dr. P.P. Groenewegen (hoogleraar sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg), deskundige op het gebied van honoreringsvraagstukken in de gezondheidszorg; twee deskundigen op het gebied van paramedische zorg, Prof. dr. J. Dekker (hoogleraar paramedische zorg VU Amsterdam) en Prof. dr. R.A.B. Oostendorp (hoogleraar paramedische zorg, directeur NPi) en de onderzoekers dr. ir. E.H. Hofhuis, drs. M.E. de Boer en drs. E.M.J. Steultjens. Gedurende de uitvoering van het project is met de projectgroep samengewerkt.

Belanghebbenden bij een vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck zijn in de eerste plaats de betrokken beroepsgroepen, inclusief de therapeuten in het veld en in de tweede plaats de zorgverzekeraars die zorg dragen voor de financiering en de inkoop van zorg. Daarnaast hebben ook de beleidsinstanties die betrokken zijn bij de ontwikkeling van beleid en de afstemming hiervan met de praktijk een belangrijke rol. De belangrijkste beleidsinstanties zijn: het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een peiling van de meningen van de belanghebbenden een geëigende aanpak. De opdrachtgever heeft bovendien verzocht om een onderbouwde visie te formuleren met betrekking tot de onderzoeksvragen. In dit project is daarom gekozen voor een aanpak in de vorm van de volgende deels parallel lopende trajecten:

1. Visievorming door de projectgroep.
2. Interviews met belanghebbenden.
3. Inventarisatie alternatieve vergoedingsregelingen.
4. Invitational conference.

1.1 Visievorming door de projectgroep

Gedurende het project - van 15 september 2001 tot 15 februari 2002 - is de projectgroep maandelijks bijeengekomen.

Specifieke taken van de projectgroep aan het begin van het project waren de definitieve selectie van de te interviewen organisaties en personen en het vaststellen van het interviewschema. De projectgroep heeft de huidige vergoedingsregelingen bediscussieerd en is nagegaan welke overwegingen van belang zijn bij het ontwerpen van een nieuwe regeling. Belangrijke factoren zijn, naar de mening van de projectgroep, onder meer de definiëring van het begrip 'noodzakelijk zorg', professionele normen en sturingsmechanismen.

Ten behoeve van de interviews is aan de geïnterviewden achtergrondinformatie verstrekt over bovenstaande factoren, gebaseerd op de discussies van de projectgroep tot dan toe, en aangevuld met relevante informatie uit beleidsstukken en literatuur.

Naar aanleiding van de discussie heeft de projectgroep tevens enkele mogelijkheden voor alternatieve vergoedingsregelingen besproken die het gevolg zouden kunnen zijn van de genoemde overwegingen. Er is een inschatting gemaakt van de haalbaarheid van de besproken alternatieven; op basis daarvan is een selectie gemaakt die aan de geïnterviewden is voorgelegd. Deze alternatieven zijn ten behoeve van de interviews 'scenario's' genoemd.

SCENARIO'S

Scenario 1: de beperkende maatregel.

Scenario 2: een vereenvoudigde versie van het Amsterdams Dienstenmodel waarbij ofwel de verwijzer bepaalt welke behandeling wordt gegeven (variant a) ofwel de behandelaar (variant b).

Scenario 3: een regeling waarin de verwijzer en behandelaar in overleg bepalen welke zorg wordt verleend, waarbij vooraf geen beperkingen worden opgelegd.

Een belangrijke doel van dit onderzoek is het formuleren van voorwaarden waaraan een vergoedingsregeling beroepsinhoudelijk en uitvoeringstechnisch dient te voldoen. Door middel van discussie heeft de projectgroep, parallel aan de werkzaamheden ten behoeve van de interviews, een visie geformuleerd over de voorwaarden waaraan een vergoedingsregeling dient te voldoen; de achtergrond informatie die aan de geïnterviewden is verstrekt fungeerde hierbij als uitgangspunt.¹⁴ De visie van de projectgroep is verwoord in hoofdstuk 4 (deel II).

Op basis van de interviewresultaten en de discussies van de projectgroep is door de projectgroep een voorstel voor een alternatief voor de beperkende maatregel geformuleerd. Dit voorstel heeft de vorm van een raamwerk en is tijdens de invitational conference gepresenteerd.

1.2 Interviews met belanghebbenden

Door middel van interviews met alle betrokken beroepsgroepen, beleidsinstanties en een selectie van zorgverzekeraars zijn de meningen geïnventariseerd over de huidige regelingen en over mogelijke alternatieve vergoedingsregelingen.¹⁵ De interviewvragen hebben betrekking op de beroepsinhoudelijke en uitvoeringstechnische voor- en nadelen van de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel, het begrip noodzakelijke zorg, voorwaarden voor een nieuwe regeling, manieren om kosten te beheersen, vrije toegankelijkheid, de drie scenario's en mogelijk alternatieve scenario's. De vragenlijsten voor zorgverzekeraars verschillen van de algemene vragenlijsten op enkele kleine punten: extra vragen zijn gesteld over de huidige werkwijze en beheersing van de kosten, de vragen over de voor- en nadelen van de huidige regeling zijn toegepast op uitvoeringstechnische aspecten (bijlage 1: vragenlijsten en scenario's).

Eind september en begin oktober zijn de directies van de geselecteerde instellingen aangeschreven, waarna telefonisch contact is gelegd voor het maken van een afspraak. Alle aangeschre-

¹⁴ De informatie die aan de geïnterviewden is verstrekt moet beschouwd worden als een tussentijds product. Dit product is tijdens de daaropvolgende projectgroepbijeenkomsten verder ontwikkeld. Om die reden is het document dat aan de geïnterviewden is toegestuurd niet opgenomen in dit rapport.

¹⁵ Er zijn in Nederland ongeveer 25 ziekenfondsen, als gevolg van fusies wordt dit aantal steeds kleiner. Besloten is om tien zorgverzekeraars te selecteren die met de beperkende maatregel werken en ZAO, de enige zorgverzekeraar die het Amsterdams Dienstenmodel hanteert. De tien geselecteerde zorgverzekeraars vormen een mix van kleine, middelgrote en grote verzekeraars, werken landelijk of regionaal en zijn goed gespreid over Nederland.

venen hebben positief gereageerd en ingestemd met een interview. In oktober, november en december zijn vervolgens interviews gehouden met de volgende personen:

Beroepsgroepen:	KNGF	: Dhr Ph. van der Wees, hoofd afdeling kwaliteitsbeleid, onderwijs en wetenschap' (KO&W) Dhr H. Redeker, hoofd sociaal economisch beleid
	NVOM	: Mw S. Kruisselbrink, voorzitter Mw M. Schulte, medewerker
	VBC	: Mw M. van Dijk, voorzitter Dhr E. Bierhof, medewerker
Beleidsinstanties:	CVZ	: Dhr G. de Valk, sectormanager Preventie, Paramedische zorg en Tandheelkunde (PPT) Mw P. Romijn, beleidsmedewerker sector PPT
	VWS	: Dhr J. van der Klaauw, hoofd afd. Curatieve Zorg Dhr P. Boom, beleidsmedewerker afd. Curatieve Zorg
	IGZ	: Dhr R. Sardeman, inspecteur
	ZN	: Dhr M. Hoppenbrouwers, adj. directeur verzekeringen
	NPCF	: Dhr D. Verstegen, coördinator prog. toegang tot Zorg
	LHV	: Dhr E. Sietsma, senior beleidsmedewerker
Zorgverzekeraars:	Anova	: Dhr Th. Van den Bom
	Azivo	: Dhr R. Offers, adjunct directeur
	CZ	: Mw J.J. van Leussen, beleidsmedewerker paramedische zorg
	Groene Land	: Dhr J. Hoving, contract manager eerste lijn
	Nuts	: Mw W. Mars, adviserend fysiotherapeut
	PWZ	: Dhr A.L. Hendriks, paramedisch adviseur, beleidsmedewerker
	Salland	: Dhr R. Héman, adjunct directeur zorg Mw A.J. Schrooyen, medisch adviseur
	VGZ	: Dhr A. Jansen, coördinator paramedische zorg Dhr Th. Soons, informatievoorziening en advisering Mw I. Warmerdam, adviserend fysiotherapeut
	ZAO	: Mw E. Van der Vorst, manager zorg eerste lijn Mw M. Bruning, beleidsmedewerker
	Zilveren Kruis	: Dhr E. Jansen, accountmanager Dhr S. Van der Zee, beleidsmedewerker
	Zorg en Zekerheid	: Mw E. Van der Zwan, economisch medewerker individuele beroepsbeoefenaren

Om een indruk uit het veld te krijgen van het werken met de vergoedingsregelingen zijn de acht regiomanagers van het KNGF telefonisch geïnterviewd. De interviewvragen hadden betrekking op de taken in het contact met de zorgverzekeraar(s), de ervaringen vanuit het werkveld ten aanzien van de beperkende maatregel en het Amsterdams Dienstenmodel, en de ervaringen en voor- en nadelen van eventuele door de zorgverzekeraar ingevoerde alternatieve regelingen.

De interviewverslagen zijn ter autorisatie toegestuurd aan de geïnterviewden; alle geïnterviewden hebben ingestemd met de verslaglegging. Voor het opnemen van citaten in dit rapport is toe-

stemming verleend. De resultaten van de interviews zijn weergegeven in hoofdstuk 3 (deel II).

1.3 Inventarisatie alternatieve vergoedingsregelingen

In het kader van de onderzoeksvraag 'Welke alternatieve vergoedingsregelingen zijn er mogelijk en wat zijn hun respectievelijke voor- en nadelen?' is geïnventariseerd welke vergoedingsregelingen in de Nederlandse gezondheidszorg gehanteerd worden (of in het verleden gehanteerd zijn). Daarnaast is op basis van beschikbare literatuur nagegaan welke regelingen voor de vergoeding van fysiotherapie in de ons omringende landen gehanteerd worden. De bevindingen van deze inventarisatie zijn, samen met een aantal nieuwe ontwikkelingen die besproken worden verwerkt, waarbij tevens is nagegaan of de bevindingen aanknopingspunten bieden voor de ontwikkeling van een alternatief voor de beperkende maatregel (hoofdstuk 2, deel II).

1.4 Invitational conference

Op 25 januari 2002 is een invitational conference georganiseerd waarvoor alle geïnterviewden en andere vertegenwoordigers van de beroepsgroepen, beleidsmakers en verzekeraars zijn uitgenodigd. Ten behoeve van deze conferentie is een notitie samengesteld, bedoeld als achtergrond informatie voor de deelnemers. De notitie omvatte een overzicht van de resultaten van de interviews, de visie van de projectgroep ten aanzien van de voorwaarden waaraan een vergoedingsregeling dient te voldoen en een voorstel voor een alternatief voor de beperkende maatregel in de vorm van een raamwerk. Tijdens de conferentie is aan de hand van een drietal korte inleidingen over respectievelijk de voor- en nadelen van de huidige regelingen, de voorwaarden voor een nieuwe regeling en het voorgestelde raamwerk voor een nieuwe regeling, gediscussieerd over deze onderwerpen. Het raamwerk, een overzicht van de discussierondes en de conclusies van de conferentie worden weergegeven in hoofdstuk 5 (deel II) van dit rapport. Aan de hand van de resultaten van de discussies is het raamwerk van de projectgroep bijgesteld. Het definitieve voorstel is opgenomen in deel I, hoofdstuk 2 van dit rapport.

2 Alternatieve vergoedingsregelingen in de gezondheidszorg

In het kader van de onderzoeksvraag 'Welke alternatieve vergoedingsregelingen zijn er mogelijk en wat zijn hun respectievelijke voor- en nadelen?' is geïnventariseerd welke vergoedingsregelingen in de Nederlandse gezondheidszorg gehanteerd worden (of in het verleden gehanteerd zijn). Eveneens is nagegaan welke regelingen voor de vergoeding van fysiotherapie in de ons omringende landen gehanteerd worden. In dit hoofdstuk wordt een overzicht van deze inventarisatie gegeven en worden enkele nieuwe ontwikkelingen besproken. Dit betreft onder andere de kabinetsvisie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel vastgelegd in de nota 'Vraag aan bod' (Min. VWS, 2001). Deze nota wordt in de inleiding van dit hoofdstuk besproken.

2.1 Inleiding

Tot 1 april 1991 was de honorering van fysiotherapeuten en oefentherapeuten voor zowel ziekenfondspatiënten als particuliere patiënten gebaseerd op een vergoeding per verrichting. Daarbij werden in principe de verschillende toegepaste behandelvormen bij fysiotherapie apart vergoed. Voor de ziekenfondspatiënten gold de beperking dat men, naast de vaste begeleidings-tijd en de vrijwel altijd toegepaste massagetherapie en/of bewegingstherapie, maximaal één vorm van fysieke therapie in engere zin kon declareren. Per 1 april 1991 zijn in de ziekenfondssector enkele veranderingen ingevoerd. In de eerste plaats kregen therapeuten in plaats van een vergoeding per verrichting een vergoeding per zitting; een machtiging voor behandelen werd per serie van 12 zittingen aangevraagd bij de zorgverzekeraar. Bovendien werd het productievolume (in totaal aantal zittingen) bevroren op het niveau van 1990. Deze laatste verandering werd gecombineerd met een restrictief vestigingsbeleid (van Baar, e.a., 1995).¹⁶

In 1996 is de beperkende maatregel ingevoerd. Met deze maatregel werd het systeem van honoreringen niet veranderd; wel werd er een limitering van de vergoeding tot negen zittingen voor aandoeningen die niet voorkomen op de 'chronische lijst' ingevoerd. In de uitkomsten van overleg over de overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en fysio-/oefentherapeut is bepaald dat de zorgverzekeraar en de therapeut afspraken maken over het jaarlijks aantal te verrichten handelingen, zgn. volume afspraken. Zorgverzekeraars moeten in individuele overeenkomsten met de therapeuten daar invulling aan geven. De therapeut mag het overeengekomen aantal zittingen per jaar niet overschrijden zonder voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar (Miltenburg, e.a., 2000).

In de in 2001 verschenen nota 'Vraag aan bod' staat de kabinetsvisie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel beschreven (Min. VWS, 2001). In het licht van nieuwe ontwikkelingen signaleert het kabinet een aantal tekortkomingen van het huidige zorgstelsel; de belangrijkste daarvan is dat het onvoldoende aan de vraag van patiënten en cliënten tegemoet komt. De knelpunten hebben betrekking op te beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van aanbod op vraag. De knelpunten worden veroorzaakt door de volgende problemen. De dominante, centrale aanbodssturing leidt tot onvoldoende ruimte en prikkels bij partijen voor een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren. Het duale karakter van de verzekering in het tweede compartiment frustrateert doelmatige zorginkoop en -regie door zorgverzekeraars en beperkt de keuzemogelijkheden voor verzekerden en de soli-

¹⁶ Geen effect van invoering van een nieuw honoreringstelsel op het handelen van fysiotherapeuten.

dariteit ten aanzien van gezondheidsrisico's. Tenslotte belemmert de uitvoeringsstructuur in het eerste en tweede compartiment de totstandkoming van een samenhangend zorgaanbod.¹⁷

Het voornemen van het huidige kabinet is om de vernieuwing langs twee sporen te laten plaatsvinden: herziening van de sturing van de zorg en aanpassing van het verzekeringsstelsel.¹⁸ Op het vlak van de sturing meent het kabinet dat er sprake moet zijn van een herziening van de rol van de verschillende partijen. Het systeem van dominante centrale aanbodsturing moet plaatsmaken voor een systeem waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars zowel de ruimte als de prikkels krijgen om een op de vraag van de burgers afgestemd zorgaanbod tot stand te brengen. Deze voorgenomen vernieuwingen gelden ook voor de fysiotherapie en oefentherapie.

2.2 Persoonsgebonden budget

Het persoonsgebonden budget wordt door de Minister als een van de mogelijkheden genoemd om vraaggestuurde zorg en marktwerking binnen het domein van de fysiotherapie te stimuleren. Het PGB is ontwikkeld om patiënten die langdurige zorgverlening nodig hebben meer inspraak te geven in de wijze waarop deze zorg wordt verleend. Met het PGB kunnen patiënten zelf bepalen welke zorgaanbieder op welk moment welke zorg zal verlenen en onder welke omstandigheden.

Het PGB kan niet gezien worden als een alternatief voor de beperkende maatregel. Het is een instrument om zorggebruikers meer autonomie te geven en zegt niets over de wijze waarop fysiotherapeuten en oefentherapeuten vergoed worden. Het PGB zou daarom naast een andere regeling moeten bestaan die wel vergoeding als uitgangspunt heeft.

De domeinen waarin het PGB gehanteerd wordt - verpleging en verzorging en zorg voor verstandelijk gehandicapten - worden gekenmerkt door langdurige zorg. In de fysiotherapie is veelal sprake van kortdurende zorg; invoering van een persoonsgebonden budget kan daardoor mogelijk veel administratief werk opleveren. Bovendien kunnen er verschillen zijn tussen de vraag naar zorg door de patiënt (demands) en de zorg die een patiënt volgens een verwijzer of behandelaar nodig heeft (needs). Indien de patiënt een PGB krijgt kunnen hierover conflicten ontstaan. Ten slotte is het een nadeel dat er naast de PGB-regeling ook altijd zorg in natura moet kunnen worden verleend voor mensen die een PGB niet kunnen of willen beheren; er functioneren dan twee regelingen naast elkaar.

¹⁷ In de zorg worden drie compartimenten onderscheiden. Het eerste compartiment bevat de langdurige zorg en de zogeheten onverzekerbare medische risico's. De verstrekking en financiering van deze zorg worden grotendeels geregeld door de overheid via de AWBZ en enkele subsidieregelingen. Het tweede compartiment bevat kortdurende noodzakelijke geneeskundige zorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn. Zowel de overheid als de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars hebben een rol in de verstrekking en financiering van de zorg in dit compartiment. Het derde compartiment bevat de zorg die niet in het eerste en tweede compartiment is ondergebracht en waarvoor iedere burger zich vrijwillig aanvullend kan verzekeren.

¹⁸ Het is het voornemen om de huidige duale verzekeringsstructuur te vervangen door één algemene verzekering voor curatieve zorg en integratie hiervan met de AWBZ.

2.3 Abonnementsysteem

In Nederland worden huisartsen voor ziekenfondspatiënten vergoed volgens het zogenaamde abonnementsysteem. Elke huisarts krijgt voor een ziekenfondspatiënt die bij hem of haar is ingeschreven een vast honorarium per jaar, ongeacht het aantal contacten. Een belangrijk uitgangspunt van het systeem is het ingeschreven zijn bij een arts; op basis van het totaal aantal ingeschreven patiënten krijgt de huisarts een vergoeding van het ziekenfonds.

Een abonnementsysteem voor fysiotherapie en oefentherapie zou een radicaal andere manier van vergoeden betekenen ten opzichte van de huidige vergoedingsregeling. Patiënten dienen zich in te schrijven bij een bepaalde therapeut; dat is in de huidige regeling niet het geval. Bovendien krijgen therapeuten dan geen vergoeding meer per zitting maar een standaard vergoeding per patiënt. Een aantal aspecten waarin de zorgverlening door huisartsen verschilt van die van therapeuten maakt een dergelijke vergoedingsregeling minder geschikt voor fysiotherapie en oefentherapie.

In de eerste plaats vereist het systeem inschrijving bij een therapeut. Voor huisartsen is een dergelijk voorschrift werkbaar gezien het grote aantal patiënten dat jaarlijks daadwerkelijk een huisarts bezoekt, namelijk 75.6%. Het aantal patiënten dat jaarlijks een fysiotherapeut bezoekt is veel lager, namelijk 16.2% (gegevens van 2000: CBS, 2002)¹⁹. Een abonnementsysteem brengt derhalve een grote hoeveelheid - zinloos- administratief werk met zich mee vanwege alle patiënten die zich wel dienen in te schrijven maar die geen gebruik maken van een fysiotherapeut c.q. oefentherapeut. In de tweede plaats wordt het beroep van fysiotherapeut gekenmerkt door verbijzonderingen. Naast fysiotherapeuten die werkzaam zijn als manueel therapeut of kinderfysiotherapeut zijn er ook fysiotherapeuten die zich specialiseren in bijvoorbeeld bekkenbodempatiëntproblematiek, neurologische aandoeningen of het behandelen van CVA-patiënten.²⁰ Ook oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck specialiseren zich soms op specifieke patiëntcategorieën. Een abonnementsysteem met een vaste fysiotherapeut of oefentherapeut is geen praktische regeling indien men wel van de verbijzonderingen van verschillende fysiotherapeuten gebruik wil kunnen maken.

Een abonnementsysteem houdt impliciet directe toegankelijkheid in voor de fysiotherapeut. De waardering voor de professionaliteit van fysiotherapeuten zou hiermee een impuls krijgen. De poortwachtersfunctie die huisartsen nu vervullen ten aanzien van de fysiotherapie komt dan te vervallen.

2.4 Eigen bijdragen

In de periode januari 1997 tot januari 1999 is de Algemene Eigen-bijdrageregeling van kracht geweest voor ziekenfondsverzekerden. Deze regeling hield in dat ziekenfondsverzekerden zelf 20% in de kosten van zorg moesten bijdragen, tot een maximum van f200,- per jaar. Deze regeling gold niet voor zorg door huisartsen vanwege de strijdigheid met de poortwachtersfunctie van de huisarts en de noodzaak van drempelvrije toegang tot zorg voor de laagstbetaalden uit het oogpunt van volksgezondheidsbeleid. Het doel van de regeling was enerzijds het leggen van een deel van de financiële verantwoordelijkheid bij de burger zelf, anderzijds het

¹⁹ Voor oefentherapie zijn hierover geen gegevens beschikbaar.

²⁰ Fysiotherapie kent vijf verbijzonderingen namelijk voor manuele therapie, kinderfysiotherapie, sport, geriatrie en oedeem. Daarnaast zijn er binnen de algemene fysiotherapie mogelijkheden om bij- en nascholing te volgen op specifieke gebieden, waaronder o.a. de in de tekst genoemde CVA-problematiek.

tegangaan van onnodig gebruik van zorg in die situaties waarbij het verantwoord is dat de verzekerde op basis van een eigen afweging komt tot het niet consumeren van zorg (Min. VWS, 1996a). De effecten van de maatregel zijn geëvalueerd door het Nivel; een van de bevindingen was dat het gebruik van fysiotherapeutische zorg eerder leek te zijn gestegen. Dit was mogelijk het gevolg van een herstel na de opvallende daling die aanvankelijk optrad in het gebruik van fysiotherapeutische zorg na de invoering van de beperkende maatregel (Hutten, e.a., 1998). Omdat de maatregel niet de beoogde effecten bleek te hebben en de uitvoeringskosten hoog waren is deze twee jaar na de invoering weer ingetrokken. Gezien deze bevindingen lijkt een eigen bijdrage regeling geen optie als uitgangspunt voor een nieuwe vergoedingsregeling voor fysiotherapie en oefentherapie.

2.5 Vergoeding gebaseerd op behandelranges in richtlijnen

In het kader van onderzoek naar alternatieven voor de beperkende maatregel is overwogen om richtlijnen met behandelranges toe te passen als alternatief voor de beperkende maatregel. Gebleken is echter dat een experiment om het effect hiervan te onderzoeken niet haalbaar is (IJland, e.a., 2000). De belangrijkste reden hiervoor is dat er onvoldoende richtlijnen met behandelranges beschikbaar en geïmplementeerd zijn om een dergelijk experiment uit te kunnen voeren. Bovendien zijn de beschikbare richtlijnen in enkele gevallen bestemd voor relatief weinig voorkomende patiëntencategorieën, waardoor de effecten van de invoering moeilijk meetbaar zouden zijn.

De beroepsverenigingen van fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck hebben in het kader van de kwaliteitsprogramma's OKPZ en BKPZ gewerkt aan de ontwikkeling van richtlijnen. In het kader van het programma IKPZ wordt verder gewerkt aan ontwikkeling en worden de beschikbare richtlijnen geïmplementeerd (Plas, e.a., 2001; Hofhuis e.a., 2001). Mogelijk zijn in de toekomst dergelijke experimenten derhalve wel mogelijk.

2.6 Vergoedingen gebaseerd op de indeling van patiënten in categorieën

Ten tijde van de invoering van de beperkende maatregel is door het Nivel onderzocht of het mogelijk is om een alternatieve regeling te baseren op de indeling van patiënten in groepen (clusters) zodanig dat het aantal zittingen binnen een groep homogeen is. Op basis van de medische diagnose, verwijsindicatie, leeftijd, duur van de klacht en enkele aspecten van de fysiotherapeutische werkdiagnose bleek het niet mogelijk om dergelijke groepen patiënten te vormen (Roebroek, e.a., 1995).

In het kader van onderzoek naar alternatieven voor de beperkende maatregel is in 2001 onderzocht of het mogelijk is onderscheidende cliëntkenmerken te vinden op basis waarvan cliëntcategorieën samengesteld kunnen worden (Dam, e.a., 2001). In ziekenhuizen wordt al enige tijd met een dergelijke systematiek gewerkt. De resultaten van de haalbaarheidsstudie wezen uit dat een dergelijk systeem voor de eerstelijns paramedische zorg mogelijk wordt geacht. Een volgende stap zou het identificeren van categorieën en kenmerken voor indeling moeten zijn.

In het onderzoek worden mogelijke criteria genoemd. Nieuwe criteria waarvan de bruikbaarheid niet was onderzocht in de studie door het Nivel zijn onder andere beloop, motivatie en motorische leervaardigheden. Voor deze criteria zijn echter nog geen objectieve indicatoren beschikbaar. Het lijkt daarom niet mogelijk om op korte termijn tot een systeem gebaseerd op categorieën te komen; mogelijk is een dergelijke ontwikkeling in de toekomst wel haalbaar. Bij de

ontwikkeling kan dan ook de fysiotherapeutische diagnosecodering worden betrokken; deze is op dit moment nog in ontwikkeling. Voor oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck zijn al wel diagnosecoderingen ontwikkeld; deze zijn echter nog niet geïmplementeerd.

Een vergelijkbare ontwikkeling vindt plaats in de ziekenhuissector. Het is het streven van de Minister om per 1 januari 2003 de contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars te baseren op diagnose-behandeling-combinaties (DBC's); dit zijn productdefinities van combinaties van zorgvraag, diagnosestelling en behandelprofiel. De motieven voor de invoering van de DBC-systematiek betreffen de omslag van aanbod- naar vraagsturing, de noodzaak van transparantie, een onderhandelingsinstrument voor verzekeraars en aanbieders en de wens van loon naar werken (Min. VWS, 2001). De ontwikkeling van DBC's is nog gaande; de werkbaarheid van een dergelijke vergoedingsregeling zal nog moeten blijken.

2.7 Toekomstige financieringsstructuren

In 2000 is de Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg (commissie Tabaksblat) ingesteld om de Minister te adviseren over een toekomstige systematiek voor de financiering van de huisartsenzorg. De commissie heeft een advies uitgebracht waarin - naar de mening van de commissie - rekening wordt gehouden met de noodzakelijke modernisering en die aansluit bij het streven naar vraaggestuurde zorg (Min. VWS, 2001). Het advies houdt een financieringsstructuur in volgens een model dat bestaat uit twee boxen. De eerste box betreft de financiering van de huisartsvoorziening; deze omvat de praktijkkosten en bestaat uit een bedrag per (ingeschreven) patiënt. De tweede box betreft de financiering van het inkomen van de huisarts en bestaat uit een vaste en een variabele inkomenscomponent. De vaste inkomenscomponent is een normbedrag dat vergelijkbaar is met het huidige abonnementsdeel voor ziekenfondsverzekerden en is een vergoeding voor 'het beschikbaar zijn'. De tweede component betreft de financiering van de verrichtingen en prestaties van de huisarts; deze inkomsten zijn variabel en betreffen onder andere een - afgesproken - kerntakenpakket, extra taken en bijvoorbeeld aanvullende opslagen voor doelmatig werken.

Een boxenstructuur zoals voorgesteld door de commissie Tabaksblat wordt door het KNGF overwogen (Simons, 2002). De uitwerking hiervan voor de beroepsgroep fysiotherapie is echter nog niet geëxpliciteerd.

2.8 Vergoedingsregelingen voor fysiotherapie in België, Duitsland en Engeland

Belgie:

Sinds 1945 kent België een gezondheidszorgsysteem dat uitgaat van een verplichte zorgverzekering. Deze verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) maakt deel uit van het sociale zekerheidssysteem. Binnen dit systeem is sprake van twee ziektekostenverzekeringssystemen, namelijk een algemeen stelsel, dat de kosten voor zowel grote als kleine risico's dekt, en een stelsel van de zelfstandigen, dat alleen grote risico's dekt. Indien zelfstandigen ook voor kleine risico's verzekerd willen zijn, dan kunnen zij bij hun ziekenfonds een aanvullende verzekering afsluiten

De verstrekkingen die gedekt worden door het sociale verzekeringsstelsel zijn samengebracht in de Nomenclatuur. De paramedische verstrekkingen vallen in dit systeem onder de kleine risico's en zijn dus gedekt door de verplichte verzekering voor werknemers. Het verplichte zorgverzekeringssysteem is gebaseerd op betalingen per verrichting in combinatie met eigen bijdragen van patiënten ('remgeld'). Voor paramedische zorg wordt een eigen bijdrage van 30%

gehanteerd tenzij er sprake is van een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (van Kemenade, 1997; European Observatory, 2000a; Maarse, e.a., 2001). Bij behandeling door fysiotherapeuten in privé-praktijken moet de verzekerde beschikken over een medische verwijzing om in aanmerking te komen voor een vergoeding. In het geval van ziekenhuis gebonden fysiotherapie worden de kosten direct vergoed door de verzekering. Het RIZIV betaalt fysiotherapeuten een vast bedrag per behandelingsitem (fee-for-service) (Koster, e.a., 1991).

Duitsland:

In Duitsland maakt 88.5% van de bevolking gebruik van de verplichte nationale ziektekostenverzekering (Gesetzliche Kranken Versicherung/ GKV), waarvan 14% op vrijwillige basis. Slechts 9% is particulier verzekerd. De financiering van de nationale ziektekostenverzekering is gebaseerd op het solidariteitsprincipe, waarbij sprake is van inkomensafhankelijke premies voor verzekerden en risico-compensaties voor de ziekenfondsen.

Fysiotherapeuten in Duitsland zijn werkzaam in zowel ziekenhuizen als privé-praktijken. De kosten voor fysiotherapie worden gedekt door zowel de ziekenfondsen en particuliere verzekeringen. De fysiotherapeutische diensten die vergoed kunnen worden zijn beschreven in de zogenaamde 'cure and medicine guidelines' en moeten uitgevoerd worden door geregistreerde therapeuten. In overeenkomsten tussen verzekeraars en beroepsverenigingen worden afspraken gemaakt over de aard en omvang van vergoedingen, kwaliteitseisen, de samenwerking met de verwijzer en controlemechanismen. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding van de ziektekostenverzekeraar moeten patiënten verwezen worden door een arts (European Observatory, 2000b; van Kemenade, 1997).

Engeland:

In Engeland bestaat sinds 1948 een nationaal gezondheidszorgstelsel via de 'National Health Service' (NHS), gefinancierd vanuit algemene belastingsgelden. Daarnaast is er sprake van een kleine maar groeiende sector particuliere verzekeringen.

De meeste fysiotherapeuten werken via de NHS, maar er is ook een aantal privé-praktijken. De laatste jaren wordt steeds meer de nadruk gelegd op het formeren van 'primary-care' teams die bestaan uit huisartsen en 'associated staff' (incl. fysiotherapeuten). Patiënten die via de NHS behandeld worden krijgen fysiotherapie volledig vergoed; fysiotherapeuten werken in loondienst. Er is in Engeland sprake van een open verwijs-systeem voor fysiotherapeuten wat inhoudt dat elke arts gelegitimeerd is te verwijzen naar de fysiotherapeut. Vrije toegankelijkheid tot fysiotherapie is mogelijk maar de meeste NHS-patiënten zijn verwezen. Na verwijzing werken fysiotherapeuten onafhankelijk en maken hun eigen werkdiagnoses en behandelingsvoorstellen (Koster, e.a., 1991; European Observatory, 1999; EC&WHO, 1997; van Kemenade, 1997).

Geconcludeerd kan worden dat de vergoedingsregelingen van de besproken landen geen nieuwe gezichtspunten bieden voor een regeling in Nederland. Fysiotherapie wordt ofwel volledig vergoed ofwel gedeeltelijk door de verzekering en gedeeltelijk door eigen bijdragen. De verwijzing verloopt grotendeels zoals dat ook in Nederland het geval is, met uitzondering van Engeland waar directe toegang mogelijk is.

3 Resultaten interviews

In dit hoofdstuk is een overzicht opgenomen van de resultaten van de interviews met de beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en beleidsmakers. De resultaten worden per interviewvraag gepresenteerd, citaten zijn ter illustratie toegevoegd. Vragen over beheersafspraken zijn alleen gesteld aan zorgverzekeraars. Dit staat bij de desbetreffende vragen vermeld. In dit overzicht zijn eveneens de resultaten van de telefonische interviews met de regiomanagers van het KNGF opgenomen. Aan hen zijn alleen de vragen met betrekking tot de ervaringen met de huidige vergoedingsregelingen gesteld.

3.1 Huidige vergoedingsregelingen

Aan alle geïnterviewden is naar hun mening gevraagd over de huidige vergoedingsregelingen. De zorgverzekeraars is bovendien gevraagd hoe zij omgaan met de beperkende maatregel, hoe zij beheersafspraken maken en welke elementen daarvan deel uitmaken. Aan de regiomanagers zijn de genoemde vragen eveneens gesteld, aangevuld met vragen naar ervaringen die zij teruggekoppeld krijgen uit het werkveld.

Welke voordelen (beroepsinhoudelijk en uitvoeringstechnisch) zijn er naar uw mening verbonden aan de beperkende maatregel?

Er wordt een beperkt aantal voordelen genoemd die betrekking hebben op de beperkende maatregel en de uitwerking ervan. Bijna alle geïnterviewde partijen onderschrijven dat de regeling duidelijkheid biedt ten aanzien van de aanspraak op fysiotherapie en op beide vormen van oefentherapie. De 18 zittingen voor oefentherapie worden over het algemeen als toereikend beschouwd. De 9 zittingen fysiotherapie uit de hoofdverzekering niet. Omdat de grote meerderheid van de ziekenfondspatiënten aanvullend verzekerd is levert dit echter over het algemeen weinig problemen op. De duidelijke onderverdeling in aanspraken uit de hoofd- en aanvullende verzekeringen wordt door Zorgverzekeraars Nederland gezien als een voordeel. PWZ/Achmea geeft aan dat het onderbrengen van een deel van de aanspraak fysiotherapie in de aanvullende verzekering commercieel interessant is doordat daarmee de zorgverzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden.

Het aspect van kostenbeheersing door een maximering van de aanspraak wordt door een aantal beleidsinstanties zoals CVZ, het ministerie van VWS, en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de meeste zorgverzekeraars als een voordeel gezien. Door een beperking aan te brengen in het aantal te vergoeden zittingen heeft er een kwaliteitsslag plaatsgevonden en is de bewustwording ten aanzien van indicaties voor en de doelmatigheid van fysiotherapie en oefentherapie toegenomen zowel bij de beroepsgroepen als bij de zorgverzekeraars. Ook het KNGF en de LHV onderschrijven dit.

Ten slotte wordt zowel door de beide beroepsverenigingen voor oefentherapie als een aantal beleidsinstanties en enkele zorgverzekeraars aangegeven dat de regeling administratief eenvoudig uitvoerbaar is. Het KNGF ziet het loslaten van het aanvraag-machtigingsstelsel door de meeste zorgverzekeraars als een positief uitvloeisel van de beperkende maatregel. Zorg en Zekerheid onderschrijft dit door aan te geven dat door het achterwege laten van de aanvraag-machtigingsprocedure er veel tijd bespaard wordt.

NVOM : *“Het maximaal aantal zittingen van achttien blijkt voor het merendeel van de patiënten oefentherapie-Mensendieck voldoende.*

VBC : *“Voor oefentherapeuten Cesar is het maximum van 18 zittingen in de meeste gevallen voldoende om de meeste klachten, die niet op de chronische lijst staan, met goed resultaat te behandelen.”*

VWS : *“Behandelaars zijn zich meer bewust geworden van de noodzaak om na te denken over de doelmatigheid van de behandeling. Er is bereidheid gekomen voor de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid en het heeft de ontwikkeling van evidence based richtlijnen en onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen gestimuleerd.”*

CVZ : *“Er is bezinning op het effect van therapieën gerelateerd aan de specifieke kwaal. De professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van het leveren van doelmatige zorg in minder zittingen is daarmee toegenomen.”*

Welke nadelen zijn er naar uw mening verbonden aan de beperkende maatregel?

Door alle geïnterviewde partijen wordt het gemis aan een behandelinhoudelijke onderbouwing van de maatregel gezien als nadeel. Beroepsinhoudelijk kent de regeling enkel nadelen, geen voordelen. Zowel het KNGF als de NVOM geven aan dat hierdoor de maatregel door de beroepsgroep is opgevat als een onderwaardering van de professionaliteit. Door het gemis aan een inhoudelijke onderbouwing signaleren alle partijen tevens dat de noodzakelijke zorg door de maatregel niet gewaarborgd wordt. Het toch gedeclareerd krijgen van de noodzakelijke zorg leidt tot extra overleg en administratieve handelingen en een variabel gebruik van indicatiecodes. De maatregel wordt dan ook door de meeste partijen als niet flexibel, niet transparant en tijdsintensief gezien. De indeling in “chronische lijst” en “niet lijst” aandoeningen wordt ervaren als complex en niet toereikend. Voor een aantal niet chronische diagnoses zoals artrose en bij specifieke patiëntkenmerken zoals ouderdom of allochtone afkomst zijn de 9 zittingen uit de hoofdverzekering en de eventuele aanspraak uit de aanvullende verzekering niet voldoende. De “chronische lijst” is niet transparant en daardoor kan er geen inzicht verkregen worden in het gemiddeld aantal zittingen dat gegeven wordt bij een specifieke indicatie.

Uitvoeringstechnisch worden de administratieve handelingen en de controles door de onderverdeling in de hoofd- en aanvullende verzekering en door de indeling in “chronische lijst” en “niet lijst” aandoeningen als ingewikkeld en tijdrovend ervaren. Dit wordt gesignaleerd door het KNGF, IGZ en een deel van de zorgverzekeraars. Daarnaast werkt het bureaucratie in de hand.

De verdeling in aanspraak uit de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering leidt verder tot een ongelijkheid in aanspraak wat gezien wordt als nadeel. Ten slotte signaleert een aantal zorgverzekeraars waaronder Deltaloyd/Nuts en PWZ/Achmea dat het maximaal aantal toegestane zittingen in de beperkende maatregel door patiënten opgevat wordt als het aantal zittingen waar ze recht op hebben. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt wordt door de beperkende maatregel niet verder gestimuleerd terwijl zowel de beroepsgroepen als de beleidsinstanties en de zorgverzekeraars het belang hiervan onderschrijven.

KNGF : *“De invoering van de ‘knip’ bij negen zittingen en de gedachte ‘meer is niet noodzakelijk’ is door de fysiotherapeuten opgevat als een onderwaardering van het vak en de professionaliteit van de fysiotherapeut.”*

NVOM : *“Doordat de beperkende maatregel is gebracht als een beroepsinhoudelijke maatregel, wordt eigenlijk getwijfeld aan de professionaliteit van de beroepsgroep.”*

Azivo : *“De beperkende maatregel is een star systeem waarin geen recht wordt gedaan aan de noodzakelijke zorg fysiotherapie. Kwaliteitsimpulsen zoals bijvoorbeeld intermitterende fysiotherapie en het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van patiënten voor het toepassen van oefeningen worden door de maatregel geremd.”*

CZ : *“Bij de beperkende maatregel heeft het aspect van kostenbeheersing de maat van de beperking bepaald en niet de noodzakelijke zorg. Alhoewel er geen objectieve kwaliteitscriteria voor noodzakelijke zorg bij de beroepsgroep aanwezig zijn wordt in het overleg met de fysiotherapeut ervaren dat deze noodzakelijke zorg in een individueel budget onder druk kan komen te staan. CZ Zorgverzekeringen ervaart dat de druk vanuit de verzekerden toeneemt op behandelaars om toch wegen te zoeken om de behandeling vergoed te krijgen. CZ Zorgverzekeringen verwacht dat bij het uitblijven van een regeling die gebaseerd is op behandelinhoudelijke aspecten deze druk verder toe zal nemen.”*

Welke voordelen zijn er naar uw mening verbonden aan het Amsterdams Dienstenmodel?

ZAO geeft aan dat het Amsterdams Dienstenmodel (ADM) meer tegemoet komt aan de zorgvraag van de patiënt en de therapeuten de mogelijkheid krijgen te behandelen op basis van hun professionaliteit. Bovendien, zo geeft de NVOM aan, worden therapeuten gedwongen het behandelproces te evalueren en kritisch na te denken over de gestelde behandeldoelen. Het KNGF sluit zich aan bij deze voordelen en voegt nog toe dat het ADM ruimte biedt voor een grote mate aan professionele autonomie. Zowel de VBC als de NVOM kenmerken het multidisciplinaire overleg en de terugkoppeling naar de verwijzer als voordeel van het ADM. Uitvoeringstechnisch voordelen zijn het maximaal aantal zittingen dat gekoppeld is aan elke dienst en de mogelijkheid van het therapeutische consult. Daarnaast geeft ZAO aan dat het wegvallen van het machtigingssysteem een voordeel is en dat het ADM geen problemen kent met de chronische lijst. Bovendien sluit volgens ZAO het ADM goed aan bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de beroepsverenigingen en het methodisch handelen.

Het ministerie van VWS, het CVZ, maar ook het KNGF en de NPCF geven dat het ADM dichterbij de buurt komt van een inhoudelijk onderbouwde maatregel, waarin meer ruimte bestaat voor vraagsturing. Daarnaast wordt door de IGZ en de LHV de verbeterde positie van de therapeut door met name de toegenomen verantwoordelijkheid als voordeel aangemerkt. Overige genoemde beroepsinhoudelijke voordelen zijn: bevordering van het methodische handelen, een betere samenwerking tussen verwijzer, behandelaar en patiënt en de mogelijkheid tot het aanvragen van een consult. Tot slot wordt het feit dat bij het bereiken van het maximaal aantal zittingen er geen uitwijkmogelijkheid is naar een andere subdienst door het CVZ als uitvoeringstechnisch voordeel aangegeven.

KNGF : *“Het ADM is een eerste aanzet om op basis van beroepsinhoudelijke overwegingen te voorzien in de noodzakelijke fysiotherapeutische zorg op basis van de zorgvraag van de patiënt. In 1996 was dit op basis van evidence-based richtlijnen en normen nog niet mogelijk. Het ADM hanteert een grofmazig inhoudelijk sjabloon, maar sluit aan bij het denkkader van de fysiotherapeut in de zin van stoornissen, beperkingen en participatie problemen. Door de keuzemogelijkheid tussen verschillende diensten wordt de therapeut gedwongen kritisch na te denken over de doelstellingen van een behandeling. Afhankelijk van de zelfstandigheid van fysiotherapeuten kan het ADM een grote mate aan professionele autonomie geven, onder andere door de mogelijkheid van het fysiotherapeutische consult.”*

IGZ : *“De beroepsbeoefenaar is gedeeltelijk zelf verantwoordelijk voor de indicatiestelling, dat is een beroepsinhoudelijk voordeel van het ADM; bovendien is deze regeling meer patiënt-gericht.”*

ZAO : *“Uitvoeringstechnische voordelen van het ADM zijn dat er niet meer gewerkt wordt met machtigingen. Bovendien kunnen er met behulp van het model gegevens verzameld worden op basis waarvan beleid gemaakt wordt. Door de gegevens over de diensten die geleverd worden en de spiegelinformatie die dat oplevert wordt de praktijkvoering transparanter.”*

Welke nadelen zijn er naar uw mening verbonden aan het Amsterdams Dienstenmodel?

Als voornaamste nadeel wordt door ZAO, de helft van de geïnterviewde beleidsinstanties en het KNGF aangegeven dat het ADM niet als volwaardig alternatief voor de beperkende maatregel gezien kan worden omdat er sprake is van financiering vanuit de hoofdverzekering en aanvullende verzekering gezamenlijk.

De grote tijds- en arbeidsinvestering die het model vereist wordt door de beroepsverenigingen unaniem als nadeel aangemerkt; de NVOM is echter van mening dat deze nadelen na een inwerkperiode zullen verdwijnen; ZAO geeft aan dat door de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en het methodisch handelen de invoering inmiddels gemakkelijker is geworden. Een deel van de beleidsinstanties onderschrijft dit nadeel; ZN geeft aan dat de regeling meer personele inzet van de verzekeraar vraagt en de IGZ benadrukt de extra inzet die het model van de huisarts vraagt. Het KNGF en de LHV vragen zich gezien de grote inzet die de invoering vergt af of het ADM geschikt is voor landelijke invoering.

Een ander nadeel van het ADM, door de IGZ aangegeven, wordt gevormd door de onduidelijkheid over de verantwoordelijkheidstoedeling die kan ontstaan doordat verwijzer en behandelaar gezamenlijk beslissen over de te verlenen zorg.

VBC : *“De administratieve rompslomp en bureaucratie rondom het ADM worden door de VBC als uitvoeringstechnische nadelen gezien. Dit veroorzaakt een disbalans tussen zorgverlening en administratie.”*

CVZ : *“Door het samenvoegen van gelden uit de ziekenfondsverzekering en de aanvullende verzekering is er geen zicht op de verhouding tussen beide. Het financiële voordeel van het model is daardoor nooit bewezen.”*

LHV : *“Het ADM is ingewikkelder dan de beperkende maatregel en vraagt een extra inzet van de huisarts. Ondanks dit nadeel worden er weinig klachten over gehoord. De inschatting is dat door het benodigde overleg tussen huisarts en fysiotherapeut het model wel goed uitvoerbaar is bij een beperkt aantal fysiotherapeuten maar niet bij grotere aantallen.”*

ZAO : *“Een nadeel van het ADM dat vooral een rol speelt bij de invoering ervan is dat het tijd kost om therapeuten te leren omgaan met de ICIDH, die de basis vormt bij de keuze van de diensten. Overigens is dit wel makkelijker geworden door de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de beroepsverenigingen en het methodisch handelen; dit sluit goed aan bij het werken met het Dienstenmodel. Andere verzekeraars hebben soms de neiging om de complexiteit van de invoering als argument te gebruiken om het Dienstenmodel af te wijzen nu zij zelf een manier gevonden hebben om om te gaan met de beperkende maatregel.”*

Hanteert u de beperkende maatregel voor fysiotherapie of heeft u een alternatieve regeling getroffen en indien u een alternatieve regeling hanteert, kunt u kort omschrijven waaruit die regeling bestaat? (zorgverzekeraars)

De meeste zorgverzekeraars voeren de beperkende maatregel uit. Alleen ZAO heeft een formele alternatieve regeling door de uitvoering van het Amsterdams Dienstenmodel. Sommige zorgverzekeraars hebben specifieke beheersmaatregelen getroffen en benoemen dit als een alternatief voor de beperkende maatregel.

In de praktijk blijkt dat de meeste zorgverzekeraars de beheersafspraken vooral maken en uitvoeren ten aanzien van de fysiotherapie en veel minder ten aanzien van beide vormen van oefentherapie. Dit laatste lijkt vooral te maken te hebben met enerzijds het karakter van de oefentherapie waarin educatie en de verantwoordelijkheid van de patiënt vaste gegevens zijn en anderzijds met het gegeven dat de 18 zittingen die uit de hoofdverzekering vergoed worden veelal toereikend zijn om de noodzakelijke zorg te bieden. Er lijken dus kortom weinig problemen te zijn met betrekking tot de huidige vergoedingsregeling voor oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

Beheersafspraken met de fysiotherapeuten bestaan vooral uit het toekennen van een behandelvolume dat meestal gebaseerd is op een gemiddeld aantal zittingen maal het aantal te verwachten patiënten. Op het moment dat deze capaciteit niet voldoende is hebben de meeste zorgverzekeraars een procedure voor het aanvragen van extra capaciteit waarbij de toekenning gebaseerd wordt op aspecten als doelmatigheid, kwaliteit en professioneel handelen. Een aantal zorgverzekeraars controleert dit middels het inzien van een aantal patiënten dossiers. Er wordt dan vooral gekeken naar het toepassen van de richtlijn verslaglegging en het gebruik van het Fysiotherapeutisch Methodisch Handelen.

Indien u beheersafspraken maakt, maakt u die met individuele professionals, in regionaal verband of landelijk? (zorgverzekeraars)

Alle geïnterviewde zorgverzekeraars sluiten op individueel niveau contracten af waar beheersafspraken deel van uit maken. Bij de meeste zorgverzekeraars bestaan die contracten uit een regionaal vastgesteld deel en een persoonsgebonden deel waarin de beschikbare volumes geregeld zijn. De regionale afspraken die gemaakt worden tussen zorgverzekeraars en het werkveld hebben betrekking op de kwaliteit van zorg en de uitvoering van de overeenkomst (ZAO, VGZ, Anova, Nuts, PWZ, Salland), het creëren van draagvlak voor regelingen bij de achterban (Zorg en Zekerheid) en hoe om te gaan met behandel frequenties en volumes (Azivo). Het komt tenslotte ook voor dat de inhoud van het regionale "basiscontract" onderdeel uitmaakt van de onderhandelingen. Landelijk worden er geen beheersafspraken gemaakt maar wordt wel verwacht dat de zorg beperkt wordt tot wat medisch noodzakelijk is (Nuts). De zorgverzekeraars die behoren tot de Achmea groep (Groene Land, PWZ en Zilveren Kruis) hebben nu nog verschillende regelingen maar verwachten in de toekomst wel tot een landelijke eenduidige afspraak te komen.

Indien u beheersafspraken maakt, welke elementen maken daar dan deel van uit? (zorgverzekeraars)

Het verstrekken van spiegelinformatie:

De meeste geïnterviewde zorgverzekeraars verstrekken aan de behandelaar declaratiegegevens met betrekking tot het aantal behandelde patiënten, behandelgemiddelden en indicatiecodes. Veelal maar niet bij alle zorgverzekeraars vindt er een vergelijking plaats met de behandelgemiddelden in regionaal verband. Twee zorgverzekeraars spiegelen op basis van benchmark gegevens. Bij Zilveren Kruis zijn deze gegevens gebaseerd op leeftijdscategorie, behandelgemiddelde en praktijkomgeving (kenmerken van de wijk/omgeving waaruit patiënten komen). Het verstrekken van spiegelinformatie wordt in het algemeen gezien als sturingsmechanisme in de doelmatigheid van zorg. Per zorgverzekeraar kan de uitvoering verschillen in de mate waarin de sturing bij de beroepsgroep gelegd wordt en de activiteiten die door het zorgverzekeraar ondernomen worden bij een positief of negatief opvallende afwijking van het regionale beeld.

Sturen op behandelgemiddelde

Behandelgemiddelden spelen in meer of mindere mate een rol bij het bepalen van het volume. Twee zorgverzekeraars sturen niet op het behandelgemiddelde als criterium van doelmatigheid. De zorgverzekeraars die behandelgemiddelden wel gebruiken als sturingsmechanisme verschillen in de mate waarin ze dit toepassen. Bij sommige wordt het behandelgemiddelde alleen gebruikt in het verstrekken van de spiegelinformatie, andere sturen direct met verlaging of verhoging van het volume bij een vastgestelde afwijking van het regionaal behandelgemiddelde. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat het sturen op behandelgemiddelden als criterium van doelmatigheid gebeurt bij gebrek aan behandelinhoudelijke doelmatigheidscriteria. Zilveren Kruis gaat niet uit van het doelmatigheidsprincipe in de zin van 'hoe minder, des te beter' en controleert daarom ook bij praktijken die op of onder het gemiddelde behandelen en brengt afwijkingen, in relatie tot kwaliteit van zorg, ook ter sprake in regionaal overleg. De beroepsverenigingen zetten hun vraagtekens bij het aspect van behandelgemiddelden als doelmatigheids criterium. De VBC signaleert dat het sturen op behandelgemiddelden de professionaliteit niet ten goede komt.

Controle op naleving kwaliteitsbeleid KNGF/controle op naleving professionele normen

Ten aanzien van professionele normen en kwaliteitsbeleid onderschrijft eenieder dat dit in beginsel de taak van de beroepsgroepen is. Het controleren op het toepassen ervan wordt door beleidsinstanties zoals VWS, CVZ en IGZ neergelegd bij de zorgverzekeraars. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat wanneer de controle op het naleven van kwaliteitsbeleid en professionele normen ingebed is in het beleid van de beroepsgroep de zorgverzekeraar gebruik kan maken van die gegevens en geen eigen controlemechanismen hoeft te ontwikkelen.

De zorgverzekeraars hebben op verschillende manieren in samenwerking met de beroepsgroep procedures ontwikkeld om de naleving te controleren. In een aantal gevallen zijn er commissies gevormd waarin zowel fysiotherapeuten als medewerkers van de zorgverzekeraar zitting hebben. Zij controleren op kwaliteitsaspecten door te kijken naar het gebruik van een aantal geformaliseerde kwaliteitsinstrumenten zoals het methodisch handelen, de richtlijn verslaglegging en deelname aan intercollegiale toetsing.

Volumebeleid / kostenbeheersing

De meerderheid van de zorgverzekeraars maakt afspraken over het beschikbare volume per contractant en stuurt hierop. Anova stuurt bij de fysiotherapeuten op behandelgemiddelden en bij de oefentherapeuten op volume. Zorg en Zekerheid hanteert geen volumebeleid. De meeste

zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om gedurende het jaar capaciteitsuitbreiding aan te vragen wanneer het toegekende volume niet voldoende is. Hiervoor zijn vaak specifieke procedures ontwikkeld om te bepalen of de uitbreiding van capaciteit terecht is; een nadere beschouwing van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg maken hier deel van uit.

Materiële controles

Het uitvoeren van materiële controles is verplicht door het CTU. Het uitvoeren van materiële controles wordt door een paar zorgverzekeraars als een grote belasting van het administratieve apparaat gezien. Een aantal zorgverzekeraars doet de materiële controles steekproefsgewijs. ZAO geeft aan dat nu alle praktijken geautomatiseerd zijn de materiële controles overbodig zijn en volstaan kan worden met het monitoren van de gegevens.

Procedureafspraken

Een ruime meerderheid van de zorgverzekeraars kent procedureafspraken voor het aanvragen van uitbreiding van behandelcapaciteit en voor de administratieve afhandeling van declaraties. Een aantal zorgverzekeraars heeft bijvoorbeeld de afspraak dat de behandelaar verantwoordelijk is voor de volledigheid van de verwijzing.

Anders:

Enkele zorgverzekeraars geven aan dat het versterken van de communicatie tussen de verwijzer en de behandelaar middels digitale dossiercommunicatie en het gezamenlijk ontwikkelen van richtlijnen, de kwaliteit en de beheersbaarheid van zorg kan verbeteren.

Ervaringen van regiomanagers van het KNGF met de beperkende maatregel en/of het Amsterdams Dienstenmodel

1. Met welke zorgverzekeraars heeft u contact?

Per regiomanager varieert het aantal zorgverzekeraars waarmee contact onderhouden wordt van 1 tot maximaal 4. Sommige zorgverzekeraars zijn in meerdere regio's actief. De contacten met die zorgverzekeraars worden onderhouden door één regiomanager.

2. Voeren deze zorgverzekeraars de beperkende maatregel, het Amsterdams Dienstenmodel of een alternatieve regeling uit?

De meeste zorgverzekeraars voeren de beperkende maatregel uit. Bij drie zorgverzekeraars wordt door de regiomanagers gesproken over een alternatieve regeling die vooral gebaseerd is op beheersafspraken ten aanzien van het volume of de beschikbare behandelcapaciteit. Een van deze zorgverzekeraars geeft bij dezelfde vraag aan de beperkende maatregel wel uit te voeren. Formeel voert alleen ZAO een alternatief voor de beperkende maatregel met het Amsterdams Dienstenmodel.

3. Welke taken heeft u in het contact met zorgverzekeraars?

Alle regiomanagers maken deel uit van een College van Overleg bij de betreffende zorgverzekeraar en de meesten zijn betrokken bij het opstellen van onderdelen van modelcontracten. Alle regiomanagers hebben het begeleiden en ondersteunen van beroepsbeoefenaren in het formele en informele contact met zorgverzekeraars in hun takenpakket. Enkele regiomanagers hebben nog specifieke taken met betrekking tot overlegsituaties of projecten die bij een zorgverzekeraar ontwikkeld en uitgevoerd worden.

4. Welke ervaringen met de beperkende maatregel of het Amsterdams Dienstenmodel krijgt u teruggekoppeld uit het werkveld?

Geen van de regiomanagers verneemt uit het werkveld voordelen van de beperkende maatregel. De nadelen die regiomanagers ter ore komen betreffen: het gemis van een fysiotherapeutische diagnosecode als basis voor de declaratie, niet transparante medische diagnosecodes, de complexe lijst voor chronische aandoeningen die niet volledig is, de administratieve belasting die gemeoid is met het volledig ingevuld krijgen van de verwijzing en het declaratieverkeer en ten slotte, het uitleggen van de complexe vergoedingsregeling aan de patiënt.

Het Amsterdams Dienstenmodel kent meerdere voordelen in de zin dat het de inhoud van de behandeling als uitgangspunt heeft en daarbij uitgaat van de behoefte van de patiënt. Interventies als werkplekonderzoek, groepsbehandeling en begeleiding van mantelzorg zijn mogelijk binnen dit model en er is geen verdeling in lijst-niet lijst aandoeningen. Het invoeren van het Amsterdams Dienstenmodel hield een cultuuromslag in waarbij scholing en een help-desk noodzakelijk zijn waren.

5. Welke ervaringen met betrekking tot de alternatieve regelingen van zorgverzekeraars krijgt u teruggekoppeld uit het werkveld?

De "alternatieve regelingen" die gemeld zijn betreffen bij twee zorgverzekeraars beheersmaatregelen waarbij aan het begin van het jaar een startcapaciteit afgesproken wordt waar indien nodig in de loop van het jaar uitbreiding op aangevraagd kan worden. De aanvraag wordt getoetst aan een aantal inzichtelijke normen waarbij dossiercontrole plaatsvindt naar de toepassing van het methodisch fysiotherapeutisch handelen en het gebruik van de richtlijn verslaglegging. In tweede instantie is er de mogelijkheid van visitatie. Bij de derde zorgverzekeraar zijn het afspraken waarbij het volume bepaald wordt aan de hand van een beoordeling van prijs en prestatie.

Voordelen van deze regelingen zijn dat de capaciteit door het jaar heen aangepast kan worden middels inzichtelijke procedures en dat de inhoud van de behandeling bepalend is en hiermee de professionalisering gestimuleerd wordt. De regelingen worden gezien als transparant. Bij een van de regelingen wordt aangegeven dat deze minder administratie vraagt. De dossiervorming wordt in een ander geval wel als tijdrovend gezien. Er wordt echter ook signaleerd dat naarmate er meer ervaring met dossiervorming opgedaan wordt de tijdsinvestering afneemt. Ten slotte melden sommige fysiotherapeuten dat getoetst worden als bedreigend ervaren wordt.

6. Wat zijn naar uw mening voor- en nadelen van de beperkende maatregel?

De voordelen die benoemd worden door enkele regiomanagers hebben betrekking op de beheersbaarheid van de kosten, de duidelijkheid die de regeling geeft ten aanzien van de vergoeding uit de hoofdverzekering en het beroep dat gedaan wordt op de professionaliteit van de fysiotherapeut bij de controles die uitgevoerd worden door zorgverzekeraars. De nadelen komen overeen met de nadelen die teruggekoppeld worden uit het werkveld zoals het gemis van een fysiotherapeutische diagnosecode voor de indicatiestelling, het niet volledig zijn van de "chronische lijst", de summierse verwijzing van de huisarts en de hoge uitvoeringslasten van de administratie. Met name komt naar voren dat vooral de groep oudere patiënten met een niet-chronische indicatie niet toe kunnen met het maximum aantal zittingen uit de hoofd- en aanvullende verzekering. Ten aanzien van de administratieve belasting valt met name het te maken hebben met verschillende zorgverzekeraars en de vergoeding van kosten uit de hoofd- en aanvullende verzekering op als oorzaak voor de hoge tijdsinvestering.

Als aanvulling wordt gegeven dat een vrije toegankelijkheid niet binnen de huidige regeling past en dat het wenselijk zou zijn wanneer de beslissing over het aantal zittingen dat nodig is gemaakt kan worden op basis van de zorginhoudelijke behoefte van de patiënt.

7. *Wat zijn naar uw mening de voor- en nadelen van de alternatieve regelingen van de zorgverzekeraar?*

Genoemd worden als voordelen de open en controleerbare wijze waarop de procedures van toetsing en doelmatigheid toegepast worden en de stimulans die ervan uitgaat voor een goede dossiervorming. Nadelen die genoemd worden betreffen het gegeven dat de tijd die men kwijt is aan dossiervorming niet in het tarief verwerkt zit. Tevens wordt het indienen van cijfermatig onderbouwde aanvragen voor capaciteitsuitbreiding als ingewikkeld ervaren door de behandelaars.

Een belangrijke voorwaarde voor het uitvoeren van een inhoudelijk model zoals het Amsterdams Dienstenmodel is dat er vertrouwen nodig is tussen de beroepsgroep en de zorgverzekeraar over het juist hanteren van de inhoudelijke afspraken.

3.2 Aspecten van een toekomstige vergoedingsregeling

Aangezien de Minister van VWS op de lange termijn wil komen tot een invulling van een vergoedingsregeling die de noodzakelijke zorg voor de ziekenfondsverzekering bevat is geïnventariseerd op welke wijze het begrip "noodzakelijke zorg" gedefinieerd wordt. Daarnaast zijn de geïnterviewden bevraagd over de voorwaarden die verbonden worden aan een nieuwe vergoedingsregeling, en wat de meningen zijn ten aanzien van toegankelijkheid zonder verwijzing.

Wat is volgens u de definitie van 'noodzakelijke zorg'? Vallen volgens u fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck hieronder?

Het komen tot een definitie van noodzakelijk zorg blijkt voor de geïnterviewde partijen moeilijk te zijn. Door de geïnterviewde partijen worden wel uitspraken gedaan ten aanzien van het belang van de patiënt en de rol van de verwijzer, de behandelaar en de zorgverzekeraar. Zowel beleidsinstanties als een aantal zorgverzekeraars geven tevens aan dat aspecten als ADL-zelfstandigheid, kwaliteit van leven en meer algemeen deelname aan de maatschappij van belang zijn bij het definiëren van noodzakelijke zorg.

De beroepsverenigingen zijn het erover eens dat noodzakelijke zorg moet worden vastgesteld in samenspraak tussen patiënt en behandelaar, waarbij het gaat om de vertaling van de hulpvraag van de patiënt naar de behandeldoelen op basis van de deskundigheid en professionaliteit van de behandelaar. Het KNGF ziet geen directe rol voor de verwijzer in de bepaling van noodzakelijke zorg. De NVOM is van mening is dat de verwijzer middels de beslissing of verwezen wordt hierin wel een rol heeft. Zowel het KNGF als de NVOM en de VBC zijn van mening dat hun werkgebied valt onder noodzakelijke zorg. Het KNGF geeft wel aan dat wellicht een uitzondering gemaakt kan worden voor een aantal randgebieden zoals bedrijfsfitness onder fysiotherapeutische begeleiding.

Enkele beleidsinstanties (CVZ, NPCF, LHV) geven aan dat behalve de verschillende partijen (patiënt, verwijzer, behandelaar) die een rol spelen in het bepalen waaruit noodzakelijke zorg moet bestaan tevens het aspect 'doelmatigheid' van zorg moet worden meegewogen in het begrip noodzakelijke zorg. Het gebruik van evidence-based richtlijnen zou hierbij volgens het CVZ en ook de IGZ een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn. Het ministerie van VWS meent net als het merendeel van de beleidsinstanties dat fysiotherapie onder noodzakelijke zorg valt maar geeft daarbij expliciet aan dat niet alle noodzakelijke zorg per definitie uit de ziekenfondsverzekering of de basisverzekering vergoed hoeft te worden.

Ook voor de meeste zorgverzekeraars geldt dat uitgegaan wordt van de driehoeksverhouding tussen patiënt, verwijzer en behandelaar in het bepalen van wat noodzakelijke zorg is. Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar zijn echter ook aspecten als doelmatigheid van zorg in het kader van kostenbeheersing van belang. Anova geeft bijvoorbeeld aan dat de taak van de zorgverzekeraar ligt in het inkopen van noodzakelijke zorg en het toetsen van deze zorg op kwaliteit en doelmatigheid. Zowel Delta Lloyd Nuts als VGZ en Salland geven het belang aan van objectieve maten, zoals bijvoorbeeld evidence-based richtlijnen voor het afbakenen van noodzakelijke zorg. Meer dan de helft van de geïnterviewde zorgverzekeraars geeft aan dat niet alle fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg noodzakelijk is.

NPCF : "Een aantal aspecten is van belang bij het vaststellen wat onder noodzakelijke zorg moet worden verstaan. Ten eerste moet de zorg waar een patiënt recht op heeft wettelijk zijn vastgelegd: de NPCF is daarbij voorstander van een breed ziekenfondspakket. Er moet bovendien sprake zijn van een doelmatige verstrekking: dit moet tot uiting komen in een indicatiestelling of de diagnose c.q. het advies van de zorgverlener. De omvang van de verstrekking wordt bepaald in overleg tussen zorgvrager, verwijzer en zorgverlener.....Het wettelijk vastgestelde ziekenfondspakket moet alle zorg omvatten die zorggebruikers voor hoge kosten zou kunnen plaatsen.....Een inperking van het aantal zittingen vooraf is volgens de NPCF niet nodig: dit zou moeten worden overgelaten aan de verantwoordelijkheid van de zorgvrager en de zorgverlener samen."

VWS : "Het is een misverstand om te denken dat zorg die vergoed wordt uit de ziekenfondsverzekering noodzakelijke zorg is en dat zorg die uit het derde compartiment vergoed wordt geen noodzakelijke zorg zou zijn."

VGZ : "Als zorgverzekeraar geeft VGZ aan dat noodzakelijke zorg betaalbare zorg moet zijn die ook op de lange termijn beschikbaar is. Deze noodzakelijke zorg zou in toenemende mate evidence-based moeten worden. Bij gebrek aan voldoende evidence-based richtlijnen hanteert VGZ op dit moment normen berekend op basis van wat in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. VGZ erkent dat fysiotherapie noodzakelijk is vanuit de perspectieven van het individu, de medisch professionals en de gemeenschap. Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar is het afbakenen van de hoeveelheid zorg een moeilijke kwestie omdat vele factoren hierin meespelen. De ontwikkeling van richtlijnen en behandelroutines kunnen bijdragen aan een oplossing hiervoor."

Zilveren Kruis

Achmea: "De mate waarin fysiotherapie valt onder noodzakelijke zorg is mede afhankelijk van de economische waarde van de fysiotherapie en de draagkracht en de wensen van de patiënten."

Zorg en Zeker-

heid : *“De verzekeraar heeft een rol met betrekking tot noodzakelijke zorg in de vorm van overleg met therapeuten hierover en het sturen van deze zorg aan de hand van praktijkprofielen in combinatie met regiogemiddelden.”*

Kunt u in enkele trefwoorden omschrijven aan welke voorwaarden een vergoedingsregeling volgens u dient te voldoen?

Een nieuwe regeling moet in eerste instantie de levering van noodzakelijke zorg voor alle groepen in de samenleving waarborgen; daarover zijn de beroepsverenigingen en het merendeel van de beleidsinstanties en zorgverzekeraars het eens. Vervolgens geven meerdere partijen aan dat een vergoedingsregeling recht moet doen aan de problematiek van elke individuele patiënt; er moet dus sprake zijn van vraaggerichte zorg op maat. Dit houdt in dat een vergoedingsregeling een bepaalde mate aan flexibiliteit moet bieden.

De levering van goede en doelmatige zorg moet door een vergoedingsregeling gestimuleerd worden. Dit houdt in dat er sprake moet zijn van hoge kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken moet een vergoedingsregeling ruimte bieden voor reflectie op de effectiviteit van de behandeling en zou de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsinstrumenten gestimuleerd moeten worden. Ten aanzien van het leveren van kwalitatief goede zorg wordt zowel door de beroepsverenigingen als de zorgverzekeraars aangegeven dat transparantie voor zowel de patiënt als de verwijzer, de therapeut en de zorgverzekeraar een voorwaarde is. Bij de beroepsverenigingen is de transparantie met name van belang voor het verschaffen van inzicht in het beroepsinhoudelijk handelen, door middel van bijvoorbeeld spiegelinformatie en multidisciplinair overleg. Zorgverzekeraars zien transparantie tevens als voorwaarde om te kunnen controleren op zaken als doelmatigheid en kwaliteit van zorg.

Uitvoeringstechnisch moet de regeling naast transparant ook flexibel, snel en eenvoudig zijn. Het CVZ voegt hier nog aan toe dat een nieuwe vergoedingsregeling tevens toekomstbestendig dient te zijn; de VBC geeft de wenselijkheid van een aanpassing van de VNZ-coderingen aan. De NVOM vindt dat zittingen oefentherapie losgekoppeld moeten worden van eventueel eraan vooraf gegeven zittingen fysiotherapie.

Tot slot wordt door het CVZ en een viertal zorgverzekeraars aangegeven dat een differentiatie in tarieven, mede afhankelijk van de verrichting en de werkbelasting wenselijk is. Ook zou rekening gehouden moeten worden met het inbouwen van incentives.

KNGF : *“De verzekerde moet aanspraak kunnen maken op de zorg die volgens geaccepteerde professionele normen noodzakelijk is. Binnen een vergoedingsregeling moet de fysiotherapeut deze noodzakelijke zorg kunnen leveren op basis van professionele normen en standaarden.”*

VBC : *“Een vergoedingsregeling moet een basis zijn voor zorg op maat en gebaseerd zijn op een vraaggestuurd systeem. Binnen dit vraaggestuurde systeem hebben de verwijzer, de oefentherapeut Cesar en de patiënt elk een eigen rol. Transparantie van zorg, bijvoorbeeld in de vorm van spiegelinformatie en multidisciplinair overleg, is ook een voorwaarde waaraan een vergoedingsregeling dient te voldoen. Voorwaarde is dat op voorhand sprake is van waardering voor oefentherapie Cesar.”*

- NVOM : *“Een vergoedingsregeling mag niet een middel zijn tot kwaliteitstoetsing: het vaststellen van beroepsinhoudelijke kwaliteitseisen en de controle op de naleving hiervan is aan de beroepsgroep.”*
- CVZ : *“Een vergoedingsregeling moet recht doen aan de problematiek van de patiënt (zorg op maat), ruimte bieden voor reflectie op effectiviteit van de behandeling en kwaliteitsbeleid en gebruik van kwaliteitsinstrumenten stimuleren. Een juiste vergoedingsregeling stimuleert goede en doelmatige zorg. Een differentiatie in tarieven gebaseerd op de werkbelasting van verschillende typen verrichtingen is wenselijk.”*
- IGZ : *“Het aandachtsgebied van de inspectie is de inhoud, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en niet de financiële afwikkeling van een regeling. Vanuit die optiek zou een vergoedingsregeling moeten aansluiten op het professioneel kunnen, gekoppeld aan kwaliteitsnormen en aan doelmatigheid; tevens mag een vergoedingssysteem zelf geen drempel opleveren voor de patiënt. Bovendien zou een regeling dusdanig opgezet moeten zijn dat beroepsbeoefenaren doelmatigheidsaspecten van het eigen handelen kunnen toetsen.”*
- ZN : *“Mensen met een inkomen beneden een bepaalde loongrens zijn verplicht zich via het ziekenfonds te verzekeren; daar moet service en klantgerichtheid van de verzekeraar tegenover staan.”*
- PWZ : *“Honoreringen moeten aansluiten bij de geleverde kwaliteit en tijdsinvestering; bijvoorbeeld door differentiatie in vergoedingen tussen junior- en senior behandelaars en een hogere vergoeding voor het eerste en laatste consult van de behandeling. Een differentiatie in vergoedingen naar verrichting is ook mogelijk.”*

Indien uit wordt gegaan van een financieringsstelsel waarin een limiet gesteld wordt aan de kosten voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck, wat zijn volgens u mogelijkheden om deze kosten te beheersen?

Er wordt door de betrokken partijen een aantal mogelijkheden genoemd om de kosten te beheersen indien er in een vergoedingssysteem een limiet wordt gesteld aan de kosten.

De beroepsverenigingen zijn van mening dat de sturing zou moeten plaatsvinden door het versterken van de beroepsinhoudelijke professionele normen en het bevorderen van de transparantie. Een verdere beheersing van kosten vanuit zorgverzekeraars door middel van het sturen op behandelgemiddelden wordt door alle drie de beroepsverenigingen afgewezen. De NPCF deelt de mening van de beroepsverenigingen en vindt dat de beheersing van kosten ondergeschikt moet zijn aan de zorgvraag.

Ook vanuit het ministerie van VWS en het CVZ wordt het belang van kwaliteit en professionaliteit in het beheersen van de kosten aangegeven. Wanneer dit het enige uitgangspunt zou zijn wordt gevreesd dat de kosten niet beheersbaar zullen zijn en zullen stijgen; daarom worden veelal andere vormen van kostenbeheersing toegevoegd. In de meeste gevallen gaat het dan om het beperken van de omvang van het basispakket en het stellen van een maximale limiet aan het aantal verrichtingen. De LHV geeft in dit kader aan dat er nog geen sprake is van voldoende verwetenschappelijking van de beroepsgroepen om tot een onderbouwde limiet te komen.

Het merendeel van de zorgverzekeraars neemt eveneens de professionaliteit van de beroeps-groep als uitgangspunt. Het vervolgens sturen op aan richtlijnen gekoppelde behandelranges en behandelgemiddelden is een vorm van kostenbeheersing waar de meeste zorgverzekeraars heil in zien. Behandelgemiddelden worden niet in alle gevallen gebruikt als doelmatigheids criterium, maar dienen ook als middel tot reflectie op de behandeling. In dit kader zijn tevens aspecten als kwaliteit, transparantie en spiegelinformatie van belang. Een beperkt aantal zorgverzekeraars werkt reeds met spiegelinformatie. Deze spiegelinformatie geeft inzicht in het handelen van therapeuten en kan dienen als uitgangspunt voor het afsluiten van preferred provider contracten. Alhoewel vrijwel alle zorgverzekeraars mogelijkheden zien in het beheersen van de kosten door het werken met preferred providers, wordt ook aangegeven dat dit leidt tot een keuzebepanking van de patiënt. Groene Land/Achmea geeft aan dat preferred provider arrangementen wel passen in een systeem waarin gewerkt wordt met zorgketens. Bovendien sluiten dergelijke arrangementen mogelijk goed aan bij de op komst zijnde vrije marktwerking.

Een simpele variant om de kosten te beheersen is een door Zilveren Kruis gesuggereerd systeem waarbij 20% van de totale kosten voor eigen risico komt, wat herverzekeraar is in de aanvullende verzekering. Zilveren Kruis hecht ook grote waarde aan het solidariteitsprincipe waarbij de kwetsbare groepen uit de samenleving als uitgangspunt worden genomen in het op stellen van een beheersmodel.

KNGF : *"Het KNGF is van mening dat wanneer doelmatige noodzakelijke zorg is vastgesteld en er gewerkt wordt volgens professionele normen en standaarden er geen sprake zou moeten zijn van een verdere beheersing van kosten door bijvoorbeeld volume afspraken. De beroepsbeoefenaren moeten zich wel toetsbaar opstellen."*

NVOM : *"Sturing door zorgverzekeraars op basis van behandelgemiddelden is een vorm van bezuiniging en financiële pressie om het aantal zittingen per patiënt te beperken."*

VWS : *"De beheersing zou moeten beginnen bij de behandelaar en bij het verlenen van doelmatige, evidence based zorg. Dit wringt met het huidige systeem waarin men wettelijk recht heeft op bepaalde zorg, namelijk 9 zittingen fysiotherapie, daarvoor is men verzekerd. De vanzelfsprekendheid dat er negen zittingen verleend worden vanwege het recht zou vervangen moeten worden door een systeem waarin op basis van de professionaliteit van de behandelaar bepaald wordt hoeveel zorg noodzakelijk is."*

ZN : *"Kostenbeheersing kan bereikt worden door onderlinge afspraken tussen verzekeraars en behandelaars over productie en budgetten. Doordat het aanbod van zorg ook weer eigen vraag schept moet het aanbod wel enigszins beperkt worden. Duidelijkheid over verzekeringen en over de zorg die volgens de pakketvoorwaarden vergoed wordt is het belangrijkste. Flexibiliteit moet je met elkaar bereiken, afspraken over de naleving van het kwaliteitsbeleid kan hieraan bijdragen. Bovendien vergroot dit de transparantie en neemt het wantrouwen weg."*

Groene

Land: *"Het preferred provider idee past bij een zorgketen benadering. Een voordeel voor de zorgverzekeraars kan zijn dat via verschillende preferred provider arrangementen meer verscheidenheid tussen zorgverzekeraars gecreëerd kan worden en daarmee de concurrentie vergroot kan worden. Een nadeel daar van is dat verzekerden dan een beperkte keuzevrijheid hebben in het kiezen van de zorgverlener."*

Zorg en Zeker-

heid : *“Door middel van effectief gebruik van en sturing op de ontwikkelde praktijkprofielen kunnen de kosten beheerst worden. Het effect hiervan op de lange termijn moet echter nog worden aangetoond. Bij sturing op behandelgemiddelden op basis van praktijkprofielen en spiegelinformatie wordt in hoofdzaak een attitude verandering ten aanzien van het kritisch handelen van de therapeut nagestreefd.”*

ZAO : *“Kostenbeheersing is niet het doel van het Dienstenmodel; de zorg die nodig is moet ook vergoed worden. Gezien de ontwikkelingen: meer ouderen die thuis blijven wonen, verpleeghuisverplaatste zorg etc. lijkt kostenbeheersing op dit moment overigens ook niet reëel.”*

Wat is uw mening over toegankelijkheid zonder verwijzing voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck?

Alle beleidsinstanties zijn in meer of mindere mate voorstander van invoering van toegankelijkheid zonder verwijzing. Onder de zorgverzekeraars zijn de meningen verdeeld; van de beroepsverenigingen is alleen het KNGF voorstander van toegankelijkheid zonder verwijzing.

Het KNGF ziet toegankelijkheid zonder verwijzing als een belangrijke en ook logische stap in het laagdrempelig en toegankelijk maken van de eerstelijns gezondheidszorg. De VBC ziet wel mogelijkheden in een systeem met meerdere verwijzers, maar zet vraagtekens bij de verschuiving van de medische eindverantwoordelijkheid. De samenwerking met de huisarts (als verwijzer) blijft, ook volgens het KNGF belangrijk, mede gezien het overzicht dat deze heeft over de ziektegeschiedenis van de patiënt op basis waarvan een medische diagnose gesteld wordt. Het belang van de verwijzer weegt voor de NVOM dusdanig zwaar dat zij geen voorstander is van toegankelijkheid zonder verwijzing.

Alhoewel de beleidsinstanties voorstander zijn van invoering van toegankelijkheid zonder verwijzing worden er wel voorwaarden aan gesteld. Voorwaarden die genoemd worden door IGZ liggen op het vlak van de verantwoordelijkheid voor al dan niet indiceren, het feit dat de noodzaak van en niet het recht op (9 zittingen) fysiotherapie centraal moet staan en de terugkoppeling naar de huisarts. Het Ministerie van VWS, het CVZ en de LHV suggereren beperkte invoering van toegankelijkheid zonder verwijzing voor bijvoorbeeld het fysiotherapeutisch consult en aandoeningen waarvoor een verwijzing niet meer dan een formaliteit is. De NPCF geeft vanuit zorginhoudelijk oogpunt aan dat de poortwachtersfunctie van de huisarts behouden moet blijven, voornamelijk vanwege de bundeling van gegevens in het medisch dossier. Wederzijds vertrouwen en duidelijke afspraken tussen verwijzers en behandelaars is hoe dan ook een voorwaarde.

Meer dan de helft van de geïnterviewde zorgverzekeraars is op korte of op lange termijn voorstander van invoering van toegankelijkheid zonder verwijzing. Beperkte invoering bij bijvoorbeeld een select aantal specifieke diagnoses (Delta Lloyd Nuts, PWZ, Groene Land) en binnen zorgketens (PWZ) of gezondheidscentra waar gewerkt wordt met multidisciplinaire teams zou wellicht op korte (ZAO) of lange (VGZ) termijn mogelijk zijn. Het belang van de al eerder genoemde poortwachtersfunctie van de huisarts en zijn medische verantwoordelijkheid en inzicht in de ziektegeschiedenis van de patiënt is voor een aantal zorgverzekeraars reden om geen voorstander te zijn van toegankelijkheid zonder verwijzing. Azivo geeft met nadruk aan dat de verantwoordelijkheid van de indicatie bij de huisarts hoort te liggen. Een deel van de zorgverzekeraars is van mening dat de beroepsgroepen op dit moment nog niet toe zijn aan de

invoering van toegankelijkheid zonder verwijzing. Er wordt aangegeven dat onder andere nog aandacht besteed moet worden aan de volgende zaken: ontwikkeling en invoering van richtlijnen (Zorg en Zekerheid, Zilveren Kruis), samenwerking tussen verwijzer en behandelaar (CZ, VGZ) en een eventuele aanpassing van de opleidingen (Anova, Zilveren Kruis, ZAO).

Tot slot verwachten Delta Lloyd Nuts, VGZ, Azivo en Zorg en Zekerheid indien toegankelijkheid zonder verwijzing ingevoerd wordt een toename in consumptie en daarmee een stijging in de kosten. Anova is echter van mening dat wanneer het professioneel handelen van de therapeuten gewaarborgd is, dit risico gering is.

KNGF : *“Toegankelijkheid zonder verwijzing dient als groeimodel gezien te worden, waarbij duidelijke afspraken gemaakt moeten worden ten aanzien van verantwoordelijkheden.”*

VBC : *“In het kader van de verschuiving van aanbod- naar vraaggestuurde zorg ziet de VBC mogelijkheden in een systeem met meerdere verwijzers. De VBC is, in het licht van zorgketens, voorstander van transparantie middels multi-disciplinair overleg. Het verschuiven van de medische eindverantwoordelijkheid kent zoveel haken en ogen (maatschappelijk, ethisch, wet- en regelgeving, concurrentie positie, klacht- en tuchtregeling etc.) dat dit nog nadere bestudering vereist.”*

IGZ : *“De beroepsgroepen zijn gezien de kwaliteit van zorg die zij nu leveren rijp voor vrije toegankelijkheid zonder verwijzing door een arts. Het kan de kwaliteit van zorg zelfs ten goede komen als een fysiotherapeut zelf een indicatie kan stellen op basis van zijn eigen kennis en vaardigheden. Er zijn echter wel bepaalde voorwaarden aan de invoering van vrije toegankelijkheid verbonden.”*

VWS : *“Het diagnosticerend vermogen van fysiotherapeuten is de laatste jaren enorm toegenomen. Nederland is het enige land in de wereld waar de fysiotherapeut zelfstandig een behandelplan opstelt en zelf een diagnose stelt. Dit staat ook in zijn bevoegdheden omschreven in de wet BIG. De deskundigheid van fysiotherapeuten in Nederland is bovendien veel groter dan bij fysiotherapeuten die in het buitenland zijn opgeleid. Vrije toegankelijkheid zonder verwijzing is daarom een wenselijke ontwikkeling die ook door de Minister wordt gestimuleerd. Aan deze ontwikkeling zullen wel strenge voorwaarden moeten worden gesteld: er zullen protocollen ontwikkeld moeten worden en goede afspraken moeten worden gemaakt om een verantwoorde zorgverlening te garanderen. Bovendien moeten fysiotherapeuten zelf in staat zijn om onderscheid te maken tussen patiënten die zonder verwijzing behandeld kunnen worden en patiënten die doorverwezen moeten worden.”*

LHV : *“Een fysiotherapeut zou in een systeem kunnen functioneren waarin de huisarts centraal staat met daaromheen meerdere zogenaamde ‘satelieten’, zoals een psycholoog, fysiotherapeut, logopedist en verloskundige. Tot dit systeem verkrijgt men toegang via een bepaald loket waar iemand ‘de weg’ wijst. Het fysiotherapeutisch consult en herhaalde verwijzingen zouden binnen dit systeem niet meer alleen via de huisarts toegankelijk hoeven zijn.”*

Azivo : *“Azivo is niet voor vrije toegankelijkheid van fysiotherapie en oefentherapie. Dit wordt vooral ingegeven door het feit dat fysiotherapeuten/oefentherapeuten altijd een aanknopingspunt voor behandeling kunnen vinden. Er wordt bovendien een kwetsbare*

situatie gecreëerd wanneer de keuze voor wel/niet behandelen bij de behandelaar komt te liggen. De verantwoordelijkheid voor de indicatie voor fysiotherapie hoort bij de verwijzer te liggen. Deze heeft een grotere autoriteit en meer alternatieven tot zijn beschikking."

Anova : *"Anova staat zeer positief tegenover het idee van toegankelijkheid zonder verwijzing voor fysiotherapie/oefentherapie, mits dit goed wordt ingebed in de zorgsystemen. Dit houdt in dat onder andere de opleidingen fysiotherapie/oefentherapie aangepast moeten worden zodat de medische eindverantwoordelijkheid door de therapeuten gedragen kan worden. Anova is van mening dat, ook wanneer sprake is van toegankelijkheid zonder verwijzing, het contact met de huisarts als poortwachter moet blijven bestaan. Anova schat in dat, indien het professioneel handelen van de therapeuten gewaarborgd is, het risico van kostenstijging door een volumetoename gering is."*

CZ : *"Vrije toegankelijkheid voor fysiotherapie en oefentherapie onder voorwaarden wordt als een interessante optie gezien. In de randvoorwaarden moet opgenomen zijn hoe de afstemming is, contra-indicaties worden uitgesloten en medische missers etc. worden voorkomen."*

3.3 Alternatieve vergoedingsregelingen

De door de projectgroep geselecteerde alternatieven, die ten behoeve van de interviews scenario's zijn genoemd, zijn voorgelegd aan de geïnterviewden. De interviewvragen hadden behalve op de voor- en nadelen van de gepresenteerde alternatieven ook betrekking op de voorkeur voor één van de genoemde alternatieven en eventuele andere alternatieven.

Kunt u voor elk van de scenario's aangeven wat volgens u de voor- en nadelen zijn?

Scenario 1

Scenario 1 komt overeen met de beperkende maatregel. Als belangrijkste nadeel van de beperkende maatregel wordt door zowel beroepsverenigingen als beleidsinstanties en zorgverzekeraars vermeld dat de maatregel niet beroepsinhoudelijk onderbouwd is. Het ministerie van VWS, de NPCF en ZAO geven expliciet aan dat niet wordt uitgegaan van de zorgvraag van de patiënt. Bovendien kan, zonder een aanvullende verzekering, de noodzakelijke zorg voor fysiotherapie veelal niet gegarandeerd worden. De NVOM en de VBC geven aan dat dit voor hun vakgebied slechts geldt voor een klein percentage van het totaal aantal patiënten omdat de meeste behandelingen binnen het maximum van 18 zittingen die vergoed worden gegeven kunnen worden. Door een deel van de geïnterviewde partijen wordt ook de onvolledigheid en complexiteit van de chronische lijst en de VNZ-coderingen als nadeel ervaren. Ook wordt aangegeven dat de 'lijst' gebaseerd is op medische diagnoses hetgeen niet aansluit bij de therapeutische diagnose.

Het ministerie van VWS en enkele zorgverzekeraars zijn van mening dat de regeling zeer beheersbaar en stuurbaar is en dat door de regeling doelmatige zorgverlening gestimuleerd wordt. In dit kader geeft bijvoorbeeld Delta Lloyd Nuts aan dat het scenario duidelijkheid verschaft en de kosten inderdaad beheersbaar zijn en ziet ook het CVZ de voordelen van het financiële plafond binnen de regeling. ZN en een aantal zorgverzekeraars geven juist aan dat de regeling weinig ruimte biedt voor flexibiliteit. De meningen over de uitvoeringstechnische kant van het scenario verschillen. Zilveren Kruis Achmea, Salland en PWZ bijvoorbeeld vinden de uitvoering

administratief lastig, terwijl Delta Lloyd Nuts, Zorg en Zekerheid en Azivo vermelden dat de regeling goed hanteerbaar is en geen operationele problemen oplevert.

Als bijkomend voordeel van de beperkende maatregel wordt door onder andere de LHV de bewustwording van het verwijs- en behandelgedrag genoemd. Ook de kwaliteitsimpuls die de invoering van de regeling in 1996 tot gevolg had wordt door het KNGF, CVZ en VWS als voordeel aangemerkt.

NVOM : *“Binnen de huidige regeling is er voldoende ruimte voor de professionele autonomie van de oefentherapeut-Mensendieck, omdat de meeste behandelingen binnen het maximum van 18 zittingen die vergoed worden gegeven kunnen worden.”*

IGZ : *“Dit scenario geeft duidelijkheid ten aanzien van behandelvolumes en aantal zittingen; de verantwoordelijkheid van de therapeut blijft beperkt tot de behandeling; er is weinig discussie nodig over financiële kwesties. Nadelen zijn dat de “lijst” gebaseerd is op medische diagnoses, patiënten die niet voldoende aanvullend verzekerd zijn krijgen niet altijd de nodige zorg en er worden kunstmatige constructies bedacht om meer dan negen zittingen uit de basisverzekering vergoed te krijgen. Knelpunt in het huidige systeem is de vraag of je aan mensen over kunt laten om al dan niet een aanvullende verzekering te nemen.”*

Anova : *“Het huidige vergoedingssysteem is gezien bijvoorbeeld de wachtlijsten en verschuivingen in de vraag, een regeling die niet past binnen de huidige en toekomstige ontwikkelingen op zorggebied.”*

Delta Lloyd

Nuts : *“Vanuit verzekeringstechnisch oogpunt verschaft dit scenario, mede als gevolg van de scheiding tussen ‘lijst’- en ‘niet lijst’ aandoeningen, duidelijkheid met betrekking tot het te verstrekken aantal zittingen. De maatregel levert geen operationele problemen op en de kosten zijn beheersbaar. Om te voorkomen dat in korte tijd tweemaal een nieuwe regeling ingevoerd zou moeten worden pleit Nuts voor handhaving van de huidige regeling.”*

Scenario 2

Scenario twee gaat uit van behandelprogramma's en sluit hiermee aan bij het Amsterdams Dienstenmodel.

De beleidsinstanties zijn het erover eens dat scenario 2 een meer beroepsinhoudelijke regeling voorstelt. Er wordt meer recht gedaan aan de professionele autonomie van de behandelaar, de patiënt staat centraal en er kan meer zorg op maat geleverd worden.

In dit kader hebben de beroepsverenigingen voorkeur voor variant 2b waarbij de behandelaar het behandelprogramma bepaalt. Het KNGF en het CVZ geven aan dat het ADM een sjabloon biedt waaraan de ontwikkelde richtlijnen gekoppeld kunnen worden.

Als belangrijkste nadeel wordt door vrijwel alle partijen het door elkaar lopen van de financieringsstromen uit het tweede en derde compartiment aangegeven, waardoor het huidige ADM niet als volwaardig alternatief gezien kan worden. De VBC geeft aan dat door het vastleggen van het aantal zittingen per behandelprogramma er alsnog sprake is van een beperking waardoor geen zorg op maat geleverd kan worden.

Aan het geschetste scenario wordt door verschillende partijen een aantal voorwaarden gekoppeld. Zo wordt door alle beroepsverenigingen en tevens enkele beleidsinstanties en zorgverzekeraars de voorwaarde gesteld dat de behandelprogramma's duidelijk gedefinieerd dienen te worden. De VBC is van mening dat een indeling in behandelprogramma's praktisch onmogelijk

is. Daarnaast is het merendeel van de zorgverzekeraars, maar ook bijvoorbeeld het CVZ en de LHV zijn van mening dat de samenwerking tussen verwijzer en behandelaar gestimuleerd dient te worden.

In het kader van uitvoeringstechnische nadelen geeft de NVOM aan dat het geschetste scenario complexer is dan de huidige vergoedingsregeling en dat daarom bij eventuele invoering rekening gehouden moet worden met een gewenningsperiode. Ook enkele zorgverzekeraars verwachten dat dit scenario extra administratieve rompslomp met zich mee zal brengen. Anova geeft tot slot nog aan dat dit scenario mogelijk consequenties zal hebben voor de levering van zorg op maat; ook de VBC ziet dit scenario als beperking in het komen tot contracten op maat.

VWS : *“Dit scenario doet meer recht aan de professionaliteit van de behandelaar; er worden meer inhoudelijke criteria gehanteerd. Desondanks hinkt dit scenario op twee gedachten: enerzijds toch de oude aanpak van de beperkende maatregel maar dan met vier categorieën, anderzijds een grotere vrijheid. Feitelijk biedt dit scenario minder mogelijkheden dan de beperkende maatregel omdat de zorg volledig gebudgetteerd is.”*

ZAO : *“Dit scenario is doelgroepgericht en biedt meer mogelijkheden om zorg op maat te leveren. De voorkeur gaat daarbij uit naar een variant waarin de verwijzer en de therapeut in samenspraak bepalen welke zorg noodzakelijk is.”*

Salland : *“De samenwerking tussen verwijzer en behandelaar dient meer gestimuleerd te worden en zowel variant a als variant b hebben dit onvoldoende in zich.”*

VGZ : *“Dit scenario sluit aan bij de huidige ontwikkelingen op het gebied van evidence-based richtlijnen. Inzicht in richtlijnen en de indicatie is noodzakelijk om controle op doelmatigheid mogelijk te maken. In dit kader is VGZ tevens voorstander van het verstrekken van spiegelinformatie en inzicht in behandelgemiddelden. Op de langere termijn kan dan mogelijk afgestapt worden van volume afspraken.”*

Zilveren

Kruis : *“De communicatie tussen verwijzer en behandelaar wordt als voordeel van het ADM gezien, waarbij deze communicatie wel gestructureerd en met een repeterend karakter moet plaatsvinden en moet leiden tot transparante, goed georganiseerde en geregisseerde zorg voor de patiënt. Als kanttekening bij het ADM wordt het feit geplaatst dat het praktisch onmogelijk is voor een therapeut om vooraf of na de eerste zittingen de totale duur van de behandeling te voorspellen.”*

Scenario 3

Dit scenario waarbij er geen sprake is van beperking van de aanspraken op de vergoeding uit de hoofdverzekering en een gezamenlijke sturing door verwijzer en behandelaar wordt door een aantal van de geïnterviewde partijen omschreven als ideaal-scenario. De gezamenlijke sturing door verwijzer en behandelaar wordt als voordeel ervaren, zij het dat hier wel kanttekeningen bij worden geplaatst. Het CVZ, de LHV en ook een aantal zorgverzekeraars zijn van mening dat de beroepsgroepen op dit moment nog niet toe zijn aan de invoering van een dergelijk scenario. Het gebrek aan voldoende richtlijnen en de beperking hierdoor voor wat betreft het evidence-based werken volgens professionele normen wordt hiervoor als voornaamste reden aangevoerd. Ook het KNGF geeft het belang aan van het verder ontwikkelen van de professionele normen en standaarden. Het werken vanuit professionele normen en de mogelijkheid hierop te kunnen

controleren is een aspect dat door veel zorgverzekeraars als voorwaarde wordt aangemerkt, alhoewel ZAO vraagtekens plaatst bij de mogelijkheid hiervan.

Het ministerie van VWS en ZN geven aan dat het loslaten van beperkingen in de hoofdverzekering vanuit het oogpunt van kostenbeheersing niet reëel is; een aantal zorgverzekeraars sluit zich hierbij aan. Het KNGF geeft aan dat er eventueel incentives (bijvoorbeeld door middel van benchmarking) moeten worden ingebouwd om doelmatig en kostenefficiënt handelen te bevorderen; de LHV is ook voorstander van een systeem van incentives. De VBC hecht belang aan de rol van de zorgverzekeraar en is, in tegenstelling tot de NVOM, voorstander van preferred provider arrangementen.

De IGZ geeft aan dat er aandacht besteed zou moeten worden aan de verschuiving van de verantwoordelijkheid van huisarts naar de fysiotherapeut en het waarborgen van noodzakelijke zorg; een terrein waarop bijvoorbeeld ook het Zilveren Kruis problemen verwacht. Zilveren Kruis vindt tevens dat het scenario in strijd is met de commercialiteit van verzekeraars: op het moment dat alle therapeutische zorg volledig ten laste van de hoofdverzekering komt vervalt de mogelijkheid voor zorgverzekeraars zich op dit gebied van elkaar te onderscheiden. Integrale kwaliteitsbewaking, door bijvoorbeeld intervisie en visitatie, spiegelinformatie, richtlijnen, verslaglegging en objectieve criteria zijn voorbeelden van de door zorgverzekeraars genoemde voorwaarden waaraan dit scenario zou moeten voldoen.

VBC : *"Bij dit scenario is ook de vrije concurrentie tussen oefentherapeuten onderling gewaarborgd."*

VWS : *"Scenario drie is de ideale regeling. Fysiotherapie wordt beschouwd als noodzakelijke zorg waarvan de verstrekking niet is beperkt. De zorgverlening is gebaseerd op goede, evidence based protocollen en de invulling van de zorgverlening wordt aan arts en fysiotherapeut overgelaten op basis van hun professionaliteit. Dit scenario is echter niet realistisch. Het zal moeilijk zijn om vaste volume afspraken te maken als fysiotherapie volledig onder de hoofdverzekering valt. Bovendien zal er zal geen sprake zijn van een statische hulpvraag: de verwachting is dat de kosten zullen stijgen."*

ZAO : *"In dit scenario ontbreekt de mogelijkheid om gegevens over de zorgverlening te verzamelen. Hierdoor is het lastig om spiegelinformatie te genereren en beleid af te stemmen op de kwaliteit van zorg en aandacht voor probleemgroepen."*

Welke van de genoemde scenario's heeft uw voorkeur?

Onder de beroepsverenigingen bestaat verdeeldheid over de voorkeur voor één van de genoemde scenario's. De NVOM heeft voorkeur voor scenario 1 mits uitgegaan wordt van een reële limiet en een herdefiniëring van de chronische lijst, de voorkeur van de VBC gaat uit naar scenario 3 zij het onder bepaalde voorwaarden en het KNGF doet nog geen uitspraken ten aanzien van een voorkeur maar ziet wel mogelijkheden in een combinatie van scenario 2b en scenario 3.

Van de beleidsinstanties bestaat er, ook weer onder bepaalde voorwaarden, een duidelijke voorkeur voor scenario 3. Alleen ZN geeft aan dat met wat meer flexibiliteit scenario 1 de voorkeur verdient omdat dit scenario duidelijkheid verschaft en de mogelijkheid biedt de kosten te beheersen.

De zorgverzekeraars laten ook geen eenduidige mening zien ten aanzien van een voorkeur voor één van de genoemde scenario's. Delta Lloyd Nuts sluit zich aan bij de mening van ZN en is voorstander van scenario 1. Een viertal zorgverzekeraars waaronder ZAO is voorstander van scenario 2 waarbij variant b de voorkeur geniet. De overige zorgverzekeraars, met uitzondering van CZ, hebben voorkeur voor scenario 3, waarbij wederom een aantal voorwaarden worden

vermeld. De vermelde voorwaarden zijn onder andere het gevolg van de nog summiere uitwerking van het scenario.

CZ tot slot is, rekening houdend met de stelselwijziging van 2005, van mening dat op korte termijn scenario 1 de voorkeur heeft; de LHV sluit zich hierbij aan. CVZ ziet in scenario 2b een goed alternatief voor de korte termijn. Ook het KNGF, de IGZ en de NPCF vragen zich af of in de tussenliggende periode naar de stelselwijziging een verandering van de vergoedingsregeling wel zinvol is.

KNGF : *“Het is ook de vraag of in de tussenliggende periode naar de stelselwijziging in 2005 een verandering van de vergoedingsregeling wel zinvol is. De beperkende maatregel is niet gebaseerd op zorginhoudelijke argumenten, maar in de praktijk blijkt de regeling goed uitvoerbaar, met uitzondering van problemen met betrekking tot de chronische lijst. Om onrust te voorkomen is het wellicht zinvol eventuele wijzigingen parallel te laten lopen aan de stelselwijziging.”*

CVZ : *“Scenario 3 heeft de voorkeur maar is op dit moment nog niet haalbaar gezien de professionele eisen die gesteld worden in het scenario. Vooral de wetenschappelijke onderbouwing en de borging van het kwaliteitsbeleid zijn nog niet op voldoende hoog niveau.”*

Groene

Land : *“Scenario 2b heeft de voorkeur omdat het nadrukkelijk wijst op de verantwoordelijkheid ten aanzien van het professioneel handelen van de behandelaar. Behandelranges opnemen in richtlijnen en het ontwikkelen van zorgketens passen prima in dit scenario.”*

Heeft u een ander scenario voor ogen dat hier niet genoemd is?

Ten aanzien van een eventueel ander scenario wordt een aantal wensen en voorwaarden geuit. Vanuit de overheid is er de wens om zorgverzekeraars en behandelaars meer de ruimte te geven om zelf afspraken te maken over de behandelingsnoodzaak. De LHV geeft aan dat noodzakelijke zorg voor iedereen beschikbaar moet blijven maar dat die zorg ook beheersbaar moet blijven. Het merendeel van de zorgverzekeraars sluit zich aan bij het aspect van kostenbeheersing maar geeft ook het belang aan van kwalitatief goede zorg. Zilveren Kruis Achmea geeft aan dat profilering van zorgverzekeraars in een systeem van marktwerking mogelijk moet zijn waarbij rekening gehouden dient te worden met de kwetsbare groepen in de samenleving. ZAO geeft expliciet aan dat een nieuwe regeling gebaseerd moet zijn op inhoudelijke argumenten en autonomie van de behandelaars en niet op kostenbeheersing.

Er wordt slechts door een beperkt aantal van de geïnterviewde partijen een suggestie gedaan voor een eventueel alternatief scenario. Zo suggereert de NVOM een totale vrije marktwerking in de zin van opheffing van onder andere alle beperkingen in de contracten en het aantal zittingen. Zowel ZN als het ministerie van VWS maar ook PWZ opperen de mogelijkheid van het volledig ten laste van de aanvullende verzekering laten komen van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie Cesar en -Mensendieck. Het ministerie van VWS en de IGZ geven ook de mogelijkheid aan van continuering van de beperkende maatregel met eventuele wijzigingen. Als mogelijke wijziging wordt door IGZ een verruiming van de huidige regeling voorgesteld van 9 naar 12 zittingen en een aanpassing van de chronische lijst. Zilveren Kruis Achmea geeft aan dat een simpele oplossing gevonden kan worden in een 20/80 regel waarbij 20% van de kosten voor eigen rekening van de patiënt komt.

Een aantal van de geïnterviewde partijen heeft uitspraken gedaan over het idee van persoonsgebonden budgetten; de meningen hierover zijn verdeeld. Het ministerie van VWS en Delta Lloyd Nuts zien er de mogelijkheden wel van, maar Groene Land Achmea geeft aan dat doordat de patiënt zelf de zorg inkoop het zicht op de kwaliteit van zorg verdwijnt. Salland stelt voor een zorgbudget voor fysiotherapie toe te kennen aan de huisarts. De meningen rondom een abonnementen-systeem, waarover een deel van de geïnterviewden uitspraken deed, geven ook geen eenduidig beeld. Terwijl Anova en Azivo de mogelijkheden van een dergelijk systeem overwegen wijst PWZ dit systeem af.

NPCF : *“De NPCF benadrukt dat in een nieuwe regeling vraaggestuurde zorg centraal moet staan, volumeafspraken moeten daaraan ondergeschikt zijn. In de nota ‘Vraag aan bod’ wordt voorgesteld om aan zorgverzekeraars de regie in handen te geven ten aanzien van de vraaggestuurde zorg. De NPCF stelt hier vraagtekens bij omdat zorgverzekeraars door middel van hun inkoopbeleid het aanbod gaan afstemmen op de vraag. Dit is een verkapt vorm van aanbodsturing waarbij de vraag van patiënten niet centraal staat.”*

ZN : *“Fysiotherapie en oefentherapie Cesar en -Mensendieck volledig aanvullend verzekeren zou een mogelijkheid zijn. Dan is er echter geen wettelijk recht meer op vergoeding vanuit de hoofdverzekering; dit wordt niet als wenselijk geacht voor de toekomst. Een wettelijke basis en de mogelijkheid voor een flexibele invulling van de aanvullende verzekering door verzekeraars zijn de belangrijkste voorwaarden.”*

PWZ : *“Vanuit het oogpunt van de verzekeraar met betrekking tot het beheersen van kosten is een abonnementen systeem voordelig; vanuit het perspectief van de patiënt wijst PWZ dit systeem echter af.”*

4 Visie van de projectgroep ten aanzien van de voorwaarden waaraan een vergoedingsregeling dient te voldoen

4.1 Inleiding

De projectgroep heeft zich gedurende het project gebogen over de vraag aan welke voorwaarden (beroepsinhoudelijk en uitvoeringstechnisch) een vergoedingsregeling voor de verstrekking van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck dient te voldoen. De eerste resultaten van deze discussie zijn als achtergrondinformatie aan de te interviewen partijen toegezonden voorafgaand aan de interviews. Op basis van de resultaten van de interviews heeft de projectgroep deze visie verder ontwikkeld; het resultaat daarvan is weergegeven in dit hoofdstuk.

De projectgroep heeft de vraag naar beroepsinhoudelijke en uitvoeringstechnische voorwaarden benaderd door belangrijke aspecten van een vergoedingsregeling nader te beschouwen. Vervolgens zijn relevante nieuwe ontwikkelingen betrokken bij de overwegingen; op basis daarvan is een voorlopig standpunt geformuleerd ten aanzien van de voorwaarden voor een nieuwe regeling. De aspecten die nader beschouwd zijn zijn de volgende:

- S** noodzakelijke zorg: Wat is noodzakelijke zorg; wie bepaalt welke zorg en hoeveel zorg noodzakelijk is? In het huidige systeem wordt de hoeveelheid zorg die betaald wordt uit de wettelijke ziekenfondsverzekering begrensd door de beperkende maatregel. Bij een indicatie voor een aandoening die niet voorkomt op de chronische lijst is de zorg beperkt tot negen zittingen. Bij indicaties die wel voorkomen op de chronische lijst kan de zorgverlening zich over een langere periode en meer zittingen uitstrekken. Een deel van de noodzakelijke zorg bij aandoeningen die niet op de chronische lijst voorkomen wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering.
- S** rol van de verwijzer: Wat zouden de taken en verantwoordelijkheden van de verwijzer moeten zijn? In het huidige systeem bepaalt de verwijzer of verwezen wordt, de verwijsdiagnose is bepalend voor de omvang van de behandeling. De behandelaar werkt op verwijzing van de behandelend arts, deze heeft de medische eindverantwoordelijkheid.
- S** rol van de behandelaar: Wat zouden de taken en verantwoordelijkheden van de behandelaar moeten zijn? Wat is het belang van professionele normen bij de zorgverlening? Is de huidige invloed van de verwijzer aan herziening toe; welke verantwoordelijkheden moeten toebedeeld worden aan de behandelaar gezien diens professionaliteit?
- S** rol van de patiënt: Verwijzers, behandelaars en verzekeraars hebben taken en verantwoordelijkheden. Wat is de rol van de patiënt in het kader van vraaggestuurde zorg?
- S** rol van de verzekeraar: Wat zouden de taken en verantwoordelijkheden van de verzekeraar moeten zijn? Er is een ontwikkeling gaande naar een grotere mate van marktwerking. Dit betekent dat zorgverzekeraars mogelijk een grotere invloed zullen krijgen op de zorgverlening dan zij nu hebben. Op welke wijze en in welke mate kunnen verzekeraars zich met de zorgverlening bemoeien?

S sturingsmechanismen: Welke mechanismen zijn mogelijk om de kosten van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg te beheersen? In het huidige systeem worden de kosten beheerst door de beperkende maatregel en door middel van volumeafspraken. Wat kan de rol zijn van sturing op kwaliteit en professionele normen? Welke (andere) haalbare beheersmogelijkheden zijn er?

In de volgende paragrafen worden de overwegingen van de projectgroep ten aanzien van deze aspecten nader uiteengezet. Vervolgens zullen enkele ontwikkelingen worden beschreven die van belang zijn bij de meningsvorming over een nieuwe regeling. Besloten wordt met een conclusie.

4.2 Noodzakelijke zorg

Het voornemen van de huidige regering is om in 2005 de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door één algemene verzekering voor curatieve zorg. In deze verzekering zullen alle vormen van noodzakelijke zorg - ter bepaling van de overheid - worden opgenomen (Min. VWS, 2001). In de nota 'Vraag aan bod' wordt expliciet gesteld dat verzekerden 'voor niet-noodzakelijke zorg een aanvullende verzekering afsluiten' (pagina 53).

Op de aanvullende verzekering kan door verzekeraars risicoselectie gepleegd worden. Als een deel van de noodzakelijke zorg in de aanvullende verzekering ondergebracht zou worden dan zouden bepaalde groepen uitgesloten kunnen worden van (voor hen) noodzakelijke zorg. Zowel in het kader van een korte termijn alternatief voor de beperkende maatregel als in het kader van een lange termijn oplossing is het naar de mening van de projectgroep belangrijk om vast te stellen wat onder 'noodzakelijke zorg' wordt verstaan.

Eerst zal worden beschreven welke uitspraken de commissie Dunning in 1991 heeft gedaan over noodzakelijke zorg. Daarna zal een andere benadering worden toegelicht waarbij noodzakelijke zorg gedefinieerd wordt als bewezen effectieve zorg. Met de wijze waarop in de huidige regeling omgegaan wordt met het begrip 'noodzakelijke zorg' wordt deze paragraaf besloten.

Commissie Dunning

Noodzakelijke zorg is door de commissie "Keuzen in de zorg" (commissie-Dunning) in 1991 vanuit drie perspectieven gedefinieerd (Kiezen en delen, 1991). Noodzakelijke zorg vanuit het perspectief van het individu (patiënt) is zorg die voldoet aan de individuele voorkeuren. Vanuit het medisch professionele perspectief is die zorg noodzakelijk die biomedische beperkingen opheft. Ten aanzien van de fysiotherapie en oefentherapie kunnen binnen deze benadering twee visies op noodzakelijke zorg worden onderscheiden: die van de verwijzer en die van de behandelaar. Noodzakelijke zorg vanuit de gemeenschapsgerichte benadering tenslotte is die zorg die deelname aan de samenleving mogelijk maakt.

De drie perspectieven sluiten elkaar niet uit. De gemeenschapsgerichte benadering beheerst het macroniveau van besluitvorming, de professionele benadering regeert het mesoniveau (binnen de grenzen van de gemeenschapsgerichte benadering) en de individuele benadering regeert het microniveau.

Aan het onderscheid in perspectieven dat in het rapport van de commissie-Dunning gemaakt wordt kan het perspectief van zorgverzekeraars toegevoegd worden. Vanuit dit perspectief kan die zorg als noodzakelijk aangemerkt worden die aansluit bij de wensen van patiënten, die doelmatig en betaalbaar is en bovendien ook op de lange termijn gegarandeerd kan worden. In de praktijk beschouwen zorgverzekeraars veelal die zorg als noodzakelijk waarover huisarts en fysiotherapeut of oefentherapeut het samen eens zijn.

Bewezen effectieve zorg

Noodzakelijke zorg zou ook gedefinieerd kunnen worden als 'bewezen effectieve zorg'. Objectieve criteria om vast te stellen welke zorg noodzakelijk is bestaan in de vorm van evidence based behandelrichtlijnen. In een dergelijke richtlijn kan een indicator opgenomen zijn aan de hand waarvan vastgesteld kan worden of een behandeling het gewenste effect heeft. Voor veel aandoeningen die door middel van fysiotherapie, oefentherapie Cesar of oefentherapie-Mensendieck behandeld worden zijn nog geen evidence based richtlijnen beschikbaar. De behandelingen waar wel richtlijnen voor zijn bevatten in veel gevallen nog geen objectieve indicatoren. Het onderzoeksbureau Hoeksma, Homans en Menting heeft in een onderzoek naar de haalbaarheid van experimenten met richtlijnen vastgesteld dat de richtlijnen die op dat moment geïmplementeerd waren 7% van het patiëntenaanbod in de fysiotherapie dekken.²¹

Het was d.d. 1-12-1998 het voornemen van de Minister om op de lange termijn te komen tot een nadere invulling van noodzakelijke fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg (Min. VWS, 1998). Daarbij heeft de Minister het voorstel van de Ziekenfondsraad overgenomen om noodzakelijke zorg op te vatten als zorg waarvan de effectiviteit en doelmatigheid is vastgesteld. Ook in de nota "Vraag aan bod" wordt het belang van de ontwikkeling en gebruik van evidence based richtlijnen benadrukt. Het is het streven van de overheid om bestaande en nieuwe verstrekkingen in het wettelijk pakket te toetsen aan criteria van wetenschappelijk aantoonbare werking en kosteneffectiviteit.

Huidige regeling

Om te waarborgen dat de noodzakelijke fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg voor iedereen gegarandeerd blijft is per 1-1-96 de 'beperkende maatregel' ingesteld. In de praktijk is deze maatregel vooral een volumemaatregel. In deze regeling wordt onderscheid gemaakt tussen behandeling van patiënten met een aandoening die voorkomt op de 'lijst chronische ziekten' en andere 'niet-lijst' aandoeningen; de toegang tot de verstrekking wordt niet beperkt tot negen zittingen fysiotherapie of 18 zittingen oefentherapie voor mensen die een aandoening hebben die voorkomt op de lijst (Min. VWS, 1995a). Deze regeling is het resultaat van onderzoek, overleg met betrokken partijen en praktische overwegingen.

In 2000 en 2001 heeft het College voor Zorgverzekeringen bij 27 zorgverzekeraars geïnventariseerd of zij alternatieven voor de beperkende maatregel hanteren. Uit deze inventarisatie is gebleken dat van de 21 responderende verzekeraars er 13 initiatieven hebben ontplooid voor alternatieven voor deze maatregel. Deze initiatieven komen in alle gevallen neer op modellen voor de beheersing van het volume aan aantal zittingen per jaar en de verdeling van dit volume over fysiotherapeuten (de beperkende maatregel wordt dus wel door de verzekeraars uitgevoerd) (Miltenburg, e.a., 2000; Kloosterman, e.a., 2001). In feite wordt de invulling van de maximale omvang van noodzakelijke zorg mede door de verzekeraars bepaald.

Toekomst

Het is niet mogelijk om tot een definitie te komen voor noodzakelijke zorg. Het rapport van de commissie Dunning biedt meerdere perspectieven op noodzakelijke zorg. Objectieve criteria in de vorm van richtlijnen worden wel ontwikkeld maar bieden nu nog geen brede basis om op basis daarvan noodzakelijke zorg te omschrijven. Het is bovendien niet te verwachten dat voor

²¹ Dit betreft volgens HHM de richtlijnen COPD, Artrose heup / knie, stress urine incontinentie, hartrevalidatie, acuut enkelletsel, en chronische enkel (Jland, 2000). Dit percentage zal stijgen als ook de richtlijnen met betrekking tot onder andere osteoporose, whiplash en lage rugpijn geïmplementeerd zijn.

het volledige aandachtsterrein van de fysio- en oefentherapie richtlijnen ontwikkeld zullen worden.

In januari 2001 is het CVZ-rapport 'Het basispakket: inhoud en grenzen' verschenen. In dit rapport wordt aangegeven dat de vraag of zorg noodzakelijk is niet zozeer af hangt van de zorg zelf, maar van het toepassingsdoel. De grens tussen noodzakelijke- en niet noodzakelijke zorg loopt dus door zorggebieden heen. Hiermee wordt impliciet aangegeven dat niet meer gezocht zou moeten worden naar een definitie voor noodzakelijke zorg.

De aangewezen weg is - naar de mening van de projectgroep - om de beoordeling welke zorg noodzakelijk is over te laten aan professionals. De opleiding van artsen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten, registratie in kwaliteitsregisters en periodieke herregistratie zijn garanties voor de professionaliteit van deze beroepsbeoefenaren. Een voorwaarde is wel dat de juiste incentives gesteld worden: deze moeten een kritische reflectie en het hanteren van professionele normen stimuleren.

4.3 Rol van de verwijzer

Verwijzing van een patiënt naar een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut-Mensendieck gebeurt in de meeste gevallen door een huisarts. De taak van de huisarts is om in het diagnostisch proces te komen tot een verwijfsindicatie op basis van de hulpvraag van de patiënt.

Bij de afweging om een patiënt al dan niet door te verwijzen speelt een aantal zaken een rol, zoals de ziektegeschiedenis, medicatie en andere behandelaars. Elementen uit de ziektegeschiedenis, zoals bijvoorbeeld co-morbiditeit, kunnen een indicatie of contra-indicatie zijn en van invloed zijn op de keuze voor een behandeling. Eventuele medicatie die een patiënt ontvangt of ontvangen heeft speelt eenzelfde rol, evenals eventuele andere zorgverleners bij wie een patiënt onder behandeling is of is geweest. Een huisarts maakt de afweging om door te verwijzen op basis van zijn medische professionaliteit en op basis van de overige informatie die over de patiënt beschikbaar is.

De hulpvraag van de patiënt, de medische diagnose van de verwijzer en de fysiotherapeutische of oefentherapeutische diagnose zijn gezamenlijk bepalend voor de behandeling die zal worden gegeven. De vaststelling van het aantal zittingen waarop men recht heeft wordt in het huidige systeem gebaseerd op de indicatie die al dan niet deel uitmaakt van de chronische lijst. Deze indicatie wordt gegeven door de verwijzer.

In de discussie over de Modernisering Curatieve Zorg worden fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck als disciplines genoemd die zouden kunnen bijdragen aan het verminderen van de druk op de huisartszorg. Dit zou bijvoorbeeld bewerkstelligd kunnen worden door het realiseren van een directe toegankelijkheid tot deze disciplines. Inmiddels wordt door het KNGF en zorgverzekeraar ANOVA een pilot uitgevoerd waarin directe toegankelijkheid (zonder verwijzing) tot de fysiotherapie mogelijk gemaakt wordt.

In het huidige systeem staat verwijzing centraal. Door zijn rol als verwijzer fungeert de huisarts als poortwachter; de huisarts heeft daardoor een belangrijke rol in het verlenen van doelmatige zorg en beheersing van de kosten. Een ander belangrijk aspect is de medische verantwoordelijkheid van de huisarts. Hij heeft inzicht in het ziektebeeld en de ziektegeschiedenis van de patiënt en weegt af of fysiotherapie of oefentherapie een verantwoorde oplossing kan bieden voor de hulpvraag. De huisarts heeft tenslotte ook een rol in de coördinatie van zorg rondom een patiënt. Alle informatie over de zorgverlening aan een patiënt is bij de huisarts beschikbaar en

kan daardoor afgestemd worden. Indien directe toegankelijkheid gerealiseerd zou worden veranderen de positie en verantwoordelijkheid van de verwijzer.

Een van de gehanteerde argumenten voor directe toegankelijkheid is de mogelijkheid om daarmee een verlichting van de werkdruk van huisartsen te bewerkstelligen. Er zijn patiënten die toe kunnen met een verwijfsbriefje van de huisarts, mogelijk uitgeschreven door de assistente. Hoewel deze patiënten in de toekomst eventueel direct naar een behandelaar zouden kunnen gaan kosten ze de huisarts weinig tijd. Hoeveel patiënten dit betreft en in hoeverre de werkdruk hierdoor zou verminderen is niet bekend. Anderzijds zullen er altijd patiënten zijn die door de huisarts gezien moeten worden. Uiteindelijk zal directe toegankelijkheid daarom naar verwachting weinig verlichting van de werkdruk van de huisarts geven. Nader onderzoek zal uit moeten wijzen of en zo ja in welke mate verlichting van de werkdruk optreedt als gevolg van directe toegankelijkheid.

Een mogelijke ontwikkeling waarbij de rol van de huisarts gehandhaafd blijft is die van netwerkvorming of satelietvorming binnen de eerstelijns gezondheidszorg met als doel het versterken van de communicatie. In een dergelijk systeem staat de huisarts centraal met daaromheen meerdere zogenaamde 'satelieten', zoals psychologen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en verloskundigen. De huisarts hoeft binnen een dergelijk systeem niet meer het eerste contactpunt te zijn. Indien de communicatie goed verloopt zou een patiënt direct een fysiotherapeut kunnen bezoeken, deze koppelt dan zijn bevindingen terug met de huisarts alvorens over te gaan tot behandelen.

Een ander alternatief voor de verwijfsfunctie van de huisarts kan gelegen zijn in bijvoorbeeld het consult fysiotherapie/oefen therapie; dit vindt nu plaats op verwijzing van de huisarts. Directe toegang voor een consult zou voor de toekomst een mogelijkheid zijn.

4.4 Rol van de behandelaar

Fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck zijn hoog opgeleide professionals die zelf de fysiotherapeutische of oefentherapeutische diagnose stellen. Gezien hun professionaliteit zijn zij in staat om zelf de inhoud en omvang van de behandeling te bepalen. Zij volgen daarbij de stappen van het methodisch handelen. De positie van met name fysiotherapeuten nu is anders dan vroeger, toen fysiotherapeuten niet veel meer waren dan de uitvoerders van de beslissingen van artsen. De mate waarin fysiotherapeuten en oefentherapeuten zelfstandig beslissingen kunnen nemen over de inhoud en de omvang van de behandeling is groter binnen het Amsterdams Dienstenmodel dan binnen de beperkende maatregel.

Sinds 1993 werken de paramedische beroepsgroepen gezamenlijk aan de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten in respectievelijk de kwaliteitsprogramma's OKPZ (1994-1997), BKPZ (1997-2000) en IKPZ (2000-2003).²² Professionele normen zijn een belangrijk onderdeel van de kwaliteitsinstrumenten die ontwikkeld worden. De verantwoordelijkheden van verwijzers en behandelaars zijn mede gebaseerd op deze professionele normen die bijvoorbeeld zijn vastgelegd in een beroepsprofiel of normendocument maar ook in richtlijnen, standaarden en proto-

²² OKPZ: Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg. BKPZ: Bevordering kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg; IKPZ: Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg. Deze programma's zijn en worden in opdracht van het Ministerie Van VWS onder auspiciën van het College voor Zorgverzekeringen uitgevoerd. zie o.a. Hofhuis, e.a., 2001 en Sluijs, e.a., 2001.

collen. Intercollegiale toetsing en visitatie zijn gericht op het versterken van het werken volgens professionele normen.

De versterking van professionele normen kan op verschillende wijzen gestimuleerd worden. Door middel van intercollegiale toetsing en visitatie wordt het eigen handelen inzichtelijk gemaakt. Door middel van gestandaardiseerde verslaglegging en het werken volgens richtlijnen wordt de zorgverlening transparant; hiermee wordt het handelen voor anderen controleerbaar. Door middel van spiegelinformatie tussentijdse kan de behandelaar het eigen handelen toetsen aan dat van anderen.

Een situatie waarin het belang van het werken volgens professionele normen duidelijk naar voren komt is tijdens een diagnoseconsult of consultatief fysiotherapeutisch onderzoek door de fysiotherapeut (Hendriks, 2000). Tijdens een diagnoseconsult gaat de fysiotherapeut zelf na of er een indicatie voor fysiotherapeutische behandeling is en rapporteert daarover aan de huisarts. Artsen kunnen patiënten voor een dergelijk consult doorverwijzen; dit is echter nog niet breed geïmplementeerd. De mogelijkheid voor een consult door een fysiotherapeut bestaat al langer. Sinds 1 januari 2001 is hiervoor ook een apart tarief vastgesteld; hiervan wordt echter nog weinig gebruik gemaakt.

Het diagnoseconsult past bij de professionaliteit van de behandelaar; het zou gezien kunnen worden als een eerste stap op weg naar directe toegankelijkheid. Binnen het huidige verwijzingsstelsel vindt na het consult terugkoppeling plaats met de huisarts waarbij afstemming plaats vindt over de bevindingen van de behandelaar. Deze afstemming zal ook belangrijk zijn als er een systeem van directe toegankelijkheid komt.

4.5 Rol van de patiënt

Op 6 juli 2001 heeft de Minister van VWS de nota "Vraag aan bod" uit doen komen waarin de kabinetsvisie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel beschreven zijn (zie ook paragraaf 3.8). In deze nota wordt vraaggerichte zorg omschreven als zorg die tegemoet komt aan wat de patiënt wenst en op grond van zijn verzekering mag verwachten.

Er is een spanningsveld tussen enerzijds de klacht van de patiënt en anderzijds de vraag of bijvoorbeeld fysiotherapie of oefentherapie de aangewezen manier is om de klacht te behandelen. In een stelsel waarin vraaggerichte zorg centraal staat heeft de huisarts als verwijzer een belangrijke taak. Op basis van zijn professionaliteit en inzicht in de ziektegeschiedenis van de patiënt bepaalt hij of een verwijzing naar een fysio- of oefentherapeut geïndiceerd is. De behandelaar bepaalt vervolgens het doel en de inhoud van de behandeling op basis van zijn eigen professionaliteit. Door middel van dit systeem van verwijzing wordt de verlening van doelmatige zorg gegarandeerd en vindt als het ware filtering plaats van de vraag naar zorg door de patiënt (demands) en de zorg die een patiënt volgens een verwijzer of behandelaar nodig heeft (needs). De vraag van de patiënt wordt dus vertaald in een professioneel gestuurde vraag. Bovendien worden de kosten beheerst doordat de patiënt op een relatief goedkope manier - via de huisarts - bij de juiste zorgverlener terecht komt.

Indien directe toegankelijkheid zonder verwijzing voor fysiotherapie gerealiseerd zou worden brengt dit nieuwe verantwoordelijkheden voor patiënten met zich mee. Patiënten moeten dan zelf een afweging maken of een fysiotherapeut de aangewezen zorgverlener is voor zijn gezondheidsprobleem. Het is lastig om hiervoor procedures te formuleren die transparant zijn voor

patiënten. Binnen netwerken kunnen dergelijke problemen mogelijk wel opgelost worden indien er een goede communicatie is tussen de leden van het netwerk.

4.6 Rol van de zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars vertegenwoordigen zowel de belangen van jonge mensen die weinig ziek zijn en een lage premie willen, als de belangen van ouderen die een breed pakket kwalitatief goede zorg willen als zij dat nodig hebben. Dit betekent dat zorgverzekeraars zowel bij de financiering van de zorg betrokken zijn als bij de inhoud en de kwaliteit van de geleverde zorg.

De financiering van fysiotherapie en oefentherapie wordt gereguleerd door de beperkende maatregel, met uitzondering van de regio waarin het Amsterdams Dienstenmodel gehanteerd wordt. Iedere ziekenfondsverzekeraar heeft een budget ter beschikking voor fysiotherapie en oefentherapie. Patiënten hebben voor fysiotherapie recht op een vergoeding van negen zittingen voor een niet-lijst aandoening; voor oefentherapie geldt een maximum van achttien. Aanvullende behandeling wordt bekostigd uit de aanvullende verzekering. Ook binnen de aanvullende verzekering worden echter limieten gesteld aan de behandeling; deze limieten verschillen per verzekeraar. Over het algemeen werken verzekeraars met een totaal budget voor fysiotherapie en oefentherapie, waarbij de hoofd- en aanvullende verzekering gecombineerd worden.

Een van de meest gehanteerde mechanismen om de totale kosten voor fysiotherapie en oefentherapie te beheersen is volumebeleid. In de uitkomsten van overleg voor de overeenkomsten zorgverzekeraar-fysio-/oefentherapeut is bepaald dat de zorgverzekeraar en de therapeut afspraken maken over het jaarlijks aantal te verrichten handelingen. Zorgverzekeraars moeten in hun individuele overeenkomsten met de therapeuten daar invulling aan geven. De therapeut mag het overeengekomen aantal zittingen per jaar niet overschrijden zonder voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars verschillen in de wijze waarop zij dit totaal aantal zittingen berekenen. Berekeningen op basis van regionale behandelgemiddelden en historische gemiddelden (bijvoorbeeld het behandelgemiddelde van een therapeut in 1996) zijn hier voorbeelden van.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud en kwaliteit van de zorg ligt in de eerste plaats bij de zorgverleners. De beroepsverenigingen stimuleren door middel van hun kwaliteitsbeleid de verlening van kwalitatief hoogwaardige zorg. Verzekeraars zijn eveneens betrokken bij de inhoud en kwaliteit van de geleverde zorg omdat zij zorgverleners contracteren. Burgers zijn vrij in hun keuze voor een zorgverzekeraar; de kwaliteit van de geleverde zorg en service kunnen bij de bepaling van deze keuze van invloed zijn.²³

Verzekeraars kunnen de inhoud en kwaliteit van de geleverde zorg beïnvloeden. Door middel van contracten met behandelaars kunnen er voorwaarden gesteld worden aan de zorg die verleend wordt. Registratie van de zorgverlener in het kwaliteitsregister en deelname aan IOF en visitatie zijn hier voorbeelden van.

²³ Een recente ontwikkeling is bijvoorbeeld dat bepaalde zorgverzekeraars garanties geven voor een snelle behandeling, bijvoorbeeld door bemiddeling voor behandeling in het buitenland.

Een recente ontwikkeling is de belangstelling van zorgverzekeraars voor betrokkenheid bij de ontwikkeling van behandelrichtlijnen.²⁴ De bemoeienis van zorgverzekeraars kan zich beperken tot het stellen van de (contractuele) verplichting om de richtlijnen van de beroepsgroep na te leven; dergelijke verplichtingen worden al door enkele zorgverzekeraars gesteld. Zorgverzekeraars zouden bovendien kunnen toetsen of zorgverleners zich houden aan richtlijnen, bijvoorbeeld door middel van dossiercontroles.

Verder gaand is de mogelijkheid dat zorgverzekeraars zich bemoeien met de inhoud van een richtlijn. Deze ontwikkeling wordt door de betrokken beroepsgroepen afgewezen, de inhoud van richtlijnen is de expertise van de beroepsgroepen en niet van de verzekeraars.

4.7 Sturingsmechanismen

In het huidige systeem waarin de beperkende maatregel gehanteerd wordt staat de verwijzer centraal. Deze bepaalt ten eerste of verwezen wordt, en ten tweede - door middel van de verwijzdiagnose - de maximale omvang van de behandeling. In het Amsterdams Dienstenmodel is een grotere rol weggelegd voor de fysio- en oefentherapeut. Het te verlenen aantal zittingen wordt mede bepaald door het behandeldoel; de behandelaar bepaalt het behandeldoel en daarmee het aantal zittingen. Het model gaat uit van drie hoofddiensten: 'verfijnen probleem- of indicatiestelling', 'begeleiden/ondersteunen' en 'behandelen'. De verwijzer bepaalt voor welke dienst een patiënt wordt doorverwezen. Binnen deze drie hoofddiensten zijn voor fysiotherapie 12 subdiensten omschreven. De keuze van een subdienst wordt bepaald door de fysiotherapeut aan de hand van onder meer de verwijzing van de arts, de klachten, de zorgvraag van de patiënt en de behandeldoelen die daaruit volgen (Ravensberg, e.a., 2000).

Naast sturing door de verwijzer en behandelaar is het huidige systeem gebaseerd op financiële sturing, onder andere door middel van volumebeheersing. Volumebeleid wordt door de meeste zorgverzekeraars genoemd als een belangrijk middel bij de uitvoering van de beperkende maatregel (Miltenburg, e.a., 2000).

Doelmatigheid van de zorg is niet altijd uitgangspunt bij het maken van volumeafspraken. In veel gevallen wordt zorg als meer doelmatig beschouwd als een behandeling uit minder zittingen bestaat. De ontwikkeling van richtlijnen waaraan een behandelrange is gekoppeld zou hier verandering in kunnen brengen. Naarmate een groter percentage van de verwijzingen voor fysiotherapie gedekt wordt door richtlijnen kunnen volumeafspraken meer gebaseerd worden op richtlijnen.

De ontwikkeling van kwaliteitsbeleid en professionele normen kan de zogenaamde 'performance paradox' doorbreken. Indien professionele normen niet goed ontwikkeld zijn en er geen duidelijke indicatoren zijn zal men geneigd zijn te sturen op wel beschikbare indicatoren, zoals bijvoorbeeld behandelgemiddelden en volumeafspraken. De ontwikkeling van indicatoren, zoals bijvoorbeeld richtlijnen, kan deze cyclus doorbreken.

²⁴ Op het in november 2001 door ZonMW georganiseerde congres "Kennis beter delen" is hierover door Zorgverzekeraars Nederland een workshop gehouden.

4.8 Nieuwe ontwikkelingen

Voorkeursaanbieders (Preferred providers)

Op 6 juli 2001 heeft de Minister van VWS de nota "Vraag aan bod" uit doen komen waarin de kabinetsvisie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel beschreven zijn. In het nieuwe stelsel zal mogelijk gewerkt gaan worden met voorkeursaanbieders; hiermee wordt bedoeld dat zorgverzekeraars specifieke contracten afsluiten met bepaalde groepen zorgaanbieders. In deze contracten kunnen afspraken gemaakt worden over doelmatige en doeltreffende zorgverlening. Als verzekerden deze zorgaanbieders raadplegen kunnen zij bepaalde voordelen genieten, zoals lagere poliskosten. Een belangrijke doelstelling van het werken met voorkeursaanbieders is kostenbesparing door doelmatigheidswinsten, kwantumafspraken en dergelijke. Door afspraken met ketens van zorgvoorzieningen zou bovendien de samenhang in de zorg kunnen verbeteren. Het optreden van deze veronderstelde effecten is echter niet zeker (Groenewegen, e.a., 2002). Enkele zorgverzekeraars zijn bezig met de ontwikkeling van plannen met betrekking tot voorkeursaanbieders; dit blijkt echter veel tijd te kosten.

Vraaggestuurde zorg

In de nota "Vraag aan bod" staat herziening van de sturing van de zorg centraal (Min. VWS, 2001). Van een dominante sturing vanuit de overheid zal toegewerkt worden naar een stelsel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars zowel de ruimte als de prikkels krijgen om een op de vraag van de burgers afgestemd zorgaanbod tot stand te brengen. De overheid wil dit realiseren door aandacht voor een zestal trajecten: (1) meer concurrerende en klantgerichte verzekeraars, (2) vergroting van de transparantie bij verzekeraars en aanbieders, (3) betere verantwoording zorgverzekeraars en zorgaanbieders, (4) meer vrije prijsvorming, (5) meer vrije investeringsbeslissingen en (6) globalere kostenbeheersing. Ten aanzien van een aantal deelmarkten wordt dit nader uitgewerkt; onder andere voor de fysiotherapie.

De Minister constateert het volgende: "Ondanks de mogelijkheden die verzekeraars reeds hebben tot actief, marktconform contracteerbeleid, blijkt de concurrentie en de differentiatie tussen fysiotherapeuten, zowel in aanbod als in prijs, gering te zijn. Dit kan veroorzaakt worden doordat de machtsposities van gevestigde aanbieders een belangrijke belemmering voor verzekeraars zijn om hun rol goed op te pakken. Belangrijke voorwaarde voor een goed functionerende markt is dan ook dat er geen ongewenste machtsconcentraties zijn. Dit vraagt om een actief mededingingstoezicht. Een andere mogelijkheid is om in deze markt de sturing meer direct bij de patiënt te leggen en niet zozeer bij de verzekeraar. Introductie van een persoonsgebonden budget voor fysiotherapie kan daarbij een bruikbaar instrument zijn. Immers, de marktomstandigheden, in combinatie met het gegeven dat fysiotherapie vaak geen acuut noodzakelijk product is, maken het voor patiënten mogelijk om zelf een verantwoorde keuze te maken." (p.29-30).

4.9 Conclusies

Er is geen algemeen geldende definitie van het begrip noodzakelijke zorg. De invulling van het begrip is afhankelijk van het perspectief van waar uit gekeken wordt. De wijze waarop in de huidige regeling bepaald wordt welke zorg noodzakelijk is (namelijk door de beperkende maatregel) is arbitrair en niet beroepsinhoudelijk bepaald.

De projectgroep stelt voor om het begrip 'noodzakelijke zorg' pragmatisch in te vullen; die zorg is noodzakelijk die aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. De verwijzer en de behandelaar beslissen op basis van hun professionaliteit welke zorg en hoeveel zorg verleend moet worden.

Dit betekent dat de verwijzer en de behandelaar beiden een rol hebben in het bepalen van de noodzakelijke zorg. Hiermee ontstaat een systeem van vraagsturing op basis van de 'professioneel gestuurde vraag'.

Fysiotherapeuten zijn hoog opgeleide professionals die in staat zijn om zelf een fysiotherapeutische diagnose te stellen en de inhoud en omvang van de behandeling te bepalen. Dit geldt eveneens voor oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. In het huidige systeem bepaalt de verwijzer mede het aantal zittingen door een verwijzing voor een lijst- of niet-lijst aandoening. Dit doet geen recht aan de professionaliteit van de behandelaar. De centrale competentie van huisartsen ligt niet op het terrein van het vaststellen van de inhoud en de omvang van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische behandeling. De medische indicatie is in het huidige systeem ook nodig om te controleren of een machtiging (door de verzekeraar) juist verstrekt is. Dit is omslachtig, bovendien sluit de medische diagnosecodering niet aan op de aard van de behandeling door de fysiotherapeut of oefentherapeut. In een nieuwe regeling zou het uitgangspunt voor behandelen derhalve gebaseerd moeten worden op de fysiotherapeutische of oefentherapeutische diagnose.

In een nieuwe regeling zou het versterken van het werken volgens professionele normen een belangrijk uitgangspunt moeten zijn. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten stellen zelf een diagnose en bepalen op basis van deze normen de inhoud en omvang van de behandeling. De wijze waarop in de huidige regeling bepaald wordt welke zorg noodzakelijk is is arbitrair en niet beroepsinhoudelijk bepaald. In een nieuwe regeling zou op basis van professionele normen bepaald moeten worden welke zorg noodzakelijk is; hieraan zouden geen beperkingen vooraf opgelegd moeten worden.

Indien er geen beperkingen opgelegd worden aan de behandeling is het belangrijk dat eventuele financiële motieven om te behandelen geen rol kunnen spelen. Professionele normen bieden houvast in situaties waarin niet op voorhand duidelijk is welke zorg of hoeveel zorg noodzakelijk is. Het actief versterken van deze normen kan voorkomen dat het denken verschuift van professioneel belang in de richting van eigen belang. De ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen is hierbij een belangrijk aspect.

De meerwaarde van huisartsen heeft betrekking op aantal aspecten. Door de rol van poortwachter heeft de huisarts een belangrijke rol in de verwijzing van patiënten naar onder andere fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Huisartsen zijn daarmee de spil in de zorgverlening; door hen wordt de zorgverlening door verschillende professionals aan de patiënt gecoördineerd. Huisartsen hebben daardoor een belangrijke rol in het verlenen van doelmatige zorg en beheersing van de kosten. Op basis van de medische professionaliteit en informatie over en inzicht in de ziektegeschiedenis van patiënten zijn huisartsen in staat om te bepalen welke behandeling geïndiceerd is; het signaleren van een eventuele contra-indicatie voor een bepaalde behandeling is hierbij essentieel. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken op verwijzing van een (huis)arts. Dit houdt onder andere in dat een behandelaar verplicht is om informatie uit te wisselen met de arts over de behandeling.

De mogelijkheid van artsen om patiënten te verwijzen voor een fysiotherapeutisch consult is een belangrijke nieuwe ontwikkeling. De professionaliteit van de fysiotherapeut krijgt hiermee een grote impuls. De mogelijkheid voor een consult door een fysiotherapeut bestaat al langer. Sinds 1 januari 2001 is hiervoor ook een apart tarief vastgesteld. Hoewel de indruk bestaat dat er nog weinig gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid voor een consult zou hier in een nieuwe regeling plaats voor moeten worden ingeruimd.

Gezien de professionaliteit van fysiotherapeuten en oefentherapeuten kan de vraag worden gesteld of toegankelijkheid zonder verwijzing voor deze beroepsgroepen mogelijk zou moeten worden. In het bovenstaande is de meerwaarde van de huisarts door zijn medische professionaliteit bepleit. Interactie tussen huisarts en behandelaar en de wederzijdse verplichting elkaar te informeren is belangrijk om de kwaliteit van de zorgverlening te garanderen, ook bij directe toegankelijkheid. Een verwijssysteem is hiervoor weliswaar een formeel middel, maar waarborgt daardoor wel de informatie-uitwisseling.

Een hoge mate van professionaliteit en de vaardigheid om een juiste diagnose te stellen zijn bovendien geen goede argumenten voor directe toegankelijkheid. Voor medisch specialisten zou dezelfde argumentatie voor directe toegankelijkheid gehanteerd kunnen worden. In dit kader moet juist de rol van de huisarts als poortwachter in het licht van kostenbeheersing benadrukt worden. Bij directe toegankelijkheid wordt de keuze van een zorgverlener overgelaten aan de patiënt; dit zal in een aantal gevallen niet de juiste keuze blijken te zijn. Deze patiënt zal dan doorverwezen worden naar een andere zorgverlener of terugverwezen worden naar de huisarts. Dit is een dure omweg, bovendien kan hierdoor de zorg verstopt raken.

Zorgverzekeraars zijn betrokken bij de financiering en de kwaliteit van de zorgverlening. Het leveren van kwalitatief goede zorg kan echter conflicteren met kostenbeheersing. De meeste zorgverzekeraars werken met volumeafspraken om de kosten te beheersen. In een systeem waarin verzekeraars ook inhoudelijk betrokken zijn moet het volumebeleid goed genuanceerd worden. Dit kan gerealiseerd worden door enerzijds in basisovereenkomsten afspraken te maken over het hebben van een kwaliteitssysteem (bijvoorbeeld met betrekking tot verslaglegging, uitrusting), en anderzijds afspraken te maken over het daadwerkelijk naleven van kwaliteitsbeleid (zoals het volgen van richtlijnen). Sturing alleen op basis van behandelgemiddelden is inhoudelijk gezien geen goed uitgangspunt en geen garantie voor doelmatige zorg.

Zorgverzekeraars zouden ook betrokken kunnen worden bij de ontwikkeling van richtlijnen. Zij kunnen bijvoorbeeld aandringen bij de beroepsverenigingen om de ontwikkeling van bepaalde richtlijnen in gang te zetten. De implementatie van richtlijnen zou gefaciliteerd kunnen worden. Inhoudelijke betrokkenheid van zorgverzekeraars is niet gewenst; dit is de expertise van de beroepsbeoefenaren zelf.

In de huidige regeling vallen fysiotherapie en oefentherapie deels onder de hoofdverzekering als gevolg van de beperkende maatregel. Indien er vertrouwen is in de mogelijkheden om te sturen op basis van professionaliteit zouden fysiotherapie en oefentherapie volledig in de hoofdverzekering opgenomen kunnen worden. Dit zou bijvoorbeeld de mogelijkheid bieden om het Amsterdams Dienstenmodel uit te voeren zonder aanvullende verzekering; dit model sluit aan bij de professionaliteit van verwijzers en behandelaars. Het ADM kent echter ook tekortkomingen. Het model biedt op dit moment onvoldoende mogelijkheid om bij eenzelfde indicatie verschillende behandeldoelen te kiezen (bijvoorbeeld kortdurende interventie of juist langdurige interventie). Een andere tekortkoming is de overlap tussen sommige subdiensten; hierdoor is dit model nodeloos ingewikkeld.

Samenvattend kan gesteld worden dat het uitgangspunt van een nieuwe regeling de hulpvraag moet zijn; aan de hand daarvan moet het doel van de behandeling vastgesteld worden door de fysiotherapeut of oefentherapeut op basis van hun professionaliteit. Verwijzer en behandelaar hebben beiden een rol in het bepalen welke zorg noodzakelijk is; de rol van de (huisarts) als verwijzer blijft voorlopig belangrijk. Zorgverzekeraars dienen voldoende doelmatige zorg te garanderen. Sturing door zorgverzekeraars op basis van kwaliteit heeft de voorkeur boven sturing op volume (hetzij door regelgeving, hetzij door zorgverzekeraars). Dit zou enerzijds bewerkstelligd kunnen worden door stimulering van kwaliteitsbeleid, anderzijds door afspraken in contracten en controles op de naleving van kwaliteitsbeleid.

5 Invitational conference

Een belangrijk doel van het project is het komen tot een voorstel voor een alternatief voor de beperkende maatregel. De projectgroep heeft de huidige regelingen bediscussieerd en is nagegaan welke overwegingen en factoren van belang zijn bij het ontwerpen van een nieuwe regeling. Mede op basis van de resultaten uit de interviews heeft de projectgroep vervolgens een voorstel voor een raamwerk tot een alternatieve vergoedingsregeling geformuleerd.

Tijdens de invitational conference hebben drie discussierondes plaatsgevonden voorafgegaan door een korte inleiding. In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de discussies worden weergegeven. In de eerste paragraaf wordt de discussie toegelicht die heeft plaatsgevonden naar aanleiding van een presentatie over de voor- en nadelen van de huidige regelingen. Vervolgens wordt in de tweede paragraaf beschreven welke punten door de deelnemers aan de conferentie naar voren zijn gebracht ten aanzien van de voorwaarden waar een nieuwe regeling aan zou moeten voldoen. In de laatste paragraaf wordt het raamwerk gepresenteerd en wordt de discussie samengevat die is gevoerd. Elke paragraaf wordt afgesloten met de conclusies die tijdens de conferentie zijn vastgesteld.

5.1 Voor- en nadelen van de huidige vergoedingsregelingen

Tijdens de eerste korte inleiding zijn de meningen van de geïnterviewden ten aanzien van de voor- en nadelen van de huidige vergoedingsregelingen samengevat. Naar aanleiding daarvan is een discussie gevoerd over de bevindingen en over de vraag of - gezien de bevindingen - een nieuwe vergoedingsregeling gewenst is.

Er zouden na de invoering van de beperkende maatregel grote problemen zijn ontstaan als fysiotherapie en oefentherapie niet waren opgenomen in de aanvullende verzekering. Als gevolg van de aanvullende verzekering zijn er nu nauwelijks problemen. Alleen voor ouderen met complexere, meervoudige bewegings-beperkingen in ADL functies en voor patiënten met artrose kan niet altijd de noodzakelijke zorg worden verleend. Deze aandoeningen zijn niet opgenomen op de chronische lijst en de aanvullende verzekering is veelal niet voldoende om aan deze groepen patiënten de noodzakelijke zorg te verlenen. De zorgverzekeraars geven aan dat er 'creatief' wordt omgaan met de regels om problemen op te lossen.

Actualiseren van de chronische lijst zou aan deze bezwaren tegemoet kunnen komen. De chronische lijst is echter al enige jaren niet meer geactualiseerd, onder andere als gevolg van de beoogde wijziging in de vergoedingsregeling.

Men erkent dat de chronische lijst wel een goed hulpmiddel is om de benodigde noodzakelijke zorg te leveren. Door de aanvullende verzekering, de chronische lijst en creativiteit zijn er nu nauwelijks problemen om noodzakelijke zorg te leveren. Het belangrijkste bezwaar van de beperkende maatregel is dat deze niet uitgaat van de professionaliteit van fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Er zou meer vertrouwen moeten zijn in deze beroepsgroepen; een regeling gebaseerd op professionaliteit en controle achteraf in plaats van sturing vooraf door de beperking tot negen zittingen en de chronische lijst heeft de voorkeur van alle aanwezigen.

De conclusies zijn als volgt:

1. Een regeling die gebaseerd is op een beperking tot 9 zittingen wordt afgewezen.
2. De belangrijkste knelpunten zijn door de aanvullende verzekering opgelost.
3. Er zijn geen urgente redenen om de beperkende maatregel op korte termijn te wijzigen.
4. Voor de toekomst is een regeling gewenst die gebaseerd is op vertrouwen in de professionaliteit van beroepsbeoefenaren.

5.2 Voorwaarden waar een nieuwe vergoedingsregeling aan moet voldoen

De tweede inleiding had betrekking op voorwaarden waar een nieuwe vergoedingsregeling volgens de geïnterviewden aan zou moeten voldoen. De discussie concentreerde zich op voorwaarden en consequenties van vrije toegankelijkheid.

Vrije toegankelijkheid wordt door veel aanwezigen gezien als een logisch gevolg van de professionaliteit van fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Ten aanzien van de voorwaarden en mogelijke consequenties van vrije toegankelijkheid lopen de meningen wel uiteen.

Een eerste voorwaarde is dat patiënten in staat moeten zijn om zelf een verantwoorde keuze te maken voor een behandelaar. Men is het er niet over eens of verwacht kan worden dat patiënten een dergelijke keuze kunnen maken. Een tweede voorwaarde is dat een oplossing gezocht moet worden voor het spanningsveld dat ontstaat bij fysiotherapeuten als zij keuzes moeten maken ten aanzien van het verlenen van zorg. De afweging of en welke zorg verleend ligt nu niet bij de behandelaar zelf; bij directe toegankelijkheid zou dit problemen kunnen veroorzaken in de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar. Dit spanningsveld ligt nu bij huisartsen die zijn opgeleid om dergelijke keuzes te maken en te verantwoorden tegenover de patiënt. Een derde voorwaarde is gelegen in de capaciteit om zogenaamde 'red flags' te signaleren. Hoe groot is het risico dat signalen gemist worden; is het voldoende dat een fysiotherapeut een signaal ziet of moet ook de voorwaarde gesteld worden dat de fysiotherapeut het signaal op waarde kan schatten?

Een van de mogelijke consequenties is een grote toeloop van patiënten op fysiotherapeuten. Dit zou onder andere veroorzaakt kunnen worden door werkgevers die werknemers stimuleren om in het kader van een snelle arbeidsreïntegratie een fysiotherapeut te bezoeken. De rol van huisartsen als poortwachter ligt in het voeren van een terughouden beleid ten aanzien van verwijzingen; op die manier wordt voorkomen dat de gezondheidszorg dichtslibt. De vraag is of anderen deze rol over kunnen nemen. De mogelijkheid wordt geopperd om voor patiënten die kiezen voor directe toegang een beperking in tijd en aantal zittingen in te stellen om de toeloop te remmen.

De huisarts heeft lange tijd de rol van poortwachter vervuld. Recentelijk wordt steeds meer benadrukt dat de huisarts de 'spil in de zorg' is. Hiermee wordt het belang van de huisarts in de communicatie en afstemming tussen zorgverleners benadrukt; de rol van poortwachter verdwijnt naar de achtergrond. Binnen deze ontwikkeling past - volgens velen - directe toegankelijkheid. Voorstanders benadrukken overigens dat de rol van de huisarts als verwijzer niet zal verdwijnen; toegang via de huisarts zal belangrijk blijven.

Indien in een nieuwe regeling professionaliteit het uitgangspunt is zou nadere regelgeving omtrent de mogelijke omvang van de behandeling achterwege gelaten kunnen worden. Het wordt echter benadrukt dat vanuit de politiek een voorstel zonder regelgeving en de mogelijkheid tot sturing en controle niet geaccepteerd zal worden. Een nieuwe regeling zal elementen moeten bevatten die de mogelijkheid bieden tot kostenbeheersing. Gewaarschuwd wordt dat indien een regeling niet aan dergelijke voorwaarden voldoet de mogelijkheid bestaat dat onafhankelijke indicatieorganen ingesteld worden om te bepalen of fysiotherapeutische of oefentherapeutische zorg verleend mag worden.

De conclusies zijn - met instemming van de aanwezigen - als volgt:

- 1.1 In een nieuwe regeling moet de professionaliteit centraal staan.
- 1.2 De invulling van noodzakelijke zorg gebeurt in overleg tussen behandelaar en patiënt.
- 1.3 Zorgverzekeraars hebben tot taak te toetsen en (achteraf) controleren.
- 1.4 Er is minder centrale regelgeving nodig; regelgeving als de chronische lijst is niet wenselijk.

5.3 Raamwerk alternatieve vergoedingsregeling

Het raamwerk gaat expliciet uit van een versterking van professionele normen waarop ook controle (door de zorgverzekeraar) mogelijk is. Wel wordt in dit raamwerk uitgegaan van grenzen aan de maximale zorg, deze grenzen sluiten aan bij de huidige praktijk. In dit raamwerk zijn de volgende elementen van belang: verwijzing door de behandelend arts, paramedische diagnose, standaard-behandelplanformulier, (tussentijdse) evaluatie en verslaglegging. Binnen dit raamwerk zijn vele alternatieven mogelijk door keuzen te maken ten aanzien van de concrete uitwerking van de verschillende elementen.

Raamwerk alternatieve vergoedingsregeling

Verwijzing door behandelend arts

De behandelend arts verwijst naar fysiotherapie of oefentherapie voor een van de volgende drie programma's:

1. kort behandelprogramma: maximaal 18 zittingen
2. lang behandelprogramma (patiënten met chronische aandoeningen: patiënten bij wie de beperking in activiteiten naar verwachting tenminste 6 maanden zal voortduren en waarop fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling een positieve invloed zal hebben): maximaal 6 maanden
3. fysiotherapeutisch/oefentherapeutisch consult. Voor een aantal gezondheidsproblemen in relatie tot bewegingssysteem kan de huisarts minder eenduidig inschatten of er daadwerkelijk een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie is. Voor deze gezondheidsproblemen is een consult geïndiceerd eventueel met een gestandaardiseerde verwijfsbrief. Na analyse van het gezondheidsprobleem geeft de fysio/oefentherapeut aan of er een indicatie tot behandelen is. De fysio/oefentherapeut start de behandeling na afstemming hierover met de behandelend arts.

Paramedische diagnose

De behandelend fysiotherapeut/oefentherapeut stelt een paramedische diagnose na de eerste twee zittingen en stelt in overleg met de patiënt het behandelplan vast (behandeldoelen, verrichtingen, behandelomvang). Bovendien spreekt de fysiotherapeut/oefentherapeut met de patiënt samen een moment af waarop de voortgang/resultaat van de behandeling geëvalueerd wordt.

Standaard-behandelplanformulier

Op een standaardformulier (met aankruis mogelijkheden) worden de volgende zaken vastgelegd: verwijfsdiagnose, paramedische diagnose, behandeldoelen, geplande behandelomvang (aantal zittingen, duur) en moment van evaluatie. Ook wordt op het standaardformulier vastgelegd of een richtlijn en zo ja, welke van toepassing is bij deze patiënt.

Evaluatie van de behandeling

Evaluatie van de behandeling, eventuele bijstelling van het behandelplan en verslaglegging van deze evaluatie dient tenminste elke 6 weken plaats te vinden. De behandelend therapeut bewaart het evaluatieformulier bij de status van de patiënt. Na afronding van de behandeling doet de therapeut schriftelijk verslag aan de verwijzer.

In geval van discrepantie tussen verwijzing en bevindingen fysiotherapeut/oefentherapeut:

Indien uit het paramedische onderzoek blijkt dat het behandelprogramma waarvoor de patiënt verwezen is niet in overeenstemming is met de bevindingen van de fysiotherapeut/oefentherapeut, informeert deze na het paramedisch onderzoek met behulp van het standaardformulier schriftelijk de behandelend arts/verwijzer hierover en verantwoordt zijn/haar keuze.

In geval van verwijzing voor lang behandelprogramma:

De fysiotherapeut/oefentherapeut doet ten hoogste na 6 maanden verslag aan de verwijzer over voortgang/resultaat van de behandeling en doet voorstel over al dan niet voortzetting van de behandeling. Bij voortzetting van de behandeling is opnieuw een verwijzing nodig.

Het raamwerk gaat ervan uit dat de noodzakelijke oefen/fysiotherapeutische zorg, zoals vastgesteld door de behandelend arts en behandelend fysio/oefentherapeut, wordt vergoed uit de hoofdverzekering. Het is aannemelijk dat de omvang van de fysio- en oefentherapeutische zorg ongeveer gelijk zal blijven omdat het raamwerk aansluit bij de mogelijkheden van de heden-

daagse praktijk (combinatie hoofd- en aanvullende verzekering). Om doelmatige zorg te kunnen garanderen zullen zorgverzekeraars binnen dit raamwerk modellen voor beheersing van het volume gaan toepassen, dit geldt overigens voor elk alternatief.

Alternatieven binnen het raamwerk:

Verwijzer

S Andere begrenzings van behandelprogramma's

S Meer of andere differentiatie in behandelprogramma's, bijvoorbeeld

- naar termijn: 1) consult; 2) kort: < 6 weken 3) middellang: 6 tot 12 weken en 4) lang: > 12 weken
- naar aantal zittingen: 1) consult; 2) maximaal 9 zittingen; 3) maximaal 18 zittingen; en 4) geen beperking

S Geen differentiatie in behandelprogramma's afgezien van 'consult' of 'behandelen'.

Paramedische diagnose

In het voorstel staat nu 'na 2 zittingen'. Er zou ook voor een termijn gekozen kunnen worden, bijvoorbeeld binnen een of twee weken.

Standaardformulier

In het raamwerk wordt voorgesteld dat het formulier bewaard wordt bij de status. Een alternatief is dat het formulier in alle gevallen naar de verwijzer of zorgverzekeraar wordt opgestuurd.

Evaluatie en verslaglegging

In het raamwerk is nu uitgegaan van een (tussentijdse) evaluatie iedere 6 weken. Er zou voor een andere termijn dan deze 6 weken gekozen kunnen worden.

De belangrijkste uitgangspunten van het raamwerk worden door alle betrokken partijen gesteund, namelijk de professionaliteit van de fysiotherapeut en oefentherapeut, vaststelling van de noodzakelijke zorg in samenspraak tussen behandelaar en patiënt en sturing op basis van kwaliteit in plaats van volume. Het uitgangspunt is dat noodzakelijke zorg door de basisverzekering moet worden vergoed. Dit betekent dat fysiotherapie en oefentherapie volledig in de basisverzekering moeten worden opgenomen. Zorgverzekeraars kunnen zich dan ten aanzien van fysiotherapie en oefentherapie niet meer onderscheiden op de inhoud van het pakket van de aanvullende verzekering.

Belangrijke verschillen met de beperkende maatregel maar ook met de gebruiken van voor 1996 zijn de nadruk op het leveren van zorg op maat, vaststelling van het behandeltraject in samenspraak tussen verwijzer en behandelaar en transparantie door middel van het standaardbehandelplan formulier. Dit formulier sluit aan bij de richtlijnen voor verslaglegging. Omdat methodische verslaglegging een uiting is van professioneel handelen zouden er geen regels voor vastgesteld hoeven worden. Een dergelijk formulier zorgt echter voor transparantie richting huisarts en verzekeraar, stimuleert het professioneel handelen en biedt de mogelijkheid om zich toetsbaar op te stellen en verantwoording af te leggen. Deze transparantie en controleerbaarheid zijn belangrijke voorwaarden voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten om op basis van hun professionaliteit zelf de inhoud en omvang van de behandeling te bepalen.

In het raamwerk wordt voorgesteld om een grens te stellen bij achttien zittingen voor een kort behandelprogramma. Indien de beperking in activiteiten naar verwachting tenminste 6 maanden zal voortduren wordt verwezen voor een lang behandelprogramma van maximaal 6 maanden. Een bezwaar tegen het voorstel om de behandelduur te beperken doet geen recht aan het gedragsveranderingsproces dat ten grondslag ligt aan oefentherapie; bovendien biedt het onvoldoende mogelijkheden om bijvoorbeeld intermitterende oefentherapie volledig te vergoeden. Benadrukt wordt dat het binnen het kader van het raamwerk mogelijk is om na achttien zittingen verder te behandelen; voorwaarde is dat afstemming plaats vindt met de verwijzer.

Het raamwerk verschilt van het Amsterdams Dienstenmodel (ADM) in de begrenzing van het aantal zittingen in aantal of tijd. Binnen het ADM wordt gewerkt met een onderscheid tussen consult, behandelen en begeleiden om te voorkomen dat therapeuten selecteren op een zo hoog mogelijk aantal zittingen. Het wordt nogmaals benadrukt dat stellen van een begrenzing door het vastleggen van een toetsmoment een belangrijk politiek argument is waaraan vastgehouden moet worden om meer ruimte te kunnen vragen voor de professionaliteit van de betrokken beroepsgroepen.

Binnen het voorgestelde raamwerk wordt het belang van communicatie, afstemming en verantwoording benadrukt. Door de verdergaande ontwikkelingen op het gebied van de informatietechnologie en automatisering wordt deze communicatie gefaciliteerd. Samenwerking hangt echter vooral af van een attitude die op samenwerking is gericht en niet van digitale communicatie. Ontwikkelingen op dit terrein moeten niet worden afgewacht indien men wil komen tot een betere vergoedingsregeling voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten.

De conclusies zijn als volgt:

1. Het voorgestelde raamwerk voldoet aan de eisen voor een meer flexibele, op professionaliteit gebaseerd vergoedingsregeling
2. Omdat er geen urgente redenen zijn voor een snelle invoering van een nieuwe regeling kunnen experimenten uitgevoerd worden om de werkbaarheid van het raamwerk te toetsen.

Literatuur

Baar, M.E. van, Abrahamse H.Ph.H., Dekker J. *Geen effect van in voering van een nieuwe honoreringsstelsel op het handelen van fysiotherapeuten*. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 1995, no. 3, p. 141-148.

Bakker, D.H. de, Jabaaij, L., Abrahamse, H., van den Hoogen, H., Braspenning, J., van Althuis, T., Rutten, R. Jaarrapport LINH 2000: *Contactfrequenties, verrichtingen en monitoring griepvaccinaties en cervixscreening in het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)*. Utrecht: Nivel, 2001.

Boer, A. *Het basispakket: inhoud en grenzen: rapport naar aanleiding van de evaluatie van "10 jaar pakket-discussie"*. Amstelveen: CVZ, 2001.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. www.cbs.nl. Voorburg/Heerlen, 2002-02-11.

Dam, N.J., Doornink, H., Hoeksma, B.H. *Haalbaarheid cliëntcategorieën Fysiotherapie & Oefentherapie: rapportage fase A van het pilotonderzoek*. Enschede: 20 september, 2001.

Dekker J., van Ravensberg D., van den Ende E., Oostendorp R. *De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie Mensendieck en het Amsterdams Dienstenmodel: samenvatting van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 4*. Utrecht, Nivel/NPi, 1998.

European Communities and WHO. *Highlights on Health in the United Kingdom*. European Communities and WHO, april 1997 (draft).

European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe, 1999.

European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Belgium*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe, 2000a.

European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe, 2000b.

Groenewegen, P.P., de Jong, J.D., Kerssens, J.J. *Voorkeursaanbieders: selectief contracteren in het nieuwe verzekeringsstelsel*. Utrecht: Nivel, 2002.

Hendriks H.J.M. *Physiotherapist's consultation in general practice*. z.p. z.n. 2000. Proefschrift Universiteit Maastricht.

Hofhuis, H., van den Ende, E. *Kwaliteitsbeleidsplannen van de paramedische beroepsverenigingen: een overzicht*. Utrecht: Nivel, 2001.

Hofhuis, H., Plas, M., Dorgelo, M., Dekker, J., van den Ende, E. *Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: eind-evaluatie van het BKPZ-programma*. Utrecht: Nivel, 2001.

Hutten, J.B.F.; Ros, C.C.; Delnoij, D.M.J. *Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfonds-verzekerden. Eindrapport: effecten van de Algemene Eigen-Bijdrageregeling*. Utrecht: Nivel, december 1998.

IJland CM, Doornink H, Hoeksma BH, *Haalbaarheidsonderzoek experimenten richtlijnen fysiotherapie en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck*. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting, oktober 2000.

Kemenade van, Y.W. *Health Care in Europe 1997: the finance and reimbursement systems of 18 European Countries*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Kiezen en delen. Rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg. Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties, 1991.

Kloosterman B, Neefjes C. *Nadere inventarisatie omgang zorgverzekeraars met de beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie*. CVZ, maart 2001.

Koster, M.K.; Dekker, J.; Groenewegen, P.P. *The position and education of some paramedical professions in the United Kingdom, the Netherlands, the Federal Republic of Germany and Belgium*. Utrecht, Nivel, 1991.

Maarse, H.; Nieboer, A.; Paulus, A. *Gezondheidszorg in Nederland en België: een nieuwe vergelijking*. Acta Hospitalia; 2001, no. 2. p. 53-66.

Miltenburg G., Kloosterman B. *Inventarisatie omgang zorgverzekeraars met de beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie*. Amstelveen: CVZ, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kostenbeheersing in de zorgsector; 24 124, no 9. Rijswijk: Min. VWS, 14 juni 1995a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kostenbeheersing in de zorgsector; 24 124, no 21. Rijswijk: Min. VWS, 19 september 1995b.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Besluit van 24 oktober 1996 tot wijziging van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden in verband met invoering van een algemeen systeem van eigen bijdragen. Staatsblad 541, 1996a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Ziekenfondsraad betreffende de "regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering" (CSZ/EZ-962461). Rijswijk: Min. VWS/CSZ, 19 april 1996b.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende de "stand van zaken in de fysiotherapie, oefentherapie en logopedie" (CSZ/EZ-98.20032 of 24 124, no.71). Rijswijk: Min. VWS/CSZ, 1 december 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota Vraag aan bod. Rijswijk: Min. VWS, 2001.

Pijnenborg A., Bosveld W., Friele R., Dekker J. *De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie Mensendieck: Werkgelegenheidsaspecten en ervaringen van consumenten*. Deelrapport 3. Utrecht: Nivel/NPi, 1998.

Plas, M., Hofhuis, H., Dorgelo, M., Dekker, J., van den Ende, E. *Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: evaluatie richtlijnen, standaarden en protocollen*. Utrecht: Nivel, 2001.

Ravensberg C.D. van, Berkel D.M. van. *Fysiotherapeutische diagnose en het Amsterdams Dienstenmodel*. FysioPraxis; 2000, no. 12. p. 19-23.

Roebroek M.E., Hutten J.B.F., Kerssens, J.J. Dekker J. *De omvang van de fysiotherapeutische behandeling naar verschillende patiëntcategorieën*. Utrecht: Nivel, juni 1995.

Schers H, Drijver R, Kastein M, Van Doremalen J, Van den Hoogen H, Braspenning J. *Aspecifieke rugklachten in de huisartsenpraktijk*, LINH, Nijmegen, 1998.

Simons, H. *Agenda fysiotherapie*. Amersfoort: KNGF, 2002.

Sluijs E, Dekker J. *Het paramedisch kwaliteitsbeleid in 1997. Deelrapport 1: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)*. Utrecht: Nivel, 1997.

Ziekenfondsraad. *Evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie Mensendieck inclusief het "Amsterdamse Dienstenmodel"*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998.

Zorgverzekeraars Nederland. *Effecten van de 'Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekerden' in de particuliere sector*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 1997.

Bijlage 1: Scenario's en vragenlijsten

Tijdens de interviews met de beroepsverenigingen, beleidsmakers en zorgverzekeraars zijn mogelijke alternatieven voor de beperkende maatregel voorgelegd in de vorm van scenario's. In deze bijlage staan de scenario's met enkele voor- en tegenargumenten, evenals de vragenlijsten voor de beroepsverenigingen en beleidsmakers, zorgverzekeraars en regiomanagers van de KNGF.

Scenario's

Gemeenschappelijk kenmerk van alle scenario's is dat er volumeafspraken gemaakt worden door zorgverzekeraars met de zorgverleners. Onderscheidende kenmerken worden bij elk scenario genoemd, evenals enkele voor- en nadelen die er aan verbonden zijn. Waar fysiotherapeut staat kan ook gelezen worden 'oefentherapeut Cesar' of 'oefentherapeut-Mensendieck', met dien verstande dat voor deze beroepsgroepen de beperkende maatregel inhoudt dat uit de hoofdverzekering 18 zittingen worden vergoed.

Scenario 1 Handhaving van de huidige regeling: de huisarts verwijst, de fysiotherapeut behandelt. Door middel van de beperkende maatregel staat het maximale aantal zittingen dat vergoed wordt uit de hoofdverzekering vast, namelijk 9 zittingen voor patiënten fysiotherapie met een niet-lijstaandoening. Dat wordt in deze regeling beschouwd als noodzakelijke zorg. Zorgverzekeraars maken volumeafspraken met de zorgverleners om de aanspraken op ziekenfonds- en aanvullende verzekering te beheersen.

Argumenten voor:

- er zijn geen grote operationele problemen;
- 1.1 de bestedingen blijven binnen de gestelde budgetten (dankzij de aanvullende verzekering zijn er nauwelijks knelpunten);
- 1.2 indien op termijn gekomen zou moeten worden tot een inhoudelijke regeling betekent dit dat er in relatief korte tijd twee maal een nieuwe regel ingevoerd zou moeten worden; dit pleit voor handhaving van de huidige regeling.

Argumenten tegen

- de maatregel is niet op inhoudelijke gronden gebaseerd;
- er is weinig eigen verantwoordelijkheid voor de behandelaar;
- noodzakelijke zorg wordt niet voor alle verzekerden gegarandeerd.

Scenario 2 In plaats van de huidige tweedeling in indicatiestelling (lijst/niet-lijst), differentiatie in behandelprogramma's (bijvoorbeeld 4) waarbij voor elk behandelprogramma een vastgesteld aantal zittingen wordt gegeven. Hiermee wordt aangesloten bij het Amsterdams Dienstenmodel terwijl door een geringer aantal categorieën het model minder ingewikkeld en arbeidsintensief is.

Volumeafspraken maken onderdeel uit van dit scenario.

Varianten:

- (a) de verwijzer bepaalt het behandelprogramma en daarmee de noodzakelijke zorg;
- (b) de behandelaar bepaalt (na verwijzing) het behandelprogramma en daarmee de noodzakelijke zorg.

Richtlijnen kunnen binnen behandelprogramma's geïncorporeerd worden.

Preferred provider arrangementen kunnen deel uit maken van dit scenario.

- Argumenten voor
- is een tussenstap in de richting van een inhoudelijke regeling;
 - 1.1 biedt meer mogelijkheden om de noodzakelijke zorg te leveren;
 - 1.2 meer verantwoordelijkheid voor de behandelaar (afhankelijk van de variant);
 - 1.3 operationele problemen waarschijnlijk even groot als bij de huidige regeling (scenario 1).

- Argumenten tegen
- de maatregel is (nog steeds) niet (volledig) op inhoudelijke gronden gebaseerd;
 - er is (nog steeds) weinig eigen verantwoordelijkheid voor de behandelaar (afhankelijk van de variant).

Scenario 3 Geen beperking van aanspraken op de vergoeding uit de hoofdverzekering. Gezamenlijke sturing door verwijzer en behandelaar; op grond van professionele normen bepalen zij wat noodzakelijke zorg is.

Volumeafspraken maken onderdeel uit van het scenario.

Preferred provider arrangementen kunnen deel uit maken van dit scenario.

- Argumenten voor
- mogelijk alternatief voor inhoudelijke regeling;
 - biedt meer mogelijkheden om de noodzakelijke zorg te leveren;
 - meer verantwoordelijkheid voor de behandelaar.

- Argumenten tegen
- onduidelijk of dit op korte termijn in te voeren is (m.n. versterking v.h. werken vanuit professionele normen, standaardenbeleid).

Interviewchecklist beroepsverenigingen en beleidsmakers

Huidige regeling:

Wat is uw mening over de huidige regeling?

1. Welke voordelen zijn er naar uw mening verbonden aan de beperkende maatregel?
 - beroepsinhoudelijk
 - uitvoeringstechnisch

2. Welke nadelen zijn er naar uw mening verbonden aan de beperkende maatregel?
 - beroepsinhoudelijk
 - uitvoeringstechnisch

3. Welke voordelen zijn er naar uw mening verbonden aan het Amsterdams Dienstenmodel?
 - beroepsinhoudelijk
 - uitvoeringstechnisch

4. Welke nadelen zijn er naar uw mening verbonden aan het Amsterdams Dienstenmodel?
 - beroepsinhoudelijk
 - uitvoeringstechnisch

Toekomst:

Op de lange termijn wil de Minister van VWS komen tot een invulling van een vergoedingsregeling die de noodzakelijke zorg voor de ziekenfondsverzekering bevat.

5. Wat is volgens u de definitie van 'noodzakelijke zorg'? Valt volgens u fysiotherapie hieronder?

6. Kunt u in enkele trefwoorden omschrijven aan welke voorwaarden een vergoedingsregeling volgens u dient te voldoen?
 - beroepsinhoudelijk
 - uitvoeringstechnisch

7. Indien uit wordt gegaan van een financieringsstelsel waarin een limiet gesteld wordt aan de kosten voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck, wat zijn volgens u mogelijkheden om deze kosten te beheersen?

8. Wat is uw mening over toegankelijkheid zonder verwijzing voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck?

Alternatieve scenario's:

Uitgaande van literatuuronderzoek, ontwikkelingen zoals de voorgenomen stelselwijziging en de verschuiving in aandacht van aanbod-gestuurde zorg naar vraag-gestuurde zorg zijn een aantal alternatieve scenario's voor een vergoedingsregeling geschetst:

scenario 1;

scenario 2, variant a en variant b;

scenario 3.

9. Kunt u voor elk van de scenario's aangeven wat volgens u de voor- en nadelen zijn met betrekking tot beroepsinhoudelijke en uitvoeringstechnische aspecten?
10. Welke van de genoemde scenario's heeft uw voorkeur?
11. Heeft u een ander scenario voor ogen dat hier niet genoemd is?

Interviewchecklist zorgverzekeraars

Huidige regeling:

Hoe wordt door u de huidige regeling uitgevoerd?

1. Hanteert u de beperkende maatregel voor fysiotherapie of heeft u een alternatieve regeling getroffen?
.....
Indien u een alternatieve regeling hanteert, kunt u kort omschrijven waaruit die regeling bestaat?
.....
2. Welke voordelen zijn er volgens u uitvoeringstechnisch verbonden aan de beperkende maatregel? ²⁵
.....
3. Welke nadelen zijn er volgens u uitvoeringstechnisch verbonden aan de beperkende maatregel?
.....
4. Indien u beheersafspraken maakt, maakt u die met individuele professionals, in regionaal verband of landelijk?
.....
5. Indien u beheersafspraken maakt, welke elementen maken daar dan deel van uit?
 - G** het verstrekken van spiegelinformatie
 - G** sturen op behandelgemiddelde (doelmatigheid)
 - G** controle op naleving kwaliteitsbeleid KNGF
 - G** controle op naleving professionele normen
 - G** volumebeleid / kostenbeheersing
 - G** materiële controles
 - G** procedure afspraken
 - G** anders, namelijk

²⁵ Aan ZAO zijn vragen gesteld over het Amsterdams Dienstenmodel.

Toekomst:

Op de lange termijn wil de Minister van VWS komen tot een invulling van een vergoedingsregeling die de noodzakelijke zorg voor de ziekenfondsverzekering bevat.

6. Wat is volgens u de definitie van 'noodzakelijke zorg'? Valt volgens u fysiotherapie hieronder? En oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck?
7. Kunt u in enkele trefwoorden omschrijven aan welke voorwaarden een vergoedingsregeling uitvoeringstechnisch volgens u dient te voldoen?
8. Indien uit wordt gegaan van een financieringsstelsel waarin een limiet gesteld wordt aan de kosten voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck, wat zijn volgens u mogelijkheden om deze kosten te beheersen (bijvoorbeeld: sturen op behandelgemiddelde, opnemen van behandel-range in richtlijnen, werken met preferred providers)?
9. Wat is uw mening over toegankelijkheid zonder verwijzing voor fysiotherapie / oefentherapie?

Alternatieve scenario's:

Uitgaande van literatuuronderzoek, ontwikkelingen zoals de voorgenomen stelselwijziging en de verschuiving in aandacht van aanbod-gestuurde zorg naar vraag-gestuurde zorg zijn een aantal alternatieve scenario's voor een vergoedingsregeling geschetst:

scenario 1;

scenario 2, variant a en variant b;

scenario 3.

10. Kunt u voor elk van de scenario's aangeven wat volgens u de voor- en nadelen zijn met betrekking tot uitvoeringstechnische aspecten?
11. Welke van de genoemde scenario's heeft uw voorkeur?
12. Heeft u een ander scenario voor ogen dat hier niet genoemd is?

Interviewchecklist regiomanagers KNGF

Huidige situatie:

Beperkende maatregel fysiotherapie, Amsterdams Dienstenmodel en alternatieve regelingen.

- S** Met welke zorgverzekeraar(s) heeft u contact?
- S** Hanteren zij (per zorgverzekeraar) de beperkende maatregel fysiotherapie, het Amsterdams Dienstenmodel of een alternatieve regeling?
- #** Welke taken heeft u (de regiomanager) in het contact met zorgverzekeraars?
- G** College van Overleg
 - G** tripartite-overleg
 - G** opstellen van modelcontracten
 - G** anders, namelijk
- S** Welke ervaringen met de beperkende maatregel krijgt u teruggekoppeld uit het werkveld?
- S** voordelen
 - S** nadelen
- S** Welke ervaringen met het Amsterdams Dienstenmodel krijgt u teruggekoppeld uit het werkveld?
- S** voordelen
 - S** nadelen
- S** Welke ervaringen met de alternatieve regeling(en) van de zorgverzekeraar(s) krijgt u teruggekoppeld uit het werkveld?
- S** voordelen
 - S** nadelen
- S** Wat zijn naar uw mening voor- en nadelen van de beperkende maatregel?
- S** beroepsinhoudelijk
 - S** uitvoeringstechnisch
8. Wat zijn naar uw mening voor- en nadelen van het Amsterdam Dienstenmodel?
- S** beroepsinhoudelijk
 - S** uitvoeringstechnisch

9. Wat zijn naar uw mening voor- en nadelen van de alternatieve regeling van de zorgverzekeraar?
- S** beroepsinhoudelijk
- S** uitvoeringstechnisch

Toekomstige regeling:
 Op de langere termijn wil de Minister van VWS komen tot een invulling van een basispakket dat de noodzakelijke zorg voor de ziekenfondsverzekering bevat.

10. Valt naar uw mening fysiotherapie onder het begrip “noodzakelijke zorg”?
- G** ja
- G** nee
11. Welke aspecten zijn belangrijk bij het omschrijven van het begrip ‘noodzakelijke zorg’?
- G** gebaseerd op ‘evidence’
- G** vastgelegd middels richtlijnen/protocollen
- G** ter afweging van verwijzer
- G** ter afweging van behandelend fysiotherapeut
- G** ter afweging zorgverzekeraar
- G** afgestemd op patiënt
- G** geen beperking maximaal aantal zittingen per behandeling
- G** preventie
- G** anders, namelijk
12. Welke aspecten dienen volgens u deel uit te maken van beheersafspraken tussen zorgverzekeraar en behandelend fysiotherapeuten?
- G** het verstrekken van spiegelinformatie
- G** sturen op behandelgemiddelde
- G** controle op naleving kwaliteitsbeleid KNGF
- G** controle op naleving professionele normen
- G** het opnemen van behandel-range in richtlijnen/protocollen
- G** het regelen van voorkeur-aanbieders (preferred providers)
- G** volumebeleid / kostenbeheersing
- G** materiële controles
- G** procedure afspraken
- G** anders, namelijk