

Vergaderjaar 2020–2021

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1105**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 juni 2021

Met deze brief stuur ik u de jaarlijkse voortgangsbrief die ik heb ontvangen van Zorginstituut Nederland over het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie<sup>1</sup>. In deze brief ga ik in op de conclusies die het Zorginstituut trekt op het gebied van pakketadviezen. Daarnaast informeer ik u zoals toegezegd tijdens de meest recente begrotingsbehandeling VWS over de ruimte in de huidige bekostiging voor samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten.

De hoofdboodschap van deze brief is:

- Sinds 2017 voert het Zorginstituut het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie uit, waarin het Zorginstituut de haalbaarheid van een open aanspraak<sup>2</sup> voor de fysio- en oefentherapie in de Zorgverzekeringswet (Zvw) onderzoekt. Het Zorginstituut komt in zijn voortgangsbrief tot de conclusie dat de activiteiten binnen het huidige overgangstraject niet de informatie of onderbouwing opleveren voor een vervolgadvis over een (meer) open aanspraak fysio- en oefentherapie. Het Zorginstituut adviseert mij daarom de uitvoering van het huidige plan van aanpak stop te zetten.
- Ik volg het advies van het Zorginstituut en zal de uitvoering van het huidige plan van aanpak stopzetten. Dit betekent echter niet dat daarmee het perspectief op een andere inrichting van de aanspraak fysio- en oefentherapie uit het zicht verdwijnt.
- Het is belangrijk dat wordt onderzocht hoe de meerwaarde van fysio- en oefentherapie beter aangetoond kan worden. Ik heb met alle betrokken partijen afspraken gemaakt over vervolgstappen die de onderbouwing moeten geven voor verdere besluitvorming. Deze besluitvorming laat ik over aan mijn ambtsopvolger.

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>2</sup> Bij een open aanspraak wordt de zorg «zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden» verzekerd en vergoed vanuit het basispakket. Bij een gesloten aanspraak geldt dat fysio- en oefentherapie alleen verzekerd en vergoed wordt vanuit het basispakket bij een limitatieve lijst van aandoeningen of indicaties.

De aanspraak voor fysio- en oefentherapie betreft een complex thema. In deze brief zal ik daarom eerst ingaan op de context en de historie, alvorens ik u informeer over de conclusies van het Zorginstituut en het vervolg.

### **Vergoeding van fysio- en oefentherapie in de Zorgverzekeringswet**

Voordat ik inga op het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie, zet ik uiteen hoe de vergoeding van fysio- en oefentherapie in de Zorgverzekeringswet is vormgegeven voor verzekerden van achttien jaar of ouder en hoe dit zich afgelopen jaren heeft ontwikkeld. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen kortdurende en langdurende behandeling.

Eerstelijns fysio- en oefentherapie kan kortdurend nodig zijn, bijvoorbeeld bij acute stoornissen aan het bewegingsapparaat en blessures. Doorgaans zijn enkele behandelingen afdoende om de klachten te verminderen of te doen verdwijnen, dan wel om de patiënt handvatten te geven om op een goede wijze met de klachten om te gaan. In geval van dergelijke kortdurende klachten wordt fysio- en oefentherapie niet vergoed uit de basisverzekering. Het gaat hierbij om niet noodzakelijk te verzekeren zorg; patiënten worden geacht de behandelingen zelf te kunnen betalen of zich daar aanvullend voor te verzekeren.

Daarnaast wordt fysio- en oefentherapie bij langdurende klachten vergoed als de aandoening van de cliënt voorkomt op de zogenaamde «chronische lijst», zoals geformuleerd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Bij deze aandoeningen betaalt de verzekerde de eerste twintig behandelingen zelf. Deze chronische lijst is ontstaan binnen de Ziekenfondswet ten tijde van het kabinet-Kok I (1994–1998) en is samengesteld in overleg met onder meer (vertegenwoordigers van) cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, verwijzers en wetenschappelijke instituten. Startpunt voor de samenstelling was de basislijst chronische aandoeningen uit het NIVEL-rapport «De omvang van fysiotherapeutische behandeling naar verschillende patiëntencategorieën». Aan de hand van een aantal criteria is bepaald welke aandoeningen uit deze basislijst op de chronische lijst die geldt voor vergoeding vanuit de basisverzekering zouden moeten komen. Een aandoening werd op de lijst opgenomen wanneer sprake was van stoornissen die leiden tot beperkingen waarvan de verwachting was dat langdurige of intermitterende fysiotherapie of oefentherapie leidt tot behoud van het functioneren of tot vermindering van de beperkingen (in elementaire bewegingsvaardigheden, persoonlijke verzorging of mobiliteit). In dit criterium is rekening gehouden met het behandelingsdoel van de fysio- en oefentherapie dat zich richt op de gevolgen van een aandoening. Deze gevolgen worden beschreven in termen van stoornissen en beperkingen. Bij de overgang van de Ziekenfondswet naar de Zorgverzekeringswet is deze lijst overgenomen. Aandoeningen werden niet op de chronische lijst opgenomen als:

- de aandoening onvoldoende is af te grenzen;
- er een indicatie is voor intramurale fysiotherapie;
- de aandoening niet behandelbaar is met fysio- of oefentherapie;
- over de effectiviteit van de behandeling van de aandoening met fysio- of oefentherapie (nog) te weinig duidelijkheid bestaat;
- het gaat om een aandoening waarvoor kortdurende fysiotherapie of oefentherapie volstaat.

In diverse opvolgende kabinetten is de vergoeding van fysio- en oefentherapie bij chronische aandoeningen gewijzigd. Stapsgewijs is het aantal behandelingen dat zelf betaald moet worden verhoogd, met name vanuit financieel oogpunt. Sinds 2012 komen de eerste twintig behandelingen

van fysio- en oefentherapie bij een aandoening die voorkomt op de chronische lijst voor rekening van de patiënt. Ook zijn op advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, de voorganger van het Zorginstituut) een aantal chronische aandoeningen van de oorspronkelijke lijst geschrapt, omdat er onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van langdurige fysio- en oefentherapie bij deze aandoeningen was. Voor enkele aandoeningen is fysio- en oefentherapie vanaf de eerste behandeling aan het basispakket toegevoegd nadat het Zorginstituut hierover een positief advies had uitgebracht, omdat de effectiviteit van de behandeling bewezen was en ook aan andere pakketcriteria waaronder kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid werd voldaan. Het gaat daarbij om fysio- of oefentherapie voor mensen met urine-incontinentie, artrose aan heup- of kniegewricht, COPD en claudicatio intermittens (etalagebenen). Fysio- en oefentherapie wordt bij deze aandoeningen vergoed vanaf de eerste behandeling waarbij het aantal behandelingen gemaximeerd is. De pakketadviezen bij de drie laatstgenoemde indicatiegebieden waren onderdeel van het overgangstraject systeemadvies.

Fysio- en oefentherapie kan ook in het kader van een (vaak intramurale) behandeling verstrekt worden, bijvoorbeeld als onderdeel van een medisch-specialistische zorg of geriatrische revalidatiezorg. In dergelijke gevallen wordt fysio- en oefentherapie vergoed als onderdeel van de betreffende zorg. De beperking in aanspraken, zoals in de eerste lijn geldt, is dan niet aan de orde.

### **Stand van zaken van het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie**

De huidige vormgeving van de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie leidt, samen met de wijze van bekostiging waarin zittingen het leidende principe zijn, tot een aantal knelpunten in de uitvoeringspraktijk. Voorbeelden van deze knelpunten zijn het uitwijken naar duurdere vormen van zorg (ziekenhuisopnames, operaties) en uitstel of zelfs afstel van zorg. Anderzijds bestaat door de wijze van bekostiging het risico op overbehandeling. De Minister van VWS heeft daarom een aantal jaar geleden aan het Zorginstituut gevraagd om een beschouwing te geven over een verstandige inrichting van fysio- en oefentherapie in het basispakket. Dit heeft geresulteerd in het systeemadvies (2016)<sup>3</sup>. In dit systeemadvies geeft het Zorginstituut aan dat genoemde knelpunten mogelijk kunnen worden opgelost door de aanspraak van fysio- en oefentherapie open te beschrijven (zoals de meeste zorgvormen in de Zorgverzekeringswet). De inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties wordt dan bepaald op basis van de wettelijke criteria «zorg zoals professionals die plegen te bieden» en de «stand van wetenschap en praktijk». De huidige beperkingen in de aanspraak zouden dan kunnen vervallen. Echter, een dergelijke open aanspraak is volgens het Zorginstituut pas mogelijk als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Belangrijke randvoorwaarden zijn de bewezen effectiviteit en de definiëring van wat goede zorg is door het (verder) ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen. Daarnaast zou de mogelijkheid van een andere bekostiging onderzocht moeten worden. Door middel van een overgangstraject worden de invulling en de haalbaarheid van deze randvoorwaarden uit het systeemadvies onderzocht.

In het kader van dit overgangstraject is afgesproken dat het Zorginstituut voor vier – voor wat betreft patiëntaantallen omvangrijke – indicatiegebieden een duidingstraject zou uitvoeren met de verwachting dat voor

<sup>3</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/adviezen/2016/12/20/systeemadvies-fysiotherapie-en-oefentherapie>

deze indicaties een positief advies voor opname in het basispakket vanaf de eerste behandeling zou kunnen volgen. Voorwaarde hierbij was dat er tripartiet kwaliteitsstandaarden ontwikkeld zouden worden voor deze indicaties. Na implementatie zou het Zorginstituut de verleende zorg monitoren en evalueren, om daarna een vervolgadvisie over mogelijk een open aanspraak binnen de Zorgverzekeringswet te kunnen geven. Voor drie van de vier onderzochte indicatiegebieden (artrose aan heup- en kniegewrichten, claudicatio intermittens en COPD) kwam het Zorginstituut op basis van de pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid) tot een positief advies, dat overgenomen is door de Minister. Voor een vierde indicatiegebied (lage rugklachten) kon het Zorginstituut niet tot een sluitende conclusie over de effectiviteit komen. Het Zorginstituut verwacht dat hetzelfde geldt voor een groot aantal andere indicatiegebieden.

Naar aanleiding hiervan stelde het Zorginstituut in april 2020 een tussenstap voor om onderzoek te verrichten naar de mogelijkheden om de effectiviteit op basis van beschikbare studies op een andere manier te beoordelen binnen het wettelijk vastgestelde beoordelingskader, beter passend bij de praktijk van het fysio- en oefentherapeutische handelen in Nederland. Dit voornemen is ook met uw Kamer gedeeld<sup>4</sup>. Het Zorginstituut heeft hiervoor een knelpuntenanalyse opgesteld, waarin de fysio- en oefentherapeutische praktijk is beschreven en de problematiek om deze praktijk goed naar voren te laten komen in een duidingstraject. Deze analyse is, samen met de voortgangsbrief van het Zorginstituut, als bijlage toegevoegd aan deze brief.

Het Zorginstituut concludeert in de knelpuntenanalyse dat er een groot aantal knelpunten is bij het duiden van de stand van wetenschap en praktijk van fysio- en oefentherapeutische indicatie-interventie-combinaties. Deze komen naar voren op het moment dat het Zorginstituut voor een specifieke indicatie-interventiecombinatie een duiding uitvoert langs de lijnen van het gebruikelijke beoordelingskader.

Het Zorginstituut concludeert dat het met de beschikbare wetenschappelijke evidentie niet mogelijk is om voor het geheel van indicatiegebieden tot sluitende conclusies met betrekking tot de effectiviteit van een fysio- en oefentherapeutische behandeling te komen, en daarover een positief standpunt in te nemen. Het Zorginstituut concludeert dat beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk van een indicatie-interventie-combinatie kan leiden tot een positief pakketadvies over instroom in het basispakket, als zij een sluitende conclusie kunnen trekken over de effectiviteit. Dit is, zoals bekend, bij een aantal indicatiegebieden het geval geweest. Tegelijkertijd constateert het Zorginstituut dat zij niet in alle gevallen een sluitende conclusie over de effectiviteit kunnen trekken op basis van het beoordelingskader.

Het Zorginstituut benadrukt dat in de beschikbare studies en de uitgevoerde duidingen een aantal potentieel effectieve componenten van een fysio- of oefentherapeutisch behandeltraject onderbelicht blijven. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld diagnostiek en duiding van de klachten en beperkingen, advisering, educatie, instructie en bevorderen van zelfmanagement en optimaal beweeggedrag. Deze componenten worden veelal als een standaardonderdeel van een zorgtraject gezien, maar zijn zelden een apart onderwerp van onderzoek.

Dit kan ertoe leiden dat in het beschikbare onderzoek, en daarmee in de duidingen door het Zorginstituut, niet de potentiële meerwaarde van de

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1051.

fysio- en oefentherapie naar voren komt. Het Zorginstituut concludeert dat het beoordelingskader geschikt is voor het duiden van indicatie-interventiecombinaties, aangezien daar onderzoek voor beschikbaar is. Echter, andere meer generieke componenten, die beschouwd worden als standaardonderdeel van de fysio- en oefentherapeutische praktijk ontbreken ofwel zijn onderbelicht in onderzoek, en er is daarom geen basis voor een mogelijke uitspraak over de potentiële meerwaarde van deze componenten door het Zorginstituut. Het beoordelen van de stand van wetenschap en praktijk van specifieke indicatie-interventiecombinaties zal daarom niet leiden tot een uitspraak over een systeemverandering voor de sector fysio- en oefentherapie als geheel. Dit was wel de aanname bij de start van het overgangstraject.

Beroepsgroepen en wetenschappelijke experts ondersteunen de conclusie van het Zorginstituut dat de aanpak gehanteerd in het systeemadvies niet succesvol uitmond in een open aanspraak voor de gehele sector. Wel benadrukken beroepsgroepen en experts dat er brede consensus in het veld en de wetenschap is over de meerwaarde van fysio- en oefentherapie bij bepaalde indicaties, zoals lage rugklachten. Beroepsgroepen zijn van mening dat fysio- en oefentherapie bij bijvoorbeeld lage rugklachten vergoed zou moeten worden uit het basispakket omdat het in (nationale en internationale) richtlijnen wordt beschreven als de eerste behandeloptie. Beroepsgroepen dragen hierbij de argumenten aan dat het niet-invasieve, relatief goedkope zorg betreft, die mogelijk onnodig gebruik van tweedelijnszorg kan voorkomen. Ook geven beroepsgroepen aan dat de effectiviteit van fysio- en oefentherapie bij deze indicaties wel degelijk in wetenschappelijk onderzoek wordt aangetoond, zij het dat de aangetoonde effecten klein zijn. Recente onderzoeken van Ecorys<sup>5</sup>, Equalis<sup>6</sup> en AEF<sup>7</sup> naar het substitutiepotentieel van de fysio- en oefentherapie laat ook zien dat er aanwijzingen zijn dat fysio- en oefentherapie een rol kunnen spelen bij het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Deze onderzoeken laten echter ook zien dat het moeilijk is om dit goed te kwantificeren en dat er daarnaast aan veel voorwaarden moet worden voldaan om de potentie ook daadwerkelijk te verzilveren.

### **Advies van het Zorginstituut**

Het Zorginstituut concludeert na deze pas op de plaats dat het onderdeel «pakketbeoordelingen uitvoeren» van het overgangstraject vastloopt. Bovendien kwam de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) samen met het Zorginstituut tot de conclusie dat het niet mogelijk was om te experimenteren met andere vormen van bekostiging zo lang de aanspraak het maximumaantal behandelsessies per patiëntengroep beschrijft. Lopende activiteiten inzake de ontwikkeling van tripartiete kwaliteitsproducten worden wel gecontinueerd onder verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen. Het huidige overgangstraject zal echter niet tot een advies van het Zorginstituut kunnen leiden om tot een (meer) open aanspraak voor fysio- en oefentherapie te komen. Het Zorginstituut adviseert mij daarom de uitvoering van het huidige plan van aanpak stop te zetten. Ik neem dit advies over.

Daarmee is niet gezegd dat het perspectief op een andere vormgeving van de aanspraak uit zicht is verdwenen. Wel is er een herijking nodig van de activiteiten die worden uitgevoerd. Hoewel ik een besluit over de aanspraak overlaat aan mijn opvolger, ga ik hieronder in op de uitda-

<sup>5</sup> Ecorys (2021), Substitutie van zorg, fysio- en oefentherapie op de juiste plek.

<sup>6</sup> Equalis (2021), Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet van fysio- en oefentherapie

<sup>7</sup> AEF (2019), Onderzoek naar de potentiële bijdrage van paramedische zorg in het veranderende zorglandschap

gingen en de oplossingsrichtingen waarover ik met betrokken partijen in gesprek ben. Dit om geen tijd verloren te laten gaan.

## Knelpunten

De uitdagingen die het Zorginstituut in 2016 in het systeemadvies fysio- en oefentherapie schetste, zijn nog altijd actueel. Dat zorgt voor een onwenselijke situatie. Ik geef enkele voorbeelden:

- Zolang de aanspraak voor fysio- en oefentherapie in de basisverzekering beperkt is<sup>8</sup>, zullen mensen in sommige gevallen onnodig gebruik maken van (duurdere) tweedelijnszorg of zorg uitstellen of mijden.
- De aanspraak voor fysio- en oefentherapie in het Besluit zorgverzekering is zo nauw omschreven (per indicatie en in aantal zittingen), dat experimenteren met de bekostiging niet mogelijk is. Deze conclusie trekken de NZa en het Zorginstituut ook, zo geeft het Zorginstituut aan in de voortgangsbrief. Omdat de bekostiging de aanspraak moet volgen, is er nauwelijks experimenteerruimte. Dat maakt het toewerken naar een andere vorm van bekostiging, waarin de «productieprikkel» wordt verminderd, met de huidige aanspraak vrijwel onmogelijk. Dit blijkt ook uit de gesprekken die binnen het overgangstraject zijn gevoerd over een bekostigingsexperiment bij de behandeling van claudicatio intermittens.
- Zorginhoudelijk is het lastig om principes als stepped care, waarbij iemand eerst gebruik moet maken van minder ingrijpende (eerstelijns-)zorg voordat sprake kan zijn van een tweedelijns interventie, in de praktijk te brengen wanneer voor de eerste stap (de fysio- of oefentherapie) geen vergoeding beschikbaar is.
- De zogeheten «chronische lijst» (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), waarop indicaties staan waarbij fysio- en oefentherapie vanaf de 21e behandeling wordt vergoed, is in het licht van pakketbeheer lastig uitlegbaar. Voor lang niet alle indicaties op deze lijst is fysio- of oefentherapie een bewezen effectieve interventie. Ook zijn niet alle indicaties helder omschreven. De lijst is – zoals beschreven – historisch gegroeid en de eigen betaling (nu twintig zittingen) is sinds 2004 door opeenvolgende kabinetten vanuit met name financieel oogpunt stapsgewijs verhoogd. Er is een aanvullende verzekering nodig om de eerste twintig behandelingen fysio- en oefentherapie vergoed te krijgen voor klachten of aandoeningen die genoemd zijn in het Besluit zorgverzekering. Echter, steeds minder Nederlanders sluiten een aanvullende verzekering af (89,2% in 2011 naar 83,2% in 2020)<sup>9</sup>. Ook blijkt uit recent onderzoek<sup>10</sup> van Zorgweb en Vektis naar de aanvullende verzekering dat het aantal polissen met de meest uitgebreide tot onbeperkte vergoeding voor onder andere fysio- en oefentherapie de afgelopen elf jaren is afgenomen. De Patiëntenfederatie geeft hierbij ook aan dat zij zich zorgen maken over de toegankelijkheid van de fysio- en oefentherapie en vraagt aandacht voor de stapeling van zorgkosten.
- Hoewel er verschillende kwaliteitsstandaarden zijn ontwikkeld, waaronder een aantal binnen het overgangstraject zelf, blijft het een uitdaging om inzicht te krijgen in de kwaliteit en uitkomsten van de zorg<sup>11</sup>. Het Zorginstituut constateert ook dat de ontwikkeling van kwaliteitsproducten zoals opgenomen in de planning van het overgangstraject ondanks veel inspanningen achterloopt op de planning.

<sup>8</sup> Van de totale kosten voor fysio- en oefentherapie die ten laste komen van de basisverzekering en aanvullende verzekering, vormt de basisverzekering ongeveer 1/3 deel.

<sup>9</sup> Vektis (2020) Inzicht in het overstapseizoen

<sup>10</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 957

<sup>11</sup> Nog niet alle kwaliteitsstandaarden zijn tripartiet aangeboden voor opname in het register van het Zorginstituut.

Samen met betrokken veldpartijen wordt aan het thema «kwaliteit van zorg» gewerkt. Dit gebeurt via de activiteiten binnen het huidige overgangstraject en via de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022. Bijvoorbeeld door het financieren van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in het kader van het overgangstraject, het beschikbaar stellen van (uitkomst)informatie en het verzamelen van relevante data.

Ik concludeer dus dat de stagnatie in de pakketbeoordeling tot een ingewikkelde situatie leidt. Enerzijds hecht ik er veel waarde aan dat alleen bewezen effectieve zorg aan het basispakket wordt toegevoegd. Anderzijds wordt het potentieel van fysio- en oefentherapie in de praktijk van het zorglandschap mogelijk onvoldoende benut en dat is onwenselijk.

### **Vervolgstappen**

Samen met betrokken partijen – het Zorginstituut, beroepsgroepen, zorgverzekeraars en de Patiëntenfederatie – bespreek ik hoe we een nieuw perspectief kunnen vinden voor de fysio- en oefentherapie. Samen met partijen zet ik de volgende vervolgstappen, waarbij ik een besluit over de inrichting van de aanspraak overlaat aan mijn ambtsopvolger:

#### **1) *Scherpstellen verwachte meerwaarde fysio- en oefentherapie***

Er lijkt op hoofdlijnen consensus te zijn over de verwachte meerwaarde van fysio- en oefentherapie in het zorglandschap. Ik wil deze verwachte meerwaarde samen met partijen verder concretiseren en aanscherpen. Het gaat hierbij om de meerwaarde van deze zorg in een brede context. Partijen denken hierbij in ieder geval aan de volgende elementen:

- De zorg moet een relevante bijdrage leveren aan de beweging naar passende zorg en juiste zorg op de juiste plek. Hieronder valt onder meer substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, maar ook binnen de eerste lijn. Het aanbieden van fysio- en oefentherapie als eerste zorgvorm in een stepped-care aanpak kan kosteneffectief zijn, omdat de zorg relatief goedkoop is en veilig voor de patiënt is. Naast de betaalbaarheid van de zorg moet ook de organiseerbaarheid van de zorg worden meegewogen. Fysio- en oefentherapie kan een belangrijke rol spelen in de versterking van de zorg in de eerste lijn, vermindering van de druk op de huisartsenzorg en de tweedelijnszorg.
- De zorg moet een relevante bijdrage leveren aan kwaliteit van leven, verbetering van het functioneren, zelfmanagement en (vormen van) preventie. De gezondheid en het functioneren van mensen moet centraal staan. De fysio- en oefentherapeut kan hieraan bijdragen, onder meer door mensen met een hulpvraag te ondersteunen, te behandelen en te adviseren bij het in beweging komen of blijven.
- Er zijn verschillende rollen die de fysio- en oefentherapeut in het zorglandschap inneemt. In het concretiseren van de verwachte meerwaarde wil ik daar aandacht voor hebben. Het gaat ten eerste om de rol als behandelaar bij zowel kortdurende/acute klachten als bij chronische klachten. Maar er is meer: de fysio- en oefentherapeut heeft ook een rol in diagnostiek en duiding van de klachten, uitleg aan de patiënt en instructie ten aanzien van leefstijl, beweging, coping en motivering van patiënten. Deze rol leunt minder op de behandeling van specifieke indicaties, maar richt zich met name op een advies bij een hulpvraag, gericht op zelfmanagement.

#### **2) *Inventariseren van kennislacunes***

Alleen verwachte meerwaarde is niet voldoende om zorg via de basisverzekering te financieren. Er is gedegen onderbouwing nodig

van deze meerwaarde. Op basis van de resultaten onder het eerste punt (het scherpstellen van de meerwaarde) wil ik met partijen, waaronder het Zorginstituut, bezien op welke manier de verwachte meerwaarde reeds wetenschappelijk onderbouwd is of in de toekomst kan worden. In deze stap moet een gemeenschappelijk beeld ontstaan van a) de kennis die nodig is om tot een besluit te komen, b) de kennis die reeds voorhanden is en c) de kennis die nog opgedaan moet worden.

3) *Invullen van de kennislacunes*

Samen met partijen moet antwoord worden gegeven op de openstaande vragen. Mogelijk is hiervoor aanvullend onderzoek nodig. Ik zie met partijen hoe dit opgezet en gefinancierd kan worden, zodanig dat het ook antwoorden geeft die nodig zijn voor verdere besluitvorming. Een goede afstemming aan de voorkant met onder meer het Zorginstituut is hierbij dus cruciaal.

4) *Besluitvorming op basis van gedegen onderbouwing*

Op basis van de resultaten van de eerste stappen kan mijn ambtsopvolger een besluit nemen over de aanspraak voor fysio- en oefentherapie. Indien de verwachte meerwaarde inderdaad kan worden aangetoond, kan dit leiden tot een – al dan niet voorwaardelijke – uitbreiding of andere vormgeving van de aanspraak. Het Zorginstituut zal hierbij een belangrijke adviseur zijn en blijven. Indien er inderdaad sprake is van verwachte substitutie-effecten zal bij de besluitvorming ook aandacht moeten zijn voor de benodigde verschuiving van middelen tussen macrokaders.

5) *Partijen zetten zich onverminderd in voor realiseren randvoorwaarden*

Om de aanspraak voor fysio- en oefentherapie anders vorm te geven is allereerst een gedegen onderbouwing nodig. Daarnaast blijven randvoorwaarden voor het realiseren van juiste zorg op de juiste plek en passende zorg van groot belang. Het Zorginstituut constateert dat de ontwikkeling van kwaliteitsproducten achterloopt. Ik heb met partijen afgesproken dat zij zich volop blijven inzetten om de ontwikkeling van deze kwaliteitsproducten te versnellen. Hiervoor zijn ook middelen beschikbaar via de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022. Het ontwikkelen en implementeren van (uitkomst)indicatoren is integraal onderdeel van het opstellen van de kwaliteitsproducten. Naast deze producten is ook een sterkere organisatiegraad van paramedici van groot belang om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren. Via de bestuurlijke afspraken is reeds een programma gestart om de organisatiegraad te versterken. Indien de fysio- en oefentherapie breder toegankelijk wordt, zal ook kritisch gekeken moeten worden naar een doelmatige manier van bekostiging die aansluit bij de doelstellingen van passende zorg.

6) *Borging*

Samen met het Zorginstituut zal VWS het initiatief nemen om bovengenoemde stappen, in samenspraak met partijen, verder uit te werken tot concrete plannen van aanpak. Via de tafels van de bestuurlijke afspraken paramedische zorg en het vervolg van het systeemadvies zullen partijen gezamenlijk blijven monitoren of voldoende (snel) stappen worden gezet. Het Zorginstituut blijft ook nauw betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsproducten. Indien nodig kunnen producten op de meerjarenagenda van het Zorginstituut geplaatst worden om tijdige oplevering te borgen. Recent is dit gebeurd met de kwaliteitsstandaard voor fysio- en oefentherapie bij COPD.



## **Bekostiging samenwerking huisarts met de fysio- en oefentherapeut**

Tijdens de begrotingsbehandeling heeft het lid Renkema (GroenLinks) mij gevraagd om te reageren op signalen dat de bekostiging niet voldoende ruimte biedt om samenwerking tussen de huisarts en de fysiotherapeut mogelijk te maken (Handelingen II 2020/21, nr. 32, item 9). Ik ben doorlopend in gesprek met beroepsverenigingen van huisartsen en fysio- en oefentherapeuten in het kader van de bestuurlijke akkoorden met deze sectoren. Een belangrijk onderwerp daarbij is (regionale) samenwerking en organisatie van zorg. Daarnaast voert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) jaarlijks gesprekken met het veld over de regelgeving van de betreffende sector. De bekostiging is geen beperkende factor bij de financiering en stimulering van samenwerking tussen huisartsen en fysio- en oefentherapeuten. Ik zal dit toelichten:

- «Indirect patiëntgebonden tijd» is onderdeel van bestaande prestaties en tarieven. Dit is bijvoorbeeld een telefonisch overleg tussen de huisarts en fysiotherapeut over een specifieke patiënt. Indirect patiëntgebonden is niet apart declarabel, maar wordt via de reguliere prestaties in rekening gebracht.
- Voor fysio- en oefentherapie gelden vrije tarieven. Het staat zorgaanbieders en zorgverzekeraars dus vrij om in de contractering afspraken te maken over de vergoeding van indirect patiëntgebonden tijd. Al meerdere jaren verzoeken aanbieders de NZa tot het apart declarabel maken van het multidisciplinair overleg (MDO) en andere vormen van samenwerking en afstemming. Echter, het apart declarabel maken van samenwerking is niet nodig omdat deze tijd dus al via bestaande prestaties in rekening kan worden gebracht. Hierover moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken. Ook een aparte prestatie voor samenwerking zou nog altijd vereisen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over de hoogte van de vergoeding. Omdat samenwerking nu is verdisconteerd in de hoogte van het tarief voor direct patiëntgebonden tijd zou het apart declarabel maken van samenwerking kunnen betekenen dat zorgverzekeraars de tarieven voor deze prestaties zullen verlagen. Daarmee zou het gesprek over financiering van samenwerking dus slechts verschuiven.
- De NZa is naar aanleiding van het prestatieverzoek van aanbieders opnieuw in gesprek gegaan met partijen uit de paramedische zorg. Hierin is besproken hoe er in de bekostiging en/of contractering meer recht gedaan kan/moet worden aan patiëntengroepen die meer indirect patiëntgebonden tijd vergen. De uitkomst van dit gesprek tussen NZa en partijen was dat het merendeel van de paramedische partijen geen oplossing ziet in het vaststellen van prestaties voor patiëntengroepen die in verhouding meer indirect patiëntgebonden tijd vergen. Deze paramedische partijen vinden dat het meer een tariefvraagstuk is. Meer aandacht voor indirect patiëntgebonden tijd in de bekostiging, zoals samenwerking tussen zorgverleners, leidt volgens deze partijen vooral tot meer complexiteit. De beroepsvereniging van logopedisten (NVL) en mogelijk ook oefentherapeuten (VvOCM) zien iets in een tweesporenbeleid; enerzijds in gesprek met verzekeraars en anderzijds het zoeken naar een afbakening van specifieke patiëntgroepen die in verhouding meer indirect patiëntgebonden tijd kosten. De NZa onderzoekt met partijen die hiervoor open staan of vanuit de inhoud een pilot kan worden gestart voor patiëntgroepen die in verhouding meer indirect patiëntgebonden tijd vergen.
- Voor de paramedische zorg loopt tevens een programma «versterken organisatiegraad» als onderdeel van de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022. Hiervoor zijn (tijdelijke) middelen beschikbaar gesteld door VWS. Onderdeel van dit programma is ook om te inventariseren welke structurele financieringsbronnen gebruikt

kunnen worden om samenwerkingsvormen tussen paramedici onderling en met andere beroepsgroepen ook in de toekomst te blijven stimuleren. Partijen hebben hier reeds een start mee gemaakt.

- Met betrekking tot de samenwerking tussen zorgverleners rondom kwetsbare ouderen is er door het veld een Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis opgesteld. Aan het Zorginstituut is gevraagd om te duiden in hoeverre de inhoud van de handreiking tot het verzekerde pakket behoort. Na afronding van dit advies zal aan de NZa gevraagd worden te beoordelen of de notitie van het Zorginstituut aanleiding geeft tot aanpassingen in de bekostiging.

Al met al concludeer ik dus dat de bekostiging niet de beperkende factor is bij de financiering en stimulering van samenwerking tussen huisartsen en fysio- en oefentherapeuten. Daar waar op dit vlak nog openstaande vragen bestaan worden deze, zoals hierboven beschreven, opgepakt. Tevens ben ik in het kader van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg en de bestuurlijke afspraken paramedische zorg continu met partijen in gesprek om te kijken hoe (regionale) multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt gestimuleerd kan worden. Ook de NZa voert doorlopend gesprekken met partijen. Als in de toekomst blijkt dat er toch wijzigingen in de bekostiging noodzakelijk zijn, dan zal ik hier samen met de NZa naar kijken.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark