



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister voor Medische Zorg
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

2024008509

Datum 22 maart 2024
Betreft Voortgangsrapportage passende fysio- en oefentherapeutische zorg

Zorginstituut Nederland
Zorg
Paramedische Zorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55
Contactpersoon
Mr B. Veerman
T +31 6 43.47.05.67

Onze referentie
2024008509

Geachte mevrouw Dijkstra,

Met deze brief bied ik u de voortgangsrapportage aan getiteld: *"De tussenstand in de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Op weg naar een hervorming van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg"*. Deze voortgangsrapportage is een deelproduct uit het plan van aanpak van 27 november 2021 *"Naar een passende aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie"*, dat door partijen van het Bestuurlijk Overleg Fysio- en Oefentherapie is geaccordeerd.

Aanleiding

Wij brengen deze rapportage uit naar aanleiding van uw verzoek om u te adviseren over een geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie, rekening houdend met de principes van passende zorg.

Het Zorginstituut heeft op 17 januari 2023 het rapport *"Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket"* uitgebracht. Dit rapport omschrijft de programmalijn die het mogelijk maakt om te komen tot een geschikte manier om passende fysio- en oefentherapie te vergoeden uit het basispakket.

In de voortgangsrapportage van 4 januari 2024, getiteld *"Passende zorg voor Fysiotherapie en Oefentherapie. Op weg naar een hervorming van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg"* constateerde het Zorginstituut dat de betrokken partijen veel belangrijke stappen hebben gezet, maar dat vervolgstappen op alle 3 de randvoorwaarden nodig zijn om completer inzicht te krijgen in passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Om versneld tot inzicht te komen over passende fysio- en oefentherapeutische zorg hebben we, samen met partijen, zes kansrijke onderdelen (zogenaamde bouwstenen) geprioriteerd.

In deze tweede voortgangsrapportage informeren wij u wat de tussenstand is van de programmalijn, informeren wij u over de kansrijke bouwstenen en over welke vorderingen er zijn gemaakt in de beweging naar passende fysio- en

oefentherapeutische zorg. Tevens adviseren wij u over het verbeteren van de toegankelijkheid voor 2 specifieke onderdelen van passende fysio- en oefentherapeutische zorg door uitbreiding van het basispakket voor, dit zijn:

- Het vergoeden van de eerste twintig behandelingen uit het basispakket voor aandoeningen die vallen onder bijlage 1 van het *Besluit zorgverzekeringen*
- De beperkende voorwaarde voor de aanspraak bij COPD, te weten het stellen van een maximum aantal behandelingen, uit de wettelijke bepaling te halen.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Paramedische Zorg

Datum
22 maart 2024

Onze referentie
2024008509

Een derde uitbreiding van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg komt voort uit het voorwaardelijke toelatingstraject: Fysio- en oefentherapeutische zorg voor patiënten met ernstige functionele beperkingen door reumatoïde artritis. U heeft hierover een apart het advies 'Langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen' van het Zorginstituut ontvangen.

Op deze bovenstaande drie punten is politieke besluitvorming nodig alvorens de geadviseerde pakketuitbreidingen van kracht zijn.

Conclusie

De uitvoering van de programmlijn *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie* is een omvangrijk en complex traject. Het vraagt om een verandering in ons denken over de toekomst van de fysio- en oefentherapie en de consequenties daarvan voor de uitvoering van deze zorg. Partijen hebben samen belangrijke stappen gezet en afspraken gemaakt om te komen tot een grotere bijdrage van fysio- en oefentherapie aan passende zorg. Hiermee kan de toegankelijkheid van deze zorg verbeteren en de fysio- en oefentherapie optimaal laten bijdragen aan de beweging naar passende zorg in brede zin.

Naar verwachting kan het Zorginstituut in de loop van 2024 u adviseren over een geschikte vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie binnen het basispakket van de zorgverzekering, rekening houdend met de principes van passende zorg. Dit advies dient ter ondersteuning van de uiteindelijke politieke besluitvorming over een aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg, zoals beschreven in het overkoepelende plan van aanpak "*Naar een passende aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie*".

Het Zorginstituut is graag bereid de inhoud van het advies nader toe te lichten.

We zien uit naar uw reactie.

Hoogachtend,


Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

De tussenstand in de beweging naar passende fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg

Op weg naar een hervorming van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg

Voortgangsrapportage

22 maart 2024

| Van goede zorg verzekerd |



Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
1	Inleiding	6
1.1	Eerstelijns fysio- en oefentherapie in 10 bouwstenen	6
1.1.1	Kansrijke bouwstenen	6
1.2	Drie randvoorwaarden: waar staan we nu?	7
1.2.1	Randvoorwaarde 1: het kwaliteitskader	7
1.2.2	Randvoorwaarde 2: inzicht in stand van de wetenschap en praktijk	9
1.2.3	Randvoorwaarde 3: passende bekostiging	9
1.3	Tussenstand in de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg	10
1.4	Leeswijzer	10
2	Fysiotherapie of oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen (substitutie)	11
2.1	Randvoorwaarde 2: inzicht in stand van de wetenschap en praktijk	11
2.2	Fysio- en oefentherapie voor patiënten met een gescheurde voorste kruisband om een kruisbandreconstructie (operatie) te voorkomen	12
2.2.1	Waardegedreven zorg	12
2.2.2	Passende zorg in de praktijk	12
2.2.3	Pakketcriteria voor zorg vergoed uit het basispakket	12
2.2.4	Budgetimpactanalyse	13
2.3	Fysio- en oefentherapie in de eerste lijn voor patiënten met een gescheurde meniscus om een meniscusoperatie te voorkomen	13
2.3.1	Waardegedreven zorg	14
2.3.2	Passende zorg in de praktijk	14
2.3.3	Pakketcriteria voor zorg vergoed uit het basispakket	14
2.3.4	Budgetimpactanalyse	15
3	Fysiotherapie en oefentherapie bij reeds geduide aandoening uit de wachtkamer	16
3.1	Duidingen die zijn uitgevoerd door het Zorginstituut	16
3.1.1	Positief geduide zorg	16
3.1.2	Negatief geduide zorg	16
3.1.3	Budgetimpactanalyse	16
4	Fysiotherapie en oefentherapie als onderdeel van reablement voor kwetsbare ouderen zonder chronische indicatie	17
4.1	Reablement voldoet nog niet aan de voorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg	17
4.1.1	Waardegedreven zorg	17
4.2	Huidige aanspraak fysio- en oefentherapie voor kwetsbare thuiswonende patiënten	17
4.2.1	Visie eerstelijnszorg 2030	18
4.2.2	Vervolgstappen	18
5	Fysiotherapie en oefentherapie voor diagnostiek en triage van het houdings- en bewegingsapparaat	19
5.1	Huidige praktijk bij diagnostiek en triage	19
5.1.1	Mogelijke inzet van een fysio- of oefentherapeut in de huisartspraktijk voor passende zorg bij triage en diagnostiek	19
5.1.2	Visie eerstelijnszorg 2030	20
5.1.3	Wettelijke criteria en pakketcriteria	21
5.1.4	Advies Zorginstituut Nederland	21

5.1.5	Budgetimpactanalyse	21
6	Vergoeden van de eerste twintig behandelsessies voor patiënten met een chronische indicatie	23
6.1	Huidige aanspraak fysio- en oefentherapie voor patiënten met een chronische indicatie	23
6.2	Eerste twintig behandelingen vergoed uit het basispakket	23
6.2.1	Budgetimpactanalyse	24
7	Opheffen van de beperkende voorwaarde voor fysiotherapie en oefentherapie bij COPD	25
7.1	Huidige aanspraak bij COPD	25
7.1.1	Passende zorg voor COPD	25
7.1.2	Waardegedreven zorg	25
7.1.3	Wettelijke criteria en pakketcriteria voor COPD	26
7.1.4	Advies Zorginstituut Nederland over aanspraak bij COPD	26
7.1.5	Budgetimpactanalyse	26
7.1.6	Passende bekostiging	27
8	Conclusie	28
8.1	Passende fysio- en oefentherapeutische zorg.	28
8.2	Toekomstig eindadvies over een geschikte vormgeving van de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie	28
	Colofon	30
	Literatuur	31
	Bijlagen	33

Samenvatting

In deze tweede voortgangsrapportage geven wij de tussenstand in de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg. We laten zien welke stappen er tot nu toe zijn gezet op weg naar het eindadvies over een geschikte vormgeving van de aanspraak om passende fysio- en oefentherapie te vergoeden uit het basispakket. Het doel hiervan is een betere toegankelijkheid tot fysio- en oefentherapeutische zorg voor patiënten. Dit kan bijdragen aan passende zorg in brede zin. Dit eindadvies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt in de loop van 2024 verwacht. In deze voortgangsrapportage laten we de voortgang van partijen zien bij het invullen van de randvoorwaarden. Ook laten we zien welke bouwstenen van fysio- en oefentherapie al op korte termijn kansrijk zijn om de toegang tot passende oefen- en fysiotherapie te verbeteren.

Voortgang op randvoorwaarden

In januari 2023 is in het eerste adviesrapport¹ afgesproken dat partijen drie randvoorwaarden gaan invullen. We beschrijven hieronder voor alle drie de huidige stand van zaken.

1. De ontwikkeling van een *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapeutische zorg*, dat aansluit op het 'Kader Passende zorg' en waarin organisaties van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars samen de eisen voor kwalitatief goede zorg vastleggen.
 - Stand van zaken: het kwaliteitskader is inhoudelijk gereed. Het uitvoerings- en implementatieplan is naar verwachting in maart 2024 gereed. De betrokken partijen doorlopen een eigen autorisatieproces. Indien alle partijen het kwaliteitskader en uitvoerings- en implementatieplan hebben geaccordeerd bieden partijen het gezamenlijk aan voor opname in het Register.
2. Fysio- en oefentherapeutische zorg moet waardegedreven zijn. Hiervoor is inzicht nodig in de effectiviteit van behandelingen en de gezondheidswinst voor patiënten.
 - Stand van zaken: het Zorginstituut heeft al een aantal standpunten uitgebracht met uitspraken hierover en beoordeelt op dit moment een aantal onderwerpen in de zogeheten 'wachtkamer'. Over de andere onderwerpen van fysio- en oefentherapie die niet uit de basisverzekering worden vergoed bespreken partijen of deze onderdelen volgens hen aan de criteria voldoen. Voor deze onderdelen is in de programmalijn afgesproken dat geen nadere beoordeling door het Zorginstituut nodig is. De onderwerpen kunnen naar verwachting, bij de toekomstige geschikte aanspraak op passende fysio- en oefentherapie, vergoed worden vanuit het basispakket. Daarvoor is eerst nog een besluit nodig van de politiek over een eventuele wijziging van de aanspraak naar aanleiding van het toekomstig advies van het Zorginstituut. Voor onderdelen waar partijen niet uitkomen kan het Zorginstituut om een beoordeling worden gevraagd.
3. Passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.
 - Stand van zaken: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft randvoorwaarde 3 ingevuld met het rapport Passende bekostiging voor fysiotherapie en oefentherapie. Daarin adviseren zij het *fee-for-services*-model als het meest passend voor 2025. Ook benoemen zij bundelbekostiging als een veelbelovend alternatief voor de huidige bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg.

Kansrijke bouwstenen voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg

In januari 2024 publiceerde het Zorginstituut de eerste voortgangsrapportage.² Hierin identificeerden we, in samenspraak met partijen, zes bouwstenen die op korte termijn kunnen voldoen aan de drie randvoorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

Op korte termijn zijn de volgende onderdelen van bouwstenen kansrijk:

- Uit bouwsteen 3 (substitutie): fysio- en oefentherapie voor patiënten met een

- gescheurde kruisband om een reconstructie operatie te voorkomen.
- Uit bouwsteen 3 (substitutie): fysio- en oefentherapie in de eerste lijn voor patiënten met een gescheurde meniscus om een meniscusoperatie te voorkomen.
 - Uit bouwsteen 4 (wachtkamer): langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen.
 - Uit bouwsteen 5 (ouderen): eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg als onderdeel van reablement voor ouderen zonder chronische indicatie.
 - Uit bouwsteen 6 (triage en diagnostiek): het inzetten van fysio- en oefentherapie voor diagnostiek en triage van het houdings- en bewegingsapparaat.
 - Uit bouwsteen 7 (eerste twintig behandelsessies van de chronische indicaties): er zijn geen medische inhoudelijke argumenten voor de huidige uitsluiting van de eerste twintig behandelingen.
 - Uit bouwsteen 8 (expliciet in de wet genoemde aandoeningen): maximum aantal behandelingen fysio- en oefentherapie bij de longaandoening COPD uit de wettelijke bepaling halen.

In deze voortgangsrapportage informeren we de minister over de stand van zaken van deze kansrijke bouwstenen.

Verdere uitwerking tot eindadvies

Het Zorginstituut werkt samen met partijen verder aan de bouwstenen die nog niet voldoen aan de randvoorwaarden. In ons eindadvies zullen wij aan de minister adviseren over een geschikte vormgeving van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg, rekening houdend met de principes van passende zorg.

Inleiding

Het Zorginstituut rapporteert aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over het traject passende fysio- en oefentherapeutische zorg (PAFOZ). Dit is een tussenstand in de beweging naar een geschikte aanspraak op fysio- en oefentherapie vanuit de principes van passende zorg.¹ We beschrijven in dit voortgangsrapport in hoeverre een aantal kansrijke onderdelen voldoet aan de programmalijn om te komen tot passende eerstelijns fysio- en oefentherapie. Het vergoeden van passende fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering verbetert voor patiënten de toegankelijkheid tot fysio- en oefentherapeutische zorg en draagt bij aan passende zorg in brede zin. In samenspraak met de betrokken partijen (beroepsverenigingen, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland) zijn 6 van de 10 onderdelen (verder: bouwstenen) aangedragen als kansrijk om op korte termijn te voldoen aan de programmalijn voor passende eerstelijns fysio- en oefentherapie. In dit voortgangsrapport richten we ons op deze kansrijke bouwstenen voor passende eerstelijns fysio- en oefentherapie. We beschrijven de actuele tussenstand voor deze bouwstenen aan de hand van de drie randvoorwaarden die wij hebben beschreven in het rapport *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket*.

1.1 Eerstelijns fysio- en oefentherapie in 10 bouwstenen

Om het doel van passende fysio- en oefentherapeutische zorg te bereiken en de besluitvorming zo goed mogelijk te ondersteunen hebben we samen met de betrokken partijen in totaal 10 bouwstenen van eerstelijns fysio- en oefentherapie benoemd.² Met deze bouwstenen kunnen we inzichtelijk maken wat de budgettaire omvang is van een bouwsteen. En of deze bouwsteen wel of niet voldoet aan de randvoorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Dit is nodig om een onderbouwde inschatting te maken van de verwachte budgettaire impact van een eventuele wijziging van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg. Het Zorginstituut adviseert de minister om deze bouwstenen niet als losse elementen te beschouwen, maar ze als een geheel te beschouwen in het uiteindelijke politieke besluit over een geschikte aanspraak op passende fysio- en oefentherapie.

Een aantal bouwstenen maakt nog geen deel uit van de huidige aanspraak op fysio- of oefentherapie in het basispakket. Dit zijn de volgende 7 bouwstenen:

1. kortdurende fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie;
2. langdurige fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie;
3. fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen;
4. fysio- en oefentherapie bij aandoeningen uit de wachtkamer;
5. fysio- en oefentherapie bij *reablement* voor ouderen zonder chronische indicatie;
6. fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;
7. de eerste twintig behandelsessies fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties;

De overige drie bouwstenen zijn al wel onderdeel van de huidige aanspraken op fysio- of oefentherapie in het basispakket, namelijk:

8. fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd;
9. fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties voor volwassenen;
10. fysio- of oefentherapie voor kinderen/jongeren tot 18 jaar.

1.1.1 Kansrijke bouwstenen

In samenspraak met de betrokken partijen is vastgesteld dat een aantal bouwstenen – of delen daarvan – al op korte termijn kan voldoen aan de drie randvoorwaarden die zijn beschreven in het rapport *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket*. Dit noemen we de kansrijke bouwstenen. Het Zorginstituut heeft hierover in de voortgangsrapportage van januari 2024 gepubliceerd.² Het gaat om de bouwstenen 3 tot en met 8. De bouwstenen 8-10 zijn al onderdeel van het basispakket, maar er zijn daarbij beperkende voorwaarden geformuleerd. We benoemen

bouwsteen 8 als kansrijk omdat het goed mogelijk lijkt om op korte termijn de beperkende voorwaarden (op onderdelen) te verminderen om meer passende zorg mogelijk te maken. Dit voortgangsrapport beschrijft de actuele stand van zaken van de kansrijke bouwstenen 3-8 aan de hand van de drie randvoorwaarden. De wettelijke criteria voor opname van zorg in het basispakket hebben geleid tot het formuleren van de drie randvoorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg, die voor alle bouwstenen gelden. Als de kansrijke bouwstenen – of delen daarvan – blijken te voldoen aan de pakketcriteria, kan dit de politiek ondersteunen bij besluitvorming over uitbreiding van de aanspraak op fysio- en oefentherapie. Daarmee kan op korte termijn de toegankelijkheid voor deze bouwstenen – of delen daarvan – verbeteren en bijdragen aan passende zorg in brede zin. Het Zorginstituut adviseert in het eindadvies (dit volgt naar verwachting in de loop van 2024) over een geschikte aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapie, conform de adviesvraag van VWS aan het Zorginstituut.³ We geven daarom in dit rapport geen specifiek instroomadvies op onderdelen die momenteel niet vanuit het basispakket worden vergoed.

1.2 Drie randvoorwaarden: waar staan we nu?

Partijen hebben in 2023 samen belangrijke stappen gezet en afspraken gemaakt om inzicht te geven in passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Maar op alle drie de randvoorwaarden waren nog vervolgstappen nodig.² In het eerste kwartaal van 2024 hebben partijen een aantal van deze vervolgstappen gezet. We beschrijven de huidige stand van zaken voor de drie randvoorwaarden, wat overzicht geeft op de voortgang van de gehele programmlijn voor passende eerstelijns fysio- en oefentherapie.

1.2.1 Randvoorwaarde 1: het kwaliteitskader

Aan randvoorwaarde 1 is voldaan als het *Kwaliteitskader voor eerstelijns fysio- en oefentherapie* door alle betrokken (tripartiete) partijen gezamenlijk is ingediend en opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden.¹ Op dit moment is dat nog niet het geval, de deadline voor indiening is op 28 maart 2024. De beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars hebben samen al wel een kwaliteitskader met een bijbehorend uitvoerings- en implementatieplan ontwikkeld.⁴ In het kwaliteitskader zijn concrete afspraken uitgewerkt over goede fysio- en oefentherapeutische zorg die voldoet aan de principes van passende zorg. Verder bevat het kwaliteitskader een aantal ambities die beschrijven wat in de komende tijd nodig is om de afspraken om te zetten naar de norm voor de dagelijkse praktijk. In het uitvoerings- en implementatieplan zijn deze afspraken uitgewerkt tot concrete plannen, inclusief begroting. Ook geeft het uitvoerings- en implementatieplan inzicht in de geschatte financiële impact van het kwaliteitskader. Partijen voeren momenteel nog overleg om afspraken te maken over de implementatie van het kwaliteitskader en over wie financieel verantwoordelijk is voor welke onderdelen. Als dit is afgerond is het kwaliteitskader inclusief het uitvoerings- en implementatieplan gereed.

1.2.1.1 Bestuurlijke accordering en autorisatie door de achterban

Partijen doorlopen ieder hun eigen procedures om het *Kwaliteitskader voor fysio- en oefentherapie* bestuurlijk te accorderen en (al dan niet) te laten autoriseren door de achterban, voordat het kan worden ingediend bij het Zorginstituut voor opname in het Register voor kwaliteitsstandaarden. Het draagvlak bij elk van de partijen is essentieel voor de implementatie en uitvoering van het kwaliteitskader. Per partij beschrijven we hoe de procedure van accorderen en autorisatie tot nu toe is verlopen.

Patiëntenfederatie Nederland

Patiëntenfederatie Nederland werkt met een meelesgroep voor het PAFOZ-traject. Dit is een afvaardiging van de leden die betrokken worden bij de vorderingen van dit traject. De Patiëntenfederatie geeft aan dat de meelesgroep positief heeft gereageerd op het *Kwaliteitskader voor fysio- en oefentherapie* en dat de achterban heeft aangegeven het kwaliteitskader te ondersteunen. Het bestuur van de Patiëntenfederatie is gedurende het hele traject goed op de hoogte geweest van alle ontwikkelingen en steunt deze. Het bestuur is akkoord met de inhoud van het *Kwaliteitskader voor fysio- en oefentherapie*.

Zorgverzekeraars Nederland

Het bestuur van *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)* beoordeelt het kwaliteitskader inclusief het ontwikkel- en implementatie als een geheel. Het ontwikkel- en implementatiedocument is nog niet gereed, daarom heeft de beoordeling nog niet plaatsgevonden.

Vertegenwoordiging beroepsgroepen Fysiotherapie en Oefentherapie

De beroepsgroep fysiotherapie wordt vertegenwoordigd door de beroepsvereniging het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), het register de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF). De beroepsgroep oefentherapie wordt vertegenwoordigd door de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). De drie betrokken partijen doorlopen ieder een eigen proces. We geven hieronder per partij een verslag.

Het KNGF brengt, naast de bestuurlijke accordering waaraan reeds is voldaan, het kwaliteitskader in stemming bij de eigen leden. Leden kunnen voor of tegen het kwaliteitskader of blanco stemmen. Op de ALV van 23 november 2023 is het kwaliteitskader niet aangenomen. Slechts 12 procent van de stemgerechtigde leden heeft een stem uitgebracht en ongeveer 7 procent van de leden stemde tegen het kwaliteitskader. Het KNGF geeft aan dat leden die zich over het kwaliteitskader hebben uitgesproken voornamelijk hun onvrede hebben geuit over de huidige problematische financiële situatie in de beroepsgroep en de onduidelijkheid over verbetering daarvan bij implementatie van het kwaliteitskader. Slechts in beperkte mate hebben leden kritiek geuit over de inhoud van het kwaliteitskader. Veel leden die zich hebben uitgesproken zijn van mening dat invulling van randvoorwaarden voor implementatie en doorontwikkeling op de ambities noodzakelijk is voordat zij akkoord kunnen gaan met het kwaliteitskader. Naar aanleiding van deze signalen is het KNGF aan de slag gegaan om 1) de benodigde randvoorwaarden voor uitvoering- en implementatie nader uit te werken; 2) samen met VWS de huidige financiële situatie te evalueren en verbetermogelijkheden te onderzoeken; 3) met alle betrokken partijen in overleg te gaan over de borging van de randvoorwaarden voor uitvoering- en implementatie. ; 4) leden opnieuw te informeren over de context en het belang van het Kwaliteitskader en het commitment van partijen dat niet tot implementatie zal worden overgegaan, indien de hiervoor benodigde randvoorwaarden niet zijn ingevuld; 5) het kwaliteitskader op 27 maart opnieuw in stemming te brengen; 6) meer leden te mobiliseren om op 27 maart hun stem uit te brengen.

Het bestuur van het SKF heeft het kwaliteitskader geaccordeerd. Het SKF legt het kwaliteitskader ter informatie voor aan de aangesloten fysiotherapeuten, maar brengt het niet ter stemming omdat de huidige kwaliteitsstandaard van het SKF het kwaliteitskader omvat.

De VvOCM heeft na bestuurlijke accordering de leden geïnformeerd over het kwaliteitskader. Op 12 december 2023 is het kwaliteitskader ter stemming gebracht en een ruime meerderheid (74 procent) heeft voor het kwaliteitskader gestemd. De VvOCM heeft in dit traject de leden betrokken bij het proces doormiddel van werk- en klankbordgroepen en blijft dit doen in de vervolgstappen van de implementatie.

1.2.1.2 Aanbieding aan het register

Om toegankelijke en passende zorg voor de patiënt mogelijk te maken is samenspel tussen alle betrokken partijen cruciaal. Het Zorginstituut moedigt de bij een kwaliteitskader betrokken partijen altijd aan om het samen te ontwikkelen en in te dienen voor opname in het Register. De deadline voor partijen om het *Kwaliteitskader voor fysio- en oefentherapie* aan te bieden aan het Zorginstituut voor opname in het Register voor kwaliteitsstandaarden is 28 maart 2024. Na aanbieding aan wordt het kwaliteitskader marginaal getoetst (i.e. een korte toetsingsprocedure) door het Zorginstituut conform het *Toetsingskader 3.0*.⁵ Als de uitkomst van deze toets positief is, dan wordt het kwaliteitskader opgenomen in het Register en zijn de afspraken tussen partijen wettelijk van kracht.

1.2.1.3 Proces van doorzettingsmacht bij overschrijding datum Meerjarenagenda

In het geval dat de deadline is verstreken kan Zorginstituut de Kwaliteitsraad verzoeken om het betreffende kwaliteitsproduct verder op te stellen. Bijvoorbeeld in situaties van langdurige impasse. Het ontwikkelproces begint vervolgens niet van voren af aan. Er wordt aansluiting

gezocht bij wat er al is ontwikkeld. Ook betreft de Kwaliteitsraad de betrokken partijen bij dit proces. De Kwaliteitsraad biedt het kwaliteitskader tenslotte aan bij de Raad van Bestuur van het Zorginstituut die besluit over opname in het Register.

1.2.2 Randvoorwaarde 2: inzicht in stand van de wetenschap en praktijk

Het Zorginstituut beoordeelt momenteel de stand van de wetenschap en praktijk (SWP) voor acht onderwerpen, de zogenaamde wachtkamer. In hoofdstuk 3 gaan we in op de onderwerpen uit de wachtkamer waarover de Raad van Bestuur van het Zorginstituut al een standpunt heeft vastgesteld na de uitvoering van een duiding.

Voor alle overige onderwerpen die buiten de wachtkamer vallen (bouwstenen 1 tot en met 3 en 5 tot en met 7 uit paragraaf 1.1) is in de programmalijn afgesproken dat de betrokken partijen samen inzichtelijk maken welke fysio- en oefentherapeutische zorg, die geen onderdeel is van het basispakket en nu vergoed kan worden via aanvullende zorgverzekeringen, volgens de partijen voldoet aan de wettelijke criteria en kwaliteitsafspraken die zijn vastgelegd in de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) en daarmee samenhangende wetgeving.¹ Voor de fysio- en oefentherapeutische zorg die al deel uitmaakt van het basispakket (bouwstenen 8 tot en met 10 uit paragraaf 1.1) hebben partijen het uitgangspunt vastgesteld dat deze zorg voldoet aan de wettelijke criteria en er op dit moment geen aanleiding is om onderdelen daarvan nader te evalueren. Uiteraard is het waarborgen van de randvoorwaarden voor kwaliteit ook voor deze zorg van groot belang. Alle fysio- en oefentherapeutische zorg die uiteindelijk voldoet aan de wettelijke criteria én randvoorwaarden voor kwaliteit komt in aanmerking voor (besluitvorming over) opname of behoud in het basispakket van de zorgverzekering na politieke besluitvorming over een geschikte aanspraak op fysio- en oefentherapie waarover het Zorginstituut de Minister van VWS zal gaan adviseren. Dit noemen we passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg. Op basis van het eindadvies van het Zorginstituut over de programmalijn om te komen tot een geschikte aanspraak moet politieke besluitvorming plaatsvinden over eventueel noodzakelijke wijzigingen in de aanspraak om passende fysio- en oefentherapeutische zorg onder te brengen in het basispakket.

Partijen vinden het lastig om gezamenlijk tot een oordeel te komen of een bepaald onderdeel van fysio- of oefentherapeutische zorg voldoet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.¹ Om partijen in dit proces van noodzakelijke beoordelingen te faciliteren is voor onderdelen van de bouwstenen 3 en 5 aan twee onafhankelijke academische experts gevraagd om wetenschappelijke literatuur te beoordelen en deze helder voor partijen samen te vatten. De experts is gevraagd om een beoordeling te geven of de zorg waardegedreven is en onder welke voorwaarden een optimale vertaling van de wetenschappelijke kennis naar passende zorg in de praktijk kan plaatsvinden. Partijen hebben aan de hand van deze beoordelingen beargumenteerd aangegeven of ze de conclusies van de experts wel of niet konden overnemen. De uitkomsten van deze gesprekken worden besproken in hoofdstuk 2 (bouwsteen 3) en hoofdstuk 4 (bouwsteen 5).

1.2.3 Randvoorwaarde 3: passende bekostiging

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft met het rapport *Passende bekostiging voor fysiotherapie en oefentherapie* invulling gegeven aan randvoorwaarde 3.⁶ De NZa ziet de huidige bekostiging, volgens het fee-for-services-model, als het meest passend voor 2025. De NZa veronderstelt dat de wijze waarop de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie is omschreven, bepalend is voor de mogelijkheden in de bekostiging. Wanneer de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg wordt aangepast, ziet de NZa wel mogelijkheden wel mogelijkheden voor andere bekostigingsvormen die de beweging naar passende zorg kunnen faciliteren. Bundelbekostiging heeft volgens de NZa in theorie de potentie om passende zorg meer te faciliteren en stimuleren, en is daarmee een veelbelovend alternatief voor de huidige bekostiging van fysio- en oefentherapeutische zorg. Het is daarom goed om in de praktijk te kunnen experimenteren met bundelbekostiging en uit te zoeken of dit de beweging naar passende zorg kan stimuleren. Om hiermee te experimenteren in de praktijk moeten beperkende voorwaarden worden opgeheven bij een of meerdere aandoeningen

1.3 Tussenstand in de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg

Deze voortgangsrapportage beschrijft de actuele stand van zaken over de kansrijke bouwstenen. Bij de (onderdelen van) kansrijke bouwstenen geven we aan in hoeverre deze voldoen aan de drie randvoorwaarden uit de programmalijs zoals wij die hebben beschreven in het rapport *Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket*. Het Zorginstituut werkt tegelijkertijd verder aan de bouwstenen waarvan niet duidelijk is dat zij op korte termijn kunnen voldoen aan de randvoorwaarden en adviseert in het nog te verschijnen eindadvies over een geschikte aanspraak op passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de voortgang op randvoorwaarde twee voor bouwsteen 3 over substitutie. Specifiek gaat het in dit hoofdstuk over twee onderwerpen: 1) fysio- en oefentherapie voor patiënten met een gescheurde kruisband om een operatie te voorkomen en 2) fysio- en oefentherapie in de eerste lijn voor patiënten met een gescheurde meniscus om een meniscusoperatie te voorkomen.

Hoofdstuk 3 gaat over indicatie-interventiecombinaties die zijn opgenomen in de zogenoemde wachtkamer en die zijn geïdentificeerd door het Zorginstituut. Dit zijn 1) langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen; 2) eerstelijns monodisciplinaire fysio- en oefentherapie bij fibromyalgie; 3) multimodale prehabilitatie voorafgaand aan een operatie bij kanker van de dikke darm en endeldarm.

In hoofdstuk 4 beschrijven we de stand van zaken ten aanzien van fysio- en oefentherapie als onderdeel van *reablement* voor kwetsbare ouderen zonder chronische indicatie.

In hoofdstuk 5 behandelen we het inzetten van fysio- en oefentherapie voor diagnostiek en triage van het houdings- en bewegingsapparaat.

Hoofdstuk 6 vervolgt met een advies over de eerste twintig behandelsessies voor patiënten met een chronische indicatie.

Hoofdstuk 7 gaat over fysio- en oefentherapie bij de longaandoening COPD.

We besluiten deze tweede voortgangsrapportage met de conclusies in hoofdstuk 8.

2 Fysiotherapie of oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen (substitutie)

Disclaimer

In dit hoofdstuk beschrijft het Zorginstituut hoe partijen samen invulling hebben gegeven aan randvoorwaarde 2 voor twee indicaties van bouwsteen 3: fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen. Dit is in overeenstemming met de programmalijn voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Het Zorginstituut heeft deze interventies niet inhoudelijk op pakketwaardigheid beoordeeld, er is daarom ook geen advies over gevraagd aan de onafhankelijke adviescommissies van het Zorginstituut, de wetenschappelijke adviesraad (WAR) en de adviescommissie pakket (ACP). Het Zorginstituut geeft met deze beschrijving dus geen mening over of de betreffende interventies deel moeten gaan uitmaken van de huidige of eventueel nieuw te vormen aanspraak. In de loop van 2024 adviseert het Zorginstituut de minister over een geschikte aanspraak op fysio- en oefentherapie, vanuit de principes van passende zorg. Afhankelijk van dat advies en de politieke besluitvorming daarover zullen interventies al dan niet onder een (nieuwe) aanspraak kunnen worden gebracht.

In dit hoofdstuk informeert het Zorginstituut de minister van VWS over twee onderdelen van bouwsteen 3: fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen (hierna: substitutie). Partijen hebben randvoorwaarde 2 (consensus over de stand van de wetenschap en praktijk) en randvoorwaarde 3 (passende bekostiging) van de programmalijn voor deze onderdelen ingevuld. Als het kwaliteitskader (randvoorwaarde 1) is ingeschreven in het Register voor kwaliteitsstandaarden voldoen deze onderdelen van bouwsteen 3 aan alle drie randvoorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg. De bouwsteen substitutie omvatte in eerste instantie (zoals beschreven in de voortgangsrapportage van januari 2024) fysio- of oefentherapeutische zorg voor drie geïdentificeerde indicaties die momenteel niet worden vergoed uit de basisverzekering. Op basis van eerder gepubliceerd onderzoek was het aannemelijk dat er bij deze indicaties sprake is van substitutiepotentieel. Met substitutiepotentieel bedoelen we dat passende eerstelijns fysio- en oefentherapie (invasieve) tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen. De drie eerdere geïdentificeerde indicaties zijn: 1) gescheurde voorste kruisband; 2) gescheurde meniscus; en 3) hartaandoeningen waarbij hartrevalidatie noodzakelijk is. Bij nadere analyse over de derde indicatie bleek het onduidelijk welke wetenschappelijke literatuur gebruikt kon worden voor de onderbouwing van de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom is deze indicatie op dit moment buiten beschouwing gebleven. Na verdere uitwerking door partijen kan deze indicatie alsnog worden meegenomen in het eindadvies van het Zorginstituut.

2.1 Randvoorwaarde 2: inzicht in stand van de wetenschap en praktijk

In de inleiding hebben we de huidige stand van zaken beschreven voor de drie randvoorwaarden van de programmalijn, waaronder de wijze waarop de partijen samen invulling geven aan randvoorwaarde 2. Randvoorwaarden 1 en 3 zijn voor alle bouwstenen gelijk en bespreken we daarom hier verder niet. In dit hoofdstuk beschrijven we voor beide indicaties waarbij passende eerstelijns fysio- en oefentherapie (invasieve) tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen of partijen consensus hebben bereikt over de stand van de wetenschap en praktijk voor het substitutiepotentieel. Bovendien beschrijven we in hoeverre de fysio- en oefentherapeutische zorg bij deze indicaties voldoet aan de pakketcriteria. Partijen hebben de dialoog gevoerd over de effectiviteit en kosteneffectiviteit voor twee substitutie-onderwerpen, te weten meniscusletsel en voorste kruisbandletsel. Ter ondersteuning van deze dialoog heeft een onafhankelijk academisch expert de door partijen aangedragen wetenschappelijke literatuur voor deze indicaties beoordeeld. Hieronder vatten we de beoordeling van de expert samen en geven we aan of partijen het oordeel hebben

kunnen overnemen. En zo ja, welke afspraken zij verder nodig achten om de wetenschappelijke kennis te vertalen naar passende zorg in de praktijk.

2.2 Fysio- en oefentherapie voor patiënten met een gescheurde voorste kruisband om een kruisbandreconstructie (operatie) te voorkomen

Eerstelijns fysio- en oefentherapie kan mogelijk een operatie voorkomen bij patiënten met een voorste kruisband letsel in de knie. In deze paragraaf beschrijven we in hoeverre deze zorg aan de wettelijke- en pakketcriteria voldoet voor vergoeding in de basisverzekering.

2.2.1 Waardegedreven zorg

Partijen zijn het bij de indicatie gescheurde voorste kruisband eens dat eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg een operatieve reconstructie kan voorkomen en daarom waardegedreven zorg is. De onafhankelijk academisch expert die de wetenschappelijke literatuur heeft beoordeeld, gaf een positief oordeel over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit (zie bijlage 1a). De beroepsverenigingen, ZN en Patiëntenfederatie Nederland hebben dit oordeel overgenomen en daarmee voor dit onderwerp randvoorwaarde 2 ingevuld.

2.2.2 Passende zorg in de praktijk

Het Zorginstituut heeft met de betrokken partijen het gesprek gevoerd over voorwaarden voor effectieve en passende fysio- en oefentherapeutische zorg in de praktijk voor patiënten met een gescheurde voorste kruisband. Beroepsverenigingen en Patiëntenfederatie Nederland benoemen dat het vergoeden van fysio- en oefentherapie uit het basispakket de mogelijkheid verbetert voor het toepassen van *stepped care*, en daarmee passende zorg. Partijen geven hierbij aan dat een multidisciplinaire richtlijn met een gezamenlijke beslisondersteuning van groot belang is voor de implementatie van *stepped care* voor patiënten met een voorste kruisbandscheur. Hierin kunnen een heldere indicatiestelling, exclusiecriteria en start- en stopcriteria voor de fysio- of oefentherapeutische zorg worden beschreven, en de manier om de zorg te monitoren en evalueren. Het kwaliteitskader (randvoorwaarde 1) is uiteraard ook voor deze bouwsteen van kracht. In aanvulling hierop kunnen partijen verdere afspraken maken hoe inzichtelijk wordt of het substitutiepotentieel daadwerkelijk wordt benut.

2.2.3 Pakketcriteria voor zorg vergoed uit het basispakket

De pakketcriteria worden afgewogen in de beoordeling of zorg vergoed kan worden uit het basispakket.⁷ Deze pakketcriteria zijn: effectiviteit, kosteneffectiviteit, uitvoerbaarheid en noodzakelijkheid. Hieronder beschrijven we deze pakketcriteria voor eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg bij een gescheurde voorste kruisband.

Effectiviteit

De uitgangsvraag voor het beoordelen van de effectiviteit was: *Is bij patiënten met een voorstekruisbandruptuur (VKB) gesuperviseerde oefentherapie met mogelijkheid tot latere voorstekruisbandreconstructie een geschikt alternatief voor een vroege voorstekruisbandreconstructie met postoperatieve revalidatie?* Een onafhankelijke academisch expert heeft het wetenschappelijke bewijs beoordeeld, waarbij onderscheid is gemaakt tussen Nederlandse studies en internationale literatuur (zie bijlage 1a). De separate beschrijving van Nederlandse studies is gedaan vanwege de specifieke context van de Nederlandse gezondheidszorg.

De expert beoordeelt - op basis van een hoogwaardig Nederlands onderzoek - dat het effect van een vroege VKB-reconstructie iets groter is dan van gesuperviseerde oefentherapie, maar dat dit kleine verschil in effect voor de patiënt geen merkbaar verschil is. Een belangrijk aspect voor de beoordeling is dat 50 procent van de patiënten met gesuperviseerde oefentherapie uit het onderzoek geen uitgestelde VKB-reconstructie nodig had. De artikelen uit de internationale literatuur onderschrijven de resultaten uit de Nederlandse studie. De expert geeft een positief oordeel over de effectiviteit op basis van de aangedragen wetenschappelijke literatuur (zie

bijlage 1a). De beroepsverenigingen, ZN en Patiëntenfederatie Nederland hebben het oordeel van de expert overgenomen.

Kosteneffectiviteit

De expert heeft de kosteneffectiviteit op basis van het Nederlandse onderzoek samengevat. De *incremental cost-effectiveness ratio* (ICER) is beschreven vanuit maatschappelijk perspectief, waarbij de totale kosten of baten worden weergegeven per *quality adjusted life year* (QALY). Een QALY staat voor één jaar in volledige gezondheid. De ICER is geïnterpreteerd conform de uitgangspunten van het Zorginstituut.

De gemiddelde kosten vanuit maatschappelijk perspectief voor een vroege VKB-reconstructie versus gesuperviseerde oefentherapie met optionele uitgestelde VKB-reconstructie waren respectievelijk € 14.951 (Standaard Deviatie [SD]: € 10.004) en € 11.558 (SD: € 10.579). Op basis daarvan is de ICER voor vroege VKB-reconstructie ten opzichte van gesuperviseerde oefentherapie met optionele uitgestelde VKB-reconstructie € 78.179 per QALY. Dat betekent dat de meerkosten € 78.179 zijn om met een vroege VKB-reconstructie één QALY te winnen. De expert beoordeelt de ziektelast bij een voorstekruisbandruptuur als laag. Hierbij is de vastgestelde acceptabele investering € 20.000 (zie bijlage 1a).

Vroege VKB-reconstructie is daarmee niet kosteneffectief, vergeleken met gesuperviseerde oefentherapie met optionele uitgestelde VKB-reconstructie. De beroepsverenigingen, ZN en Patiëntenfederatie Nederland hebben het oordeel van de expert overgenomen.

Noodzakelijkheid⁸

De ziektelast van een gescheurde voorste kruisband is afhankelijk van de individuele situatie, maar wordt gemiddeld genomen door de expert beoordeeld als laag. Over het algemeen zijn de klachten die iemand ervaart kniepijn, zwelling van de knie, verminderde mobiliteit en beperkingen in algemene dagelijkse activiteiten. Daarnaast neemt de kans op knieartrose toe bij een onbehandelde gescheurde voorste kruisband. Momenteel wordt de operatieve voorstekruisbandreconstructie wel vergoed uit het basispakket. De conservatieve behandeling met gesuperviseerde fysio- of oefentherapie, die een operatie naar verwachting in 50 procent van de gevallen kan voorkomen, wordt niet vergoed uit het basispakket. De kosten voor de fysio- en oefentherapeutische behandeling zijn gemiddeld bijna € 700 en daarmee dusdanig hoog dat die niet voor eigen rekening van de patiënt kunnen komen. Als vergoeding uit het basispakket niet mogelijk is, is het aannemelijk dat de patiënt om financiële redenen eerder geneigd is om voor de vroege operatieve VKB-reconstructie te kiezen in plaats van het *stepped care*-traject dat start met de fysio- of oefentherapeutische zorg.

Uitvoerbaarheid

De conservatieve behandeling met gesuperviseerde fysio- oefentherapie bij een gescheurde voorstekruisband kan met beperkte administratieve of organisatorische aanpassingen in het basispakket worden opgenomen. Daar is ook voldoende draagvlak voor. Het KNGF heeft aangegeven dat eind 2024 een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard (richtlijn) voor acute knieklachten beschikbaar komt, waarin *stepped care* bij voorste kruisbandletsel wordt opgenomen.

2.2.4 Budgetimpactanalyse

Het vergoeden van fysio- en oefentherapie bij een gescheurde voorste kruisband levert een verwachte besparing op van maximaal €28,5 miljoen per jaar, vanaf het 3^e jaar van implementatie, vanuit de Zvw. De volledige budgetimpactanalyse staat in bijlage 2.

2.3 Fysio- en oefentherapie in de eerste lijn voor patiënten met een gescheurde meniscus om een meniscusoperatie te voorkomen

Eerstelijns fysio- en oefentherapie kan mogelijk een operatie voorkomen bij patiënten met een gescheurde meniscus in de knie. In deze paragraaf beschrijven we in hoeverre deze zorg aan de wettelijke- en pakketcriteria voldoet voor vergoeding in de basisverzekering.

2.3.1 Waardegedreven zorg

Partijen zijn het bij de indicatie meniscusletsel eens dat eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg een meniscusoperatie kan voorkomen en daarom waardegedreven zorg is.

De onafhankelijk academisch expert die de wetenschappelijke literatuur aangedragen door partijen heeft beoordeeld, gaf een positief oordeel over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit (zie bijlage 1b). De beroepsverenigingen, ZN en Patiëntenfederatie Nederland hebben dit oordeel overgenomen en daarmee voor dit onderwerp randvoorwaarde 2 ingevuld.

2.3.2 Passende zorg in de praktijk

Het Zorginstituut heeft met de betrokken partijen het gesprek gevoerd over voorwaarden voor effectieve en passende fysio- en oefentherapeutische zorg in de praktijk voor patiënten met een meniscusletsel. Beroepsverenigingen en Patiëntenfederatie Nederland benoemen dat het vergoeden van fysio- en oefentherapie uit het basispakket de mogelijkheid verbetert voor het toepassen van *stepped care*, en daarmee passende zorg. Partijen geven hierbij aan dat een multidisciplinaire richtlijn met een gezamenlijke beslisondersteuning van groot belang is voor de implementatie van *stepped care* voor patiënten met een meniscusletsel. Hierin kunnen een heldere indicatiestelling, exclusiecriteria en start- en stopcriteria voor de fysio- of oefentherapeutische zorg worden beschreven, en de manier om de zorg te monitoren en evalueren. Er moet hierbij onderscheid worden gemaakt tussen acuut traumatisch meniscusletsel en degeneratief meniscusletsel. Het kwaliteitskader (randvoorwaarde 1) is uiteraard ook voor deze bouwsteen van kracht. In aanvulling hierop kunnen partijen verdere afspraken maken hoe inzichtelijk wordt of het substitutiepotentieel daadwerkelijk wordt benut.

2.3.3 Pakketcriteria voor zorg vergoed uit het basispakket

De pakketcriteria worden afgewogen in de beoordeling of zorg vergoed kan worden uit het basispakket.⁷ Deze pakketcriteria zijn: effectiviteit, kosteneffectiviteit, uitvoerbaarheid en noodzakelijkheid. Hieronder beschrijven we deze pakketcriteria voor eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg bij een gescheurde voorste kruisband.

Effectiviteit

De uitgangsvraag voor het beoordelen van de effectiviteit was: *Is bij patiënten met een (degeneratief) meniscusletsel gesuperviseerde oefentherapie met mogelijkheid tot latere meniscusoperatie een geschikt alternatief voor een vroege meniscusoperatie?* Een onafhankelijk academisch expert geeft een oordeel van het wetenschappelijke bewijs, waarbij onderscheid is gemaakt tussen Nederlandse studies en internationale literatuur. De separate beschrijving van Nederlandse studies is gedaan vanwege de specifieke context van de Nederlandse gezondheidszorg.

Voor de beoordeling van de wetenschappelijke evidentie in de Nederlandse context is gebruikgemaakt van twee hoogwaardige Nederlandse onderzoeken. Een onderzoek vergeleek gesuperviseerde oefentherapie met een meniscusoperatie bij patiënten tussen de 18 en 45 jaar met een traumatische meniscusscheur, het andere onderzoek vergeleek gesuperviseerde oefentherapie met een meniscusoperatie bij patiënten tussen de 45 en 70 jaar met een degeneratieve meniscusscheur.

Samenvattend beoordeelt de expert dat op basis van de Nederlandse onderzoeken het effect van gesuperviseerde oefentherapie bij een degeneratieve meniscusscheur en bij een traumatische meniscusscheur vergelijkbaar is met een meniscusoperatie. Uit deze studies bleek dat 29 procent respectievelijk 41 procent van de patiënten alsnog een latere meniscusoperatie onderging. Drie systematische literatuurstudies met internationaal bewijs onderschrijven de resultaten uit de Nederlandse studies. Op basis van deze wetenschappelijke literatuur geeft de expert een positief oordeel over de effectiviteit (zie bijlage 1b). De beroepsverenigingen, ZN en Patiëntenfederatie Nederland hebben het oordeel van de expert overgenomen.

Kosteneffectiviteit

In beide Nederlandse studies is een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd. De *incremental cost-effectiveness ratio* (ICER) is beschreven vanuit maatschappelijk perspectief, waarbij de totale kosten of baten worden weergegeven per *quality adjusted life year* (QALY). Een QALY staat voor één jaar in volledige gezondheid. De ICER is geïnterpreteerd conform de uitgangspunten van het Zorginstituut.

In het onderzoek naar degeneratieve meniscusscheuren is vanuit het maatschappelijk perspectief vastgesteld dat gesuperviseerde oefentherapie leidt tot lagere kosten in vergelijking met een meniscusoperatie na 24 maanden follow-up (gemiddeld verschil - € 1.803). De ICER was € 61.584 per verloren QALY.

Dat betekent dat gesuperviseerde oefentherapie geassocieerd is met lagere kosten en - voor de patiënt niet merkbare - verminderde gezondheidswinst.

In het onderzoek naar traumatische meniscusscheuren is vanuit het maatschappelijk perspectief vastgesteld dat een meniscusoperatie tot hogere kosten leidt in vergelijking met gesuperviseerde oefentherapie na 24 maanden follow-up (gemiddeld verschil € 1.022). De ICER was -€ 223.372 per QALY. Dat betekent dat een meniscusoperatie geassocieerd is met hogere kosten en (niet klinisch relevante) verminderde gezondheidswinst. Daarmee is de meniscusoperatie bij een traumatisch meniscusletsel niet kosteneffectief in vergelijking met gesuperviseerde oefentherapie. De beroepsverenigingen, ZN en Patiëntenfederatie Nederland hebben het oordeel van de expert overgenomen.

Noodzakelijkheid⁸

De ziektelast van een gescheurde meniscus is afhankelijk van de individuele situatie, maar wordt gemiddeld genomen door de expert beoordeeld als laag. Over het algemeen zijn de klachten die iemand ervaart kniepijn, zwelling van de knie, verminderde mobiliteit en beperkingen in algemene dagelijkse activiteiten. Daarnaast neemt de kans op knieartrose toe bij een onbehandeld meniscusletsel. Momenteel wordt de meniscusoperatie wel vergoed uit het basispakket. De conservatieve behandeling met gesuperviseerde fysio- of oefentherapie, die een operatie naar verwachting in 71 procent respectievelijk 59 procent van de gevallen kan voorkomen, wordt niet vergoed uit het basispakket. De kosten voor de fysio- en oefentherapeutische behandeling zijn gemiddeld ruim € 600 en daarmee dusdanig hoog dat die niet voor eigen rekening van de patiënt kunnen komen. Als vergoeding uit het basispakket niet mogelijk is, is het aannemelijk dat de patiënt om financiële redenen eerder geneigd is om een meniscusoperatie te kiezen in plaats van fysio- of oefentherapeutische zorg.

Uitvoerbaarheid

De conservatieve behandeling met gesuperviseerde fysio- oefentherapie bij meniscusletsel kan met beperkte administratieve of organisatorische aanpassingen in het basispakket worden opgenomen. Daar is ook voldoende draagvlak voor. Het KNGF heeft aangegeven dat eind 2024 een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard (richtlijn) voor acute knieklachten beschikbaar komt, waarin *stepped care* bij meniscusletsel wordt opgenomen.

2.3.4 Budgetimpactanalyse

Het vergoeden van fysio- en oefentherapie bij een meniscusscheur levert een verwachte besparing op van €5,1 tot 6,2 miljoen per jaar, vanaf het 3^e jaar van implementatie, vanuit de Zvw. De volledige budgetimpactanalyse staat in bijlage 2.

3 Fysiotherapie en oefentherapie bij reeds geduide aandoening uit de wachtkamer

Het Zorginstituut duidt indicatie-interventiecombinaties die zijn opgenomen in de zogenoemde wachtkamer.¹ In dit hoofdstuk beschrijven we de stand van zaken met betrekking tot de duidingen van zes geagendeerde indicatie-interventiecombinaties in de wachtkamer.

3.1 Duidingen die zijn uitgevoerd door het Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft tussen januari 2023 en maart 2024 drie van de zes geagendeerde indicatie-interventiecombinaties in de wachtkamer geduid en een standpunt hierover uitgebracht. Bij twee van de overige onderwerpen is het Zorginstituut in afwachting van (aanvullende) onderzoeksgegevens om een actuele beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk uit te voeren. Bij het derde onderwerp is een conceptstandpunt in de consultatiefase.

3.1.1 Positief geduide zorg

Van de drie onderwerpen in de wachtkamer waarvoor de duiding is afgerond, is alleen voor het onderwerp langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen een positief standpunt geformuleerd.⁹ De conclusie was dat langdurige gepersonaliseerde actieve oefentherapie (52 weken) onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut beschouwd kan worden als effectieve behandeling bij volwassen patiënten (vanaf 18 jaar) met RA en ernstige functionele beperkingen in het dagelijks leven. Deze interventie voldoet bij de genoemde indicatie daarom aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor de volledige beoordeling verwijzen wij naar het complete standpunt. Het pakketadvies dat op basis van dit standpunt is beschreven, is voorgelegd aan de Adviescommissie Pakket (ACP), die hierover een positief advies heeft gegeven. Op 27 februari 2024 is het pakketadvies vastgesteld door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut en toegestuurd aan de minister van VWS.

3.1.2 Negatief geduide zorg

Over de indicaties eerstelijns monodisciplinaire fysio- en oefentherapie bij fibromyalgie¹⁰ en multimodale prehabilitatie voorafgaand aan een operatie bij kanker van de dikke darm en endeldarm¹¹ heeft de Raad van Bestuur op respectievelijk 4 augustus 2023 en 12 december 2023 negatieve standpunten vastgesteld. Dat betekent dat fysio- of oefentherapie bij deze indicaties vooralsnog niet in aanmerking komen voor vergoeding uit het basispakket.

3.1.3 Budgetimpactanalyse

Op dit moment is alleen de budgetimpactanalyse (BIA) bij het instroomadvies over langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen aan de orde. De BIA bij dit pakketadvies bedraagt tussen de € 3,7 en € 4,4 miljoen in het eerste jaar (zie bijlage 2). Vanaf het tweede zijn de uitgaven per behandeljaar naar schatting tussen de € 750.750 en € 900.900 per jaar.⁹

4 Fysiotherapie en oefentherapie als onderdeel van reablement voor kwetsbare ouderen zonder chronische indicatie

In dit hoofdstuk informeert het Zorginstituut de minister van VWS over de bouwsteen eerstelijns fysio- en oefentherapie als onderdeel van *reablement* voor ouderen zonder chronische indicatie (hierna: reablement). Reablement richt zich op het optimaliseren van iemands functioneren in de eigen leefomgeving, het bevorderen van iemands onafhankelijkheid in het dagelijks leven en verminderen van een mogelijke langdurige zorgvraag.¹² Voor deze bouwsteen is het op dit moment nog onvoldoende duidelijk of hij voldoet aan randvoorwaarde 2 van de programmalijn om te komen tot passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Het Zorginstituut zal samen met partijen verder verkennen welke vervolgstappen nodig zijn om tot voldoende duidelijkheid te komen. In het eindadvies over een geschikte aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie zal een definitieve conclusie over de bouwsteen eerstelijns fysio- en oefentherapie als onderdeel van reablement worden beschreven.

4.1 Reablement voldoet nog niet aan de voorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg

In de inleiding hebben we de huidige stand van zaken beschreven voor de drie randvoorwaarden van de programmalijn, waaronder de wijze waarop de partijen samen invulling geven aan randvoorwaarde 2. Randvoorwaarde 1 en 3 zijn voor alle bouwstenen gelijk en zullen daarom niet verder besproken worden in dit hoofdstuk.

4.1.1 Waardegedreven zorg

Partijen zijn het op dit moment nog niet eens of eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg als onderdeel van reablement voor ouderen zonder chronische indicatie waardegedreven zorg is. Een onafhankelijk academisch expert heeft de wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit en kosteneffectiviteit voor dit onderwerp beoordeeld. De expert geeft een positief oordeel over de effectiviteit en kosteneffectiviteit op basis van de wetenschappelijke literatuur die werd aangedragen door partijen (zie bijlage 1c). De partijen hebben echter (nog) geen consensus bereikt op basis van het oordeel van de expert. De beroepsverenigingen en Patiëntenfederatie Nederland nemen het oordeel van de expert over, maar voor ZN is met name de afbakening van de doelgroep voor deze interventie onduidelijk. Dit is een ernstige belemmering voor de implementatie in de praktijk en vormt daarmee een risico dat de interventie kan worden toegepast bij veel ouderen die hier niet op zijn aangewezen.

4.2 Huidige aanspraak fysio- en oefentherapie voor kwetsbare thuiswonende patiënten

Eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg als onderdeel van reablement voor ouderen zonder chronische indicatie wordt momenteel niet vergoed uit het basispakket. Reablement-programma's vinden plaats in samenspraak met en dicht bij de patiënt. Samen met een interdisciplinair team van bijvoorbeeld ergotherapeuten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten of medisch specialisten wordt de (zorg)vraag van de patiënt in kaart gebracht, er worden patiëntspecifieke doelen gesteld en daarbij worden, samen met de patiënt, passende interventies bepaald. Het onderzoeksrapport *Een goede dag op eigen kracht*¹² beschrijft dat burgers de vergoeding van fysio- en oefentherapeutische zorg als grootste knelpunt ervaren om deel te nemen aan een reablement-programma. De eigen bijdragen voor deze zorg of extra kosten voor een aanvullende polis kunnen er mogelijk toe leiden dat patiënten de zorg niet ontvangen en daardoor op termijn intensievere zorg nodig hebben, afhankelijk worden van zorgverleners of niet meer veilig in het dagelijks leven thuis kunnen functioneren.

Het Zorginstituut heeft met de betrokken partijen gesproken over voorwaarden voor effectieve en passende fysio- en oefentherapeutische zorg in de praktijk bij reablement.

Uit deze gesprekken bleek dat een eerste vervolgstap zou kunnen zijn om een verdiepende probleemanalyse te maken om inzicht te krijgen in eventuele knelpunten in de huidige aanspraak voor deze doelgroep. Verschillende (multidisciplinaire) interventies worden al vergoed uit het basispakket, zoals valpreventie, gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), en fysio- en oefentherapie bij knie- of heupartrose of een chronische indicatie die is opgenomen in bijlage 1 *Besluit zorgverzekering* (Bzv). Partijen zien bij deze interventies dat er overlap is met reablement, maar de vraag is of dit in voldoende mate het geval is voor alle kwetsbare thuiswonende ouderen.

4.2.1 Visie eerstelijnszorg 2030

Begin 2024 is de *Visie eerstelijns 2030* gepubliceerd.¹³ Deze visie beschrijft wat er nodig is om eerstelijnszorg toegankelijk te houden voor mensen die dat nodig hebben en om goed aan te sluiten op het sociaal domein. Onder het sociaal domein vallen verschillende functies zoals wijkteams, sociaal- en maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, cliëntondersteuners, persoonlijk begeleiders, schuldhulpverleners en bijstandsconsulenten. De organisatie van het sociaal domein verschilt per gemeente. In de *Visie eerstelijnszorg 2030* staat dat paramedici (waar fysio- en oefentherapeuten onder vallen) een belangrijke schakel zijn tussen verschillende domeinen. Zij kunnen ondersteunen in de wijk, ontzorgen voor de huisartsenpraktijken, verbinden naar het sociaal domein en in veelvoorkomende gevallen doorstroming naar de tweede lijn helpen verminderen.¹³ Zo kan de fysio- of oefentherapeut ook een bijdrage leveren aan passende zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen in het kader van reablement. Het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* beschrijft hoe de fysio- en oefentherapeut een bijdrage levert aan wijkgerichte zorg en daarin samenwerkt met andere disciplines, waaronder het sociaal domein.

4.2.2 Vervolgstappen

De eerste vervolgstap is dat de partijen het onderwerp beter gaan afbakenen, vervolgens onderzoeken of er een probleem is voor de doelgroep en zo ja, wat het probleem is en wat mogelijke oplossingen kunnen zijn voor het eventuele probleem. Het eindadvies van het Zorginstituut aan de minister van VWS zullen we de uitkomsten van de vervolgstappen beschrijven.

5 Fysiotherapie en oefentherapie voor diagnostiek en triage van het houdings- en bewegingsapparaat

In dit hoofdstuk stelt het Zorginstituut vast dat het inzetten van een fysio- of oefentherapeuten in de huisartspraktijk voor diagnostiek en triage van het houdings- en bewegingsapparaat kan bijdragen aan passende zorg in de huisartsenpraktijk, met name in regio's waar sprake is van een tekort aan huisartsen of hoge werkdruk. Het Zorginstituut adviseert partijen om hierover onderling goede afspraken te maken.

5.1 Huidige praktijk bij diagnostiek en triage

In de huidige fysio- of oefentherapeutisch zorg is diagnostiek en triage door een fysio- of oefentherapeut een logisch begin, voordat een behandelplan wordt gemaakt en behandeling kan worden ingezet. Van de patiënten die zich in 2021 in Nederland voor consultatie of behandeling aanmelden bij een fysiotherapeut deed 71 procent dit op eigen initiatief via directe toegang tot de fysio- of oefentherapeut (zonder verwijzing van een huisarts of medisch specialist).¹⁴ Op dit moment wordt de zorgactiviteit 'diagnostiek en triage' niet apart onderscheiden en maakt die deel uit van het fysiotherapeutische zorgtraject. De indicatie (aandoening) van de patiënt is nu bepalend of deze zorgactiviteit uit het basispakket wordt vergoed. Bij een chronische aandoening op de lijst van chronische indicaties (bijlage 1 *Besluit zorgverzekering* (Bzv)) of één van de vier indicaties die in artikel 2.6 Bzv zijn benoemd wordt deze zorg vergoed. Een indicatie die buiten het basispakket valt, komt voor rekening van de patiënt of kan worden vergoed uit de aanvullende zorgverzekering als die is afgesloten.

De huisarts ziet ook heel veel patiënten met een nieuwe hulpvraag die samenhangt met klachten of aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat. Bij deze patiënten voert hij ook in eerste instantie diagnostiek en triage uit, waarbij anamnese en lichamelijk onderzoek belangrijke zorgactiviteiten zijn. Deze diagnostiek en triage door de huisarts wordt vergoed uit het basispakket. In tegenstelling tot de fysio- of oefentherapeut kan de huisarts aanvullende diagnostiek aanvragen (bloedonderzoek of beeldvormend onderzoek) of medicatie of een injectie geven. In veel gevallen is dit echter niet nodig en kan de huisarts de patiënt uitleg en instructies geven en in sommige gevallen doorverwijzen, bijvoorbeeld naar een fysio- of oefentherapeut of medisch specialist. Uit de huisartsenregistraties kunnen we afleiden dat bijna 14% van alle zorgepisodes van de huisarts in 2022 betrekking heeft op het houdings- en bewegingsapparaat en dat dit om 802 episodes per 1.000 ingeschreven personen gaat.¹⁵ Bij ruim 60% hiervan gaat het om nieuwe episodes.ⁱ Hieronder zijn ook klachten of hulpvragen die ook altijd direct bij de huisarts terecht moeten komen en niet in aanmerking komen voor diagnostiek en triage door een fysio- of oefentherapeut.ⁱⁱ Wanneer we de diagnosecodes die daarop betrekking (lijken te) hebben buiten beschouwing laten, dan kunnen we inschatten dat driekwart van de nieuwe episodes voor klachten of hulpvragen op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat in aanmerking kunnen komen voor diagnostiek en triage door een fysio- of oefentherapeut. Omgerekend gaat dit om 361 episodes per 1.000 ingeschreven patiënten, ofwel op landelijk niveau om ruim 6,4 miljoen episodes (betrokken op 17,8 miljoen mensen in Nederland).

5.1.1 Mogelijke inzet van een fysio- of oefentherapeut in de huisartspraktijk voor passende zorg bij triage en diagnostiek

In Nederland is in de afgelopen jaren geëxperimenteerd met het benutten van de expertise van fysio- en oefentherapeuten in de huisartspraktijk. Bijvoorbeeld in sommige regio's met een tekort aan (praktijkhoudende- of waarnemende) huisartsen waardoor de huisartsenzorg in de knel kwam. Om de huisarts te ontlasten werd een deel van de diagnostiek en triage

ⁱ Alle nieuwe episodes met een L-code van de ICPC (International Classification of Primary Care), benoemd in bijlage E van het NIVEL-rapport¹⁵

ⁱⁱ Nieuwe episodes met klachten of hulpvragen die (op basis van de geregistreerde L-code) direct bij de huisarts moeten komen: L04, L05, L06, L07, L09, L14, L19, L20, L26, L27, L29, L70, L71, L72, L73, L74, L75, L76, L82, L88, L94 en L95 van bijlage E van het NIVEL-rapport (vorige voetnoot)

gedelegeerd aan een fysio- of oefentherapeut die door direct betrokkenen competent werd geacht op dit terrein. In andere regio's is met het oog op passende zorg onderzocht of bij bepaalde patiëntengroepen de inzet van een gespecialiseerde fysio- of oefentherapeut in de huisartspraktijk van meerwaarde kon zijn. Bijvoorbeeld voor het geven van specifieke adviezen en instructies of als alternatief voor de inzet van een medisch specialist.

Internationaal zien we al langer ontwikkelingen waarbij de fysiotherapie een rol speelt bij de taakherschikking of taakdelegatie van zorgactiviteiten in de eerstelijnszorg. Dit wordt aangeduid met termen als *advanced physiotherapy* of *extended scope physiotherapy*.¹⁶ Deze benamingen geven helaas geen duidelijkheid over de zorgactiviteiten waarin deze professionals gespecialiseerd zijn. In de Nederlandse eerstelijnszorg kan het gaan om vanuit de huisarts gedelegeerde zorgactiviteiten, bijvoorbeeld op het gebied van diagnostiek en triage. Er is ook met een bredere inzet van in verschillende zorgactiviteiten gespecialiseerde therapeuten geëxperimenteerd op het niveau van een *physician assistant*, bijvoorbeeld gericht op het aanvragen van aanvullend diagnostisch onderzoek of medisch-specialistische consultatie, de toepassing van medicatie of injecties of casemanagement bij complexe problematiek. Over deze rol gaat het in dit hoofdstuk niet, omdat dit behandeling betreft en de zorgactiviteiten niet beperkt zijn tot diagnostiek en triage. Ook de verwijfsfunctie of het regiebehandelaarschap bij complexe problematiek is onderdeel van een behandeltraject en valt buiten de scope van de zorgactiviteiten diagnostiek en triage.

De zorgactiviteiten diagnostiek en triage vereisen aanvullende competenties van de betrokken fysio- of oefentherapeuten om te kunnen voorzien in een integratieve aanpak gericht op het verhogen van zelfzorg en zelfmanagement van de patiënt. Sommige experimenten voorzagen daarin met aanvullende training en scholing of langer durende opleidingstrajecten op masterniveau. Van groot belang daarnaast is het vertrouwen van de huisarts in de betrokken fysio- of oefentherapeut en de meerwaarde van diens inzet. Hierbij is het van belang om onnodige behandeling of medicalisering te voorkomen, evenals ondermaatse diagnostiek waardoor de patiënt alsnog de huisarts moet consulteren. Op de diagnostiek en triage volgt logischerwijs uitleg, educatie en instructie van de patiënt. Wanneer fysio- of oefentherapeutische behandeling nodig wordt geacht, is het niet verstandig deze te laten uitvoeren door dezelfde fysio- of oefentherapeut of collega's in dezelfde praktijk. Daarom is een goede uitwerking van de inbedding, de organisatie, de zorgactiviteiten, de samenwerking met de huisarts en het financieringsmodel is van groot belang.¹⁷

5.1.2 Visie eerstelijnszorg 2030

Begin 2024 is de *Visie eerstelijns zorg 2030* gepubliceerd.¹³ Deze visie beschrijft onder meer wat er nodig is om eerstelijnszorg toegankelijk te houden voor mensen die dat nodig hebben en om goed aan te sluiten op het sociaal domein. De taakdelegatie door een huisarts naar een fysio- of oefentherapeut van zorgactiviteiten op het gebied van diagnostiek en triage zou op beide aspecten een bijdrage kunnen leveren:

- De huisarts zou de inzet van een competente fysio- of oefentherapeut voor diagnostiek en triage in de huisartspraktijk bij mensen met een nieuwe klacht of hulpvraag op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat kunnen overwegen bij naar schatting 6,3% van alle zorgepisodes waarvoor mensen naar de huisarts gaan.ⁱⁱⁱ Bij een (in omvang nog onbekend) deel van deze patiënten zal de huisarts alsnog betrokken moeten worden, maar het is duidelijk dat door taakdelegatie bij veel andere patiënten er potentieel veel tijd beschikbaar zou kunnen komen die de huisarts aan andere patiënten kan besteden. Dit sluit uitstekend aan op de vierde doelstelling van de *Visie eerstelijnszorg 2030*, waarin wordt gepleit voor betere benutting van de capaciteit in de eerstelijnszorg en het optimaliseren van taken.¹³
- De fysio- of oefentherapeut kan tijdens de consultatie in de huisartspraktijk de patiënten met een hulpvraag over het houdings- en bewegingsapparaat gericht adviseren over gezond beweeggedrag en leefstijl. En over mogelijkheden die de patiënt zelf heeft om de klachten te verminderen (zelfzorg) of om beter met de klachten of daarmee

ⁱⁱⁱ 14% (alle episodes houdings-/bewegingsapparaat) x 60% (nieuwe episodes) x 75% (L-codes die niet direct naar huisarts hoeven)

samenhangende beperkingen te functioneren (zelfmanagement). Ook kan hij signaleren of er mogelijkheden zijn om (eventuele) onderliggende oorzakelijke factoren zoals ongezonde leefstijl of overgewicht aan te pakken. Voor op deze wijze geïndiceerde preventieve interventies kan de fysio- of oefentherapeut indien nodig verwijzen naar professionals in het gemeentelijk preventief domein. Ook kan hij in de probleemanalyse aandacht besteden aan mogelijke sociale problematiek en verbinding leggen naar professionals in het gemeentelijke sociale domein. Als de fysio- of oefentherapeut in deze rol een fysio- of oefentherapeutisch behandeltraject nodig acht, moet hij in samenspraak met de huisarts verwijzen naar een praktijk waar hij geen belangen in heeft.

5.1.3 Wettelijke criteria en pakketcriteria

De diagnostiek en triage bij klachten of aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat behoort tot zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De patiënt kan hierop aanspraak maken als die hier redelijkerwijs op aangewezen is. De zorg wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. De huisarts kan deze zorgactiviteiten delegeren aan een fysio- of oefentherapeut, die bekwaam is om de zorg te verlenen op het vereiste kwaliteitsniveau waarop huisartsen zelf deze zorg zou bieden. Ook de gedelegeerde zorg moet voldoen aan de professionele standaarden van de huisarts. Onder deze voorwaarden is er sprake van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Voor huisartsenzorg geldt geen eigen risico (ook niet als deze taak is gedelegeerd aan een fysio- of oefentherapeut). De toegankelijkheid tot deze zorgactiviteiten kan dus groot zijn, mits er goede afspraken zijn gemaakt tussen huisarts, fysio- of oefentherapeut en de betrokken zorgverzekeraar(s).

5.1.4 Advies Zorginstituut Nederland

Het inzetten van fysio- of oefentherapeuten in de huisartspraktijk voor diagnostiek en triage bij klachten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat kan een goede optie zijn om bij te dragen aan passende zorg. Met name in regio's waar sprake is van een tekort aan huisartsen of hoge werkdruk, of wanneer verbeteringen van zorg worden nagestreefd waarin specifieke expertise van de fysio- of oefentherapeut op dit terrein beter kan worden benut. Partijen moeten eerst goede afspraken maken over: de taken die te delegeren zijn, het vereiste competentieniveau van de fysio- of oefentherapeut, de wijze van samenwerking met de huisarts, het hele organisatiemodel en de financiering. Om de verdere implementatie van deze taakherschikking of taakdelegatie te faciliteren is onlangs een toolkit ontwikkeld, waarin vele facetten al als voorbeeld zijn uitgewerkt.¹⁸ Hiermee kunnen op regionaal of lokaal niveau belangstellende huisartsen en fysio- of oefentherapeuten aan de slag om in hun eigen context de afspraken verder uit te werken en te bespreken met zorgverzekeraars.

Om de implementatie van regionale en lokale afspraken te faciliteren en bevorderen zijn ook afspraken op landelijk niveau nodig. De NZa heeft onlangs een verzoek ontvangen van Nederlandse Vereniging Extended Scope Specialisten om in het kader van het programma 'Innovatie voor kleinschalige experimenten' een beleidsregel te ontwikkelen. Daarnaast adviseert het Zorginstituut dat de beroepsorganisaties van huisartsen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten met elkaar in gesprek gaan om hun visie op deze vorm van zorgverlening uit te werken en afspraken te maken die de basis kunnen vormen voor verdere regionale of lokale initiatieven en inkoopafspraken met zorgverzekeraars.

5.1.5 Budgetimpactanalyse

In de voorgaande paragrafen hebben we een inschatting gemaakt dat bij ongeveer 6,3% van alle episodes waarvoor mensen bij de huisarts komen de inzet van een (daartoe competente) fysio- of oefentherapeut overwogen zou kunnen worden. Dit komt omgerekend neer op 361 episodes per 1.000 ingeschreven patiënten, ofwel op landelijk niveau ruim 6,4 miljoen episodes (betrokken op 17,8 miljoen mensen in Nederland).

Voor het benodigde budget verandert er in de uitvoering niets. Wel zouden in een budgetimpactanalyse ook de aanvankelijke investeringskosten meegenomen moeten worden. Dat laten we hier op dit moment buiten beschouwing om verschillende redenen. Belangrijkste reden is dat het doel van dit advies is om vanuit het oogpunt van passende zorg druk op de huisartsenzorg te helpen verminderen om daarmee ruimte te maken voor ander patiënten. De

investeringskosten zelf zijn nog moeilijk in te schatten, maar lijken in ieder geval niet heel hoog, omdat het (grotendeels) om eenmalige beperkte investeringen gaat voor het maken van samenwerkings- en organisatieafspraken (inclusief bekostiging), het bepalen van het competentieniveau van de fysiotherapeut en het opzetten en uitvoeren van bij- en nascholing.

6 Vergoeden van de eerste twintig behandelsessies voor patiënten met een chronische indicatie

Het Zorginstituut adviseert de minister om de toegang tot de verzekerde zorg zoals omschreven in bijlage 1 van het *Besluit zorgverzekeringen* (hierna: de chronische indicaties) te verbeteren door ook de eerste twintig behandelingen te vergoeden uit het basispakket.

6.1 Huidige aanspraak fysio- en oefentherapie voor patiënten met een chronische indicatie

Verzekerden ouder dan achttien jaar met een chronische ziekte of aandoening die valt onder een van de chronische indicaties van bijlage 1 van het Bzv komen in aanmerking voor vergoeding van fysio- of oefentherapie uit het basispakket vanaf de 21e behandeling. Volwassen verzekerden moeten de eerste twintig behandelingen zelf betalen en kunnen zich hiervoor op vrijwillige basis aanvullend verzekeren. Deze twintig behandelingen gelden per chronische indicatie en niet per kalenderjaar. Voor de meeste chronische indicaties geldt dat vanaf de 21e behandeling een onbeperkt aantal behandelingen ten laste van het basispakket kan worden gedeclareerd voor zover de verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen. Voor enkele chronische indicaties is een wettelijke beperking voor de totale behandelduur vermeld, dat wil zeggen dat behandelingen alleen in die betreffende periode kunnen plaatsvinden.

Daarnaast vergoedt de Zvw voor een aantal indicaties een specifiek aantal behandelingen fysio- en oefentherapie, eventueel in een beperkte periode. Dit zijn bekkenbodempfysotherapie bij urine-incontinentie, oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden (PAV; ook wel claudicatio intermittens (CI) genoemd), artrose van heup- of kniegewricht en *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD). Deze aandoeningen worden wel vanaf de eerste behandeling vergoed uit het basispakket, ze staan niet op de lijst van chronische indicaties. Er geldt echter wel een maximum aantal behandelingen voor deze indicaties, met verschillende maxima per indicatie, of zoals bij COPD per ernstklasse van de aandoening. Onlangs heeft het Zorginstituut ook een positief advies gegeven voor het vergoeden van langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen uit de basisverzekering. Het Zorginstituut adviseert de minister om voor deze indicatie fysio- en oefentherapeutische behandeling vanaf de eerste behandeling te vergoeden uit het basispakket en het aantal behandelingen waarop een patiënt redelijkerwijs is aangewezen niet in de wet te beperken door een maximum aantal behandelingen.⁹

6.2 Eerste twintig behandelingen vergoed uit het basispakket

In de voortgangsrapportage *Passende Zorg voor Fysiotherapie en Oefentherapie. Op weg naar een hervorming van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg*² beargumenteert het Zorginstituut waarom de eerste twintig behandelingen voor indicaties van de chronische lijst voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komen. Het voortgangsrapport kan de politiek ondersteunen in het nemen van een onderbouwd besluit hierover. Politieke besluitvorming is nodig om deze verruiming van de aanspraak mogelijk te maken, omdat er geen medische inhoudelijke argumenten zijn voor de huidige uitsluiting van de eerste twintig behandelingen.

Het opheffen van de eigen bijdrage voor de kosten van de eerste twintig behandelingen verbetert de toegang tot deze fysio- of oefentherapeutische zorg. Daarnaast is het voordeel dat passende bekostiging mogelijk wordt voor integrale zorgprogramma's, bijvoorbeeld bij de ziekte van Huntington of de ziekte van Parkinson. Vanuit de huidige wet- en regelgeving moet er vanwege de wettelijke beperking die is uitgedrukt in aantal behandelingen (namelijk de eerste twintig) altijd worden teruggerekend naar het aantal zittingen voor geleverde fysio- en oefentherapeutische zorg. Bij integrale zorgprogramma's is dit meestal zeer problematisch en

vormt het een ernstige belemmering om alternatieve bekostigingswijzen te onderzoeken die beter aansluiten op passende zorg.²

6.2.1 Budgetimpactanalyse

De budgetimpact door het vergoeden van de eerste 20 behandelingen van fysio- en oefentherapie bij een chronische indicatie aan het basispakket is naar verwachting tussen de €137 miljoen en €172 miljoen bij een implementatie van 100% (bij een geïndexeerd tarief). De volledige budgetimpactanalyse staat in bijlage 2.

7 Opheffen van de beperkende voorwaarde voor fysiotherapie en oefentherapie bij COPD

Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS om de beperkende voorwaarde voor de aanspraak bij COPD, te weten het stellen van een maximumaantal behandelingen, uit de wettelijke bepaling te halen. Er zijn aanwijzingen dat deze beperkende voorwaarde passende zorg bij COPD voor individuele patiënten kan belemmeren.

7.1 Huidige aanspraak bij COPD

COPD is een chronische longaandoening. De ernst van de aandoening varieert van persoon tot persoon en kan in de loop van de tijd verergeren. In de huidige aanspraak bij COPD zijn vijf ernstcategorieën (A, B1, B2, C en D) gedefinieerd.¹⁹ Naarmate de ernst van COPD toeneemt, neemt ook het maximum aantal fysio- of oefentherapiebehandelingen toe waarop de patiënt redelijkerwijs is aangewezen. Door de ingewikkelde huidige formulering van de aanspraak bestaat het risico dat patiënten niet goed worden ingedeeld in de ernstcategorieën en een te hoog of te laag aantal behandelingen krijgen. Dit zien wij terug in het hoge percentage patiënten dat in de drie zwaarste ernstcategorieën wordt ingedeeld, namelijk 77% procent. Dit is veel hoger dan de 39% die is ingeschat in het pakketadvies van 2018. Deels hangt dit samen met het feit, dat patiënten in de ernstiger categorieën relatief vaak om fysio- of oefentherapeutische zorg zullen vragen. Maar gezien het grote verschil verwachten wij ook dat de indeling van patiënten in deze categorieën nu niet goed verloopt. Door de verkeerde classificatie van COPD-patiënten leidt de aanspraak mogelijk niet tot de meest passende zorg.

7.1.1 Passende zorg voor COPD

In 2020 hebben de beroepsverenigingen een richtlijn^{iv} opgesteld voor de fysio- of oefentherapeutische behandeling van COPD.²⁰ Deze richtlijn benoemt zes patiënten profielen met per profiel een maximum aantal behandelingen waarop de patiënt vanuit het oogpunt van doelmatige zorg redelijkerwijs is aangewezen. We zien in de declaratiegegevens dat een groot deel van de patiënten (98 procent) minder behandelingen ondergaat dan het mogelijke maximumaantal van 70 behandelingen in het eerste behandelaarjaar. Daarom denken wij dat het risico op overschrijden van dit maximumaantal behandelingen klein is als de wettelijke bepaling in de toekomst geen maximum beschrijft. Daarnaast is de huidige aanspraak niet stimulerend voor innovatieve vormen van fysio- en oefentherapeutische zorg. Bij sommige nieuwe vormen is het contact met de fysio- of oefentherapeut maar kort. Bijvoorbeeld bij toepassen van e-health of bij telefonische follow-upgesprekken, of therapievormen waarbij voor een aantal patiënten beweegactiviteiten worden georganiseerd in samenwerking met andere praktijken. Opheffen van de beperkende voorwaarden uit de wettelijke bepaling opent ook mogelijkheden om innovatieve elementen structureel in het behandelprogramma voor COPD-patiënten in te zetten. Dit kan uiteindelijk de doelmatigheid van de behandeling bevorderen.

7.1.2 Waardegedreven zorg

In het *Pakketadvies over gesuperviseerde oefentherapie bij patiënten met COPD van het Zorginstituut*¹⁹ (maart 2018), het *Verbetersignalement zorgtraject van mensen met COPD van het Zorginstituut*²¹ (december 2019) en de richtlijn *COPD* van het KNGF²⁰ (juli 2020) komt duidelijk naar voren dat eerstelijns fysio- en oefentherapie bij COPD waardegedreven zorg is. Het verbetersignalement geeft aan dat verbetering mogelijk is door meer longrevalidatie aan te bieden in de eerste en tweede lijn, met toepassing van een *stepped care*-model zodat het potentieel van eerstelijns fysio- of oefentherapie beter kan worden benut. Verbetering is ook mogelijk door patiënten beter en eerder te informeren wat oefentherapie en longrevalidatie is, zodat ze samen met hun arts beter kunnen kiezen welke vorm van beweeg- en revalidatiezorg

^{iv} De ontwikkeling van deze richtlijn heeft plaatsgevonden conform de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019). Deze methodiek is opgesteld conform de AQUA-leidraad, GRADE, het AGREE II-instrument en het Toetsingskader voor Kwaliteitsstandaarden (AGREE Next Steps Consortium 2010; AQUA 2014; GRADE Working Group 2008; ZiN 2018). Hierdoor twijfelt het Zorginstituut niet aan de kwaliteit van deze richtlijn.

het beste bij hen past. Hierdoor krijgen meer COPD-patiënten toegang tot zorg waarin bewegen centraal staat.

7.1.3 Wettelijke criteria en pakketcriteria voor COPD

Eerstelijns fysio- of oefentherapie bij COPD is een bestaande aanspraak binnen de Zvw als sprake is van stadium II of hoger volgens de GOLD-classificatie voor spirometrie. Voor het vaststellen van de zorgzwaarte wordt nu gebruikgemaakt van de GOLD-classificatie voor symptomen en risico op een plotselinge verergering (exacerbaties) (categorie A, B, C en D). In het pakketadvies van 2018 is de stand van de wetenschap en praktijk voor gesuperviseerde fysio- en oefentherapie bij COPD herbevestigd. De pakketcriteria voor instroom van nieuwe zorg in het basispakket worden niet nader toegelicht, omdat er sprake is van een bestaande aanspraak op deze zorg.

7.1.4 Advies Zorginstituut Nederland over aanspraak bij COPD

Het Zorginstituut adviseert om de beperkende voorwaarden voor fysio- en oefentherapie bij COPD weg te laten en de tekst van de aanspraak sterk te vereenvoudigen. Op basis van de KNGF-richtlijn *COPD* kunnen fysio- en oefentherapeuten het passende patiënten profiel bepalen en daar een doelmatige behandelduur en -intensiteit op afstemmen. Zo wordt passende zorg mogelijk voor alle patiënten en is het aantal behandelingen per ernstcategorie niet meer knellend, bijvoorbeeld bij veranderingen in het ziektebeeld. Door de richtlijn te volgen kunnen fysio- en oefentherapeuten ervoor zorgen dat patiënten niet meer behandelingen krijgen dan waarop zij (conform de richtlijn) redelijkerwijs zijn aangewezen. Ook wordt zo de inhoud van de behandelingen beter afgestemd op de daadwerkelijke zorgbehoefte van de patiënt. Daarnaast zijn het monitoren van het ziekteverloop in de verschillende patiëntengroepen, het voorkomen van plotselinge verergering (exacerbaties), het aantal ziekenhuisopnames en het gemiddeld aantal behandelingen per patiënt en het verloop hiervan na pakketwijziging belangrijke doelstellingen in het beleid.

Het wegnemen van de beperkende voorwaarden bij deze aanspraak maakt het voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mogelijk om een bekostigingsexperiment te starten. Dit levert niet alleen belangrijke informatie op voor de COPD-zorg, maar ook voor de brede bekostiging van fysio- en oefentherapie. De NZa heeft een processchets klaar voor een dergelijk bekostigingsexperiment, zodat de voorbereidingen hiervoor in 2024 kunnen plaatsvinden en het experiment zo snel mogelijk na een eventuele wijziging van de aanspraak kan starten. Deze processchets is in dit rapport opgenomen in bijlage 3.

7.1.5 Budgetimpactanalyse

De declaratiegegevens over 2022 laten zien dat er in de praktijk minder dan het maximaal aantal behandelingen is gedeclareerd bij 98 procent van de patiënten in de zwaardere ernstcategorieën B2/C/D (n=10.000). In 2022 zat 77 procent van de patiënten in een van deze ernstcategorieën. Voor de ernstcategorieën A/B1 geldt dat 30 procent van de patiënten (n=3.000) het maximum aantal behandelingen passend bij categorie B1 kreeg. In 2022 zat 23 procent van alle patiënten in deze categorie.

Door het wegnemen van de beperkende voorwaarden voor de aanspraak bij COPD zou het aantal patiënten kunnen stijgen bij wie meer behandelingen dan het huidige maximum per ernstcategorie gedeclareerd worden. Dit geldt niet voor de groep patiënten bij wie in de huidige situatie niet het maximum aantal behandelingen van hun ernstcategorie is gedeclareerd. Hun zorgbehoefte lag immers al lager. Voor de groep patiënten bij wie het maximum aantal behandelingen is gedeclareerd gaan we er in de budgetimpactanalyse van uit dat er gemiddeld 5 tot 10 behandelingen bijkomen. Bij gemiddeld 5 behandelingen betekent dit een totale toename in kosten van € 201.960 ten opzichte van de voor 2022 vastgestelde kosten (bij een geïndexeerd tarief). Bij gemiddeld 10 behandelingen extra gaat het om € 504.900 en opzichte van de voor 2022 vastgestelde kosten (bij een geïndexeerd tarief). In bijlage 2 lichten we de berekening verder toe.

7.1.6 Passende bekostiging

Al in het eerste *Systeemadvies fysio- en oefentherapie - Een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg*²² (december 2016) is ervoor gepleit dat de NZa samen met de betrokken partijen onderzoek zou gaan doen naar mogelijkheden voor een andere wijze van bekostiging van de fysio- of oefentherapeutische behandelingen, en om die andere bekostigingswijze ook in de praktijk te testen.

Na uitgebreid onderzoek bleek dit niet mogelijk vanwege de wijze waarop toen (en op dit moment nog steeds) de aanspraken op fysio- en oefentherapie omschreven zijn, namelijk met een maximum aantal behandelingen of met een aantal behandelingen dat voor de chronische indicaties is uitgesloten van vergoeding uit het basispakket.

Bij het uitbrengen van het pakketadvies over COPD in 2018 is de wens tot een of meer bekostigingsexperimenten nogmaals herhaald, juist omdat fysio- of oefentherapie bij COPD zeer geschikt lijkt voor een andere vorm van bekostiging.¹⁹ Na het wegnemen van de beperkende voorwaarden bij deze aanspraak zou de NZa samen met partijen nu eindelijk een bekostigingsexperiment kunnen opzetten en partijen faciliteren in het uitvoeren van het experiment.⁶ De NZa heeft een schets van het proces opgesteld voor het ontwikkelen en testen van bundelbekostiging voor fysio- of oefentherapie bij COPD is opgenomen in bijlage 3. De betekenis van de resultaten van dit experiment kunnen veel breder zijn dan alleen voor de COPD-zorg.

8 Conclusie

Het Zorginstituut beschrijft een tussenstand in de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Samen met partijen zijn er stappen gezet op weg naar een geschikte manier om passende fysio- en oefentherapie te vergoeden uit het basispakket. Het doel hiervan is een betere toegankelijkheid tot fysio- en oefentherapeutische zorg voor patiënten. Dit kan bijdragen aan passende zorg in brede zin.

In deze voortgangsrapportage identificeren we, in samenspraak met partijen, zes bouwstenen die op korte termijn kunnen voldoen aan de drie randvoorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg. Samen met partijen werken we verder om over alle onderdelen van passende fysio- en oefentherapeutische zorg een compleet beeld te vormen. In ons eindadvies zullen wij de minister adviseren over een geschikte vormgeving van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg, rekening houdend met de principes van passende zorg. Na een eventuele wijziging van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg kunnen bouwstenen of onderdelen van bouwstenen die voldoen aan de drie randvoorwaarden voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg vergoed worden uit de basisverzekering om de toegankelijkheid van deze zorg te verbeteren en de beweging naar passende zorg te bevorderen.

8.1 Passende fysio- en oefentherapeutische zorg.

Partijen hebben samen vervolgstappen gezet voor een aantal onderdelen die kansrijk zijn om al op korte termijn te voldoen aan de programmalijn voor passende fysio- en oefentherapeutische zorg. We beschrijven de tussenstand voor de kansrijke bouwstenen:

- Bouwsteen 3: Fysio- en oefentherapie die tweedelijns zorg kan vervangen of voorkomen. Partijen hebben randvoorwaarde 2 voor twee onderdelen ingevuld.
- Bouwsteen 4: de wachtkamer. Het Zorginstituut heeft een positief advies gegeven voor het vergoeden van langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen uit de basisverzekering.
- Bouwsteen 5: Eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg als onderdeel van reablement voor ouderen zonder chronische indicatie. Partijen hebben randvoorwaarde 2 nog niet ingevuld. Vervolgstappen zijn nodig om meer zicht te krijgen op een eventueel probleem voor de toegankelijkheid van deze zorg.
- Bouwsteen 6: Fysio- en oefentherapie voor diagnostiek en triage van het houdings- en bewegingsapparaat. Het Zorginstituut constateert dat sprake is van een bestaande aanspraak wanneer nauwe samenwerking met de huisarts plaatsvindt. Het Zorginstituut adviseert partijen goede afspraken te maken over de taakdelegatie op dit gebied van huisartsen naar fysio- en oefentherapeuten.
- Bouwsteen 7: Vergoeden van de eerste twintig behandelsessies voor chronische indicaties die vermeld staan in bijlage 1 van het Bzv. Het Zorginstituut adviseert de minister om de toegang tot de verzekerde zorg voor patiënten met chronische indicaties te verbeteren door ook de eerste twintig behandelingen te vergoeden uit het basispakket.
- Bouwsteen 8: Fysiotherapie en oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd. Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS om de beperkende voorwaarden voor de aanspraak bij COPD, te weten het stellen van een maximum aantal behandelingen, uit de wettelijke bepaling te halen om meer passende zorg mogelijk te maken.

8.2 Toekomstig eindadvies over een geschikte vormgeving van de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie

Het Zorginstituut werkt samen met partijen verder aan de bouwstenen die nog niet voldoen aan de randvoorwaarden. In ons eindadvies aan de minister adviseren wij over een geschikte aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg, rekening houdend met de principes van

passende zorg. Na eventuele politieke besluitvorming over de geschikte aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg kan de zorg die voldoet aan de drie randvoorwaarden worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Het doel hiervan is een betere toegankelijkheid tot fysio- en oefentherapeutische zorg voor patiënten. Dit kan bijdragen aan passende zorg in brede zin.

Colofon

Projectnaam	Passende fysio- en oefentherapeutische zorg
Projectleider	mr. B. Veerman
Volgnummer	2024000774
Contactpersoon	
Afdeling	Zorg
Team	Paramedische zorg, Hulpmiddelen, Mondzorg & Vervoer
Uitgebracht aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Literatuur

- 1 Zorginstituut Nederland. (2023). *Advies Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2023/01/17/advies---passende-zorg-voor-fysiotherapie-en-oefentherapie>
- 2 Zorginstituut Nederland. (2024). *Voortgangsrapportage passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2024/01/08/voortgangsrapportage-ii---passende-zorg-voor-fysiotherapie-en-oefentherapie>
- 3 Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2021). *Adviesaanvraag fysio- en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/brief/2021/11/15/adviesaanvraag-fysio--en-oefentherapie>
- 4 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2023). *Kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/kwaliteit/kwaliteitskader/231004-kwaliteitskader-fysiotherapie-en-oefentherapie-def.pdf>
- 5 Zorginstituut Nederland. (2021). *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten 3.0*. Afkomstig van <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/algemeen-ondersteuning/toetsingskader-kwaliteitsstandaarden-en-meetinstrumenten-versie-3.0.pdf>
- 6 Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). *Passende bekostiging van fysiotherapie en oefentherapie* Afkomstig van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_755251_22/1/
- 7 Zorginstituut Nederland. (2023). *Pakketbeheer in de Praktijk 4*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/rapport/2023/03/20/pip4>
- 8 Zorginstituut Nederland. (2023). *Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/12/20/afwegingskader-noodzakelijk-te-verzekeren-zorg>
- 9 Zorginstituut Nederland. (2024). *Advies - Langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2024/02/27/advies-langdurige-persoonsgerichte-actieve-ot-bij-ernstige-ra>
- 10 Zorginstituut Nederland. (2023). *Standpunt - Eerstelijns fysio- en oefentherapie bij fibromyalgie kan niet worden vergoed uit basispakket*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2023/08/04/standpunt--eerstelijns-fysio--en-oefentherapie-bij-fibromyalgie-kan-niet-worden-vergoed-uit-basispakket>
- 11 Zorginstituut Nederland. (2023). *Standpunt - Multimodale prehabilitatie vóór een operatie bij kanker van de dikke darm en endeldarm*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/kanker/standpunt---multimodale-prehabilitatie-voor-eeen-operatie-bij-kanker-van-de-dikke-darm-en-endeldarm>
- 12 Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2022). *Een goede dag op eigen kracht*. Afkomstig van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/12/20/een-goede-dag-op-eigen-kracht>
- 13 Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2024). *Visie eerstelijnszorg 2030*. Afkomstig van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/01/26/visie-eerstelijnszorg-2030>
- 14 Veldkamp R, & Meijer W. (2022). *Zorg door de fysiotherapeut. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, Jaarcijfers 2021 en trendcijfers 2018-2021*. Afkomstig van
- 15 M Heins, J Bes, Y Weesie, R Davids, M Winckers, L Korteweg, . . . J Vanhommerig. (2023). *Zorg door de huisarts: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022*. Afkomstig

- van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/zorg-door-de-huisarts-nivel-zorgregistraties-eerste-lijn-jaarcijfers-2022-en>
- 16 Bloo JKC, van Schalkwijk J, Scholten D, & Opraus K. (2022). Extended scope, de rol van de fysiotherapeut bij taakherschikking in de gezondheidszorg. *Physios*, 9, 1-8.
- 17 Pellekooren S, Donker M, Reijnders E, Boutalab L, Ostelo RWJG, van Tulder MW, & Pool-Goudzwaard AL. (2022). The introduction of advanced practice physiotherapy within Dutch primary care is a quest for possibilities, added value, and mutual trust: a qualitative study amongst advanced practice physiotherapists and general practitioners. *BMC health services research*, 22(1), 529.
- 18 Nederlandse Vereniging van Extended Scope Specialisten. (2023). *Toolkit Implementatie Extended Scope (versie 1.0)*. Afkomstig van niet gepubliceerd
- 19 Zorginstituut Nederland. (2018). *Pakketadvies gesuperviseerde oefentherapie bij COPD*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/22/pakketadvies-gesuperviseerde-oefentherapie-bij-copd>
- 20 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2022). *Richtlijn COPD*. Afkomstig van <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/copd>
- 21 Zorginstituut Nederland. (2019). *Zinnige Zorg - Verbetersignalement COPD*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/12/10/zinnige-zorg-verbetersignalement-copd>
- 22 Zorginstituut Nederland. (2016). *Systeemadvies fysiotherapie en oefentherapie*. Afkomstig van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/12/20/systeemadvies-fysiotherapie-en-oefentherapie>

Bijlagen

Bijlage 1: Beoordelingen wetenschappelijke evidentie door de onafhankelijk academische experts

Bijlage 2: Budget Impact Analyse

Bijlage 3: Processchets experiment bundelbekostiging COPD

Betreft: Evidentie gesuperviseerde oefentherapie bij voorste kruisband ruptuur

Auteur : Prof. dr. Philip van der Wees

Datum : 29 januari 2024

Aanleiding

Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) heeft mij gevraagd in het kader van het proces rondom 'Kansrijke onderwerpen', een beoordeling te geven van de wetenschappelijke evidentie rondom het thema Substitutie. In deze notitie bespreek ik de resultaten over het onderwerp gesuperviseerde oefentherapie bij een voorste kruisbandruptuur.

De artikelen die ik hiervoor gebruikt heb komen uit de literatuurlijst die het Zorginstituut heeft aangeleverd (zie literatuurlijst). Voor de Nederlandse studies is de risk of bias beoordeeld met de PEDro schaal. Van de gebruikte systematische reviews is de door de auteurs gerapporteerde kwaliteit van bewijs overgenomen.

De uitgangsvraag was: Is gesuperviseerde oefentherapie met mogelijkheid tot verlate reconstructie een geschikt alternatief voor een voorstekruisband reconstructie met revalidatie bij patiënten met een voorste kruisbandruptuur?

Deze notitie bestaat uit 2 delen:

Deel 1 betreft een algeheel oordeel van de wetenschappelijke evidentie, waarbij onderscheid is gemaakt tussen Nederlandse studies en internationale literatuur. De separate beschrijving van Nederlandse studies is gedaan vanwege de specifieke context van de Nederlandse gezondheidszorg.

In deel 1 is ook de kosteneffectiviteit van de Nederlandse studies samengevat. Indien beschikbaar is de incremental cost-effectiveness ratio (ICER) beschreven vanuit maatschappelijk perspectief, waarbij kosten voor een interventie worden weergegeven per quality adjusted life year (QALY). Een QALY staat voor één jaar in volledige gezondheid. De ICER is geïnterpreteerd conform uitgangspunten van het Zorginstituut (zie bijlage 1).

Deel 2 gaat specifiek in op de voorwaarden voor passende zorg in de praktijk. Ter voorbereiding van de vertaalslag van onderzoeksgegevens naar passende zorg in de praktijk, is een samenvatting van de onderzoeksgegevens met betrekking tot de voorwaarden beschreven.

Deel 1: algeheel oordeel van de wetenschappelijke evidentie

Voor de beoordeling van de wetenschappelijke evidentie is gebruik gemaakt van de in Nederland uitgevoerde COMPARE trial (Reijman, 2021). De COMPARE trial bestond uit 167 patiënten (leeftijd: 18-65 jaar) met een voorste kruisband ruptuur als gevolg van een trauma. Patiënten werden gerandomiseerd toegewezen aan vroege reconstructie van de voorste kruisband (VKB-reconstructie) of aan primaire conservatieve behandeling met optionele verlate VKB-reconstructie na drie maanden. De studie heeft een lage Risk of Bias (score 7/10 op de PEDro schaal).

Het doel van de studie was om te onderzoeken of er een klinisch relevant verschil in symptomen, functioneren en participatie aan sport bestaat tussen vroege VKB-reconstructie en primaire conservatieve behandeling. De primaire conservatieve behandeling bestond uit gesuperviseerde oefentherapie gedurende minimaal drie maanden op basis van een eerder gepubliceerde richtlijn (Meuffels, 2012). De richtlijn doet aanbevelingen over gesuperviseerde oefentherapie gericht op kracht, balans, coördinatie en functionele training (Meuffels, 2012). Primaire uitkomstmaat was functioneren, gemeten met de International Knee Documentation Committee (IKDC) score na 24 maanden follow-up.

Beide groepen lieten een klinisch relevante vooruitgang op functioneren zien op basis van de primaire uitkomstmaat. Patiënten na vroege VKB-reconstructie functioneerden beter dan patiënten na primaire conservatieve behandeling met gesuperviseerde oefentherapie (MD: 5.3, 95%CI: 0.6 tot 9.9). Het verschil tussen de groepen was niet klinisch relevant. Van de patiënten in de oefentherapiegroep onderging 50% alsnog uitgestelde VKB-reconstructie gedurende de 24 maanden follow up (gemiddeld na 10.6 maanden).

Als vervolg op COMPARE is de ROTATE studie gestart waarin onderzocht wordt of een behandelalgoritme met een proces van samen beslissen een positieve invloed heeft op het maken van de juiste keuze voor gesuperviseerde oefentherapie of VKB-reconstructie als eerste optie (de Vos, 2022).

Samenvattend oordeel van de Nederlandse studie is dat het effect van vroege VKB-reconstructie groter is dan gesuperviseerde oefentherapie, waarbij het verschil in effect niet klinisch relevant is. Belangrijk aspect voor de beoordeling is dat 50% van de patiënten in de primair conservatieve groep met gesuperviseerde oefentherapie geen uitgestelde VKB-reconstructie nodig had. Lopend onderzoek in de ROTATE studie moet uitwijzen of een behandelalgoritme met een proces van samen beslissen een positieve invloed heeft op het maken van de juiste keuze voor gesuperviseerde oefentherapie of VKB-reconstructie als eerste optie.

Internationale literatuur

In de internationale literatuur is de zogenoemde KANON trial de eerste studie waarin een revalidatieprogramma met vroege VKB-reconstructie is vergeleken met een revalidatieprogramma met optionele verlate VKB-reconstructie (Frobell, 2010). De KANON trial is in Zweden uitgevoerd en bestond uit 121 patiënten (leeftijd:18-35 jaar) met een voorste kruisband ruptuur als gevolg van een trauma. In het revalidatieprogramma met vroege VKB-reconstructie werd de reconstructie binnen 10 weken uitgevoerd. Van de groep met optionele verlate VKB-reconstructie onderging 23% alsnog een verlate reconstructie (gemiddeld na 12 maanden). Primaire uitkomstmaat was functioneren, gemeten met de Knee injury and Osteoarthritis Outcomes Score (KOOS) na 24 maanden. Beide groepen lieten een klinisch relevante vooruitgang zien op de KOOS. Er werd geen verschil gevonden tussen beide groepen (MD: 0.2; 95%CI: -6.5 tot 8.8). Ook na vijf jaar werden er geen verschillen gevonden tussen beide groepen (MD: 2.0; 95%CI: -8.5 tot 4.5).

In het Verenigd Koninkrijk is de zogenoemde ACL SNNAP studie uitgevoerd waarin een VKB-reconstructie en een revalidatieprogramma zijn vergeleken bij patiënten met een niet-acute ruptuur van de voorste kruisband (Beard 2022). Het betrof een superioriteitsstudie met als

doel om te onderzoeken of de VKB-reconstructie superieur was in vergelijking met het revalidatieprogramma. Het revalidatieprogramma bestond uit gesuperviseerde oefentherapie gedurende drie maanden. De ACL SNNAP studie bestond uit 156 patiënten (gemiddelde leeftijd: 33 jaar) die instabiliteit ervoeren na een eerdere ruptuur. Tijdsduur sinds het ontstaan van de ruptuur varieerde sterk, waarbij voor 22% van de patiënten de ruptuur meer dan een jaar geleden was ontstaan. Primaire uitkomstmaat was functioneren, gemeten met KOOS na 18 maanden. Beide groepen lieten een klinisch relevante vooruitgang zien op de KOOS. Patiënten na VKB-reconstructie functioneerden beter dan patiënten na het revalidatieprogramma met gesuperviseerde oefentherapie (MD: 7.9, 95%CI: 2.5 tot 13.2). Van de patiënten die het revalidatieprogramma volgden onderging 41% alsnog verlate VKB-reconstructie.

In navolging van de Nederlandse COMPARE trial is in België de IODA trial gestart. Het protocol van de pilot studie (Smeets, 2022) en de volledige trial (Smeets 2024) zijn gepubliceerd. In de studie wordt gesuperviseerde oefentherapie met optionele verlate VKB-reconstructie vergeleken met vroege VKB-reconstructie. Resultaten van de pilot studie en de volledige trial zijn nog niet gepubliceerd.

Smith en collega's (2014) hebben een systematische review uitgevoerd waarin VKB-reconstructie versus conservatieve behandeling bij ruptuur van de voorste kruisband is vergeleken. De review includeerde zowel gerandomiseerde als niet-gerandomiseerde studies. Van de 15 geïncludeerde studies was er één gerandomiseerde studie (de KANON trial). Op basis van alle studies vonden de auteurs beperkt bewijs dat VKB-reconstructie superieur is ten opzichte van conservatieve behandeling. Op basis van lage kwaliteit van bewijs concludeerden de auteurs dat conservatieve behandeling de voorkeur heeft voordat VKB-reconstructie wordt overwogen.

Monk en collega's (2016) hebben een Cochrane review uitgevoerd naar gerandomiseerde studies waarin VKB-reconstructie versus conservatieve behandeling bij ruptuur van de voorste kruisband is vergeleken. De review includeerde één studie (de KANON trial) en vond geen verschil in uitkomsten tussen VKB-reconstructie en conservatieve behandeling met gesuperviseerde oefentherapie. De kwaliteit van het bewijs was laag. De auteurs concludeerden dat de gezien moeten worden in de context dat een deel van de patiënten na gesuperviseerde oefentherapie alsnog opteerden voor verlate VKB-reconstructie.

Blom en collega's (2021) hebben een 'umbrella' review uitgevoerd van studies naar het effect van electieve chirurgische ingrepen. In de review is VKB-reconstructie ook als ingreep meegenomen, waarbij de KANON trial was geïncludeerd. Ook in deze review was de conclusie dat er geen verschil was in uitkomsten tussen VKB-reconstructie en conservatieve behandeling met gesuperviseerde oefentherapie.

Conclusie ten aanzien van de internationale literatuur is dat de eerder uitgevoerde KANON trial uit 2010 in Zweden laat zien dat er geen verschil in effect is tussen een revalidatieprogramma met vroege VKB-reconstructie en een revalidatieprogramma met optionele verlate VKB-reconstructie. De recente ACL SNNAP trial in de VK uit 2022 vond een groter effect van VKB-reconstructie in vergelijking met een revalidatieprogramma bij

patiënten met een niet-acute ruptuur van de voorste kruisband. In 23% (KANON) en 41% (ACL SNNAP) ondergingen patiënten alsnog verlate VKB-reconstructie.

Kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit van de COMPARE trial is in een separate studie gepubliceerd (Eggerding, 2022). De kosten vanuit maatschappelijk perspectief voor vroege VKB-reconstructie vs. gesuperviseerde oefentherapie met optionele uitgestelde reconstructie waren respectievelijk €14.951 (SD: €10.004) en €11.558 (SD: €10.579).

De ICER voor vroege VKB-reconstructie vanuit maatschappelijk perspectief is €78.179 per QALY. Dat betekent dat de kosten van vroege VKB-reconstructie voor het winnen van één jaar volledige gezondheid €78.179 bedragen. Uitgaand van een lage ziektelast van een voorste kruisbandruptuur is de acceptabele kosteninvestering €20.000 (zie bijlage 1). Vroege VKB-reconstructie is daarmee niet kosteneffectief, vergeleken met gesuperviseerde oefentherapie met optionele uitgestelde reconstructie.

In de ACL SNNAP studie is ook een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd (Leal, 2024). De kosten vanuit gezondheidszorg perspectief voor VKB-reconstructie vs. gesuperviseerde oefentherapie met optionele uitgestelde reconstructie waren respectievelijk £3383 en £2360, met een verschil van £1023 (95%CI: 4538-1508) ten gunste van de gesuperviseerde oefentherapie. De ICER vanuit gezondheidszorg perspectief was £19.306 per QALY, met 51% kans dat VKB-reconstructie kosteneffectief is bij een acceptabele kosteninvestering van £20.000. Kanttekening hierbij is dat de kosteneffectiviteit is onderzocht in de specifieke context van het VK. Daarnaast zijn er geen maatschappelijke kosten gebruikt die conform de Nederlandse richtlijn wel gehanteerd moeten worden (Zorginstituut, Kosteneffectiviteit in de praktijk, 2015).

De conclusie op basis van de Nederlandse COMPARE studie is dat vroege VKB-reconstructie niet kosteneffectief is, in vergelijking met gesuperviseerde oefentherapie met optionele uitgestelde VKB-reconstructie.

Conclusie

Gesuperviseerde oefentherapie met mogelijkheid tot verlate reconstructie is een geschikt alternatief voor een voorstekruisband reconstructie met revalidatie bij patiënten met een voorste kruisbandruptuur. Het is nog niet duidelijk in welke gevallen voorstekruisband reconstructie beter als eerste optie gekozen kan worden, dit wordt in de ROTATE studie onderzocht.

Deel 2: Voorwaarde voor passende zorg in de praktijk

Wat houdt de interventie in?

Gesuperviseerde oefentherapie gedurende minimaal 12 weken. De oefentherapie is gericht op kracht, balans, coördinatie en functionele training

Waar vindt de interventie plaats?

De gesuperviseerde oefentherapie in de Nederlandse studie vond plaats in eerstelijns fysiotherapiepraktijken

Voor wie is de interventie effectief bevonden?

Voor patiënten met een acute ruptuur van de voorste kruisband in de leeftijd van 18-65 jaar.

Door wie wordt interventie en/of indicatiestelling uitgevoerd?

De gesuperviseerde oefentherapie in de Nederlandse studie werd uitgevoerd door fysiotherapeuten. Indiciestelling vond plaats in de poliklinieken van deelnemende ziekenhuizen.

Monitoring en evalueren

In de Nederlandse studies zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt voor evaluatie van de studies. Primaire uitkomstmaat was functioneren, gemeten met de International Knee Documentation Committee (IKDC) score. Secundaire uitkomstmaten waren Patiënt Specifieke Klachten (PSK), pijn gemeten met NRS, functioneren gemeten met de Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), functioneren gemeten met de Lysholm score, Tegner activiteiten score.

Literatuur

Beard DJ, Davies L, Cook JA, Stokes J, Leal J, Fletcher H, Abram S, Chegwin K, Greshon A, Jackson W, Bottomley N, Dodd M, Bourke H, Shirkey BA, Paez A, Lamb SE, Barker K, Phillips M, Brown M, Lythe V, Mirza B, Carr A, Monk P, Morgado Areia C, O'Leary S, Haddad F, Wilson C, Price A; ACL SNNAP Study Group. Rehabilitation versus surgical reconstruction for non-acute anterior cruciate ligament injury (ACL SNNAP): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2022 Aug 20;400(10352):605-615.

Blom AW, Donovan RL, Beswick AD, Whitehouse MR, Kunutsor SK. Common elective orthopaedic procedures and their clinical effectiveness: umbrella review of level 1 evidence. *BMJ*. 2021 Jul 7;374:n1511.

Eggerding V, Reijman M, Meuffels DE, van Es E, van Arkel E, van den Brand I, van Linge J, Zijl J, Bierma-Zeinstra SM, Koopmanschap M. ACL reconstruction for all is not cost-effective after acute ACL rupture. *Br J Sports Med*. 2022 Jan;56(1):24-28

Frobell RB, Roos EM, Roos HP, Ranstam J, Lohmander LS. A randomized trial of treatment for acute anterior cruciate ligament tears. *N Engl J Med*. 2010 Jul 22;363(4):331-42.

Frobell RB, Roos HP, Roos EM, Roemer FW, Ranstam J, Lohmander LS. Treatment for acute anterior cruciate ligament tear: five year outcome of randomised trial. *Br J Sports Med*. 2015 May;49(10):700

van der Graaff SJA, Meuffels DE, Bierma-Zeinstra SMA, van Es EM, Verhaar JAN, Eggerding V, Reijman M. Why, When, and in Which Patients Nonoperative Treatment of Anterior Cruciate Ligament Injury Fails: An Exploratory Analysis of the COMPARE Trial. *Am J Sports Med*. 2022 Mar;50(3):645-651

Leal J, Mirza B, Davies L, Fletcher H, Stokes J, Cook JA, Price A, Beard DJ. Cost-effectiveness analysis of a pragmatic randomized trial evaluating surgical reconstruction versus rehabilitation in patients with long-standing anterior cruciate ligament injury. *Bone Joint J*. 2024 Jan 1;106-B(1):38-45

Meuffels DEPM, Poldervaart MT, Diercks RL, et al.. Guideline on anterior cruciate ligament injury. *Acta Orthop* 2012;83:379-86.

Monk AP, Davies LJ, Hopewell S, Harris K, Beard DJ, Price AJ. Surgical versus conservative interventions for treating anterior cruciate ligament injuries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 3;4(4):CD011166.

Reijman M, Eggerding V, van Es E, van Arkel E, van den Brand I, van Linge J, Zijl J, Waarsing E, Bierma-Zeinstra S, Meuffels D. Early surgical reconstruction versus rehabilitation with elective delayed reconstruction for patients with anterior cruciate ligament rupture: COMPARE randomised controlled trial. *BMJ*. 2021 Mar 9;372:n375.

Smeets A, Ghafelzadeh Ahwaz F, Bogaerts S, De Groef A, Berger P, Kaux JF, Daniel C, Croisier JL, Delvaux F, Laenen A, Staes F, Peers K. Pilot study to investigate the feasibility of conducting a randomised controlled trial that compares Immediate versus Optional Delayed surgical repair for treatment of acute Anterior cruciate ligament injury: IODA pilot trial. *BMJ Open*. 2022 Mar 11;12(3):e055349.

Smeets A, Ghafelzadeh Ahwaz F, Bogaerts S, Berger P, Peers K. Comparison of immediate versus optional delayed surgical repair for treatment of acute anterior cruciate ligament injury through a

parallel, multicentric, pragmatic randomized controlled trial - IODA trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2024 Jan 18;16(1):22.

Smith TO, Postle K, Penny F, McNamara I, Mann CJ. Is reconstruction the best management strategy for anterior cruciate ligament rupture? A systematic review and meta-analysis comparing anterior cruciate ligament reconstruction versus non-operative treatment. *Knee.* 2014 Mar;21(2):462-70.

de Vos FH, Meuffels DE, de Mul M, Askari M, Ista E, Polinder S, Waarsing E, Bierma-Zeinstra SM, Reijman M; ROTATE study group. Study protocol ROTATE-trial: anterior cruciate ligament rupture, the influence of a treatment algorithm and shared decision making on clinical outcome- a cluster randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022 Feb 5;23(1):117.

Bijlage 1: Interpretatie Incremental Cost Effectiveness Ratio

Referentie: Kosteneffectiviteit in de praktijk. Zorginstituut Nederland, 2015

Interpretatie Incremental Cost Effectiveness Ratio

Het Zorginstituut hanteert binnen de bandbreedte van €10.000 tot €80.000/QALY drie corresponderende categorieën van ICER en ziektelast. Onderstaande tabel geeft weer wat we voor bepaalde ziektelasten (laag, gemiddeld, hoog) een acceptabele kosteninvestering vinden voor een verbetering van 1 QALY. (zie rapport [‘kosteneffectiviteit in de praktijk’](#))

Ziektelast	Maximale meerkosten (€) per QALY
Van 0,1 tot en met 0,4	Tot € 20.000 per QALY
Vanaf 0,41 tot en met 0,7	Tot € 50.000 per QALY
Vanaf 0,71 tot en met 1,0	Tot € 80.000 per QALY

Betreft: Evidentie gesuperviseerde oefentherapie bij degeneratieve meniscusscheur

Auteur : Prof. dr. Philip van der Wees

Datum : 29 januari 2024

Aanleiding

Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) heeft mij gevraagd in het kader van het proces rondom 'Kansrijke onderwerpen', een beoordeling te geven van de wetenschappelijke evidentie rondom het thema Substitutie. In deze notitie bespreek ik de resultaten over het onderwerp gesuperviseerde oefentherapie bij een degeneratieve meniscusscheur.

De artikelen die ik hiervoor gebruikt heb komen uit de literatuurlijst die het Zorginstituut heeft aangeleverd (zie onderstaande literatuurlijst). Voor de Nederlandse studies is de risk of bias beoordeeld met de PEDro schaal. Van de gebruikte systematische reviews is de door de auteurs gerapporteerde kwaliteit van bewijs overgenomen.

De uitgangsvraag was: Is gesuperviseerde oefentherapie een geschikt alternatief voor een artroscopische partiële meniscectomie bij patiënten met een degeneratieve meniscusscheur?

Deze notitie bestaat uit 2 delen:

Deel 1 betreft een algeheel oordeel van de wetenschappelijke evidentie, waarbij onderscheid is gemaakt tussen Nederlandse studies en internationale literatuur. De separate beschrijving van Nederlandse studies is gedaan vanwege de specifieke context van de Nederlandse gezondheidszorg. In deel 1 is ook de kosteneffectiviteit van de Nederlandse studies samengevat. Indien beschikbaar is de incremental cost-effectiveness ratio (ICER) beschreven vanuit maatschappelijk perspectief. Kosten voor een interventie worden weergegeven per quality adjusted life year (QALY). Een QALY staat voor één jaar in volledige gezondheid. De ICER is geïnterpreteerd conform uitgangspunten van het Zorginstituut (zie bijlage 1).

Deel 2 gaat specifiek in op de voorwaarden voor passende zorg in de praktijk. Ter voorbereiding van de vertaalslag van onderzoeksgegevens naar passende zorg in de praktijk, is een samenvatting van de onderzoeksgegevens met betrekking tot de voorwaarden beschreven.

Deel 1: algeheel oordeel van de wetenschappelijke evidentie

Voor de beoordeling van de wetenschappelijke evidentie is gebruik gemaakt van twee in Nederland uitgevoerde gerandomiseerde effectstudies:

1. The Study of Traumatic meniscal tears: Arthroscopic resection vs Rehabilitation (STARR)
2. Early surgery vs physical therapy on knee function in patients with nonobstructive meniscal tears: the ESCAPE randomized clinical trial

Beide studies hebben een lage Risk of Bias (beide scores 7/10 op de PEDro schaal)

De STARR trial (Van der Graaff, 2022) bestond uit 100 patiënten (leeftijd: 18-45 jaar) met een meniscusscheur als gevolg van een trauma. Patiënten werden gerandomiseerd toegewezen aan een artroscopische meniscectomie of aan een fysiotherapeutische interventie met optie tot uitgestelde operatie na 3 maanden follow-up. Het doel van de studie was om te onderzoeken of artroscopische meniscectomie superieur was aan een fysiotherapeutische interventie. De fysiotherapeutische interventie bestond uit minimaal drie maanden

gesuperviseerde oefentherapie gericht op vermindering van de zwelling, vergroten van de mobiliteit van de knie en training van coördinatie en spierkracht, en bevorderen van dagelijkse activiteiten en terugkeer naar sport. Primaire uitkomstmaat was functioneren, gemeten met de International Knee Documentation Committee (IKDC) score na 24 maanden follow-up. Beide groepen lieten een klinisch relevante vooruitgang zien, waarbij artroscopische meniscectomie niet superieur was aan de gesuperviseerde oefentherapie. Van de patiënten in de groep met gesuperviseerde oefentherapie onderging 41% alsnog een uitgestelde artroscopische meniscectomie vanwege persisterende klachten.

De ESCAPE trial (Van de Graaf, 2018) bestond uit 321 patiënten (leeftijd: 45-70 jaar) met een degeneratieve meniscusscheur. Patiënten werden gerandomiseerd toegewezen aan een artroscopische meniscectomie of aan een fysiotherapeutische interventie. Het betrof een non-inferioriteitstudie met als doel om te onderzoeken of een fysiotherapeutische interventie non-inferieur was in vergelijking met artroscopische meniscectomie. De fysiotherapeutische interventie bestond uit 16 sessies oefentherapie gedurende 8 weken gericht op training van coördinatie en spierkracht. Primaire uitkomstmaat was functioneren, gemeten met de International Knee Documentation Committee (IKDC) score na 24 maanden follow-up. Beide groepen lieten een klinisch relevante vooruitgang zien, waarbij de gesuperviseerde oefentherapie niet inferieur was aan artroscopische meniscectomie (MD:3.6 punten; 97.5%CI $-\infty$ tot 6.5), waarbij de 97.5%CI de drempel van 8 punten voor non-inferioriteit niet overschreed. Van de patiënten in de oefentherapiegroep onderging 29% alsnog een uitgestelde artroscopische meniscectomie vanwege persisterende klachten. Ook na 5 jaar follow up lieten de resultaten op de primaire uitkomstmaat zien dat gesuperviseerde oefentherapeutische niet inferieur was aan artroscopische meniscectomie (MD: 3.5 punten; 95%CI 0.7 tot 6.3), waarbij de 95%CI de drempel van 11 punten voor non-inferioriteit niet overschreed (Noorduyn, 2022).

De ESCAPE research groep heeft de resultaten op de secundaire uitkomstmaat Patient Specifieke Klachten (PSK) na 24 maanden apart gepubliceerd (Noorduyn, 2020). Patiënten in de groep artroscopische meniscectomie scoorden beter op de PSK dan patiënten in de groep die gesuperviseerde oefentherapie kreeg (MD -0.6 punten; 95%CI -1.0 tot -0.2). Het verschil was niet klinisch relevant.

Samenvattend oordeel van de Nederlandse studies is dat het effect van gesuperviseerde oefentherapie bij een traumatische of degeneratieve meniscusscheur vergelijkbaar is met artroscopische meniscectomie.

Internationale literatuur

Abram en collega's (2020) onderzochten de effectiviteit van artroscopische meniscectomie in vergelijking met gesuperviseerde oefentherapie in een systematische review inclusief meta-analyse. De review includeerde 10 studies met een follow-up van 6-12 maanden. De resultaten lieten kleine tot matige verschillen zien ten gunste van artroscopische meniscectomie met een lage kwaliteit van bewijs, waarbij de verschillen niet klinisch relevant waren.

Fernandez-Matias en collega's (2023) onderzochten de effectiviteit van oefentherapie in vergelijking met artroscopische meniscectomie plus oefentherapie in een systematische

review en meta-analyse. De review includeerde vier studies met patiënten met gemiddelde leeftijd van 49-59 jaar en een follow-up van vijf jaar. De studies hadden een matige kwaliteit van bewijs. De resultaten lieten geen verschillen zien tussen de interventies.

Migliorini en collega's (2023) onderzochten de effectiviteit van arthroscopische meniscectomie in vergelijking met gesuperviseerde oefentherapie of schijn-arthroscopie. De review includeerde 17 studies met patiënten in de leeftijd van 30-70 jaar. De studies hadden een hoge kwaliteit van bewijs. De resultaten lieten geen verschillen zien tussen de interventies.

De drie systematische reviews bevestigen de uitkomsten van de Nederlandse studies dat de effecten van gesuperviseerde oefentherapie en arthroscopische meniscectomie bij een traumatische of degeneratieve meniscusscheur vergelijkbaar zijn.

Kosteneffectiviteit

In de STARR trial (Van der Graaff, 2023) werd een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd vanuit gezondheidszorg en maatschappelijk perspectief. De resultaten lieten zien dat arthroscopische meniscectomie tot hogere kosten leidt vanuit maatschappelijk perspectief in vergelijking met gesuperviseerde oefentherapie na 24 maanden follow-up (€1022). De ICER vanuit maatschappelijk perspectief was -€223.372 per QALY. Dat betekent dat arthroscopische meniscectomie geassocieerd is met hogere kosten en minder gezondheidswinst. Daarmee is arthroscopische meniscectomie bij een traumatische meniscusscheur niet kosteneffectief, in vergelijking met gesuperviseerde oefentherapie.

In de ESCAPE trial (Van de Graaf, 2020) werd een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd vanuit maatschappelijk perspectief. De resultaten lieten zien dat gesuperviseerde oefentherapie leidt tot lagere kosten in vergelijking met arthroscopische meniscectomie na 24 maanden follow-up (-€1803; 95%CI -€3008 tot -€838). De ICER was €61.584 per verloren QALY. Dat betekent dat gesuperviseerde oefentherapie geassocieerd is met lagere kosten en minder gezondheidswinst. Daarmee is gesuperviseerde oefentherapie bij een degeneratieve meniscusscheur kosteneffectief, in vergelijking met arthroscopische meniscectomie.

De kans op kosteneffectiviteit van gesuperviseerde oefentherapie was 0.99 bij acceptabele kosteninvestering van €10.000, en 0.40 bij acceptabele kosteninvestering van €80.000.

Op basis van de STARR en ESCAPE trials is de conclusie dat gesuperviseerde oefentherapie bij patiënten met een traumatische of degeneratieve meniscusscheur kosteneffectief is, in vergelijking met arthroscopische meniscectomie.

Conclusie

Gesuperviseerde oefentherapie is een geschikt alternatief voor een arthroscopische partiële meniscectomie bij patiënten met een degeneratieve meniscusscheur.

Deel 2: Voorwaarde voor passende zorg in de praktijk

Wat houdt de interventie in?

Gesuperviseerde oefentherapie gedurende minimaal 8-12 weken en 16 sessies. De oefentherapie is gericht op vermindering van de zwelling, vergroten van de mobiliteit van de knie, training van coördinatie en spierkracht, bevorderen van dagelijkse activiteiten, en terugkeer naar sport.

Waar vindt de interventie plaats?

De gesuperviseerde oefentherapie in de Nederlandse studies vond plaats in eerstelijns fysiotherapiepraktijken

Voor wie is de interventie effectief bevonden?

Voor patiënten met een traumatische of degeneratieve meniscusscheur in de leeftijd van 18-70 jaar.

Door wie wordt interventie en/of indicatiestelling uitgevoerd?

De gesuperviseerde oefentherapie in de Nederlandse studies werd uitgevoerd door fysiotherapeuten. Indicatiestelling in de Nederlandse studies vond plaats in de poliklinieken van deelnemende ziekenhuizen.

Monitoring en evalueren

In de Nederlandse studies zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt voor evaluatie van de studies. Primaire uitkomstmaat was functioneren, gemeten met de International Knee Documentation Committee (IKDC) score. Secundaire uitkomstmaten waren Patiënt Specifieke Klachten (PSK), pijn gemeten met NRS of VAS, functioneren gemeten met de Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), Western Ontario Meniscal valuation Tool (WOMET), Tegner activiteiten score, algemene gezondheid met RAND-36.

Literatuur

Abram SGF, Hopewell S, Monk AP, Bayliss LE, Beard DJ, Price AJ. Arthroscopic partial meniscectomy for meniscal tears of the knee: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2020 Jun;54(11):652-663

Fernández-Matías R, García-Pérez F, Gavín-González C, Martínez-Martín J, Valencia-García H, Flórez-García MT. Effectiveness of exercise versus arthroscopic partial meniscectomy plus exercise in the management of degenerative meniscal tears at 5-year follow-up: a systematic review and meta-analysis. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2023 May;143(5):2609-2620.

van de Graaf VA, Noorduyn JCA, Willigenburg NW, Butter IK, de Gast A, Mol BW, Saris DBF, Twisk JWR, Poolman RW; ESCAPE Research Group. Effect of Early Surgery vs Physical Therapy on Knee Function Among Patients With Nonobstructive Meniscal Tears: The ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2018 Oct 2;320(13):1328-1337.

van de Graaf VA, van Dongen JM, Willigenburg NW, Noorduyn JCA, Butter IK, de Gast A, Saris DBF, van Tulder MW, Poolman RW; ESCAPE Research Group. How do the costs of physical therapy and arthroscopic partial meniscectomy compare? A trial-based economic evaluation of two treatments in patients with meniscal tears alongside the ESCAPE study. *Br J Sports Med.* 2020 May;54(9):538-545.

van der Graaff SJA, Eijgenraam SM, Meuffels DE, van Es EM, Verhaar JAN, Hofstee DJ, Auw Yang KG, Noorduyn JCA, van Arkel ERA, van den Brand ICJB, Janssen RPA, Liu WY, Bierma-Zeinstra SMA, Reijman M. Arthroscopic partial meniscectomy versus physical therapy for traumatic meniscal tears in a young study population: a randomised controlled trial. *Br J Sports Med.* 2022 Jun 8;56(15):870-6.

van der Graaff SJA, Reijman M, Meuffels DE, Koopmanschap MA; STARR Study Group; STARR Study Group; Eijgenraam SM, van Es EM, Hofstee DJ, Auw Yang KG, Noorduyn JCA, van Arkel ERA, van den Brand ICJB, Janssen RPA, Liu WY, Bierma-Zeinstra SMA. Cost-effectiveness of arthroscopic partial meniscectomy versus physical therapy for traumatic meniscal tears in patients aged under 45 years. *Bone Joint J.* 2023 Nov 1;105-B(11):1177-1183

Migliorini F, Oliva F, Eschweiler J, Cuzzo F, Hildebrand F, Maffulli N. No evidence in support of arthroscopic partial meniscectomy in adults with degenerative and nonobstructive meniscal symptoms: a level I evidence-based systematic review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2023 May;31(5):1733-1743.

Noorduyn JCA, Glastra van Loon T, van de Graaf VA, Willigenburg NW, Butter IK, Scholten-Peeters GGM, Coppieters MW, Poolman RW; ESCAPE Research Group. Functional Outcomes of Arthroscopic Partial Meniscectomy Versus Physical Therapy for Degenerative Meniscal Tears Using a Patient-Specific Score: A Randomized Controlled Trial. *Orthop J Sports Med.* 2020 Oct 29;8(10):2325967120954392.

Noorduyn JCA, van de Graaf VA, Willigenburg NW, Scholten-Peeters GGM, Kret EJ, van Dijk RA, Buchbinder R, Hawker GA, Coppieters MW, Poolman RW; ESCAPE Research Group. Effect of Physical Therapy vs Arthroscopic Partial Meniscectomy in People With Degenerative Meniscal Tears: Five-Year Follow-up of the ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2022 Jul 1;5(7):e2220394

Bijlage 1: Interpretatie Incremental Cost Effectiveness Ratio

Interpretatie Incremental Cost Effectiveness Ratio

Het Zorginstituut hanteert binnen de bandbreedte van €10.000 tot €80.000/QALY drie corresponderende categorieën van ICER en ziektelast. Onderstaande tabel geeft weer wat we voor bepaalde ziektelasten (laag, gemiddeld, hoog) een acceptabele kosteninvestering vinden voor een verbetering van 1 QALY. (zie rapport [‘kosteneffectiviteit in de praktijk’](#))

Ziektelast	Maximale meerkosten (€) per QALY
Van 0,1 tot en met 0,4	Tot € 20.000 per QALY
Vanaf 0,41 tot en met 0,7	Tot € 50.000 per QALY
Vanaf 0,71 tot en met 1,0	Tot € 80.000 per QALY

Betreft: Beoordeling evidence inzake onderwerp 3: Reablement
Auteur Prof. R. Ostelo
Datum 22 jan 2024

Aanleiding

Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) heeft mij gevraagd, in het kader van het proces rondom 'Kansrijke onderwerpen', een beoordeling te geven van de evidence rondom het thema Reablement. De artikelen die ik hiervoor gebuikt heb komen uit de literatuurlijst die het Zorginstituut heeft aangeleverd (zie onderstaande literatuurlijst). De uitgangsvraag was: Is gesuperviseerde en gepersonaliseerde oefentherapie effectiever dan de huidige zorg bij thuiswonende ouderen van 70 jaar of ouder met (verhoogde kans op) fysieke inactiviteit of zelf ervaren verminderde fysiek functie? Deze notitie bestaat uit 2 delen. Deel 1 betreft een algeheel oordeel van de evidence. Deel 2 gaat specifiek in op de voorwaarden voor passende zorg in de praktijk.

Deel 1: algeheel oordeel van de evidence

Er waren 2 studies die gesuperviseerde en gepersonaliseerde oefentherapie (Coach2Move) onderzochten op effectiviteit en kosteneffectiviteit in Nederland. De Vries et al (2016) voerden een gerandomiseerde studie (RCT) uit waarbij Coach2Move is vergeleken met usual care. Heij et al (2022) hebben een cluster-randomised, stepped wedge studie uitgevoerd waarin Coach2Move is vergeleken met usual care.

In beide studies zijn thuiswonende ouderen van 70 jaar of ouder met (verhoogde kans op) fysieke inactiviteit en/of zelf ervaren verminderde fysiek functie die zich bij een fysiotherapeut melden ingesloten.

Coach2Move is een gesuperviseerde en gepersonaliseerde vorm van oefentherapie gegeven door een fysiotherapeut met als doel om met name de fysieke activiteit van ouderen te vergroten. Op basis van een uitgebreide intake wordt een gestratificeerd, doelgericht behandelplan ontworpen dat aansluit bij de voorkeuren, behoeften en barrières van de patiënt en zijn of haar omgeving. (zie hieronder voor meer details). Coach2Move wordt gegeven door fysiotherapeuten met aanvullende scholing in geriatrie en Coach2Move.

Usual care in beide studies betrof een reguliere fysiotherapie behandeling waarin het doel is om met name fysieke inactiviteit bij thuiswonende ouderen van 70 jaar of ouder met (verhoogde kans op) fysieke inactiviteit of zelf ervaren verminderde fysiek functie te verbeteren. Hier zijn verder geen instructies gegeven aan de deelnemende fysiotherapeuten ten aanzien van de inhoud, de frequentie en de duur van de behandeling.

Het contrast tussen Coach2Move en usual care is dat in de usual care geen gebruik wordt gemaakt van: een uitgebreide intake op basis van een beslialgoritme, motiverende gespreksvoering, het stellen van zinvolle doelen voor het verhogen van fysieke activiteit, het vergroten van self-efficacy en zelfmanagement, het geven van feedback over de voortgang, van persoonlijke en omgevingsfactoren, van interventieprofielen met een vooraf vastgesteld aantal consulten (gebaseerd op verwacht herstel). en

De *primaire uitkomstmaat* in beide studies was fysieke activiteit gemeten met de LAPAC (in Heij 2022 een aangepaste versie).

Beide studies hebben een lage Risk of Bias score (7/10 en 6/10 op de PEDro schaal, respectievelijk). Indien we kijken naar de effecten op 'moderate fysieke activiteit', dan laat de studie van De Vries et al een voortuitgang zien vanaf baseline naar de 6 maanden follow up van 33.9 minuten per dag binnen de Coach2Move groep, t.o.v. 9.9 minuten per dag in de

usual care. Het verschil tussen beide groepen op 6 maanden is 17.9 minuten per dag (95% BI: 4.0 tot 31.7) in het voordeel van Coach2Move. Op de secundaire uitkomstmaten is er ook een verschil te zien in het voordeel van Coach2Move maar deze zijn niet statistische significant, behalve het verschil voor de frailty score. Het verschil op de frailty score is echter dusdanig klein dat de auteurs de klinische relevantie van dit verschil ter discussie stellen.

In Heij et al laten de resultaten zien dat de 'moderate fysieke activiteit' binnen de Coach2Move groep gemiddeld met 279 minuten per week toeneemt op de 12 maanden follow up. (Per dag komt dit neer op gemiddeld 39.8 minuten meer 'moderate fysieke activiteit', hetgeen redelijk vergelijkbaar is met de 33.9 minuten per dag uit de studie van de Vries, gemeten op 6 maanden follow up, binnen de Coach2Move groep). De usual care groep gaat gemiddeld 108 minuten per week minder bewegen. Dit resulteert in een verschil tussen beide groepen op 12 maanden van 441 minuten per week (95% BI: 151 tot 731) meer 'moderate fysieke activiteit' in het voordeel van Coach2Move. Ter vergelijking met De Vries, komt dit neer op een gemiddeld verschil van 63 minuten per dag (95% BI: 22 tot 104 minuten). De tweede primaire uitkomstmaat in deze studie, functionele mobiliteit (gemeten middels de Timed Up & Go), liet zien dat de Coach2Move groep gemiddeld 17 seconden minder nodig had voor de test op de 12 maanden follow up in vergelijking met usual care. Dit is het resultaat van een klinische relevant vooruitgang binnen Coach2Move t.o.v. een achteruitgang in de usual care op deze test.

Samenvattend kan gesteld worden dat op basis van deze 2 studies de vooruitgang binnen de Coach2Move (> 30 minuten per dag moderate fysieke activiteit') zowel op 6 en 12 maanden klinische relevant zijn en dat de verschillen met usual care substantieel zijn. De secundaire uitkomstmaten geven eenzelfde beeld maar de verschillen zijn kleiner en niet allemaal statistisch significant. Overall kan gesteld worden dat gesuperviseerde en gepersonaliseerde oefentherapie in de vorm van Coach2Move, effectiever is dan de huidige zorg bij thuiswonende ouderen van 70 jaar of ouder met (verhoogde kans op) fysieke inactiviteit en/of zelf ervaren verminderde fysiek functie.

Internationale literatuur

Om deze resultaten in (een internationaal) perspectief te plaatsen is er ook gekeken naar de uitkomsten van systematische reviews.

De Vries et al 2012: In deze systematische review werden 18 RCT's geïnccludeerd. Over het algemeen zijn er kleine maar positieve effecten van fysieke oefentherapie gevonden op mobiliteit en fysiek functioneren. Maar een directe vergelijking met de 2 hierboven genoemde studies is moeilijk omdat geen van de geïnccludeerde studies een interventie onderzocht die vergelijkbaar was met Coach2Move. Meer specifiek, geen van de geïnccludeerde studies onderzocht een interventie gericht op het verbeteren van fysieke activiteit waarbij de interventie daadwerkelijk elementen bevatte die zich ook richtten op het aannemen of verbeteren van een fysiek actieve levensstijl. Een van de conclusies van deze review was dan ook dat het niveau van fysieke activiteit niet toeneemt als een vanzelfsprekendheid of een natuurlijk gevolg is van algemene oefentherapie. Het aanbieden van beweging of lichaamsbeweging is blijkbaar niet voldoende om (kwetsbare) ouderen te stimuleren om uit zichzelf meer lichamelijke actief te worden.

Gine-Garriga et al 2014 includeerden RCT's die het effect evalueerden van oefentherapie (bijv krachttraining) op functionele prestatie-gebaseerde maten bij thuiswonende, kwetsbare ouderen. Fysieke activiteit is niet meegenomen als uitkomst in deze review. In totaal werden 19 RCTs ingesloten. In vergelijking met controle interventies (variërend van niets doen, usual care, of 'voorlichting') bleek dat oefentherapie een positief resultaat heeft op loopsnelheid en 'fysieke prestatie', zoals gemeten met de Short Physical Performance Battery (SPPB). Dit zijn belangrijke elementen in 'fysiek activiteit', maar of deze uitkomst daadwerkelijk verbeterd door middel van deze interventies is niet onderzocht in deze review. Een direct vergelijking met Coac2Move studies is ook lastig omdat geen van de interventies goed vergelijkbaar waren met Coach2Move.

Treacy et al 2022 includeerden 12 RCTs in hun systematische review. Alle onderzoeken vergeleken mobiliteitstraining met een controle-interventie (gedefinieerd als een interventie waarvan niet wordt verwacht dat deze de mobiliteit verbetert, zoals bijv algemene gezondheidseducatie). De interventies werden met name gegeven in een groepssetting en de uitkomsten waren ook anders dan in de 2 Coach2Move studies. Namelijk mobiliteit (bijv het uitvoeren van een specifieke mobiliteitstaak (sit-to stand test), of een balans oefening, of ADL-taken. Er was bewijs dat mobiliteitstraining een klinisch belangrijke verbetering van de mobiliteit geeft bij een kwetsbare populatie in vergelijking met een controle-interventie. Er was ook bewijs dat deze klinisch belangrijke verbetering in mobiliteit behouden blijft na zes maanden en dat mobiliteitstraining waarschijnlijk een verbetering van het ADL-functioneren oplevert. Maar ook hier is een directe vergelijking met de 2 Coach2Move studies lastig omdat de meeste interventies in groepen werden aangeboden waardoor de specifieke elementen van Coach2Move geen deel uit maakten van deze interventies. Daarnaast waren de uitkomsten ook niet gericht op het verbeteren van fysiek activiteit.

Samenvattend kan, op basis van deze systematische reviews, worden gesteld dat algemeen oefentherapie (groepstherapie, spierkrachttraining, balanstraining) enige positieve resultaten geeft. Dat geldt dan met name op uitkomsten gericht op elementen die belangrijk zijn voor het verbeteren van fysiek activiteit (bijv, loopsnelheid, een mobiliteit-test of een ADL performance test). Op basis van deze reviews is het niet duidelijk of deze algemene vormen oefentherapie die zich niet specifiek richten op een gepersonaliseerde aanpak vergelijkbaar met Coach2Move fysieke activiteit verbeteren.

Kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit wordt beschreven vanuit het gezondheidszorg perspectief en het maatschappelijk perspectief. In beide Coach2Move studies zijn kosteneffectiviteitsanalyses uitgevoerd. Beide studies hanteerde het gezondheidszorg perspectief hetgeen in eerste instantie voor de zorgverzekeraar van belang is. Ten opzichte van het maatschappelijk perspectief worden de kosten van familie en patiënten (bijv mantelzorg), en kosten in andere sectoren (bijv werkverzuim) niet meegenomen in deze analyse. Gezien de doelgroep zullen de kosten gerelateerd aan werk geen rol spelen. Informele zorgkosten zijn wel relevant maar gezien de tarieven die hiervoor gerekend worden (in 2016 ong €15) zal de invloed hiervan marginaal zijn. De resultaten van de Vries et al laten zien dat voor elke 'willingness to pay' het verschil in 'net monetary benefit' tussen Coach2Move en usual care kosteneffectief is op de 6 maanden follow up.

De studie van Heij et al laat zien dat er op de 12 maanden follow up een niet-statistisch significant verschil is in kosten van €800 (95% BI: -1234 tot 2824) in het nadeel van Coach2Move met niet-statistisch verschil van 0.09 QALY (95% BI: - 0.00 tot 0.18) in het voordeel van Coach2Move. De 'incremental cost-effectiveness ratio (ICER)' is € 8993 per gewonnen QALY (zie interpretatie ICER hieronder). De onzekerheid rondom de ICER is niet gepresenteerd. Een cost-effectiveness acceptability curve kan hier meer inzicht in geven. Een mogelijke verklaring voor het verschil in kosten is volgens de auteurs het verschil in de woonsituatie van de mensen. Mensen mochten meedoen als de verwachting was dat mensen slechts tijdelijk in een instelling zouden verblijven, waarna men weer spoedig naar huis zou terugkeren. Door de COVID-19 pandemie zou juist de Coach2Move groep langer (of permanent) in een instelling zijn verbleven wat mogelijk de hogere kosten in deze groep kan verklaren, stellen de auteurs. Een sensitiviteitsanalyse zou mogelijk meer zicht kunnen geven op de impact van deze kostenpost.

Conclusie:

Op basis van de 2 Coach2Move studies kan worden gesteld dat Coach2Move effectief en kosteneffectief is op de 6 maanden follow-up. Op 12 maanden follow up is Coach2Move effectief en waarschijnlijk ook kosteneffectief op basis van de gepresenteerde ICER op 12 maanden.

Interpretatie Incremental Cost Effectiveness Ratio

Het Zorginstituut hanteert binnen de bandbreedte van €10.000 tot €80.000/QALY drie corresponderende categorieën van ICER en ziektelast. Onderstaande tabel geeft weer wat we voor bepaalde ziektelasten (laag, gemiddeld, hoog) een acceptabele kosteninvestering vinden voor een verbetering van 1 QALY. (zie rapport ['kosteneffectiviteit in de praktijk'](#))

Ziektelast	Maximale meerkosten (€) per QALY
Van 0,1 tot en met 0,4	Tot € 20.000 per QALY
Vanaf 0,41 tot en met 0,7	Tot € 50.000 per QALY
Vanaf 0,71 tot en met 1,0	Tot € 80.000 per QALY

Deel 2: Voorwaarden voor passende zorg in de praktijk

Wat houdt de interventie in?

Coach2Move is een uitgebreid, gestructureerd, systematisch georganiseerd, protocol ondersteund door een elektronisch patiëntendossier. Op basis van deze uitgebreide intake wordt een gestratificeerd, doelgericht behandelplan ontworpen dat aansluit bij de voorkeuren, behoeften en barrières van de patiënt en zijn of haar omgeving. De patiënt wordt gecategoriseerd volgens een van de drie interventieprofielen met een vooraf vastgesteld aantal consulten op basis van het verwachte herstel. Op basis van de studies

blijkt dat de behandeling gemiddeld uit 15 sessies bestaat. Het lijkt redelijk om te stellen dat de gemiddelde behandelduur 3 maanden is.

Waar vindt de interventie plaats?

In de eerstelijns

Voor wie is de interventie effectief bevonden?

De populatie in beide studies waren thuiswonende ouderen van 70 jaar of ouder met (verhoogde kans op) fysieke inactiviteit en/of zelf ervaren verminderde fysiek functie die zich bij een fysiotherapeut melden. Deze mensen kwamen bij de fysiotherapeut door middel van D.T.F of waren verwezen door een arts. De fysiotherapeut stelde vast of mensen voldeden aan deze criteria en op deze manier werd dus vastgesteld of mensen een indicatie hadden voor fysiotherapie en of Coach2Move de aangewezen therapie was. Op basis van deze studies lijkt het redelijk om te stoppen met de interventie nadat het vooraf gestelde aantal sessies, passend bij 1 van de 3 profielen zoals vastgesteld bij intake, is bereikt. Hierbij kan de verwachting ten aanzien van het resultaat worden meegenomen, waarbij een verbetering van >30 min per dag als richtlijn zou kunnen worden gehanteerd.

Door wie wordt interventie en/of indicatiestelling uitgevoerd?

Fysiotherapeuten die Coach2Move zouden gaan uitvoeren moeten of aantoonbare ervaring hebben met het behandelen van ouderen of een geriatrisch fysiotherapeut zijn. Daarnaast hadden de deelnemende fysiotherapeuten een 2-daagse (16 uur) bijscholing gehad en 3 peer-bijeenkomsten (9 uur). De elektronische dossiers van de therapeuten aangepast aan de elementen van Coach2Move.

Monitoring en evalueren

De LongitudinalAgingStudyAmsterdamPhysicalActivityQuestionnaire (LAPAC) en de Timed 'Up & Go (TUG)

Overige voorwaarde voor passende zorg in de praktijk?

Ik zie geen overige voorwaarden.

Referenties

Chase, Phillip[s] & Brown. Physical activity intervention effects on physical function among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. J Aging Phys Act. 2017; 25: 149–170.

De Vries, van Ravensberg, Hobbelen, et al. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis. Ageing Research Reviews 2012; 11:136– 149

De Vries et al. Patiend-centered physical therapy is (cost-) effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6months follow-up. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 2016; 7: 422–435.

Gine-Garriga, Roque Figuls, Coll-Planas et al. Physical Exercise Interventions for Improving Performance-Based Measures of Physical Function in Community-Dwelling, Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2014;95:753-69

Heij et al. Implementing a Personalized Physical Therapy Approach (Coach2Move) Is Effective in Increasing Physical Activity and Improving Functional Mobility in Older Adults: A Cluster-Randomized, Stepped Wedge Trial. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal | Physical Therapy*, 2022;102:1–11.

Treacy, Hassett, Schurr et al. Mobility training for increasing mobility and functioning in older people with frailty (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 6.



Bijlage 2 – Budget Impact Analyse

Inleiding

Deze bijlage behoort tot het rapport *'De tussenstand in de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg'* van Zorginstituut Nederland en geeft een cijfermatige onderbouwing van de Budget Impact Analyse (BIA) behorende bij de bouwstenen 3 tot en met 8, exclusief bouwsteen 5. Deze bouwstenen zijn de volgende:

Bouwsteen 3: fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen;

Bouwsteen 4: fysio- en oefentherapie bij aandoeningen uit de wachtkamer;

Bouwsteen 6: fysio- of oefentherapeutische triage en diagnostiek bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;

Bouwsteen 7: eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties;

Bouwsteen 8: fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd.

De uitgaven voor deze bouwstenen in 2022 zijn in bijlage 6 van het voortgangsrapport *'Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket'*¹ al berekend op basis van zowel analyse op de declaratiedata, als literatuuronderzoek, aannames en expert opinion. Deze cijfers, berekeningen en aannames gebruiken wij verder voor het ramen van de budget impact op de UPZ (zie hieronder) bij het vergoeden van deze bouwstenen vanuit de Zorgverzekeringswet.

Algemene Uitgangspunten BIA

Een BIA vergelijkt altijd het huidige scenario met een nieuw voorgesteld scenario, waarbij de meer- of minderkosten worden gepresenteerd. Bij het maken van een BIA hanteren we binnen het Zorginstituut de volgende algemene uitgangspunten:

- Het perspectief van waaruit wij de BIA-ramen is het Uitgavenplafond Zorg (UPZ), die de Zvw, WLZ en WMO omvat. Voor wat betreft de bouwstenen hierin gepresenteerd, heeft de BIA alleen betrekking op de Zvw.
- De tijdshorizon die we hanteren is de middellange termijn, ofwel de eerste 3 jaren na ingang van de aanspraak. Als er aanwijzingen zijn dat de budget impact na deze periode sterk zal wijzigen, dan rapporteren we over meerdere jaren.
- Bij het opstellen van de BIA dient men rekening te houden met de complexiteit en dynamiek van de praktijk en met de specifieke eigenschappen van het Nederlandse zorgstelsel en de betreffende sector. Het Zorginstituut houdt rekening met eventuele substitutie van zorg, off-label gebruik, gewijzigde conditiegerelateerde kosten (bijvoorbeeld door minder complicaties of eerdere genezing) en de aanwezigheid van een eventueel "stuwmeer" van patiënten e.d.
- Bij medisch specialistische zorg nemen we aan dat de instroom van nieuwe zorg zal plaatsvinden volgens de standaard instroompercentages (50%/75%/100%). We kunnen namelijk niet verwachten dat iedereen gelijk vanaf de eerste dag dat het nieuwe scenario ingaat, daar ook gebruik van zal maken.
- We gaan uit van tarieven in plaats van kosten.
- Eigen betalingen (niet te verwarren met het eigen risico) komen niet ten laste van het UPZ en vallen dus buiten de BIA.
- Productiviteitsverliezen vallen buiten het perspectief van het UPZ, en nemen we alleen mee in de uitzonderings situaties wanneer we op verzoek van de minister het maatschappelijk perspectief hanteren (zie maatschappelijke impact analyse).
- Eigen risico: we houden geen rekening met het eigen risico. Het eigen risico komt erop neer dat een patiënt elk jaar de eerste x euro aan zorg in rekening gebracht krijgt, en dat bedrag komt daarmee niet ten laste van het netto UPZ en zou dus buiten de BIA moeten vallen. Het is echter complex (zo niet onmogelijk) te

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2023/01/17/advies---passende-zorg-voor-fysiotherapie-en-oefentherapie>

achterhalen hoeveel patiënten door invoering van een bepaald scenario meer of minder eigen risico gaan betalen. Daarvoor zou je voor een nieuwe interventie moeten weten hoeveel patiënten hun eigen risico zonder die nieuwe interventie niet (volledig) zouden aanspreken en met de interventie wel. Daarvoor moet je weten hoeveel verzekerde zorg een patiënt gedurende het jaar vergoed krijgt. Het wel of niet rekening houden met het eigen risico is vervolgens alleen van invloed wanneer er patiënten zijn die gedurende het jaar zonder de nieuwe interventie hun eigen risico van € 385 nog niet zouden vullen. We nemen aan dat in de meeste gevallen de invloed zeer beperkt is. Vanuit praktisch oogpunt nemen we het eigen risico dan ook niet mee in de BIA.

- We disconteren niet.
- We houden wel rekening met inflatie.
- We presenteren minstens een minimaal en maximaal budget impact scenario.

Specifieke Uitgangspunten BIA PAFOZ

Voor de meeste bouwstenen hanteren we in principe dezelfde uitgangspunten als de algemene, tenzij we het nodig achtten om bij een of meerdere specifieke bouwstenen hiervan af te wijken. Dit wordt dan in het hoofdstuk van de betreffende bouwsteen nader verklaard.

Voor de meeste bouwstenen geldt ook dat er momenteel geen vergoeding is vanuit de Zorgverzekeringswet, dus de meer- of minderkosten hebben meestal te maken met een volledige verschuiving vanuit een eventuele aanvullende verzekering (buiten UPZ) naar de basisverzekering (binnen UPZ).

- We presenteren de BIA over de jaren 2025, 2026 en 2027 ten opzichte van de uitgaven in 2022.
- Bij het zogenaamde 'stuwmeer aan patiënten' hebben wij het in de bouwstenen ook wel over een 'aanzuigende werking' of de 'extra vraag' als gevolg van de nieuwe aanspraak. Deze is altijd *maximaal* 16%, want dat is het aandeel Nederlanders zonder aanvullende verzekering in 2022², die wij extrapoleren naar onze onderzoekspopulatie.
- Daar waar er sterke aanwijzingen zijn voor substitutie van zorg, houden we daar rekening mee.
- Net als bij de medisch specialistische zorg gaan wij uit van een instroompercentage van 25 procent in het eerste jaar, 75 procent in het tweede jaar en 100 procent in het derde jaar, tenzij er duidelijke aanwijzingen zijn dat dit anders zal verlopen. Hierbij moet opgemerkt worden, dat behalve in het geval van bouwsteen 7, een implementatie van 100 procent bijna nooit realistisch is.
- Voor de tarieven maken we gebruik van zowel het gemiddelde tarief van fysio- en oefentherapie voor een reguliere zitting in 2024 van €36³ in het minimale uitgaven scenario als een maximaal tarief van €45³ in het maximale uitgaven scenario (het Gupta-onderzoek⁴ ging in 2018 uit van een kostprijs van €43 en omdat we nu 5 jaar verder zijn, is deze kostprijs nog meer gestegen). Er zijn sterke aanwijzingen dat de tarieven voor fysio- en oefentherapie de komende jaren zullen stijgen.
- We gaan niet uit van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, gezien de relatief beperkte invloed daarvan op de middellange termijn.
- We houden geen rekening met de mogelijke invloed van het eigen risico.
- Voor de inflatie gaan we uit van 2,2% in het eerste jaar, 2,1% in het tweede jaar en 2,0% in het derde jaar⁵.
- Bij sommige bouwstenen, vooral waar veel onzekerheid over is, kunnen ook nog andere variabelen bevatten die van invloed zijn op het minimale en maximale scenario.

² <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/kerncijfers-zorgverzekeraars>

³ <https://www.fysioholtslag.nl/holtslag-algemeen/tarieven-die-wij-in-2024-van-uw-zorgverzekeraar-krijgen/>

⁴ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-67c035bf-5e1a-403d-a6f3-00aa6a2eb998/pdf>

⁵ <https://www.dnb.nl/actuele-economische-vraagstukken/de-stand-van-onze-economie/#:~:text=volledige%20Najaarsraming%202023->

[,Lage%20inflatie,hier%20de%20belangrijkste%20oorzaken%20van.](https://www.dnb.nl/actuele-economische-vraagstukken/de-stand-van-onze-economie/#:~:text=volledige%20Najaarsraming%202023-,Lage%20inflatie,hier%20de%20belangrijkste%20oorzaken%20van.)

Databronnen & Methoden

Voor de meeste bouwstenen hebben we gebruikt gemaakt van de eerdere analyseresultaten uit bijlage 6 van de voortgangsrapportage 'Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie'. Deze resultaten gaven voornamelijk de uitgaven aan fysio-en oefentherapie per bouwsteen weer in het jaar 2022. Deze uitgaven hebben wij voor de BIA als referentie gebruikt voor de ramingen over de komende jaren. Analyse op deze data is door het Zorginstituut zelf uitgevoerd. De Vektis-data is nagenoeg volledig gevuld, maar het vormt niet de absolute weerspiegeling van de zorgpraktijk. De betrouwbaarheid van de data is groot, maar registratiefouten, ontbrekende declaraties en interpretatiefouten kunnen ervoor zorgen dat de data er anders uitzien en geïnterpreteerd worden dan dat de praktijk is.

Declaratiedata zijn persoonsgegevens. Deze worden weliswaar gepseudonimiseerd aangeleverd, maar desondanks is het van belang dat de data conform AVG gerapporteerd en gedeeld worden. Dat betekent dat de gegevens niet herleidbaar zijn tot een verzekerde, zorgaanbieder, zorginstelling, verzekeraars en dergelijke.

Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur en kengetallen van verschillende websites, zoals de verwachte inflatie, het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering, de gemiddelde tarieven van fysio-en oefentherapie, enz. Naar deze literatuur of websites wordt in de tekst middels voetnoten verwezen.

1 BIA bouwsteen 3: fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen

De BIA's van deze bouwsteen omvatten 2 aandoeningen waarvoor fysio-en oefentherapie duurdere vormen van zorg kan voorkomen of in ieder geval kan verminderen, te weten: voorste kruisbandletsel en meniscusletsel.

1.1 Voorste kruisbandletsel

Fysio- en oefentherapie (verder FT/OT) bij voorstekruisbandletsel (verder VKB) wordt nu niet vanuit de basisverzekering vergoed. FT/OT bij VKB kan mogelijk wel veel kosten in de medisch specialistische zorg voorkomen. In deze BIA wordt berekend hoeveel uitgaven ten laste van de zorgverzekeringswet er zullen worden gedaan bij het vergoeden van FT/OT voor patiënten met voorstekruisbandletsel.

FT/OT bij voorstekruisbandletsel kan tot 50 procent van de operaties aan voorstekruisbanden voorkomen (VKB-reconstructies). Uit de declaratiedata is gebleken dat het totaal aantal patiënten dat in 2022 een VKB-reconstructie heeft ondergaan 10.139 was. Dit ging gepaard met €56.967.671 aan kosten voor deze DBC-zorgproducten, gedeclareerd door de (orthopedisch) chirurg. De gemiddelde kosten per patiënt voor een VKB-reconstructie bedroegen dus €56.967.671/10.139= €5.600.

We gaan ervan uit dat iedereen met VKB-letsel in de nieuwe situatie FT/OT krijgt volgens een 12-weekse revalidatieprogramma met in totaal 18 sessies⁶. De helft van deze patiënten krijgt alsnog een VKB-reconstructie én postoperatieve revalidatie door de fysio- of oefentherapeut. Deze postoperatieve behandeling is een chronische indicatie, dus die wordt vanaf de 21^{ste} behandeling vergoed en de cijfers hierover hebben we dus uit de declaratiedata kunnen halen. De uitgaven aan post-operatieve revalidatie door de fysio- of oefentherapeut bedroegen in 2022 €12,2 miljoen.

Verder gaan we ervan uit dat de extra besparingen aan overige uitgaven, zoals (pijn)medicatie, complicaties en hulpmiddelen verwaarloosbaar zijn. Deels ook omdat deze extra uitgaven vaak door de patiënt zelf betaald worden. Ook gaan we niet uit van een extra vraag door een aanzuigende werking, omdat we aannemen dat niemand FT/OT krijgt in de huidige situatie volgens het 12-weekse revalidatieprogramma. De extra vraag betreft dus 100%.

In totaal kunnen we zo'n €18 miljoen besparen vanuit de Zvw in het derde jaar door een revalidatieprogramma aan alle patiënten met VKB-letsel te vergoeden door substitutie van VKB-reconstructies.

Tabel 1. Substitutie fysio- en oefentherapie bij VKB

	Huidige situatie	Nieuwe situatie min	Nieuwe situatie max	Substitutie min	Substitutie max
Uitgaven revalidatie-programma 12- weken FT/OT	0	10.139 (patiënten) * 18 (revalidatieprogramma) * €36 (laag tarief) = €6,6 miljoen	10.139 (patiënten) * 18 (revalidatieprogramma) * €45 (laag tarief) = €8,2 miljoen	€6,6 miljoen	€8,2 miljoen
Uitgaven VKB-reconstructie 2022	10.139 * €5.600 = €56,8 miljoen	5.070 * €5.600 = €28,4 miljoen	€28,4 miljoen	€-28,4 miljoen	€-28,4 miljoen
Uitgaven postoperatieve revalidatie 2022	€12,2 miljoen	€6,1 miljoen	€6,1 miljoen	€-6,1 miljoen	€-6,1 miljoen
Totale uitgaven 2022	€69 miljoen	€41,1 miljoen	€42,7 miljoen	€-27,9 miljoen	€-26,3 miljoen

Bron: Zorgproducten declaratiedata, Zorginstituut Nederland (2024) & Equalis (2021)

⁶ <https://equalis.nl/wp-content/uploads/2021/05/Equalis-Substitutiepotentieel-fysio-en-oefentherapie-Eindrapportage-def.pdf>

Bij VKB gaan we op basis van studies (zie bijlage 1a) en richtlijnen⁷ uit van een maximale implementatie van 75%, omdat een deel van de patiënten een directe indicatie voor een operatie heeft.

Als we deze uitgaven en besparingen doorrekenen naar de jaren 2025-2027, komen we uit op een besparing van €13 tot 14 miljoen in het eerste jaar tot €26 tot 28 miljoen in het derde jaar na opname in het basispakket.

Tabel 2. Budget Impact fysio- en oefentherapie bij VKB vanuit Zvw

Jaar	Instroom	Inflatie	BIA max	BIA min
2025	25%	2,2%	- € 14,3 miljoen	- € 13,4 miljoen
2026	50%	2,1%	- € 21,4 miljoen	- € 20,1 miljoen
2027	75%	2,0%	- € 28,5 miljoen	- € 26,8 miljoen

1.2 Meniscusletsel

FT/OT bij meniscusletsel wordt nu ook niet vanuit de basisverzekering vergoed. FT/OT bij deze indicatie kan mogelijk ook kosten in de medisch specialistische zorg voorkomen. In deze BIA wordt berekend hoeveel uitgaven ten laste van de zorgverzekeringswet er zullen worden gedaan bij het vergoeden van FT/OT voor patiënten met een gescheurde meniscus.

In 2022 kregen in totaal 10.356 mensen een operatie aan de meniscus. Hiervan was de groep tussen de 18 en 44 jaar 5.473 patiënten groot en de groep tussen de 45 en 70 jaar 4.467. Bij de eerstgenoemde groep krijgt alsnog 45%⁸ van de patiënten een operatie na een conservatief traject. In de oudere groep is dat percentage 30%⁹. In de tabellen 3 en 4 zijn respectievelijk de uitgaven van de leeftijdsgroepen 18-44 en 45-70 weergegeven. Tenslotte geeft tabel 5 de totale Budget Impact weer.

Tabel 3. Uitgaven FT/OT en operaties bij meniscusletsel vanuit Zvw voor patiënten van 18-44 jaar in 2022

18-44 jaar	Huidige situatie	Nieuwe situatie min	Nieuwe situatie max	Substitutie min	Substitutie max
Uitgaven Fysio-oefentherapie	0	€ 3,2 miljoen	€ 3,9 miljoen	€ 3,2 miljoen	€ 3,9 miljoen
Uitgaven meniscus-operatie	€ 12,3 miljoen	€ 5,5 miljoen	€ 5,5 miljoen	- € 6,7 miljoen	- € 6,7 miljoen
Totale uitgaven 2022	€ 12,3 miljoen	€ 8,7 miljoen	€ 9,5 miljoen	- € 3,6 miljoen	- € 2,8 miljoen

Bron: Zorgproducten declaratiedata, Zorginstituut Nederland (2024) & STARR TRIAL (van der Graaff et al. 2022)

Tabel 4. Uitgaven FT/OT en operaties bij meniscusletsel vanuit Zvw voor patiënten van 45-70 jaar in 2022

45-70 jaar	Huidige situatie	Nieuwe situatie min	Nieuwe situatie max	Substitutie min	Substitutie max
Uitgaven Fysio-oefentherapie	-	€ 2,6 miljoen	€ 3,2 miljoen	€ 2,6 miljoen	€ 3,2 miljoen
Uitgaven meniscus-operatie	€ 10 miljoen	€ 3 miljoen	€ 3 miljoen	- € 7 miljoen	- € 7 miljoen
Totale uitgaven 2022	€ 10 miljoen	€ 5,6 miljoen	€ 6 miljoen	- € 4,5 miljoen	- € 3,8 miljoen

Bron: Zorgproducten declaratiedata, Zorginstituut Nederland (2024) & ESCAPE TRIAL (van de Graaf et al. 2018)

⁷ Richtlijn Nederlandse Orthopedie Vereniging - Voorste Kruisbandletsel - Richtlijnen database

⁸ Van der Graaff et al. (2022) *Arthroscopic partial meniscectomy versus physical therapy for traumatic meniscal tears in a young study population: a randomised controlled trial*. Br J Sports Med. 2022 Aug; 56(15): 870-876.

⁹ Van de Graaf et al. (2018) *Effect of Early Surgery vs Physical Therapy on Knee Function Among Patients With Nonobstructive Meniscal Tears: The ESCAPE Randomized Clinical Trial*. JAMA 2018 Oct 2;320(13):1328-1337.

Ook bij meniscusletsel zal de implementatie niet 100% zijn, omdat een deel van de patiënten een indicatie voor direct opereren heeft. De totaal geschatte BIA komt uit op een besparing van €1,7 miljoen tot €2,1 miljoen in het eerste jaar, tot €5,1 miljoen tot €6,2 miljoen in het derde jaar.

Tabel 5. Budget Impact vergoeding fysio- en oefentherapie bij meniscusletsel vanuit Zvw

Jaar	Instroom	Inflatie	BIA max	BIA min
2025	25%	2,2%	- € 2,1 miljoen	- € 1,7 miljoen
2026	50%	2,1%	- € 4,1 miljoen	- € 3,4 miljoen
2027	75%	2,0%	- € 6,2 miljoen	- € 5,1 miljoen

2 BIA bouwsteen 4: fysio- en oefentherapie bij aandoeningen uit de wachtkamer

Van de drie onderwerpen in de wachtkamer waarvoor de duiding is afgerond is alleen voor het onderwerp langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen een positief standpunt geformuleerd. Dat betekent dat alleen voor deze indicatie een BIA is opgesteld. De conclusie was dat langdurige gepersonaliseerde actieve oefentherapie (52 weken) onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut beschouwd kan worden als effectieve behandeling bij volwassen patiënten (≥ 18 jaar) met RA met ernstige functionele beperkingen in het dagelijks leven. Deze interventie voldoet bij de genoemde indicatie daarom aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Voor de volledige beoordeling verwijzen wij naar het complete standpunt.

2.1 BIA langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij RA

Deze BIA is ook één-op-één uit de *duiding langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen*¹⁰ overgenomen. Deze is immers ook door het Zorginstituut berekend. In deze duiding wordt een BIA geraamd van een bedrag tussen de € 3,7 en € 4,4 miljoen in het eerste jaar. Vanaf het tweede zijn de uitgaven per behandeljaar naar schatting tussen de € 750.750 en € 900.900 per jaar. Hierbij kan worden opgemerkt dat er in deze raming geen rekening gehouden is met de uitgaven aan (minder) complicaties en andere indirecte kosten omdat precieze gegevens hierover ontbreken. Zie voor de volledige BIA de betreffende duiding.

¹⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2024/02/27/advies-langdurige-persoonsgerichte-actieve-ot-bij-ernstige-ra>

3 BIA Bouwsteen 6: fysio- of oefentherapeutische triage en diagnostiek bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat

Voor triage en diagnostiek bij klachten van het bewegingsapparaat door de fysio- en oefentherapeuten bij de huisarts is er geen BIA gemaakt, want huisartsenzorg wordt al vergoed vanuit de Zvw. Er vindt alleen een mogelijke verschuiving plaats van triage en diagnostiek door de fysio- of oefentherapeut, die doorgaans lagere tarieven declareren dan huisartsen, maar hoe groot dit verschil is, is op voorhand niet in te schatten. Alleen de aantallen die eventueel in aanmerking zouden komen voor een dergelijke constructie worden in dit hoofdstuk weergegeven op basis van de cijfers uit de Nivel-data.

Om een grove inschatting te maken van het totale aantal patiënten dat de huisarts bezoekt vanwege klachten aan het bewegingsapparaat is gekeken naar de incidentiecijfers uit het Nivel-rapport *'Zorg door de huisarts: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022'*¹¹. Hierbij zijn de incidentiecijfers van alle zogenaamde L-diagnosecodes die de huisarts als ICPC registreert meegenomen. In paragraaf 5.1.1. van het rapport hebben we een inschatting gemaakt dat bij ongeveer 6,3% van alle episodes waarvoor mensen bij de huisarts komen de inzet van een (daartoe competente) fysio- of oefentherapeut overwogen zou kunnen worden. Dit komt omgerekend neer op 366 episodes per 1.000 ingeschreven patiënten, ofwel op landelijk niveau ruim 6,5 miljoen episodes (betrokken op 17,8 miljoen mensen in Nederland).

¹¹ <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/zorg-door-de-huisarts-nivel-zorgregistraties-eerste-lijn-jaarcijfers-2022-en>

4 BIA bouwsteen 7: eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties

Bij chronische indicaties wordt fysio- en of oefentherapie alleen vanaf de 21^{ste} sessie vergoed vanuit de basisverzekering. De eerste 20 behandelingen moeten patiënten zelf betalen of krijgen deze deels vanuit de aanvullende verzekering vergoed. In dit hoofdstuk berekenen wij hoeveel uitgaven er extra vanuit de basisverzekering zullen worden gemaakt indien ook de eerste 20 behandelingen worden vergoed van FT/OT bij chronische indicaties.

In 2022 waren er 119.900 *nieuwe* patiënten met een chronische indicatie. Bij deze groep patiënten verwachten we *maximaal* extra vraag naar FT/OT van 16%. Dit zijn de patiënten zonder aanvullende verzekering, die de eerste 20 sessies (en dus ook vanaf de 21^{ste} sessie) zelf niet konden of niet wilden betalen. Deze extra vraag van maximaal 16% geldt dan dus ook voor de FT/OT-zorg vanaf de 21^{ste} sessie. Uit een eerder rapport van het Zorginstituut uit 2022 is gebleken dat patiënten met een chronische indicatie gemiddeld 50 FT/OT sessies krijgen¹², dus voor deze 'extra vraag door aanzuigende werking' gaan we uit van 70 extra sessies bij maximaal 16% van de patiënten. We nemen aan dat er geen of nauwelijks sprake is van substitutie van zorg, wanneer patiënten nu ook de eerste 20 behandelingen vergoed krijgen. Het zijn namelijk patiënten met een chronische indicatie, dus zij zullen zorg in de tweedelijng bijvoorbeeld nodig blijven hebben. We verwachten een veel snellere instroom dan bij de andere bouwstenen, omdat dit in principe al FT/OT-zorg is die men ontvangt, maar dan pas vanaf de 21^{ste} behandeling.

We ramen dat toevoeging van de eerste 20 behandelingen van fysio- en oefentherapie bij een chronische indicatie aan het basispakket in het eerste jaar tussen de €95 miljoen en €119 miljoen zal kosten en in het derde jaar tussen de €137 miljoen en €172 miljoen.

Tabel 6. Budget Impact vergoeding eerste 20 behandelingen bij chronische indicaties vanuit Zvw

Jaar	Instroom	Inflatie	Extra vraag	BIA min	BIA max
2025	80%	2,2%	10%	€ 95 miljoen	€ 119 miljoen
2026	90%	2,1%	13%	€ 115 miljoen	€ 144 miljoen
2027	100%	2,0%	16%	€ 137 miljoen	€ 172 miljoen

Voorbeeldberekening 2025 BIA min: (incidentie chronische indicatie (119.900) * aantal sessies (20) * instroom (0,8) * inflatie (1,022) * €36) + (Extra vraag (0,10) * incidentie chronische indicatie (119.900) * aantal sessies (20+50) * €36 * instroom (0,8) * inflatie (1,022)) = €95.285.393

Bron: Zorgproducten declaratiedata, Zorginstituut Nederland (2024)

¹² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/03/21/systeemadvies-inrichting-bijlage-1-besluit-zorgverzekering>

5 BIA bouwsteen 8: Opheffen van de beperkende voorwaarde voor fysiotherapie en oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd

Het Zorginstituut adviseert om de beperkende voorwaarden voor fysio- en oefentherapie bij COPD weg te laten en de tekst van de aanspraak sterk te vereenvoudigen. In de voortgangsrapportage 'Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket' is al berekend hoeveel meerkosten er vanuit de Zvw zouden zijn voor FT/OT bij COPD, onder de aanname dat er gemiddeld 5 tot 10 behandelingen meer zullen worden afgenomen, dan waar nu de vergoedingsgrens ligt. We hebben voor zowel de lage GOLD-klasse als de hoge GOLD-klasse een aparte BIA gemaakt en een tabel met totalen. Zie de tabellen 7 - 9 hieronder.

Er worden geen noemenswaardige substitutie-effecten verwacht, zoals besparingen vanwege lagere ziekenhuiskosten door verminderde excacerbaties. Dat heeft te maken met het feit dat het in deze BIA niet om extra patiënten gaat, maar om 5 à 10 extra behandelingen bij een deel van het huidige aantal patiënten. Deze patiënten krijgen al het huidige maximum aantal behandelingen van hun zwaarte-klasse en we verwachten dat ze door de wijziging 5 tot 10 FT/OT behandelingen extra zullen krijgen vanaf 2025. Het is niet aannemelijk dat deze extra behandelingen ook meer ziekenhuisopnames zullen voorkomen.

We schatten dat er in het derde jaar maximaal een half miljoen euro aan extra uitgaven vanuit de Zvw aan FT/OT bij COPD gemaakt zullen worden vanuit de Zvw.

Tabel 7. Budget Impact vergoeding fysio-en oefentherapie COPD-klasse laag vanuit Zvw

Jaar	Instroom	Inflatie	BIA min	BIA max
2025	50%	2,2%	€ 82.782	€ 206.955
2026	75%	2,1%	€ 124.052	€ 310.129
2027	100%	2,0%	€ 165.240	€ 413.100

Bron: Zorgproducten declaratiedata, Zorginstituut Nederland (2024)

Tabel 8. Budget Impact vergoeding fysio-en oefentherapie COPD klasse hoog vanuit Zvw

Jaar	Instroom	Inflatie	BIA min	BIA max
2025	50%	2,2%	€ 18.396	€ 45.990
2026	75%	2,1%	€ 27.567	€ 68.918
2027	100%	2,0%	€ 36.720	€ 91.800

Bron: Zorgproducten declaratiedata, Zorginstituut Nederland (2024)

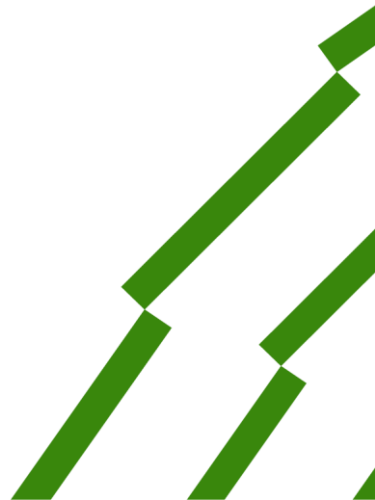
Tabel 9. Budget Impact vergoeding fysio-en oefentherapie COPD totaal vanuit Zvw

Jaar	BIA min	BIA max
2025	€ 101.178	€ 252.945
2026	€ 151.619	€ 379.046
2027	€ 201.960	€ 504.900

Colofon

Volgnummer 2024006533
Contactpersoon M. Obradovic

Afdeling Zorg
Uitgebracht aan Minister van Medische Zorg





Datum

13 februari 2024

Processchets - experiment bundelbekostiging COPD paramedische zorg

Disclaimer

Dit document dient enkel als bijlage bij het advies Kansrijke bouwstenen voor versnelde verbetering van de toegankelijkheid op passende fysio- en oefentherapie - *Op weg naar een hervorming van de aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg* van het Zorginstituut en kan niet als losstaand document gebruikt of gelezen worden.

Wat heeft de NZa nodig?

Voordat de NZa een experiment kan opzetten op grond van artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de NZa krachtens artikel 59 van de Wmg een aanwijzing nodig van de minister van VWS. Daarnaast dient ook de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg te worden gewijzigd om te kunnen experimenteren met een andere vorm van bekostiging, zoals bijvoorbeeld bundelbekostiging. De huidige aanspraak op fysio- en oefentherapie bij COPD is daarvoor op dit moment beperkend.

Invulling experiment bundelbekostiging

Dit document bevat een grove processchets van het ontwerpen en inrichten van een bundel en ziet voorsnog niet op de inhoud daarvan.

Partijen

Om te komen tot een zorginhoudelijk en organisatorisch gedragen bundelbekostiging werkt de NZa graag gezamenlijk met veldpartijen:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF)
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland (en/of enkele van haar leden)

Daarnaast wil de NZa de expertise van partijen die eerder met bundelbekostiging hebben gewerkt hierin betrekken.

Vormgeving bundelbekostiging

In samenwerking met bovenstaande partijen moeten minimaal de volgende punten uitgewerkt worden:

- De vormgeving van de bundel(s), waaronder:
 - * Het afbakenen van het begin- en eindpunt van de zorgbundel ('start-stop criteria');
 - * Het definiëren en afbakenen van patiëntgroep(en) met behulp van heldere, uniforme in- en exclusiecriteria; en
 - * Inzicht in en standaardisatie van de inhoud van een zorgtraject
- Uitkomstindicatoren
- Registratie- en declaratieverplichtingen
- Monitoring en evaluatie

Voor het inrichten van bundel(s) willen we onder meer gebruik maken van de Leidraad ontwikkeling en implementatie van zorgbundels. Deze leidraad biedt concrete handvatten voor de ontwikkeling van zorgbundels.

Tijdspad

Wij verwachten dat een experiment per 1-1- 2025 haalbaar is onder de voorwaarden dat:

1. Tijdig duidelijk is dat de aanspraak ruimte biedt;
2. Tijdig door VWS een aanwijzing wordt gegeven;
3. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders de NZa tijdig van noodzakelijke informatie voorzien voor het opzetten van een experiment (op verschillende momenten gedurende het project van ontwikkeling en implementatie);
4. Alle betrokken partijen bereid zijn tot relationeel partnerschap, actieve participatie in de totstandkoming en implementatie van de bundels en tevens bereid zijn compromissen te doen die een dergelijke wijziging vraagt (bv een nieuwe werkwijze omarmen, bestaande werkprocessen herzien, informatie delen).

We verwachten dat we twee tot drie maanden nodig hebben om tot een concept te komen dat voor 90% staat (mits afvaardiging vanuit veldpartijen beschikbaar is in kort cyclische werksetting). De laatste 10% zal gericht zijn op de verdere uitwerking en concretisering. Dit vraagt van de betrokken partijen afstemming met de achterban en inrichten van nieuwe werkprocessen. Als laatste hebben de NZa, zorgverzekeraars en zorgaanbieders tijd nodig voor het inregelen van technische zaken (o.a. inrichten ICT-systemen en inkoop). We zullen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten bespreken hoeveel tijd zij hiervoor nodig hebben.

Om het experiment te realiseren plannen we meerdere werksessies. Zodra er een 'go' is zullen we met alle partijen kijken naar de inrichting en exacte planning van het proces.