

**Zorginstituut Nederland**

Pakket

Eekholt 4

1112 XH Diemen

Postbus 320

1110 AH Diemen

www.zorginstituutnederland.nl

info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

J. Zwaap

T +31 (0)20 797 8808

verslag

ACP 66

Vergadering Adviescommissie Pakket

Datum

13 maart 2017

Onze referentie

2017012438

Vergaderdatum	24 februari 2017
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen.
Aanwezig	Jan van Busschbach Claudi Bockting Heleen Dupuis Carina Hilders Cor Oosterwijk Jos Schols Romke van der Veen (voorzitter) Marcel Verweij Jacqueline Zwaap (ZIN, secretaris, verslag)
Afwezig	Marcel Canoy

1 Opening en mededelingen

5 De voorzitter opent de vergadering en heet alle aanwezigen welkom. Hij meldt dat Marcel Canoy vandaag is verhinderd.

1.1 Mededelingen

10 De secretaris deelt mee dat er bij agendapunt 3 (pakketadvies over fysio- en oefentherapie bij enkele indicaties) een verzoek om inspraak is van de KNGF dat is gehonoreerd. Ten behoeve van datzelfde agendapunt heeft de secretaris stukken nagestuurd. Het gaat om de reacties van partijen op het voorliggende rapport. Deze stukken zijn ook toegevoegd aan de vergaderstukken van de commissie op de website.

1.2 Conflicterende belangen

15 De voorzitter vraagt of er leden zijn die melding willen maken van een potentieel conflicterend belang bij een van de agendapunten. Dat is niet het geval.

2 Verslag van de vergadering van 9 december 2016 (65)

20 Er zijn geen opmerkingen bij het verslag. Naar aanleiding van het verslag vraagt een lid hoe het staat met het voorstel dat hij heeft gedaan om in de middag te gaan vergaderen. De voorzitter antwoordt dat in ieder geval tot de heidagen

gewoon op de vrijdagochtend zal blijven worden vergaderd.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
14 maart 2017

Onze referentie
2017012438

25 **3 Pakketadvies Fysio- en oefentherapie bij artrose aan heup en knie, reumatoïde artritis en spondyloartritis en radiculair syndroom (hernia) met motorische uitval**

30 Een medewerker geeft een toelichting. Tijdens de vorige vergadering heeft de commissie geadviseerd over een systeemadvies op welke wijze in de toekomst wellicht over zou kunnen worden gegaan naar een meer open omschreven aanspraak voor fysio- en oefentherapie. Een onderdeel van dit advies was om op basis van prioriteringscriteria verschillende indicaties onder de loep te gaan nemen. Eerder heeft het Zorginstituut op verzoek van de minister al iets gezegd over de effectiviteit en mogelijke substitutie effecten van fysio- en oefentherapie bij claudicatio. Vandaag gaat het over drie andere indicaties waarover de minister advies vraagt. De concept conclusies zijn dat voor de indicaties reumatoïde artritis en spondyloartritis de effectiviteit niet is bewezen, voor de indicatie artrose wel en dat voor de indicatie radiculair syndroom met motorische uitval een andere patiëntengroep wordt voorgesteld (patiënten met lage rugklachten) die veel relevanter is.

45 De voorzitter geeft het woord Kitty Bouten en Hans Redeker die namens de KNGF en een viertal andere partijen inspreken¹. De commissie heeft geen vragen aan de sprekers. De voorzitter geeft aan dat hij de opmerkingen die gericht zijn op het proces en op de beoordeling door de WAR respectievelijk naar het Zorginstituut en naar de WAR zal doorgeleiden. Zoals sprekers is verteld, gaat de ACP daar niet over.

50 De voorzitter vraagt wie de discussie wil openen. Een lid vindt een maximum van 12 behandelingen dat is genoemd een punt. Een kwaliteitsstandaard richt zich op integrale zorg waar de fysio- en oefentherapie een onderdeel van is. De vraag is hoe je een individuele (gemaximeerde) interventie moet positioneren. Zodra de twaalf behandelingen voorbij zijn, zal de patiënt zich opnieuw melden. Een medewerker van het Zorginstituut antwoordt dat de vraag is of het geven van meer behandelingen tot betere effecten leidt. Dat is niet het geval. Meer behandelingen zorgt voor een hogere budgetimpact en daarmee ook voor een ongunstigere afweging. Daarnaast merkt de medewerker op dat het bevorderen van zelfmanagement belangrijk is en dat de fysio- en oefentherapie onderdeel uit maakt van een totaal programma. Partijen zijn dit ook zo aan het uitwerken. Na 12 maanden is een nieuwe aanspraak mogelijk. Een andere medewerker voegt toe dat is aangegeven dat de behandelingen doorgaans plaatsvinden in een tijdspanne van 8 tot 12 weken zodat patiënten niet in de situatie komen dat zij twee keer het eigen risico moeten betalen. Een lid merkt op dat het belangrijk is dat patiënten aan het einde van de rit met goede instructies naar huis gaan. Zij vraagt of dat inderdaad gebeurt. De medewerker antwoordt dat dit zo is. Er wordt samen met de patiënt een plan opgesteld, eventueel ondersteund met video's en instructiefilmpjes. Dit komt ook in de richtlijn te staan.

65 De voorzitter vraagt of de voorgestelde aanpak voor de hernia voldoet aan de prioriteringscriteria. Verder vraagt hij zich af hoe het advies over artrose zich verhoudt tot de andere adviezen, mede gelet op de reacties van partijen. De medewerker antwoordt dat is gekeken naar de prioriteringscriteria effectiviteit, ziektelast en substitutie effecten en dat dan blijkt dat de hernia in enge zin hier

¹ De inspraaktekst zal nog als bijlage 1 worden toegevoegd

75 veel lager op scoort dan de lage rugklachten. Patiënten met een hernia met
motorische uitval worden vaak verwezen naar de neuroloog, waarbij pijn de
belangrijkste klacht is. Een lid antwoordt daarop dat specifieke pijncentra hier ook
een nuttige rol in kunnen vervullen. De medewerker geeft aan dat dit niet in het
eerste stadium het geval is volgens het stepped care principe. De medewerker
geeft aan dat de artrose een mooi veelbeeld is voor de aanpak die is geschetst in
80 het systeemadvies. Aan de voorkant moet worden gezorgd voor een goede
onderbouwing, aan de achterkant moet worden gemeten of dit leidt tot de
gewenste effecten. Een andere medewerker vult aan dat zo naar een eindsituatie
kan worden gewerkt van een open omschreven aanspraak. Nu moet eerst het
overgangstraject worden afgewacht. De Minister heeft in haar reactie op het
systeemadvies aangegeven dat zij ook nog geen uitspraak doet over het
85 toekomstbeeld.

De voorzitter komt tot de volgende conclusie:

- De ACP neemt het advies over zoals dat is geschetst;
- Dat betekent zowel de 12 behandelingen als de periode waarin die
90 behandelingen plaatsvinden om te voorkomen dat patiënten twee keer hun
eigen risico kwijt zijn;
- De commissie onderstreept wel het belang van een richtlijn waarin naar
voren komt dat de fysio- en oefentherapie ingebed is in een breder
zorgtraject.
- Het commentaar zoals ingebracht door de sprekers wordt naar de WAR
95 gestuurd.

100 Tot slot is er nog even discussie hoe erg het voor een patiënt met artrose is
wanneer de behandeling wordt uitgesteld. De medewerker antwoordt dat artrose
zich langzaam ontwikkelt, maar op het moment van verergering van de klachten
kan uitstel vervelend zijn. Aan de andere kant kan op dat moment het doel van de
behandeling ook niet worden bereikt. Wellicht verdient op dat moment pijnstilling
de voorkeur boven een fysiotherapie behandeling.

105

4 Systeemadvies: Naar een eenduidige aanspraak voor alle Wlz- cliënten: Advies over behandeling in de Wlz en de aanvullende zorgvormen

110 Een medewerker introduceert het onderwerp. Aanvullende zorg is zorg die
cliënten krijgen die in een Wlz instelling wonen én daar ook behandeling
ontvangen. Dus niet wanneer zij deze niet ontvangen in de instelling of thuis
wonen. Dit zorgt voor problemen voor de instelling die de zorg niet kan leveren en
voor cliënten die de zorg niet krijgen. De problemen zijn deels
afbakeningsproblemen en deels efficiëntieproblemen.

115 Het Zorginstituut stelt in dit rapport als oplossing voor behandeling en de
aanvullende zorgvormen, met uitzondering van de farmaceutische zorg, onderdeel
te laten zijn van het Wlz-pakket voor alle Wlz-cliënten, los van de leveringsvorm.
Dit is naar de mening van het Zorginstituut goed mogelijk voor cliënten die in een
instelling wonen en voor cliënten die zorg ontvangen in de vorm van een volledig
120 pakket thuis (vpt). Voor cliënten met een pgb en cliënten die zorg thuis
ontvangen met een modulair pakket thuis (mpt), dient nader verkend te worden
hoe dit zal gaan uit pakken.

De voorzitter vraagt wie als eerste op het voorstel wil reageren. Een lid stelt de
vraag of het inderdaad zo is dat het toeval bepaalt of je op een plaats in een

- 125 instelling met of zonder behandeling terecht komt. Verder vraagt hij zich af of het inderdaad zo is dat zorgverzekeraars in staat zijn beter te onderhandelen over farmaceutische zorg dan instellingen: de kosten in het verpleeghuis zijn lager dan in het verzorgingshuis. In het verpleeghuis bedragen deze kosten 2 euro per dag. Dat komt door het gebruik van het formularium.
- 130 Een volgend lid juicht een simpele oplossing toe. Zij vraagt of het toch mogelijk is dat er mensen tussen de wal en het schip vallen en bv in hun autonomie worden aangetast.
- 135 Een volgend lid vindt dat de huisarts voor deze groep cliënten vaak zorgt voor continuïteit. Hij vraagt of het een optie zou zijn dat deze eventueel door de instelling wordt ingehuurd. Een ander lid voegt een vraag toe wie dan de beoogde centrale partij zou zijn om de zorg te coördineren.
- 140 Een volgend lid vraagt om hoeveel mensen dit nog gaat. Verblijf in een instelling zonder behandeling wil zeggen een verzorgingshuis. Deze worden gesloten, wat betekent dat de groep steeds kleiner wordt. Een ander lid is het daarmee eens: de toekomst van de Wlz is 24 uur behandeling.

- Medewerkers van het Zorginstituut reageren op de vragen en opmerkingen. Het CIZ bepaalt het zorgprofiel en of dit met of zonder behandeling is. De cliënt is vaak niet op de hoogte welke instellingen wel of geen behandeling hebben. Het
- 145 vorige lid antwoordt dat je als cliënt toch niet in een verpleeghuis komt zonder een indicatie voor behandeling.
- 150 Wat betreft de farmaceutische kosten; het is nieuwe informatie voor hen dat de farmaceutische kosten in het verpleeghuis lager zouden zijn. Dat zouden zij verder willen uitzoeken. Het lid dat dit punt inbracht geeft aan dat ook instellingen inkoopmacht hebben naar apotheken. Voor dure geneesmiddelen is er een aparte regeling. In verpleeghuizen is er op dit punt veel vooruitgang geboekt. Verzorgingshuizen zijn veel minder in staat de farmaceutische kosten te beïnvloeden. Een medewerker geeft verder aan dat er nog geen oplossing is voor mensen met een pgb of mpt. Je zou met onderaannemerschap kunnen werken,
- 155 maar dat is zo een rompslomp. Wat betreft het punt van de huisarts. Het is voor instellingen een probleem met allerlei huisartsen te moeten werken. Van de cliënten geeft maar een klein deel aan dat het voor hen echt belangrijk is de eigen huisarts te houden. Een lid vraagt of het dan niet mogelijk is een transitieperiode af te spreken. Een medewerker antwoordt dat dit op zich niet iets nieuws is. Een
- 160 goede overdracht is altijd belangrijk. Het lid geeft aan dat zijn opmerking meer bedoeld was omdat het voor mensen moeilijk kan zijn afscheid van hun huisarts te nemen. Een ander lid antwoordt dat de meeste verzorgingshuizen ook al met een beperkt aantal huisartsen werken. Huisartsen zien de vraag groeien. Op de vraag wie de coördinerende rol zou moeten vervullen, antwoordt de medewerker
- 165 dat dit de instelling zou moeten zijn waar de cliënt woont. Voor mensen met een vpt zou het de partij zijn die de zorg levert. Voor mensen met een pgb of mpt wordt gedacht aan cliënt zelf, eventueel ondersteund door een mantelzorgen of de zorgaanbieder. De medewerker geeft aan dat er nu nog twee regiems zijn: 70% van de cliënten zit in een instelling met behandeling, 30% in een instelling zonder
- 170 behandeling. De wet zit zo in elkaar, maar de groep zal inderdaad kleiner worden. Een andere medewerker voegt toe dat vmt vaak een geclusterde zorgvorm is waarbij toch een volledig pakket kan worden geleverd.

- De voorzitter brengt drie punten in:
- 175 Ten eerste is hij er niet van overtuigd dat er problemen worden opgelost met deze maatregel. Ten tweede vraagt hij zich af wat je kwijtraakt wanneer je iets

overhevelt. Ten derde is een behandelaar niet hetzelfde als een aanspraak. Hij vraagt zich af of dit hier niet te veel op één hoop wordt hoop gegooid. Een medewerker antwoordt dat een maatregel nooit een volledige oplossing biedt. Maar het gaat hier niet om een grote wetswijziging. In het verpleeghuis gebeurt dit al. Het voorstel houdt een verbreding in van wat nu al voor een beperkte groep mogelijk is.

De voorzitter vraagt of de leden het uitgangspunt van integrale zorg bewerkstelligen, onderschrijven. In dit geval voorlopig eerst voor instellingen, maar nog niet voor thuis. Dat wordt eerste nog verder onderzocht. Vpt wordt wel alvast meegenomen. Een lid vindt dit laatste een gewetenskwestie. Meer kwetsbare ouderen thuis vergt meer ondersteuning van de huisarts. Mensen met vmt hebben hun eigen regie. Dan moet er juist in de eerste lijn tot integrale zorg worden gekomen. Een medewerker antwoordt dat dit het voorstel was in de wet LIZ: alleen naar een instelling wanneer het thuis echt niet gaat. In de ontwikkeling van de Wlz is deze visie verlaten door mensen in de thuissituatie toch in Wlz te laten. Een andere medewerker voegt toe dat het thuis en in de instelling grotendeels om dezelfde cliënten gaat. Integrale zorg vanuit de Zvw is wel mogelijk, maar een Wlz indicatie zorg voor een gegeven dat de zorg uit de Wlz wordt geleverd.

Dat laatste is volgens de voorzitter werkgevers een doorn in het oog. In SER spreken zij hun ongenoegen uit dat werkgevers de kosten betalen voor alle ouderen in Nederland. Een lid reageert daarop dat alle inwoners maximaal 350 euro in de eerste belastingschijf betalen aan de Wlz.

De voorzitter formuleert de volgende conclusie ten aanzien van enkele aan de commissie haar gestelde vragen:

- 1 Integrale zorg beste uit één domein?: ja, mits de aanspraak dan ook een behandelaar is
- 2 Eén centrale partij?: in de instelling wel. Wat doe je bij vpt: een aanbieder?

Verder concludeert hij dat het hier om een belangrijke discussie gaat die heel complex is en zorgvuldig moet gebeuren. Omdat er nog een aantal vragen en opmerkingen is bij de commissie, stelt hij voor nog niet tot een advies te komen, maar volgende vergadering hier verder over door te praten en dan een advies te formuleren. Hij vraagt de leden Schols en Dupuis (met zichzelf op de achterhand) samen met de medewerkers de openstaande discussiepunten te bespreken. Ook de informatie die nog uit de consultatie zal komen, zal bij de volgende bespreking kunnen worden meegenomen.

Jos Schols geeft aan dat hij helaas zelf verhinderd is voor de vergadering van 24 maart, maar hij draagt graag bij aan de voorbereiding met betrekking tot dit agendapunt.

5 Plan van aanpak analyse zorgclustermodel GGZ in relatie tot de verzekerde aanspraken

Een medewerker introduceert het onderwerp. De minister heeft het Zorginstituut gevraagd of een nieuw bekostigingsmodel, uitgaande van zorgzwaarte, en de daarmee samenhangende uitleg van de aanspraken betere garanties biedt dat cliënten de juiste zorg krijgen en dat instroom van te lichte problematiek, waarop ook de ACP in relatie tot afbakening van de aanspraken in combinatie met de DSM

230 in eerdere besprekingen en adviezen heeft gewezen, voorkomen wordt. Om deze vraag te beantwoorden heeft het Zorginstituut een plan van aanpak opgesteld dat nu bij de commissie voorligt.

235 Een lid reageert dat het plan van aanpak bij haar de vraag oproep welk probleem het nieuwe systeem gaat oplossen. Het model wordt gebruikt in Engeland, maar daar is een heel ander systeem. Zijn er wel voldoende aanwijzingen dat dit model doelmatig is? En wat zijn de consequenties voor de patiënt? Zij vindt dat beter aangesloten moet worden bij de zorgstandaarden: die zijn wel naar DSM geïoriënteerd. Worden deze ontwikkelingen zo niet tegengewerkt?

240 Een medewerker antwoordt dat de introductie van het zorgcluster model voor ons min of meer een gegeven is. Het is bedoeld voor de bekostiging en de vraag is nu hoe je dit naar de aanspraken kunt vertalen. Er is dus sprake van een rijdende trein. Een ander lid vindt het idee van de zorgbehoefte van de patiënt heel mooi, maar dit model kan ook ontaarden in een systematische benadering waarbij vakjes ingevuld moeten worden. Zo kunnen risico's ontstaan voor de toegankelijkheid van de zorg.

245 Een medewerker reageert dat nog moet blijken of dit model een probleem oplost. De DSM is niet ideaal; het is een classificatiesysteem. Een eerste blik op dit model leert dat de vertaling naar aanspraken een probleem kan zijn. Per cluster komen de meest waarschijnlijke DSM codes. Daarnaast zijn er zorgstandaarden. Dat is een hele puzzel. Het is maar de vraag of de DSM losgelaten kan worden.

250 Een lid vraagt zich af of er in de somatiek een voorbeeld is waarbij zo wordt gewerkt, bijvoorbeeld bij de zpp's. Een bezwaar is dat de zorgzwaarte de fase van de ziekte niet mee neemt. Het is belangrijk steeds opnieuw te kijken naar de patiënt en zijn zorgbehoefte. Een ander lid vraagt hoe hard te gegevens zijn. De DSM is omstreden. Is dit een oplossing die zorgt voor meer stevigheid? Er is behoefte om goed grip te krijgen op het grijze gebied.

255 Een volgend lid vraagt of Nederland het enige land is dat van de DSM af wil komen. Als dit ook geldt voor andere landen, zou een internationale aanpak de voorkeur verdienen. Een medewerker antwoordt dat er pilots worden gedaan waaraan verzekeraars en aanbieders meedoen. Dit jaar komt daar een
260 deelrapport van. Wanneer volgend jaar alle gegevens beschikbaar zijn, kunnen we daar meer over zeggen. Op een vraag van de voorzitter, antwoordt een medewerker dat de Nza verantwoordelijk is voor het onderzoek. Aan het Zorginstituut is de vraag gesteld hiernaar te kijken vanuit het perspectief van de aanspraken. De medewerker voegt toe dat een belangrijk aandachtspunt is dat
265 het model geen perverse prikkels heeft. Bijvoorbeeld dat stoornissen waarvan de behandeling nu geen verzekerde zorg is, dat volgens dit model straks wel zou zijn. Voorbeelden hiervan zijn stoornissen als dyslexie bij volwassenen en aanpassingsstoornissen. Een lid reageert daarop dat bij patiënten met een lage zorgvraag de problematiek plotseling kan verergeren en zelfs in de toekomst tot
270 suïcidale gedachten kan leiden. Er moet wel een koppeling zijn tussen het zorgcluster en de DSM, alleen een bekostiging op basis van DSM is niet gewenst.

275 De voorzitter vat samen dat de commissie aandacht vraagt voor verkeerde prikkels in het model, voor de stagering van de ziekte en voor de vertaling van het model naar kwaliteitsinstrumenten.

Het onderwerp komt terug in de vergadering van september.

6 Rondvraag en sluiting

Er zijn geen opmerkingen; de voorzitter sluit de vergadering.

280 **Bijlage 1 bij verslag openbare vergadering ACP d.d. 24 februari 2017 :**

Inspraak Kitty Bouten agendapunt 3: pakketadvies oefen- en fysiotherapie bij enkele indicaties

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
14 maart 2017

Onze referentie
2017012438

Geachte leden van de Advies Commissie Pakket

285

Hartelijk dank voor de gelegenheid om hier nog een korte toelichting te geven en eventueel vragen te beantwoorden van de leden van de Advies Commissie Pakket (ACP). Dit in aanvulling op de schriftelijke zienswijze die we als Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie opgesteld hebben samen met:

290

- het Reumafonds
- de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
- de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar Mensendieck
- en de Nederlandse Health Professionals in de Reumatologie.

295

We zijn verheugd dat de Stichting Keurmerk zich ook op hoofdlijnen kan aansluiten bij deze gezamenlijke reactie.

300

Ook deze toelichting geef ik namens de genoemde vijf partijen. Mocht dat nodig zijn, wat ik niet verwacht, dan hoop ik dat de voorzitter enige coulance betracht ten aanzien van de mij toegedachte spreektijd.

305

Om te beginnen zou ik graag een opmerking maken over de agendering en het proces. De secretaris van uw commissie heeft ons keurig en tijdig op de hoogte gebracht van het feit dat het onderdeel fysiotherapie bij Reumatoïde Artritis (RA) en bij Spondyloartritis (SpA) niet op de agenda zou komen omdat er sprake is van een negatief advies, of mogelijk geen advies.

310

We willen de commissie er graag op wijzen dat dit hiermee een voor partijen ongrijpbaar proces wordt. Uit onze gezamenlijke reactie en ook die van de Nederlandse Vereniging van revalidatieartsen, kunt u opmaken dat er in de reviews en de evaluatie van de reviews veel relevant onderzoek ten onrechte is weggelaten. Was dat meegenomen dan zou er hier nu mogelijk wèl een positief advies hebben gelegen.

315

Ten onrechte wordt ook de indruk gewekt dat er met partijen overeenstemming zou zijn bereikt over de in- en exclusiecriteria. Met name de volgende door ZiN voorgestelde inclusiecriteria waren onbespreekbaar:

- uitsluitend vergelijkingen met usual care anders dan oefentherapie
- en uitsluitend studies gepubliceerd na 2000 werden geïnccludeerd.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
14 maart 2017

Onze referentie
2017012438

320

Onderzoek van vóór 2000 waarbij effectiviteit van fysiotherapie is aangetoond in vergelijking met usual care anders dan fysiotherapie is buiten beschouwing gelaten. Dit type onderzoek werd in latere jaren steeds zeldzamer omdat de effectiviteit van fysiotherapie in voldoende mate was aangetoond.

325

Nieuwer onderzoek richtte zich vaker op vergelijkingen van verschillende oefentherapeutische interventies onderling. De resultaten van deze studies, die ook belangrijke inzichten geven in effecten van fysiotherapie bij hedendaagse patiënten met RA en SpA, zijn in het uitgevoerde literatuuronderzoek niet meegenomen.

330

De in- en exclusiecriteria die door het ZIN zijn gehanteerd leiden dus tot onvolkomen uitkomsten in de reviews.

335

De reviews over RA en SpA zijn als gevolg hiervan onvolledig en de conclusies onjuist.

Nu de WAR op basis van deze methodologisch verkeerde reviews heeft besloten dat er onvoldoende bewijs is voor effectiviteit, hebben we geen enkele mogelijkheid om deze zienswijze op een goede wijze over het voetlicht te brengen. De procedure en stukken voor de WAR zijn immers niet openbaar en onttrekken zich daarmee aan de mogelijkheid om een tegengeluid te laten horen.

340

Naar onze opvatting zou deze procedure moeten worden aangepast. Daarmee kan een aanzienlijk hoger gehalte van wetenschappelijke onderbouwing worden gerealiseerd.

345

Wij zouden het zeer waarderen als de ACP in zijn advies toch ook kort aandacht zou willen geven aan dit aspect!

350

In het consultatiedocument is het Zorginstituut ook niet ingegaan op de in een van de deelrapporten genoemde mogelijkheid van voorwaardelijke toelating. Wij pleiten daar gezamenlijk al geruime tijd voor en zouden ook dat traject graag verder willen verkennen.

Lage rug

Zorginstituut Nederland
Pakket

355

Zoals aangegeven kunnen we ons vinden in het advies om hier met prioriteit nader onderzoek te gaan doen. In haar brief over het systeemadvies geeft de minister aan dat zij graag een planning van het Zorginstituut krijgt. Inmiddels is er onder regie van het Zorginstituut ook een stuurgroep gestart die de uitwerking van het

Datum
14 maart 2017

Onze referentie
2017012438

360

systemeadvies ter hand neemt. Daar kunnen we dit verder oppakken en uitwerken.

Artrose

365

Zoals aangegeven zijn we blij met het positieve advies over de toelating van fysiotherapie bij artrose tot de basisverzekering. Ook hier moeten we echter constateren dat naar onze opvatting niet de meest actuele wetenschappelijke onderbouwing van met name het aantal behandelingen is gevolgd. Ook hiervoor verwijzen wij graag naar onze gezamenlijke inbreng.

370

Het niet meenemen van alle wetenschappelijke evidentie, of het te beperkt interpreteren daarvan, leidt er toe dat het de vraag wordt of de beoogde substitutie-effecten wel kunnen worden gerealiseerd. De patiënt krijgt immers mogelijk niet de zorg die nodig is om het optimale resultaat te realiseren.

375

Er bestaat nog ander onderzoek dat bij bepaalde specifieke groepen patiënten met ernstige artrose tot een hoger aantal behandelingen zou moeten leiden.

380

Door de aanspraak over 12 maanden te spreiden zullen bijna alle patiënten ook met twee keer betaling van het eigen risico worden geconfronteerd. Het eigen risico is zo hoog en de tarieven fysiotherapie zijn zo laag dat deze aanspraak geheel uit het eigen risico kan worden bekostigd voor die patiënten die geen andere aanspraken op de basisverzekering hebben.

385

Dat leidt weer tot het averechtse effect dat voor deze patiëntengroep het opnemen in de basisverzekering eerder drempelverhogend dan drempelverlagend werkt, afhankelijk van het soort aanvullende verzekering dat zij hebben.

Partijen zouden het zeer waarderen als deze aspecten in de advisering van uw commissie worden meegenomen.