Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. Mevrouw V. Maeijer
Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

2025006228

Zorginstituut Nederland
Zorg
Projectmanagement

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

Datum 11 maart 2025
Betreft Eindrapport Passende Aanspraak Fysio- en Oefentherapeutische Zorg (PAFOZ)

Onze referentie
2025006228

Geachte mevrouw Maeijer,

Hierbij ontvang u het eindrapport getiteld *Passende aanspraak fysio- en oefentherapie (PAFOZ) de balans van een intensief adviestraject met partijen.* Wij brengen dit advies uit naar aanleiding van het verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 15 november 2021 (kenmerk: 3279633-1019496-Z).
Dit rapport markeert het einde van een intensief, langdurig, omvangrijk en complex traject.

Aanleiding van de adviesvraag

Fysio- en oefentherapie is laagdrempelige zorg bij dreigende of bestaande beperkingen van het bewegen. Bewegen is belangrijk op allerlei terreinen: voor het functioneren van lichamelijke functies, voor het kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten, voor sociale rolvervulling en voor een goede maatschappelijke participatie. Goed kunnen bewegen is daarmee erg belangrijk voor de ervaren kwaliteit van leven van mensen. Fysio- en oefentherapie bieden ondersteuning op maat bij het hervinden, behouden of optimaliseren van het bewegen en stimuleert daarin de eigen regie en zelfredzaamheid en draagt daarmee bij aan de principes van passende zorg.

Partijen in de zorg ervaren echter een belemmering in de toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie omdat de vergoeding ervan uit het basispakket op dit moment is beperkt tot een aantal indicaties, waarbij bovendien voor de chronische indicaties de eerste 20 behandelingen van vergoeding zijn uitgezonderd.
Het Zorginstituut heeft dan ook op verzoek van VWS in dit traject onderzocht welke mogelijkheden er zijn voor een passender omschrijving van de aanspraak waarmee de toegankelijkheid van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zou kunnen worden bevorderd.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Projectmanagement

Datum
11 maart 2025

Onze referentie
2025006228

Bevindingen Zorginstituut

Het adviestraject heeft uiteindelijk veel tijd in beslag genomen. Dat maakt dat zich in de beleidscontext van de adviesvraag nogal wat veranderingen hebben voorgedaan. Zo zijn er in het IZA afspraken gemaakt over het aan meer criteria toetsen over de volle breedte van de te verzekeren zorg (VVTB) om scherpere keuzen te kunnen maken in de samenstelling van het basispakket en hebben partijen een gezamenlijke visie op de eerstelijn geformuleerd. Het advies moet zich ook verhouden tot deze nieuwe beleidsontwikkelingen. Ook moet het zich verhouden tot de geldende wettelijke kaders. Samen met partijen heeft het Zorginstituut gezocht naar de ruimte die deze wettelijke kaders bieden en naar waarborgen om risico's te mitigeren wanneer wordt overgegaan naar een aanspraak die minder stringent is omschreven en daarmee ook meer ruimte tot uitbreiding biedt. Die waarborgen zijn gevonden in een drietal voorwaarden. Dit zijn:

1. Een tripartiet kwaliteitskader waarin is beschreven wat goede fysio- en oefentherapiezorg is;
2. Borging van goed onderzoek naar de pakketwaardigheid van fysio- en oefentherapie bij de verschillende indicaties zodat voldoende tegemoet wordt gekomen aan de wettelijke eis van stand van de wetenschap en praktijk (SWP);
3. Passende bekostiging waarbij de vergoeding niet (alleen) is gekoppeld aan de geleverde productie.

Partijen zijn vol goede moed aan de slag gegaan met het invullen van deze randvoorwaarden, maar dit is een erg complex traject gebleken. Nu de balans wordt opgemaakt, moet het Zorginstituut helaas constateren dat niet (volledig) aan alle drie de voorwaarden is voldaan. Hoewel er hard is getrokken door partijen aan een gezamenlijk Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie, is dit tot op heden nog niet ingediend voor inschrijving in het Register. Ook is er nog onvoldoende borging dat de fysio- en oefentherapie die wordt geleverd, voldoet aan SWP. De voorgestelde werkwijzen die daarbij zijn verkend, konden niet rekenen op steun van alle partijen. Ten aanzien van een passende bekostiging heeft de NZa aangegeven geen ander voorstel te kunnen doen dan de *fee for service* bekostiging die nu geldt zo lang niet duidelijk is hoe de aanspraak er uit komt te zien.

Het Zorginstituut kan dus niet anders dan concluderen dat, nu niet aan de drie gestelde voorwaarden is voldaan, het op dit moment niet mogelijk is een passender omschrijving voor fysio- en oefentherapie te adviseren.

Om dat wel mogelijk te kunnen maken, moeten partijen echt stappen zetten om aan de gestelde voorwaarden te gaan voldoen. Met name wanneer het gaat om het leveren van zorg die voldoende bewezen effectief is. Het is heel belangrijk dat de beroepsgroep samen met ZonMw een structureel onderzoeksprogramma opzet waarin de pakketwaardigheid van fysio- en oefentherapie wordt onderzocht. Het Zorginstituut adviseert hier graag bij.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Projectmanagement

Datum
11 maart 2025

Onze referentie
2025006228

Het Zorginstituut heeft daarnaast gekeken welke mogelijkheden de huidige wettelijke aanspraken wel bieden voor passende fysio- en oefentherapie. Die ziet het in:

- een intensievere regionale samenwerking waardoor multidisciplinaire fysio- en oefentherapie vaker in de eerste lijn wordt geleverd;
- in het uitbreiden van de huidige aanspraak met fysio- en oefentherapie voor indicaties waarvoor is aangetoond dat deze operaties vervangt;
- in het aansluiten bij het intensiveren van de fysio- en oefentherapie bij programma's voor verzekerde zorg die zijn gericht op het langer zelfstandig blijven van kwetsbare ouderen, zoals de valpreventie.

Ook hier helpt het Zorginstituut partijen graag om dit te gaan realiseren.

Het Zorginstituut begrijpt dat partijen teleurgesteld zijn over de uitkomst van dit intensieve traject omdat de verwachtingen van allen, ook van het Zorginstituut, hoog gespannen waren. Dat is ook reden geweest dat het Zorginstituut in de consultatie van november 2024 een voorstel heeft gedaan om drie functiegerichte zorgthema's toe te voegen aan de aanspraak en gaandeweg te beoordelen welke zorg daar wel of niet onder zou vallen. Voortschrijdend inzicht heeft echter geleerd dat deze optie nu niet uitvoerbaar is.

Wat nog wel zou kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie is het vergoeden van de eerste 20 behandelingen voor patiënten met aandoeningen op de chronische lijst, hetgeen een politiek besluit is.

Advies van het Zorginstituut

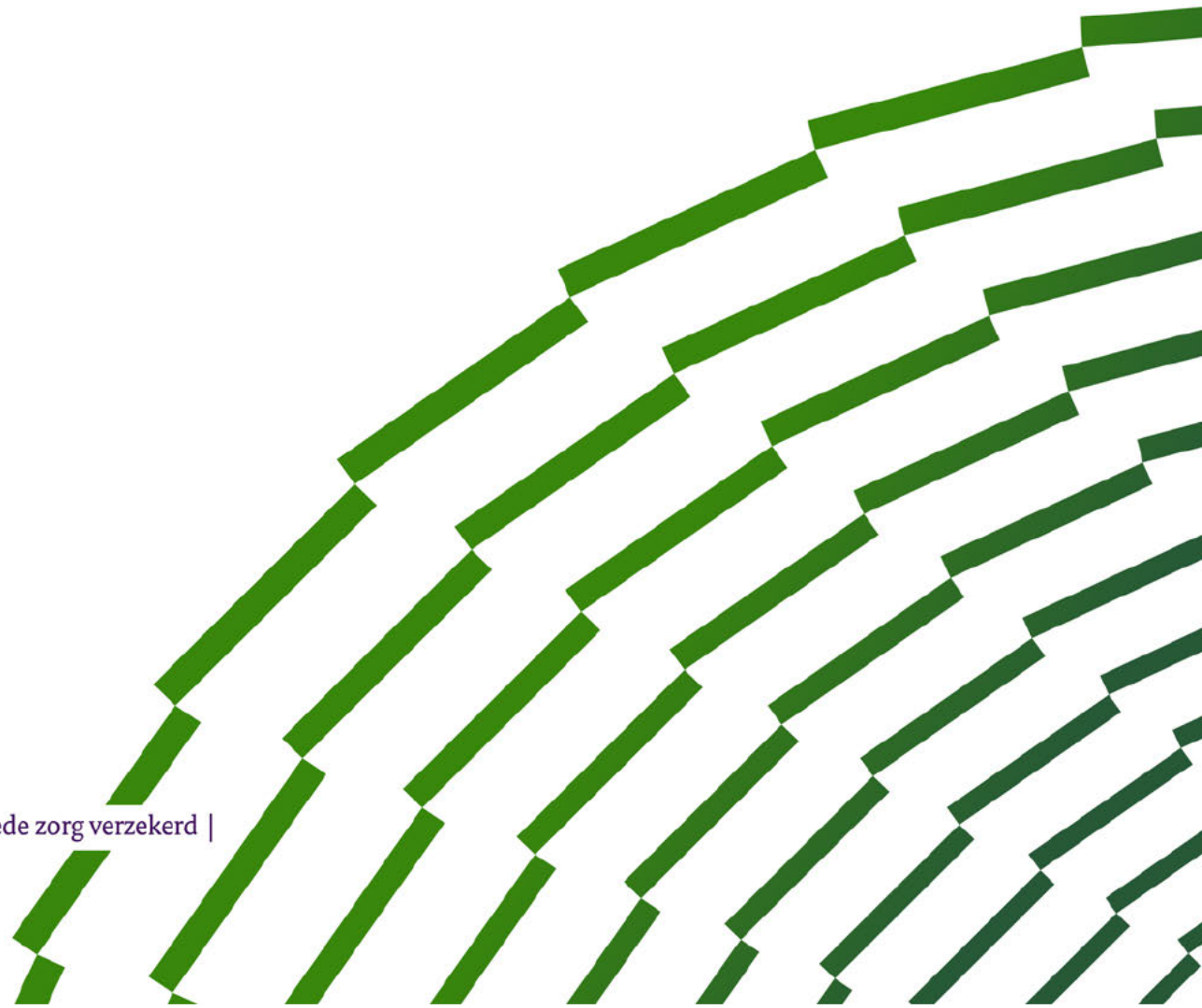
Er is een gedeeld gevoel dat de huidige aanspraak op fysio- en oefentherapie belemmerend kan zijn voor het leveren van passende zorg. Alles overziend concludeert het Zorginstituut dat het nu niet mogelijk is om voorstellen te doen voor wijziging van de aanspraak.

M.J. Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Passende aanspraak fysio- en oefentherapie

De balans van een intensief adviestraject met partijen



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**3**
	Inleiding	**5**
1	**Een lang en intensief adviestraject**	**9**
1.1	Wat voorafging	9
1.2	Een gezamenlijk vertrekpunt	9
1.3	Bereikte voortgang	10
1.4	Opmaken van de balans	11
1.5	Aanpakken van ervaren knelpunten	13
2	**Multidisciplinaire fysio- en oefentherapie in de eerste lijn**	**14**
2.1	Over welke zorg gaat het?	14
2.2	Analyse van knelpunten	15
2.3	Acties en rollen van partijen	15
3	**Monodisciplinaire eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg die substitueert**	**16**
3.1	Over welke zorg gaat het?	16
3.2	Analyse van ervaren knelpunten	17
3.3	Acties en rollen van partijen	17
4	**Eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg voor kwetsbare ouderen thuis zonder chronische indicatie**	**19**
4.1	Over welke zorg gaat het?	20
4.2	Analyse van ervaren knelpunten	20
4.3	Acties en rollen van partijen	21
5	**Consultatie, conclusies en advies**	**22**
5.1	Resultaten consultatie	22
5.2	Conclusies	22
5.3	Advies	24
	Colofon	**34**

Samenvatting

Veel mensen in Nederland zijn bekend met fysio- en oefentherapie. Het is laagdrempelige zorg die zonder verwijzing en vaak in de directe omgeving van mensen toegankelijk is. De zorg is niet invasief. Dit betekent dat de behandeling buiten het lichaam gebeurt. En mensen kunnen zelf een belangrijke rol spelen bij het behalen van een goed behandelresultaat. Het is daarom een logische gedachte dat fysio- en oefentherapie als zorgvorm kan bijdragen aan passende zorg. Partijen gaven echter aan in de praktijk last te hebben van het feit dat de vergoeding van fysio- en oefentherapie beperkt is tot een aantal indicaties. Daarbij zijn bovendien de eerste twintig behandelingen voor chronische indicaties van vergoeding uitgezonderd. Partijen ervaren daardoor een belemmering in de toegankelijkheid van fysio –en oefentherapie. Vanuit dat perspectief heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn & Sport (VWS) in 2021 aan Zorginstituut Nederland gevraagd om de principes voor passende zorg toe te passen op de fysio- en oefentherapie. En om op basis van de uitkomsten voorstellen te doen voor de vormgeving van de aanspraak, oftewel de manier om fysio –en oefentherapie van vergoeden. Die vormgeving moest echter wel plaatsvinden binnen de geldende wettelijke kaders, en dat heeft regelmatig voor dilemma's gezorgd. Het leidde tot een intensief en langdurig adviestraject dat het Zorginstituut met partijen heeft doorlopen. Met dit advies eindigt het adviestraject.

Het begin: drie randvoorwaarden

Bij de start van het traject heeft het Zorginstituut drie randvoorwaarden geformuleerd die de betrokken partijen moesten invullen:

1. De ontwikkeling van een *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie*, waarin partijen (zorgverleners, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars) gezamenlijk kwaliteitseisen voor goede zorg vastleggen die aansluiten bij het Kader Passende zorg.
2. Fysio- en oefentherapeutische zorg moet waardegedreven zijn. Hiervoor is meer inzicht nodig in de effectiviteit van behandelingen en de gezondheidswinst voor patiënten.
3. Een advies over passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapie door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De betrokken partijen hebben de randvoorwaarden bestuurlijk geaccordeerd. Zonder invulling ervan kon het Zorginstituut de minister van VWS nog niet adviseren over het vergoeden van meer passende fysio- en oefentherapie uit het basispakket van de zorgverzekering.

Stand van zaken na drie jaar

Nu drie jaar later maakt het Zorginstituut de balans op en komen we op basis van de behaalde resultaten tot de volgende conclusies:

- In de drie jaar dat aan het adviestraject is gewerkt stonden de ontwikkelingen niet stil. Zo werden de criteria voor passende zorg verder ingevuld, maakten partijen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken over het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket en ontwikkelden zij een visie op de eerstelijnszorg. Deze ontwikkelingen hebben invloed gehad op de beantwoording van de adviesvraag. Hierdoor is het Zorginstituut anders naar de oorspronkelijke vraag gaan kijken.
- Het is de samenwerkende partijen niet gelukt om volledig aan de drie gestelde randvoorwaarden te voldoen. Mede daarom kan onze conclusie niet anders zijn dan dat het aanpassen van de vergoeding van eerstelijns fysio- en oefentherapie nu niet aan de orde is. Het Zorginstituut kan de minister daarover pas adviseren als voor iedereen (verzekerden, zorgverzekeraars en zorgverleners) duidelijk is welke

zorg wel en niet onder de aanspraak valt. Én als voldoende duidelijk is wat dan de financiële consequenties en risico's voor de samenleving zijn. Hoewel het Zorginstituut in eerdere tussenrapportages mogelijkheden heeft onderzocht om de aanspraak te wijzigen, blijkt dit door voortschrijdend inzicht op dit moment niet haalbaar.

- Maar het blijft wel altijd mogelijk om de huidige aanspraak uit te breiden met nieuwe indicaties. Dat kan als de effectiviteit van behandeling bij die indicaties voldoende is vastgesteld. En als positief wordt gescoord op de andere, aangescherpte pakketcriteria, bijvoorbeeld personeelsinzet en duurzaamheid.
- Het wel weer gaan vergoeden van de eerste twintig behandelingen voor indicaties op de chronische lijst is een andere optie om de toegang tot fysio- en oefentherapie te verbeteren. Daarvoor is geen inhoudelijk advies van het Zorginstituut nodig. Want de redenen om deze indicaties destijds van vergoeding uit te zonderen waren niet inhoudelijk, maar financieel.
- Ook zonder wijziging van de aanspraak is het mogelijk om de principes van passende zorg beter te integreren in eerstelijns fysio- en oefentherapie. Binnen de huidige wettelijke kaders zijn namelijk al verbeteringen te realiseren door betere organisatie van zorg en samenwerking tussen disciplines op enkele gebieden waar partijen nu knelpunten ervaren. Het Zorginstituut ziet ook mogelijkheden om partijen te helpen om ervoor te zorgen dat binnen de huidige aanspraak meer passende eerstelijns fysio- en oefentherapie plaatsvindt.
- Eerstelijns fysio- en oefentherapie speelt een cruciale rol in multidisciplinaire zorg. Het Zorginstituut benadrukt dat een betere integratie van deze disciplines in eerstelijnszorg mogelijk is door betere regionale samenwerking.
- De mogelijkheid om zwaardere interventies, zoals operaties, te vervangen of uit te stellen door fysio- en oefentherapie is een belangrijk thema. Het Zorginstituut benadrukt dat er meer bewijs nodig is voor de effectiviteit van behandelopties waarvoor dit geldt en in hoeverre het dan zwaardere zorg voorkomt. Daarvoor is meer onderzoek nodig.
- Fysio- en oefentherapie voor kwetsbare ouderen zonder chronische indicatie wordt nu niet vergoed uit het basispakket, maar valt grotendeels binnen de *Wet maatschappelijk ondersteuning* (Wmo). Hoewel fysio- en oefentherapie kan bijdragen aan passende zorg voor deze doelgroep, wil het Zorginstituut waken voor medicalisering van de zorg. We zijn er geen voorstander van om dit te vergoeden uit het basispakket. Wat wel bijdraagt aan verbetering van deze zorg is nauwere samenwerking tussen de eerste lijn en de gemeente. Het Zorginstituut wil partijen graag helpen om beter samen te werken in de ondersteuning van doelgroepen. Bijvoorbeeld door het begeleiden van afspraken tussen zorgverleners, het ondersteunen van onderzoek naar pakketwaardigheid en het mede mogelijk maken van pilots van de NZa met alternatieve bekostigingsmodellen.
- Over de hele linie is het belangrijk dat er goed, pakketwaardig onderzoek komt naar de toegevoegde waarde van fysio- en oefentherapie. En dat hiervoor voldoende financiële middelen beschikbaar zijn in de verschillende onderzoeksprogramma's van ZonMW.

Sleutel tot toekomstbestendige zorg

Tot slot benadrukt het Zorginstituut dat samenwerking en de bereidheid tot verandering van de organisatie van zorg cruciaal zijn om knelpunten op te lossen en passende zorg breed te implementeren. Het doel is toekomstbestendige zorg, waarbij iedereen in Nederland toegang heeft en houdt tot goede en passende zorg.

Inleiding

De zorg staat voor grote inhoudelijke opgaven als gevolg van een toenemende zorgvraag, oplopende zorgkosten en een nijpend te kort aan zorgpersoneel. Om een antwoord te bieden op deze uitdagingen en zo de zorg toekomstbestendig te maken, hebben Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) eind 2020 met het verschijnen van het rapport *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú* de beweging naar passende zorg ingezet.[1] Deze beweging dient om bewuster om te gaan met de zorg en de middelen (personeel, geld en milieu) die daarvoor nodig zijn door deze te toetsen aan de vier principes van passende zorg: de zorg is waardegedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, vindt plaats op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Veel mensen in Nederland zijn bekend met fysio- en oefentherapie. Het is laagdrempelige zorg die zonder verwijzing toegankelijk is, die vaak in de directe omgeving van mensen te vinden is, die niet invasief is en waarbij de mensen zelf een belangrijke factor kunnen zijn in het behalen van een goed behandelresultaat. Het is daarom een logische gedachte dat fysio- en oefentherapie als zorgvorm kan bijdragen aan passende zorg. Met die gedachte heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn & Sport (VWS), naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut en de NZa over het inzetten van een beweging naar passende zorg, in een brief van 15 november 2021 de volgende vragen gesteld[2]:

- Kom tot een operationalisering van het begrip 'passende zorg' voor de casus fysio- en oefentherapie door middel van de zogenaamde '*pressure cooker*'-methode.
- Adviseer over de inrichting van de aanspraak van eerstelijns fysio- en oefentherapie zoals weergegeven in Bijlage 1 van het *Besluit zorgverzekering* (Bzv).
- Beoordeel of fysio- en oefentherapie bij patiënten met fibromyalgie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of deze zorg definitief opgenomen kan worden in het basispakket van de zorgverzekering.

Het Zorginstituut heeft samen met de betrokken partijen[i] gewerkt aan een antwoord op de tweede vraag. Daarover gaat dit eindadvies. Dat bleek complexer dan aanvankelijk was voorzien, wat ervoor heeft gezorgd dat het traject langdurig en intensief is geworden. De vraag of de verzekerde aanspraak moet of kan worden gewijzigd of uitgebreid, moet namelijk ook worden bezien vanuit het geldend wettelijk kader. Naarmate het traject vorderde, deden zich bovendien belangrijke veranderingen voor in de beleidscontext van de adviesvraag:

- De principes voor passende zorg werden nader uitgewerkt in het *Kader Passende zorg* (juni 2022).[3]
- Er kwam meer duidelijkheid hoe de principes van passende zorg zich verhouden tot de pakketcriteria die gelden voor verzekerde zorg (rapport *Pakketbeheer in de Praktijk*, 4 maart 2023).[4]
- In het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat de transitie naar passende zorg als basis heeft, werden afspraken gemaakt over hoe pakketbeheer kan bijdragen aan passende zorg (Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket (VVTB)[5], vanaf 2022) en over een visie op de eerste lijn: *Visie eerstelijnszorg 2030: samen vernieuwen en versterken:* december 2023*)*.[6]

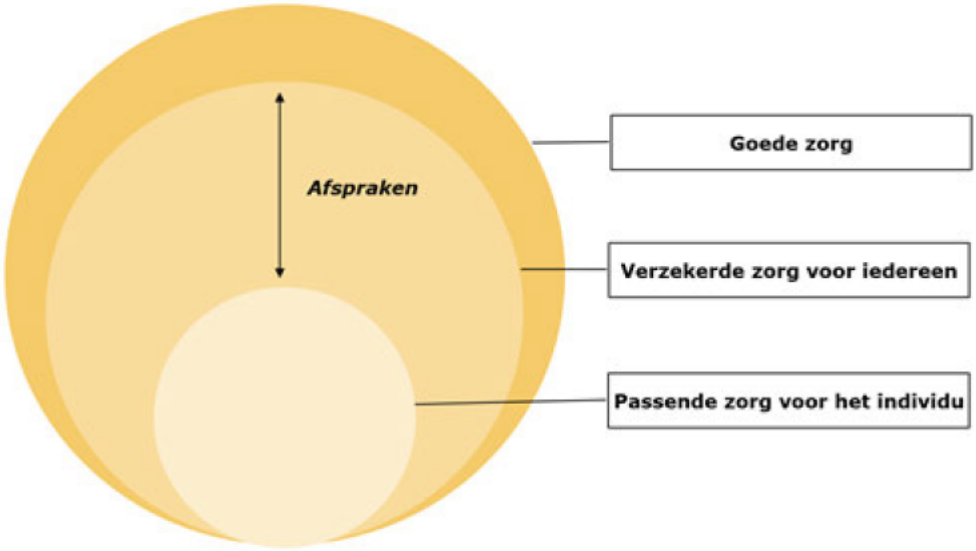
Wanneer met de kennis van nu wordt gekeken naar de adviesvraag van 2021, hebben deze ontwikkelingen op enkele punten ook geleid tot nieuwe inzichten. Die zijn verwerkt in dit eindadvies waarmee het Zorginstituut dit intensieve traject afsluit. Hierna gaan wij kort in op de veranderingen in de beleidscontext en de consequentie daarvan voor de adviesvraag.

[i] De overheidspartijen (het Zorginstituut en de NZa), de zorgpartijen (koepels van beroepsgroepen fysio- en oefentherapie (KNGF, SKF, VvOCM), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Patiëntenfederatie Nederland.

Passende zorg en verzekerde zorg
Het verzekerde pakket is gelijk voor iedere burger in Nederland die zorg nodig heeft. Maar niet voor iedere burger is de inzet van een bepaalde (verzekerde) interventie de meest passende oplossing. Via de principes van passende zorg kunnen zorgverlener en patiënt samen beslissen welke verzekerde zorg in het individuele geval ook passend is.

Passende zorg is te zien als een vertaling van wat op groepsniveau beschikbaar is in het basispakket aan effectieve zorg (principe 1: waardegedreven) naar wat op individueel niveau passend is. Het pakketbeheer legt als het ware de 'te kiezen zorg' klaar voor de zorgprofessional en patiënt, die samen beslissen wat het beste past in de persoonlijke situatie. Professionele richtlijnen spelen een belangrijke rol bij het vertalen van wat op groepsniveau wordt aanbevolen naar wat passend is voor de individuele patiënt. Overigens kan een passende interventie ook buiten de zorg liggen, bijvoorbeeld omdat een zorgvraag voortkomt uit sociale problematiek, zoals het hebben van schulden of slechte woonomstandigheden. Onderstaande figuur 1 illustreert de relatie tussen passende en verzekerde zorg op groepsniveau en voor het individu.

Figuur 1 - Passende zorg van groepsniveau naar individu



Het nader invullen van het eerste principe (zorg moet waardegedreven zijn) met het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' (SWP) uit de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) vormt de verbinding tussen passende zorg en verzekerde zorg. Tegelijkertijd is het kunnen aantonen van SWP voor veel fysio- en oefentherapiebehandelingen vaak een probleem gebleken. We gaan hier later in het rapport dieper op in.

Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket
De IZA-partijen hebben in het IZA onder de noemer VVTB afspraken gemaakt om scherpere keuzes mogelijk te maken in de samenstelling van het basispakket. Die afspraken zijn:
- Zorgen dat de bestaande pakketcriteria worden uitgewerkt en een betere wettelijke verankering krijgen (verbeteren).
- Zorgen dat nieuwe criteria personeelsinzet en duurzaamheid worden toegevoegd (verbeteren).
- Toepassen van de verbeterde pakketcriteria over de volle breedte van de zorg (verbreden). Dit houdt in dat er meer zorg, met name in het 'open pakket', aan de pakketcriteria wordt getoetst. Om daarin te kunnen prioriteren, heeft het Zorginstituut op verzoek van VWS samen met partijen een maatschappelijk agenderingskader ontwikkeld.

Kort gezegd komt VVTB erop neer dat zorg, dus ook de fysio- en oefentherapie, intensiever en over de volle breedte van de zorg aan de pakketcriteria wordt getoetst. Daarbij is er niet alleen een rol voor de formele pakketbeheerder (het Zorginstituut en zorgverzekeraars), maar ook

voor de zorgaanbieders zelf die zich ervan moeten vergewissen dat de zorg voldoet aan de pakketcriteria in onderstaand kader.

Effectiviteit
Het pakketcriterium effectiviteit vormt het hart van het pakketbeheer en komt overeen met het wettelijk criterium SWP. Het is het enige pakketcriterium met een *knock-out*-karakter. De werkwijze die het Zorginstituut voor de toetsing aan dit criterium volgt, is vastgelegd in het beoordelingskader SWP.[7] Deze werkwijze komt grotendeels overeen met de wijze waarop bijvoorbeeld klinische richtlijnen tot stand komen. Een belangrijk verschil is dat aan een SWP-beoordeling een vergoedingsbesluit is gekoppeld en aan een aanbeveling in de richtlijn niet.

Noodzakelijkheid
Het criterium noodzakelijkheid gaat zowel over ernst van een aandoening of ziekte voor de individuele patiënt (*ziektelast*)[8] als over de noodzaak om een interventie uit collectieve middelen te vergoeden (*noodzakelijk te verzekeren*).[9]

Kosteneffectiviteit
Bij kosteneffectiviteit staat de verhouding centraal tussen de gezondheidswinst die kan worden behaald en de meerkosten (minus de besparingen) die daarvoor moeten worden gemaakt. Het Zorginstituut heeft een richtlijn opgesteld hoe economische evaluaties in de gezondheidszorg moeten worden uitgevoerd[10] en heeft het een publicatie uitgebracht hoe in de beoordeling met dit criterium wordt omgegaan.[ii]

Uitvoerbaarheid
Met het criterium uitvoerbaarheid wordt getoetst of het haalbaar en houdbaar is om een bepaalde zorgvorm in het basispakket op te nemen. Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar de budgetimpact en organisatorische, ethische en juridische consequenties.[iii]

Visie op eerstelijnszorg
Fysio- en oefentherapie maakt deel uit van de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg neemt binnen de Nederlandse gezondheidszorg een cruciale positie in. Hier komt immers de zorg- of hulpvraag binnen en wordt bepaald of de vraag binnen de eerste lijn kan worden beantwoord of dat doorverwijzing naar de (meestal duurdere) tweede lijn nodig is. Versterking van de eerste lijn heeft daarom binnen het gezondheidszorgbeleid in Nederland altijd centraal gestaan, ook in de IZA-afspraken. De ambities voor 2030 die de IZA-partijen hebben geformuleerd zijn:

In 2030
1. Is de ontstane ongewenste druk op de eerstelijnszorg substantieel teruggedrongen.
2. Zijn patiënten beter voorbereid op en toegeleid naar de eerste lijn.
3. Wordt meer dan nu passende eerstelijnszorg geboden met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar mogelijk digitaal ondersteund.
4. Wordt binnen de eerstelijnszorg capaciteit beter benut en waar nodig worden taken optimaler georganiseerd.
5. Wordt er binnen de eerste lijn in de wijk hecht samengewerkt tussen professionals, zodat er proactief kan worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen en knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn in een wijk.

6a. Is de eerstelijnszorg in de regio aanspreekbaar .

6b. Is de samenwerking met partijen in het sociaal domein, de tweede- en derdelijnszorg en langdurige zorg op een niveau dat bijdraagt aan het oplossen van problemen in de hele keten.

6c. Is in de eerstelijnszorg 24/7 de infrastructuur in de acute zorgketen voor crisissituaties goed afgestemd en verbeterd.

[ii] Is op het moment van in consultatie gaan van dit advies nog niet formeel uitgebracht.
[iii] Begin 2025 zal het Zorginstituut een actualisatie uitbrengen van het beoordelingskader uitvoerbaarheid. Daarbij wordt ook bekeken of arbeidsinzet en duurzaamheid aan dit criterium kunnen worden toegevoegd.

Kijkend naar deze integrale benadering van de eerste lijn, lijkt het nu minder logisch om een advies te wijden aan wat één specifieke discipline kan bijdragen aan passende zorg voor bepaalde doelgroepen. Deze bijdrage kan immers niet los worden gezien van wat andere disciplines (in onderlinge samenwerking) kunnen bijdragen. Een invulling van passende zorg is namelijk ook dat de zorg (in samenwerking) wordt geleverd door de zorgprofessional die daarvoor het meest in de gelegenheid is en die daarvoor het beste is toegerust.

Leeswijzer
Na deze inleiding geeft het volgende hoofdstuk een korte weergave van het traject dat het Zorginstituut samen met betrokken partijen heeft afgelegd sinds de adviesaanvraag, inclusief de daarin behaalde resultaten en de conclusies die op basis daarvan zijn te trekken. In de hoofdstukken 3, 4 en 5 beschrijven we de mogelijkheden voor de meest kansrijke gebieden die partijen gezamenlijk hebben geselecteerd: multidisciplinaire fysio- en oefentherapie in de eerste lijn (hoofdstuk 3), monodisciplinaire fysio- en oefentherapie die een operatieve ingreep kan vervangen of langdurig kan uitstellen (hoofdstuk 4) en eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg voor kwetsbare, thuiswonende ouderen zonder chronische indicatie (hoofdstuk 5). In deze hoofdstukken wordt beschreven wat deze zorg inhoudt, wat daarin de knelpunten zijn, hoe die kunnen worden opgelost en welke actoren daarbij een rol spelen. Hoofdstuk 6 sluit af met een aantal conclusies en het advies aan VWS.

1 Een lang en intensief adviestraject

Dit eindadvies is het product van een lange reis die het Zorginstituut samen met partijen heeft afgelegd. In dit hoofdstuk beschrijven we die reis in vogelvlucht en maken de balans op.

1.1 Wat voorafging

Sinds de beperking van de aanspraak eind jaren negentig van de twintigste eeuw is er regelmatig ontevredenheid in de samenleving over de vergoeding van extramurale eerstelijns fysio- en oefentherapie. Toen werd namelijk door de politiek besloten om de vergoeding te beperken, omdat de kosten te hoog werden en er bovendien twijfel was of de brede toepassing van deze interventie wel in alle gevallen effectief en noodzakelijk te verzekeren zorg was. Wat in het basispakket achterbleef was fysio- en oefentherapie voor kinderen en zorg voor volwassenen zoals omschreven in bijlage 1 van het *Besluit zorgverzekeringen* (Bzv) (hierna: de chronische indicaties). Voor een aantal van die indicaties gold een maximaal aantal behandelingen of een beperkte behandelduur. Met deze maatregel kwam de vergoeding van kortdurende fysio- en oefentherapie voor volwassen te vervallen. In de jaren die volgden waren financiële redenen er de oorzaak van dat een toenemend aantal behandelingen voor de chronische indicaties voor eigen rekening kwam. Op dit moment geldt dat voor de eerste twintig behandelingen. Het is mogelijk om een aanvullende verzekering af te sluiten waarin de kortdurende fysio- en oefentherapie en/of de eerste twintig behandelingen van de chronische indicaties worden vergoed. Voor aanvullende verzekeringen geldt echter geen gelijke toegang (acceptatie is niet verplicht of verzekeraars kunnen de premie differentiëren afhankelijk van het risico), wat vanuit maatschappelijk oogpunt onwenselijk is.

De knelpunten die in de vergoeding werden ervaren, leidden in 2015 tot een eerste verzoek van de minister van VWS aan het Zorginstituut voor een beschouwing wat een verstandige, zinnige en zuinige inrichting van fysio- en oefentherapie in het basispakket zou kunnen zijn.[11] In een eerste systeemadvies van december 2016 adviseerde het Zorginstituut om, als dat haalbaar zou blijken, de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie op een zogenoemde open manier te beschrijven, net als bij (bijna) alle andere zorg in het basispakket.[11] Om de haalbaarheid van dit voorstel te onderzoeken, adviseerde het Zorginstituut een overgangstraject te starten en dan een evaluatiemoment in te bouwen. Ten aanzien van de haalbaarheid noemde het Zorginstituut de noodzaak om te komen tot kwaliteitsstandaarden en tot een passende bekostigingssystematiek. Het Zorginstituut stelde daarna een plan van aanpak op om invulling te geven aan de adviezen in het systeemadvies. Helaas moest in juni 2021 worden besloten om dit plan van aanpak stop te zetten, omdat niet tot een beoordeling van de effectiviteit van alle relevante indicaties kon worden gekomen en omdat het voor de NZa niet mogelijk was om te experimenteren met andere vormen van bekostiging zolang een maximumaantal sessies van toepassing was voor een patiëntengroep. Hiermee werd duidelijk dat het teruggaan naar een open omschreven aanspraak geen optie meer was en dat een nieuwe weg moest worden ingeslagen.

1.2 Een gezamenlijk vertrekpunt

Bij de start van het vervolgtraject hebben de overheidspartijen (ministerie van VWS, het Zorginstituut en de NZa), de zorgpartijen (koepels van beroepsgroepen fysio- en oefentherapie (KNGF, SKF, VvOCM), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en Patiëntenfederatie Nederland in 2021 samen een gezamenlijk vertrekpunt geformuleerd:[12]

- De huidige vergoeding van fysio- en oefentherapie is niet (volledig) in lijn met de uitgangspunten van juiste zorg op de juiste plek/passende zorg;
- Het 'overgangstraject systeemadvies' van het Zorginstituut dat in eerste instantie was bedoeld om dit probleem op te lossen, heeft niet tot het gewenste resultaat geleid. De gehanteerde methode – het duiden van de stand van wetenschap en praktijk per individueel indicatiegebied – bleek niet geschikt om tot een generiek geldende uitspraak te komen over de meerwaarde van het vakgebied fysio- en oefentherapie als geheel. Dit traject is daarom in de zomer van 2021 gestopt. Een mooi resultaat is wel dat de bestaande aanspraken zijn

uitgebreid met de indicatiegebieden artrose heup/knie, *claudicatio intermittens* (etalagebenen) en COPD.
- Het is uiteindelijk aan de politiek om een besluit te nemen over een verruiming of andere inrichting van de aanspraak.

Het Zorginstituut heeft in de periode van december 2021 tot maart 2022 als eerste stap in gesprekken met patiëntenorganisaties, zorgverleners, zorgverzekeraars, maatschappelijke organisaties en kennisinstellingen uitgebreid input opgehaald over de ervaren knelpunten en de mogelijke meerwaarde van fysio- en oefentherapie voor passende zorg. Op basis van deze kennis, inzichten en praktijkvoorbeelden werd potentie gezien om de vier principes van passende zorg te gebruiken om fysio- en oefentherapie te toetsen op pakketwaardigheid. Op basis van de uitkomsten van vier financiële scenario's die het Zorginstituut op basis van drie variabelen had opgesteld, adviseerde het Zorginstituut in een brief van 24 maart 2022 aan de minister van VWS om de aanspraak op dat moment niet te wijzigen.

1.3 Bereikte voortgang

Daarna volgde een traject waarin is gezocht naar mogelijkheden om de aanspraak op fysio- en oefentherapie wel te verruimen of te wijzigen. In dat kader is gezocht naar het inbouwen van *checks and balances* in het systeem om risico's te beheersen. Het Zorginstituut kwam daarom in een eerste tussenrapport aan de minister van VWS van januari 2023 tot de conclusie dat eerst aan drie randvoorwaarden zou moeten worden voldaan door de betrokken partijen vóórdat het zou kunnen adviseren over een eventuele wijziging van de aanspraak.[13] Deze randvoorwaarden waren:
1. De ontwikkeling van een *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie*, waarin partijen (zorgverleners, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars) gezamenlijk de kwaliteitseisen voor goede zorg vastleggen en dat aansluit op het *Kader Passende zorg*.
2. Fysio- en oefentherapeutische zorg moet waardegedreven zijn. Hiervoor is inzicht nodig in de effectiviteit van behandelingen en de gezondheidswinst voor patiënten (wettelijk criterium SWP).
3. De NZa stelt een advies op over passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.

Deze randvoorwaarden zijn destijds ook door alle betrokken partijen bestuurlijk onderschreven. In de programmalijn die het rapport schetst, werd de samenhang weergegeven tussen de drie randvoorwaarden (kwaliteit, effectiviteit en passende bekostiging) en werd ingegaan op hoe de betrokken partijen deze moesten uitwerken om de principes van passende zorg in voldoende mate en samenhang te verankeren en het inzicht in kwaliteit, effectiviteit en passende bekostiging te vergroten.

De twee voortgangsrapportages van januari en maart 2024 beschrijven de voortgang van de programmalijn en van de vervolgstappen die partijen moesten zetten. Aan de orde kwam ook hoe aan de hand van tien zogenaamde bouwstenen (zie bijlage 1) de inhoud en financiële omvang van het domein van de fysio- en oefentherapie inzichtelijk kon worden gemaakt.[14] Partijen hebben vervolgens, met bestuurlijke accordering, zes van deze bouwstenen geprioriteerd op basis van hun mogelijke bijdrage aan de beweging naar passende zorg. Het Zorginstituut heeft op verzoek van de minister van VWS gerapporteerd over de voortgang op deze zes bouwstenen en heeft in een voorgangsrapportage (*De tussenstand in de beweging naar passende fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg)* aangegeven welke mogelijkheden de politiek op dat moment had om vanuit de bestaande aanspraak op korte termijn de toegankelijkheid van eerstelijns fysio- en oefentherapie te verbeteren.[15]

De minister van VWS kwam op basis van de voortgangsrapportage tot het volgende besluit:
- Het schrappen van de beperking van het aantal behandelingen voor patiënten met COPD. Per 1 januari 2025 geldt er geen maximum meer voor het aantal behandelingen gesuperviseerde oefentherapie voor patiënten van achttien jaar en ouder met COPD in stadium II of hoger van de GOLD-classificatie.[16] Het Zorginstituut heeft de minister van VWS voorzien van medisch-inhoudelijke argumenten om de beperkende voorwaarden voor de aanspraak bij COPD, te weten het stellen van een maximumaantal behandelingen, uit de

wettelijke bepaling te halen om meer passende zorg mogelijk te maken. De politiek heeft op basis van deze argumentatie besloten om de beperkingen per 1 januari 2025 uit de wet te halen. Dit besluit heeft het voor de NZa mogelijk gemaakt om een experiment te starten met bundelbekostiging als nieuw bekostigingssysteem in de fysio- en oefentherapie. Het doel van het experiment is om te onderzoeken of bundelbekostiging leidt tot meer passende fysio- en oefentherapeutische zorg in termen van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor patiënten met COPD. Het experiment wordt zo opgezet dat het ook bruikbare lessen kan opleveren voor de bekostiging in de brede eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.
- Geen wijziging in het voor eigen rekening komen van de eerste twintig behandelingen voor chronische indicaties in Bijlage 1 van het Bzv op budgettaire gronden, ondanks dat betrokken partijen dit als een belangrijk knelpunt noemden. Het Zorginstituut steunt partijen in hun mening dat het schrappen daarvan op relatief korte termijn de toegankelijkheid van deze zorg zou kunnen verbeteren, al heeft het hier zelf geen onderzoek naar gedaan.

1.4 Opmaken van de balans

Het Zorginstituut is ruim drie jaar geleden met betrokken partijen op zoek gegaan naar wat wél mogelijk is om meerwaarde van fysio- en oefentherapie te onderbouwen en dit zo mogelijk te vertalen naar de aanspraak. Om een verzekerde aanspraak te kunnen wijzigen of uit te breiden moet echter wel helemaal duidelijk zijn welke zorg wel en niet onder de aanspraak valt. En van de zorg die onder de aanspraak valt moet voldoende aannemelijk zijn dat deze voldoet aan de wettelijke eisen. Daarom heeft het Zorginstituut destijds drie randvoorwaarden geformuleerd waaraan partijen moesten voldoen voordat sprake zou kunnen zijn van aanpassing van de verzekerde aanspraak. Daar komt bij dat het eindadvies in lijn moet zijn met de recent ontwikkelde beleidsvisies op de eerstelijnszorg en de toets op het basispakket.

Voor wat betreft het wel of niet niet voldoen aan de drie randvoorwaarden trekt het Zorginstituut de volgende conclusies.

Randvoorwaarde 1: het kwaliteitskader
Aan deze randvoorwaarde zou zijn voldaan wanneer het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* door alle betrokken (tripartiete) partijen gezamenlijk zou zijn ingediend en zijn opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden. Op dit moment is dat nog niet het geval, hoewel de deadline (28 maart 2024) daarvoor is verstreken. Op dit moment is dus nog niet aan deze voorwaarde voldaan. Wel hebben partijen de afgelopen periode met elkaar gesproken om tot een gezamenlijk kwaliteitskader te komen, inclusief een uitvoerings- en implementatieplan. Het Zorginstituut streeft naar een breed gedragen kwaliteitskader dat tripartiet wordt aangebonden voor opname in het Register. Het Zorginstituut onderzoekt momenteel of partijen de geconstateerde knelpunten kunnen voorzien van meer uitleg, nuancering en verheldering, zonder dat het kwaliteitskader inhoudelijk ter discussie wordt gesteld. Voor dit proces is tripartiet instemming nodig van partijen en eventuele tekstuele aanpassingen moeten te allen tijde worden geconsulteerd bij de partijen en hun mogelijke achterban. Naar aanleiding van een bestuurlijk overleg (maart ’25) met alle betrokken partijen is gebleken dat partijen geen vertrouwen meer hebben om er vooralsnog tripartiet uit te komen. Het Zorginstituut beraadt zich ten tijde van het uitbrengen van dit rapport over de mogelijkheden.

De voortgang van een kwaliteitskader wordt in eerste instantie bewaakt door de partijen die het aanspreekpunt zijn. Daarnaast houdt het Zorginstituut de voortgang in de gaten en houdt contact met betrokken partijen. Als het nodig is kan het Zorginstituut bij de ontwikkeling partijen faciliterend helpen. Bijvoorbeeld door bijeenkomsten te organiseren, door de ontwikkeling meer tijd te geven of op te treden als onafhankelijke voorzitter bij het ontwikkelproces.

Bij het verstrijken van de termijn op de Meerjarenagenda (MJA) kan het Zorginstituut ook overgaan tot het inzetten van doorzettingsmacht (DZM). Doorzettingsmacht betekent dat het Zorginstituut deels of geheel de regie overneemt en de Kwaliteitsraad verzoekt om (een deel

van) het kwaliteitsinstrument op te stellen. Het proces van DZM bij verstrijken van de deadline staat beschreven op de website van het Zorginstituut.[iv]

Een (gezamenlijke) doorontwikkeling naar het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* is een essentiële randvoorwaarde en de basis voor een gecontroleerde overgang naar een passende aanspraak. Dit hangt samen met het feit dat in het kwaliteitskader de principes van passende zorg in samenhang worden uitgewerkt tot concrete afspraken tussen zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten. De afspraken die zij samen vastleggen, moeten waarborgen dat zorg van goede kwaliteit is en dat zorg voldoet aan de principes van passende zorg.

Randvoorwaarde 2: inzicht in stand van de wetenschap en praktijk
Een belangrijke eis aan alle te verzekeren zorg is dat deze voldoet aan het criterium SWP. In het verleden heeft het Zorginstituut veel indicaties voor fysio- en oefentherapie beoordeeld, met wisselend resultaat. Enkele indicaties zijn op deze wijze aan de aanspraak toegevoegd, maar helaas was vaak ook de conclusie dat niet werd voldaan aan het criterium SWP omdat het onderzoek onvoldoende pakketwaardig was. In de gevolgde programmalijn hebben betrokken partijen afgesproken dat zij samen inzichtelijk zouden maken welke fysio- en oefentherapeutische zorg uit de geprioriteerde bouwstenen volgens hen voldoet aan de wettelijke criteria en aan de aanspraak zou kunnen worden toegevoegd. Hierbij maakten zij gebruik van externe experts om het bewijs te beoordelen.

Het Zorginstituut concludeert dat, hoewel er zeker stappen zijn gezet op deze randvoorwaarde, deze op dit moment onvoldoende is ingevuld omdat er geen duidelijke afspraken zijn over hoe partijen ervoor zorgen dat te verzekeren indicaties voldoende bewezen effectief zijn. Om hier verdere vooruitgang in te boeken adviseert het Zorginstituut, mede op aanraden van de Wetenschappelijk Adviesraad (WAR), om een specifiek onderzoeksprogramma in te richten voor pakketwaardig onderzoek. Het is belangrijk om een gedegen kennisbasis te creëren en te onderhouden die de pakketwaardigheid van fysio- en oefentherapeutische zorg gaat bepalen. Dit advies sluit aan bij het VVTB-traject waarin ook wordt voorzien in de optie van "vergoeding in onderzoek" in het geval er twijfel is over SWP.[5] Als een indicatie niet of nog niet voldoet aan SWP, kunnen partijen aanbevelingen doen voor pakketwaardig onderzoek. Partijen bespreken de mogelijkheden voor pakketwaardig onderzoek.

Randvoorwaarde 3: passende bekostiging
Deze randvoorwaarde was gesteld vanuit de opvatting dat een *fee-for-service*-bekostiging productieprikkels geeft. Dat geldt overigens niet alleen voor de fysio- en oefentherapie, maar voor alle zorg. Daarom krijgt het vraagstuk van een passende bekostiging voor passende zorg binnen het IZA veel aandacht.

Met de publicatie van het rapport *Passende bekostiging voor fysiotherapie en oefentherapie* is weliswaar een rapport opgeleverd, maar biedt het advies van de NZa inhoudelijk nog geen aanknopingspunten om productieprikkels weg te nemen.[17] De NZa ziet namelijk de huidige bekostiging volgens het fee-for-service-model als het meest passend, maar veronderstelt dat de wijze waarop de aanspraak op passende fysio- en oefentherapie is omschreven bepalend is voor de mogelijkheden in de bekostiging. Dat betekent dat bij een aanpassing van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg de NZa wellicht mogelijkheden ziet voor andere bekostigingsvormen, zoals bundelbekostiging, om de beweging naar passende zorg te kunnen faciliteren. Het is daarom goed dat nu in de praktijk een experiment gaat plaatsvinden met bundelbekostiging, in dit geval voor COPD.

Alles overziende concludeert het Zorginstituut dat nog niet (volledig) is voldaan aan de drie randvoorwaarden die bij het begin van het adviestraject zijn gesteld. Daarom kan het Zorginstituut nu geen wijziging adviseren in de huidige omschrijving of omvang van de verzekerde aanspraak. Wel zien we mogelijkheden om binnen de huidige verzekerde aanspraak het leveren van passende fysio- en oefentherapie te verbeteren door knelpunten die partijen ervaren aan te pakken.

[iv] https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/doorzettingsmacht-proces-van-doorzettingsmacht-bij-overschrijding-termijnen-meerjarenagenda.

1.5 Aanpakken van ervaren knelpunten

Bij de start van het adviestraject gaven partijen aan dat zij al geruime tijd ervaren dat de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie zorgt voor knelpunten in de organisatie van toekomstbestendige en toegankelijke zorg.[13] Het Zorginstituut heeft in dit adviestraject – op basis van deze signalen uit het veld en voortbouwend op de geprioriteerde bouwstenen – drie gebieden geïdentificeerd die belangrijk zijn voor toekomstbestendige zorg in brede zin en waarbij passende fysio- en oefentherapie onvoldoende tot stand komt. Dit zijn:

- Eerstelijns fysio- en oefentherapie als onderdeel van multidisciplinaire zorg.
- Eerstelijns fysio- en oefentherapie die een medisch-specialistische ingreep kan vervangen, voorkomen of langdurig kan uitstellen.
- Eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg voor kwetsbare, thuiswonende mensen zonder chronische indicatie.

De eerste twee gebieden zijn in beeld gekomen naar aanleiding van praktijkvoorbeelden van passende fysio- en oefentherapeutische zorg die het Zorginstituut eerder in dit traject heeft opgehaald bij een brede vertegenwoordiging fysio- en oefentherapeuten, verwante zorgprofessionals uit de eerste- en tweedelijnszorg, partners uit het sociaal domein, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars.[13] Het derde gebied is als een maatschappelijk en politiek speerpunt onder de aandacht gebracht als knelpunt. In de volgende drie hoofdstukken worden deze drie zorggebieden nader uitgewerkt.

2 Multidisciplinaire fysio- en oefentherapie in de eerste lijn

Een van de principes van passende zorg is om de zorg dichtbij mensen te organiseren. Het uitgangspunt daarbij is 'dichtbij als het kan, verder weg als het moet'. Als mensen complexe zorg nodig hebben waarbij meerdere disciplines zijn betrokken, wordt deze meestal vanuit de tweede of derde lijn geleverd (ziekenhuizen of revalidatie-instellingen). Het is echter niet nodig dat patiënten altijd naar het ziekenhuis of revalidatie-instelling komen om die zorg te krijgen. Het is passend om (delen van) die zorg in de eerste lijn te organiseren, dicht bij de patiënt, als dit vanuit het perspectief van de behandeling verantwoord kan gebeuren. Fysio- en oefentherapeutische behandelingen zijn in veel gevallen een onderdeel van een multidisciplinaire behandeling. Dit hoofdstuk gaat over het vraagstuk of en hoe eerstelijns fysio- en oefentherapie als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling kan plaatsvinden.

2.1 Over welke zorg gaat het?

Bij multidisciplinaire zorg werken zorgverleners van verschillende disciplines samen om integrale zorg te verlenen aan patiënten met gezondheidsproblemen op meerdere terreinen. Daarbij is het van belang dat zorgverleners samenwerken bij het aanbieden van zorg gericht op de hulp- of zorgvragen van de patiënt. Dit noemen we een integrale persoonsgerichte aanpak. Hierbij staat niet de aandoening of ziekte centraal, maar de hulp- of zorgvraag van de patiënt. Een van de zorgverleners in de multidisciplinaire samenwerking vervult daarbij de rol van regiebehandelaar. Deze stelt samen met de patiënt de behandeldoelen op, waarna er wordt gekeken welke professionele ondersteuning op welke plaats vereist is om aan de zorgvraag te voldoen. Daarbij worden ook de mogelijkheden voor zelfmanagement en digitale zorg besproken, zodat de patiënt ook zelfstandig, na eventuele voorlichting en instructie, kan werken aan de behandeldoelen. Tijdens het behandeltraject vindt coördinatie en afstemming plaats tussen de behandelaren om de voortgang te evalueren en eventuele aanpassingen in het behandelplan te bespreken. Aan het eind van het behandeltraject evalueren de regiebehandelaar, het behandelteam en de patiënt gezamenlijk in hoeverre de behandeldoelen zijn bereikt en hoe gerealiseerde effecten duurzaam behouden kunnen blijven.

Multidisciplinaire zorg kan ook voortkomen uit een behoefte aan revalidatie- of herstelzorg, waarbij een patiënt na het ontstaan van een lichamelijke ziekte of aandoening, al dan niet na een tweedelijns interventie, een indicatie heeft voor revalidatie. Voorbeelden daarvan zijn oncologische revalidatie, hartrevalidatie, longrevalidatie of revalidatie in het kader van een gezonde leefstijl interventie (GLI) bij ernstige obesitas. Zo wordt fysio- en oefentherapie in veel medisch-specialistische richtlijnen genoemd als onderdeel van behandelingen in de tweede lijn, zoals revalidatieprogramma's voor hart- of oncologische patiënten.[18-20] Hoewel het technisch mogelijk is om eerstelijnszorgverleners in netwerkverband bepaalde behandelingen in opdracht van medisch specialisten uit te laten voeren, gebeurt dit nog weinig vanwege de complexe organisatie. Hierdoor vindt multidisciplinaire zorg voor revalidatie vooral plaats in ziekenhuizen of revalidatie-instellingen, wat vaak hogere kosten met zich meebrengt en de zorg verder van de patiënt af plaatst.[21] Dit kan een obstakel zijn voor passende zorg, die immers zo dicht mogelijk bij de patiënt is georganiseerd.

Multidisciplinaire zorg kan ook voortkomen uit een hulp- of zorgvraag bij een complex verloop van een chronische ziekte, zoals de ziekte van Parkinson of de ziekte van Huntington. Een voorbeeld van passende multidisciplinaire zorg bij complex-chronisch progressieve ziekten is de netwerkzorg voor Parkinsonpatiënten via ParkinsonNet. Via multidisciplinaire samenwerking in een landelijk of regionaal netwerk streven zorgaanbieders naar kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg, die in richtlijnen is beschreven en transparantie biedt op zorguitkomsten voor de patiënt. Een belangrijk deel van de mogelijk complex verlopende chronische progressieve ziekten staat momenteel beschreven in Bijlage 1 van het Bzv.

2.2 Analyse van knelpunten

Tijdens het adviestraject hebben meerdere zorgpartijen aangegeven dat zij als knelpunt ervaren dat fysio- en oefentherapie in de eerste lijn als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling niet wordt vergoed en in de tweede of derde lijn wel. Het Zorginstituut wil hierin een nuancering aanbrengen. De wet- en regelgeving schrijft namelijk niet voor wáár de zorg moet worden geleverd. De wet geeft een kader voor welke zorg er voor wie tot het basispakket behoort. Zorgverzekeraars en zorgverleners maken afspraken over wie de zorg levert en waar dat gebeurt. Zorgaanbieders declareren deze zorg als diagnosebehandelcombinatie (dbc) of als overig zorgproduct (ozp). Dit betekent praktisch gezien dat de fysio- of oefentherapeut die deze zorg in de eerste lijn levert deze niet rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kan declareren. Het is de wens vanuit de praktijk dat het deel van de multidisciplinaire zorg waarvoor de fysio- of oefentherapeut verantwoordelijk is wordt toegevoegd aan de huidige aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie, waardoor hiervoor een zelfstandige betaaltitel ontstaat.

Het Zorginstituut ziet echter enkele bezwaren tegen het opnemen van multidisciplinaire eerstelijns fysio- en oefentherapie als zelfstandige prestatie in het basispakket. Het introduceert namelijk een risico op fragmentatie van de zorg en een risico op dubbele financiering. Deze risico's zijn vermijdbaar, omdat het zeker mogelijk is om vanuit de tweede lijn afspraken te maken met de fysio- of oefentherapeuten in de eerste lijn om delen van een multidisciplinaire behandeling uit te voeren. Eerstelijnszorgverleners kunnen dan in een netwerkstructuur in opdracht van een medisch specialist bepaalde zorgactiviteiten in een goed omschreven behandelprogramma uitvoeren, waardoor de beste zorg voor patiënten multidisciplinair en dicht bij de patiënt kan worden geboden. Hier zijn goede voorbeelden van op het gebied van verpleging, waarbij verpleegkundigen in de thuissituatie delen van een complexe oncologische behandeling uitvoeren. Om dit goed te organiseren en om administratieve lastenverzwaring te voorkomen, vraagt dit om een investering op een aanspreekbare eenheid van eerstelijns fysiotherapeuten in een regio.

Het Zorginstituut draagt graag bij aan het verbeteren van de condities voor afspraken tussen de tweede lijn en eerstelijns fysio- en oefentherapie. Zoals we dat ook hebben gedaan voor de wijkverpleging. Dit sluit ook goed aan bij het belang dat in de IZA-visie op de eerste lijn wordt gehecht aan taakherschikking. Volgens deze visie moeten fysiotherapeuten zich op regionaal niveau organiseren, waardoor afspraken op regionaal niveau mogelijk worden.

2.3 Acties en rollen van partijen

Op basis van bovenstaande analyse concludeert het Zorginstituut dat er een aantal dingen moet gebeuren om passende zorg te bevorderen in vorm van het leveren van multidisciplinaire fysio- en oefentherapie dicht bij de patiënten in de regio en in de eerste lijn:

- Het instellen van een aanspreekbare eenheid op regionaal niveau, die afspraken kan maken met ziekenhuizen en revalidatie-instellingen over het verlenen van bepaalde zorgonderdelen.
- Het maken van afspraken tussen de tweede lijn en fysio- en oefentherapeuten over de doelgroep waarvoor de multidisciplinaire zorg kan worden bevorderd. Een gefaseerde aanpak is hierbij belangrijk. Men zou bijvoorbeeld kunnen starten met de revalidatiezorg. Voor de gekozen doelgroep moeten duidelijke start- en stopcriteria en een bijhorend zorgpad of zorgprogramma gezamenlijk worden vastgesteld om zo passende zorg voor deze doelgroep te bieden.
- Het Zorginstituut kan dit proces begeleiden, zoals ook is gebeurd bij de Medisch-Specialistische Verpleging Thuis (MSVT).

3 Monodisciplinaire eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg die substitueert

Een belangrijk passende zorg principe is 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP). De essentie hiervan is: het *voorkomen* van (duurdere) zorg, *verplaatsen* van zorg (dichter bij mensen thuis) en het *vervangen* van zorg (door andere zorg zoals e-Health).[3] Dit sluit aan bij het *stepped-care*-principe dat zorgprofessionals hanteren bij het verlenen van zorg en dat erop is gericht om te starten met de minst invasieve of belastende (en vaak goedkoopste) behandeling en pas bij geen of te weinig behandelresultaat over te stappen op meer complexe, duurdere behandelopties.[22] Deze benadering helpt om duurdere en risicovollere zorg te beperken en te vervangen (substitutiepotentieel). Zwaardere zorg wordt alleen ingezet als het echt nodig is. Dit voorkomt onnodig zorggebruik en organiseert de (minder dure) zorg dichter bij de patiënt. Dit hoofdstuk gaat in op de vraag waar dergelijke substitutiemogelijkheden voor welke patiëntengroepen liggen en hoe die kunnen worden verzilverd.

3.1 Over welke zorg gaat het?

Fysio- en oefentherapie kent niet alleen een toepassing in multidisciplinair verband, maar ook in monodisciplinair verband. Als in wetenschappelijk onderzoek op groepsniveau is aangetoond dat medisch-specialistische zorg is te vervangen, te voorkomen of langdurig uitgesteld kan worden door eerstelijns fysio- of oefentherapie, dan draagt dit bij aan de beweging naar passende zorg. De beroepsgroep heeft verschillende onderzoeken laten uitvoeren naar dergelijke substitutie-effecten van de door hen verleende zorg. Ook in internationale wetenschappelijke tijdschriften is onderzoek beschreven waaruit blijkt dat voor bepaalde indicaties een conservatieve behandeling ten minste net zo goed werkt als een medisch-specialistische ingreep.[23-27] Hierbij moet worden opgemerkt dat, als het gaat om buitenlandse studies, niet altijd met zekerheid is te zeggen of de onderzochte conservatieve opties volledig overeenkomen met de interventies die worden toegepast in Nederland. Dit laat onverlet dat, als uit onderzoek blijkt dat monodisciplinaire fysio- of oefentherapie doelmatiger is dan een orthopedische ingreep, dit als behandeling de voorkeur zou moeten krijgen. Dit is bijvoorbeeld een reden geweest om in 2017 de vergoeding van gesuperviseerde looptraining bij patiënten met *claudicatio intermittens* (etalagebenen) aan het basispakket toe te voegen.[28] Uit een evaluatie van dit pakketbesluit in 2019 bleek dat het deel van de gediagnostiseerde patiënten dat als eerste behandeling gesuperviseerde looptraining kreeg, was toegenomen van 66 procent in 2015 tot 86 procent in 2019. Tegelijkertijd was het aantal invasieve ingrepen bij deze doelgroep – zoals een dotterbehandeling of operatie – afgenomen van 38 procent in 2013 tot 12 procent in 2017. Bovendien bleek uit het onderzoek van Jansen et al. (2020) dat bij 83 procent van de patiënten die gesuperviseerde looptraining kreeg er binnen vijf jaar geen zwaardere ingreep nodig was.[28, 29]

Dit voorbeeld toont aan dat monodisciplinaire fysio- of oefentherapie een substitutiepotentie heeft. Samen met betrokken beroepsgroepen heeft het Zorginstituut geïnventariseerd of er mogelijk nog andere indicaties zijn waarbij dergelijke substitutie-effecten zijn te bereiken. Daarbij is gekeken naar medisch-specialistische richtlijnen waarin monodisciplinaire fysio- of oefentherapie wordt aanbevolen. Daarbij kwamen de volgende, niet-limitatieve, indicaties naar voren:

- Meniscusscheur zonder expliciete operatie indicatie.[30, 25, 31, 26]
- Voorstekruisbandruptuur zonder expliciete operatie-indicatie.[32]
- Schouderklachten als gevolg van een subacromiaal pijnsyndroom als alternatief voor een operatie.[27]
- Handtherapie bij bijvoorbeeld peesproblematiek in het hand-polsgebied als alternatief voor een operatie of injectie door een medisch specialist.[33]

3.2 Analyse van ervaren knelpunten

Al langere tijd is het zoeken naar substitutiemogelijkheden in de verschillende sectoren een van de speerpunten in het gezondheidszorgbeleid. De zorgpartijen werken, vaak met financiële ondersteuning van de overheid, aan allerlei initiatieven binnen het programma JZOJP. In de praktijk ervaren zij daarbij echter soms belemmerende prikkels, bijvoorbeeld dat het achterwege laten van een behandeling niet wordt beloond (bekostiging is gericht op productie) of dat de meest doelmatige behandeling niet uit het basispakket wordt vergoed, maar de onnodig meer complexe zorg wel. Zo kan monodisciplinaire fysio- en oefentherapie, bijvoorbeeld gericht op verschillende orthopedische aandoeningen, in bepaalde gevallen complexe behandelingen in de tweede lijn vervangen, voorkomen of langdurig uitstellen, maar wordt deze niet vergoed uit het basispakket. En dat terwijl veel richtlijnen vaak een conservatieve behandeling – zoals fysio- of oefentherapie – aanbevelen als eerste keuze, voordat eventueel sprake is van een medisch-specialistische ingreep. Vergoeding van fysio- en oefentherapie uit het basispakket voor aandoeningen waarbij wetenschappelijk is aangetoond dat fysio- of oefentherapie vergelijkbaar effectief is aan een medisch-specialistische ingreep die wel uit het basispakket wordt vergoed, zou in die gevallen doelmatiger zorg kunnen zijn.

Het komt bij het maken en uitvoeren van beleid regelmatig voor dat veronderstelde (en vaak ook al ingeboekte) substitutie-effecten in de praktijk niet worden gerealiseerd. Dat kan verschillende oorzaken hebben. Bijvoorbeeld dat er onrealistische of onzekere aannames zijn gedaan die in de praktijk niet volledig uitkomen of dat er bepaalde randvoorwaarden waren geformuleerd waaraan niet is voldaan. Daarom is het belangrijk om reële verwachtingen te schetsen van substitutie-effecten. In het geval van het vervangen van medisch-specialistische zorg door monodisciplinaire fysio- of oefentherapie is daarbij een aantal overwegingen van belang:

- De effectiviteit van de 'vervangende' fysio- of oefentherapie moet voldoende zijn aangetoond. Het eerste principe van passende zorg is dat een interventie moet voldoen aan SWP. Dat blijft de basis en een mogelijk substitutie-effect komt daarvoor niet in de plaats. Vanuit de wetenschappelijke literatuur moet voldoende zijn onderbouwd dat het effect van de fysio- of oefentherapeutische behandeling binnen de onderzoekspopulatie op zijn minst vergelijkbaar is met de medisch-specialistische interventie en ook op langere termijn standhoudt.
- Het moet gaan om een indicatie waarbij daadwerkelijk een medische ingreep wordt overwogen. De selectie van indicaties moet daarom plaatsvinden in overleg tussen de eerste en tweede lijn.
- Het kiezen voor fysio- of oefentherapie in plaats van een medisch-specialistische ingreep vergt ook inspanning en motivatie van de patiënt. Het is daarom belangrijk dat in het zorgproces de mogelijkheden voor zelfmanagement en digitale zorg met de patiënt worden besproken en dat wordt gekeken op welke onderdelen de patiënt zelfstandig aan de behandeldoelen kan werken. De motivatie en mogelijkheden van de patiënt om zelf te oefenen bepalen immers in hoge mate of behandeldoelen worden gehaald.

3.3 Acties en rollen van partijen

Op basis van bovenstaande analyse concludeert het Zorginstituut dat er een aantal dingen moet gebeuren om passende zorg in de vorm van substitutie van medisch-specialistische ingrepen door monodisciplinaire fysio- en oefentherapie te bevorderen:

- Er moet meer kwalitatief goed onderzoek komen naar de pakketwaardigheid van fysio- en oefentherapie voor die indicaties waarbij fysio- en oefentherapie door beroepsgroepen wordt gezien als een alternatief voor een medisch-specialistische ingreep. Dit onderzoek moet plaatsvinden door wetenschappelijke verenigingen van de betrokken beroepsgroepen in samenwerking met de onderzoekers Het programma 'Passende zorg' van ZonMw (of andere onderzoeksprogramma's) kan dit financieel ondersteunen en het Zorginstituut zal dit inhoudelijk ondersteunen met het uitbrengen van een *Handleiding paramedische zorg*. De handleiding is bedoeld voor de beroepsgroepen en onderzoekers die aan de slag zijn of gaan met pakketwaardig onderzoek.

- Er moet ook goed onderzoek komen naar mogelijke substitutie-effecten bij de indicaties waarvoor voldoende bewijs is van effectiviteit. Daarbij moeten de geformuleerde aannames en randvoorwaarden realistisch en toetsbaar zijn. Dergelijk onderzoek kan worden uitgevoerd door onderzoeksbureaus of wetenschappelijke groepen, al dan met onderzoeksgelden van ZonMw.
- Er moet transparantie komen over hoe in de besluitvorming wordt omgegaan met mogelijke substitutie-effecten. Het Zorginstituut werkt in het VVTB- programma aan de uitwerking van de beoordelingskaders van de pakketcriteria en aan een overkoepeld afwegingskader. Waar nu vooral alleen nog naar de effectiviteit wordt gekeken zullen maatschappelijke aspecten zoals kosteneffectiviteit, haalbaarheid en houdbaarheid in de toekomst belangrijker worden in de eindafweging. Het is belangrijk om transparant te maken welk belang in die overwegingen wordt gehecht aan substitutie van zorg.[v]
- Het Zorginstituut gaat voor onderwerpen met een substitutiepotentieel, zoals meniscusletsel en voorstekruisbandruptuur, kijken of het zich kan aansluiten bij de voorgestelde PICO (*Population-Intervention-Comparator-Outcome*) die externe partijen hebben opgesteld voor het vergelijken van de fysio- of oefentherapeutische behandeling en de orthopedische ingreep (operatie). Het Zorginstituut laat zich hierbij adviseren door de Wetenschappelijk Adviesraad (WAR).

[v] VWS heeft het Zorginstituut in het kader van het VVTB-programma in twee brieven gevraagd om beoordelingskaders uit te werken voor de individuele pakketcriteria en een overkoepelend afwegingskader.

4 Eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg voor kwetsbare ouderen thuis zonder chronische indicatie

Het vierde principe van passende zorg is het centraal stellen van gezondheid in plaats van ziekte. Dit vraagt om een breder perspectief op de gezondheidszorg, waarbij meer wordt gekeken naar gezondheid in de zin van weerbaarheid en veerkracht, functioneren en lichamelijk en mentaal welbevinden. Met andere woorden, het uitgangspunt is niet wat de betrokkene niet meer kan, maar wat die nog wel kan.

Passend betekent ook dat niet alleen het gezondheidsprobleem in ogenschouw genomen wordt, maar dit probleem wordt bezien in samenhang met de resterende gezondheidsmogelijkheden, weerbaarheid en zelfredzaamheid van de betrokkene. Dit totale beeld bepaalt wat de betrokkene zelf doet en op welke zorg en ondersteuning iemand in aanvulling daarop is aangewezen. Is er sprake van een ernstige aandoening of beperking, dan kunnen de mogelijkheden voor eigen inbreng, regie en zelfredzaamheid gering zijn en zal er vaak een indicatie zijn voor zorg die uit het basispakket wordt vergoed. Is er geen sprake van een ernstige aandoening of beperking, dan is er ook geen recht op zorg die wordt vergoed uit het basispakket. Passende zorg betekent namelijk ook dat steeds wordt gekeken naar het totale beeld en dat zorg niet de enige bron hoeft te zijn om een gezondheidsvraag of aandoening aan te pakken. Het is een continue afweging of het aangewezen is om vanuit het zorgdomein zorg in te zetten om erger te voorkomen of dat dit onnodig medicaliseert en het beter is om hulp over te laten aan informele zorgverleners of het sociale domein.

Deze afweging is met name van toepassing op de groeiende groep thuiswonende ouderen die weliswaar als kwetsbaar wordt gezien, maar waarbij geen sprake is van een aandoening of beperking waarvoor zij verzekerde zorg ontvangen. Het beleid is er immers op gericht dat oudere inwoners van Nederland zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Met het stijgen van de leeftijd stijgt echter het aantal gezondheidsproblemen dat tot kwetsbaarheid leidt. Hierdoor zijn er steeds meer kwetsbare ouderen thuis die in een complexe zorgsituatie zitten. Het staat buiten kijf dat deze groep kwetsbare ouderen ondersteuning moet krijgen waar dat nuttig en nodig is, zodat zij verantwoord thuis blijven wonen met een goede kwaliteit van leven. Daarvoor moet niet primair worden gekeken naar een mogelijke (enkelvoudige) zorgvraag die zich kan voordoen, maar moet breed worden gekeken naar de algehele situatie. Daarom is in 2019 de *Handreiking kwetsbare ouderen thuis* opgesteld om zorgverleners te ondersteunen in hun tegemoetkomen aan de complexe zorgvragen die een deel van deze ouderen heeft.[34] In de handreiking hebben dertien landelijke partijen uit het medische-, sociale- en zorgdomein actuele inzichten bijeengebracht over de zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Kern van de handreiking is een zes-stappenplan. Dit stappenplan geeft aanwijzingen en handvatten voor proactieve persoonsgerichte, samenhangende zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie. Veldpartijen hebben echter al eerder aangegeven dat het gebrek aan een structurele landelijke bekostiging op onderdelen een obstakel vormt bij het implementeren van de handreiking en het realiseren van de samenhangende zorg. Hierdoor was deze zorg niet beschikbaar voor alle kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie die hier baat bij zouden kunnen hebben. Om structurele bekostiging mogelijk te maken is het belangrijk dat vaststaat in hoeverre de zorg- en ondersteuningsactiviteiten die onder deze samenhangende zorg vallen, verzekerde zorg volgens de Zvw zijn en dus wordt vergoed uit het basispakket. Om te ondersteunen bij de implementatie van deze zorg volgens de handreiking heeft het Zorginstituut op verzoek van VWS een aantal zaken verduidelijkt in een notitie in 2021.[35] Hierin concludeert het Zorginstituut dat de zorginhoudelijke activiteiten voor deze groep ouderen tot de reguliere zorg behoren. Dat geldt ook voor de activiteiten op het gebied van de afstemming en coördinatie van deze zorg, omdat die deel uitmaken van ‘professioneel juiste zorg’.

We zien dat passende zorg voor de genoemde doelgroep over de verschillende domeinen van financiering heen gaat. Het is belangrijk dat er verbinding is tussen de zorg die gericht is op

een individuele zorgvraag uit het basispakket, de zorg die is gericht op de bevolking of op selectieve groepen daarvan uit de publieke gezondheidszorg en de ondersteuning van kwetsbare ouderen uit het sociale domein.

4.1 Over welke zorg gaat het?

In de inleiding werd al duidelijk dat het belangrijk is om zorg en ondersteuning te bieden aan kwetsbare ouderen, maar dat die zorg alleen wordt vergoed uit het basispakket als daarvoor een medische indicatie is. Dan kan er zorg worden geleverd door de fysio- of oefentherapeut, ergotherapeut, diëtist etc., afhankelijk van de zorgvraag. Eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg voor kwetsbare ouderen thuis richt zich daarbij op het zodanig verbeteren van het fysiek functioneren van het individu, dat iemand zo onafhankelijk mogelijk dagelijkse activiteiten kan uitvoeren en blijven uitvoeren. Het is wel belangrijk om kritisch te kijken welke paramedische zorgverleners een rol hebben in de begeleiding van een kwetsbare oudere met een individuele zorgvraag, om te voorkomen dat de zorg gefragmenteerd wordt uitgevoerd en er sprake is van overlap en minder ondoelmatige inzet van zorgverleners.

Een voorbeeld van de zorg die in het kader van passende zorg aan kwetsbare ouderen wordt geboden is de ketenaanpak valpreventie.[36] In 2023 heeft het Zorginstituut op verzoek van VWS bekeken welke zorg hierbij kan worden vergoed uit het basispakket. Een onderdeel van deze keten is een valpreventieve beweeginterventie voor kwetsbare thuiswonende ouderen bij wie onderliggend of bijkomend lijden is vastgesteld (individuele preventie). Sinds 1 januari 2024 worden valpreventieve trainingsprogramma's daarom vergoed uit het basispakket. 65-plussers met een hoog valrisico komen hiervoor in aanmerking als er vanwege onderliggend of bijkomend lijden is vastgesteld dat begeleiding van een fysio- of oefentherapeut nodig is bij de training.[37]

Dit voorbeeld laat zien dat het mogelijk is om effectieve preventieprogramma's te vergoeden uit het basispakket voor kwetsbare ouderen, op voorwaarde dat hun zorgvraag daarvoor in aanmerking komt (geïndiceerde preventie). Belangrijk is om hierbij steeds de vraag te stellen waar de grens ligt tussen het zorg- en het sociale domein bij het ondersteunen van mensen, die weliswaar kwetsbaar zijn, maar verder geen specifieke aandoening of beperking hebben die recht geeft op een vergoeding van een behandeling uit het basispakket.

4.2 Analyse van ervaren knelpunten

De beroepsgroep ervaart dat de zorg die zij aan de genoemde doelgroep zou kunnen verlenen niet geheel uit het basispakket wordt vergoed. Dit knelpunt komt voort uit de huidige wet- en regelgeving. Het Zorginstituut vindt het echter onwenselijk om de zorg voor kwetsbare ouderen thuis onnodig te medicaliseren door zorg volledig of grotendeels in het zorgdomein te plaatsen. Dit druist ook in tegen de aard van de zorgverzekering. De Zvw is een individuele schadeverzekering die van toepassing wordt als een verzekerde een individueel hoog risico op schade heeft door een aandoening of beperking. Daarbij is het belangrijk dat dergelijke schade zoveel mogelijk wordt voorkomen of uitgesteld, zodat een beroep op de zorg niet nodig is. We willen immers dat de zorg het sluitstuk vormt bij het aanpakken van gezondheidsvragen en -problemen. De verantwoordelijkheid voor het voorkomen van schade ligt bij het individu, diens omgeving en de samenleving. Als zich toch een zorgvraag voordoet, dan bepaalt de afweging tussen de ernst van de aandoening, effectiviteit van de behandeling en de kosten van de behandeling voor het individu en de samenleving of die uit het basispakket wordt vergoed.

Uit oogpunt van een solidaire sociale ziektekostenverzekering vindt het Zorginstituut dit een rechtvaardige benadering die ook strookt met de uitgangspunten van passende zorg en positieve gezondheid. De individuele zorgverzekering is pas aan de orde als meer generieke instrumenten, die gericht zijn op (specifieke) doelgroepen (selectieve en collectieve preventie), niet meer voldoende zijn en er individuele zorg nodig is die op de aandoening is toegesneden. Het Zorginstituut legt in de publicatie *Preventie in de Zorgverzekeringswet opnieuw ontleed* uit wanneer preventieve zorg tot het basispakket behoort en over welke instrumenten het Zorginstituut beschikt om hier een bredere invulling aan te geven.

Het Zorginstituut concludeert dat het ondersteunen van het bewegen voor kwetsbare ouderen belangrijk is om hen zo lang mogelijk goed te laten functioneren in hun omgeving, maar dat slechts een beperkt deel van deze zorg uit het basispakket kan worden vergoed. Het is belangrijk dat er voor deze doelgroep effectieve ondersteuning beschikbaar is en dat mensen hier ook toegang toe hebben. Het begeleiden bij het alledaagse bewegen, sporten, buitenactiviteiten en het sociale aanbod hiervoor kunnen niet uit het basispakket worden vergoed. Dat wil echter niet zeggen dat het Zorginstituut het grote belang niet ziet dat kwetsbare ouderen zo veel mogelijk blijven bewegen. Als zij dit zelf niet kunnen of niet kunnen regelen, hebben ze hierbij ondersteuning nodig. Hier speelt echter wel steeds vaker het dilemma dat het beter is lichte zorgondersteuning in te zetten om zwaardere zorg te voorkomen, maar dat we het bewegen niet willen medicaliseren.

4.3 Acties en rollen van partijen

Om de keten voor het ondersteunen van het bewegen van kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgvraag zonder chronische indicatie, en de plek van de fysio- en oefentherapeut daarin, goed vorm te geven is het belangrijk dat:

- Onderzocht wordt welke zorg of programma's er nodig zijn voor kwetsbare ouderen thuis en bij welke indicaties deze kunnen worden ingezet. Hierbij moet worden gekeken naar de zorg die al geleverd wordt binnen valpreventie en de zorg die door andere zorgprofessionals wordt geleverd (bijvoorbeeld ergotherapeut, wijkverpleging).
- Ook wanneer sprake is van geïndiceerde preventie de zorg niet alleen vanuit het Zvw-domein wordt ingezet, maar dat er ook in het gemeentelijke sociale domein faciliteiten beschikbaar zijn voor de doelgroep kwetsbare ouderen zonder medische indicatie. Naast beschikbaarheid van interventies is samenwerking en coördinatie tussen gemeente en Zvw-domein noodzakelijk. Hierbij kan worden geleerd van de vormgeving van de ketenaanpakken kinderen en volwassenen met overgewicht en obesitas.
- In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) wordt gekeken naar hoe interventies die vallen onder het sociaal domein beter kunnen worden ingekocht of dat dit kan gebeuren in combinatie met zorg uit het basispakket. Het Zorginstituut werkt hiervoor scenario’s uit.
- Er meer onderzoek wordt gedaan naar oefenprogramma's voor specifieke indicaties. De effectiviteit van de behandeling moet wetenschappelijk zijn onderzocht en moet voldoen aan SWP.

5 Consultatie, conclusies en advies

5.1 Resultaten consultatie

Het Zorginstituut heeft een conceptversie van dit advies in oktober 2024 aan betrokken partijen voorgelegd ter consultatie. De geboden oplossing in die conceptversie wijkt echter aanzienlijk af van wat het Zorginstituut nu adviseert. In het conceptadvies adviseerde het Zorginstituut namelijk om de huidige aanspraak 'functiegericht' uit te breiden met drie zorggebieden waar partijen meerwaarde zien voor fysio- en oefentherapie. Helaas moest het Zorginstituut tot het voortschrijdend inzicht komen dat deze optie op dit moment niet haalbaar is. Ook de reacties van partijen wezen in deze richting, want zij hadden een groot aantal vragen over de implicaties van het voorgestelde advies. De reacties van partijen zitten als bijlage bij dit advies.

Het Zorginstituut heeft daarom gekozen voor een insteek die naar zijn mening op dit moment en met de huidige stand van zaken het maximaal haalbare is. We hebben dit aangepaste advies niet opnieuw aan partijen voorgelegd, maar hen hierover mondeling geïnformeerd en bestuurlijk besproken (5 maart 2025) voorafgaand aan de publicatie van het advies.

5.2 Conclusies

Na een intensief traject van ruim drie jaar is het de samenwerkende partijen helaas niet gelukt om volledig aan drie belangrijke randvoorwaarden te voldoen die zij moesten invullen om een andere vormgeving van de aanspraak op fysio- en oefentherapie te overwegen. Mede hierdoor kan de conclusie van het Zorginstituut niet anders zijn dan dat aanpassing van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie op dit moment niet aan de orde is. We kunnen de minister van VWS alleen adviseren over een andere vormgeving van de aanspraak, als voor iedereen (verzekerden, zorgverzekeraars en zorgverleners) duidelijk is welke zorg wel en niet onder de aanspraak valt. En als voldoende duidelijk is wat de financiële consequenties daarvan zijn.

Het Zorginstituut heeft ook bekeken wat zonder wijziging van de vormgeving van de aanspraak mogelijk is om te komen tot meer passende fysio- en oefentherapie in het basispakket. Zo blijft het altijd mogelijk om de huidige aanspraak uit te breiden met nieuwe indicaties als de effectiviteit voldoende is vastgesteld en als ook op de andere pakketcriteria positief wordt gescoord. Om hier verdere vooruitgang in te boeken adviseert het Zorginstituut, mede op aanraden van de WAR, om een specifiek onderzoeksprogramma in te richten voor pakketwaardig onderzoek.

Verder ziet het Zorginstituut mogelijkheden om partijen te helpen ervoor te zorgen dat binnen de huidige aanspraak meer passende eerstelijns fysio- en oefentherapie gaat plaatsvinden op drie gebieden waar partijen nu knelpunten ervaren. De overwegingen die tot deze conclusie hebben geleid zijn de volgende:

- Partijen ervaren een belemmering in de verzekerde aanspraak voor fysio- en oefentherapie om passende zorg te kunnen leveren.
- De minister van VWS heeft het Zorginstituut daarom gevraagd om een advies uit te brengen over de vormgeving van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie op basis van de principes van passende zorg die kort voor het formuleren van de adviesvraag waren gelanceerd. Aan deze principes was op dat moment nog geen nadere invulling gegeven.
- Het beantwoorden van de adviesvraag moest plaatsvinden binnen de geldende wettelijke kaders.
- Het Zorginstituut heeft samen met partijen drie jaar lang een zeer intensief traject doorlopen om een voorstel aan VWS te kunnen doen over een andere vormgeving van de aanspraak op fysio- en oefentherapie. Daarbij is gewerkt aan drie randvoorwaarden die moesten worden ingevuld: het indienen van een tripartiet tot stand gekomen kwaliteitskader, verankering van de toetsing aan SWP en een passende bekostiging.

- In die drie jaar stonden de ontwikkelingen niet stil. Zo zijn de criteria voor passende zorg verder ingevuld, maakten partijen in het IZA afspraken over het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket en ontwikkelden zij een visie op de eerstelijnszorg. Deze ontwikkelingen hadden invloed op de beantwoording van de adviesvraag.
- Het is de samenwerkende partijen niet gelukt om volledig aan de drie gestelde randvoorwaarden te voldoen. Mede daarom kan de conclusie van het Zorginstituut niet anders zijn dan dat aanpassing van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie nu niet aan de orde is. We kunnen de minister van VWS alleen adviseren over een andere vormgeving van de aanspraak als voor iedereen (verzekerden, zorgverzekeraars en zorgverleners) duidelijk is welke zorg wel en niet onder de aanspraak valt en voldoende duidelijk is wat daarbij de financiële consequenties en risico's voor de samenleving zijn. Hoewel het Zorginstituut in eerdere rapporten de mogelijkheden heeft onderzocht voor een wijziging van de aanspraak, is door voortschrijdend inzicht gebleken dat het op dit moment niet haalbaar is.
- Een gezamenlijke doorontwikkeling naar het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* is een essentiële randvoorwaarde als basis voor een gecontroleerde overgang naar een passende aanspraak. Dit hangt samen met het feit dat in het kwaliteitskader de principes van passende zorg in samenhang worden uitgewerkt tot concrete afspraken tussen zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten. De afspraken die zij samen vastleggen, moeten daarom waarborgen dat zorg van goede kwaliteit is en dat zorg voldoet aan de principes van passende zorg. Het Zorginstituut kan partijen hierin faciliterend bijstaan.
- Daarnaast is een optie om de toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie te verbeteren door de eerste twintig behandelingen voor indicaties op de chronische lijst weer te gaan vergoeden. Daar is geen inhoudelijk advies van het Zorginstituut voor nodig, omdat de redenen om deze destijds van vergoeding uit te zonderen niet inhoudelijk, maar financieel waren.
- Eerstelijns fysio- en oefentherapie speelt een cruciale rol in multidisciplinaire zorg. Het Zorginstituut benadrukt dat een betere integratie van deze disciplines in eerstelijnszorg mogelijk is door afspraken te maken tussen eerstelijns- en tweedelijns zorgverleners. In de visie op versterking van de eerstelijnszorg zijn partijen ermee akkoord gegaan dat zij zich op regionaal niveau gaan organiseren. Dit maakt het mogelijk om afspraken te maken over regionale samenwerking.
- De mogelijkheid om zwaardere interventies, zoals operaties, te vervangen of uit te stellen door fysio- en oefentherapie is een belangrijk thema. Het Zorginstituut benadrukt dat er meer bewijs nodig is van de effectiviteit van deze behandelopties en hun substitutiepotentieel en wijst op het belang van meer onderzoek. Als dit bewijs er is en ook op andere pakketcriteria positief wordt gescoord, is het op elk moment mogelijk om de huidige aanspraak uit te breiden met nieuwe indicaties.
- Fysio- en oefentherapie voor kwetsbare ouderen zonder chronische indicatie wordt nu niet vergoed uit het basispakket, maar valt grotendeels binnen de *Wet maatschappelijk ondersteuning* (Wmo). Hoewel fysio- en oefentherapie kan bijdragen aan passende zorg voor deze doelgroep, wil het Zorginstituut waken voor medicalisering van de zorg en is het geen voorstander van vergoeding hiervan uit het basispakket. Wat wel bijdraagt aan verbetering van deze zorg is nauwere samenwerking tussen de verschillende disciplines in de eerstelijnszorg en gemeentelijke voorzieningen.

Het Zorginstituut wil partijen helpen beter om samen te werken bij het ondersteunen van de verschillende doelgroepen voor wie fysio- en oefentherapie meerwaarde kan hebben. Die hulp omvat bijvoorbeeld het begeleiden van afspraken tussen zorgverleners en het ondersteunen van onderzoek naar pakketwaardigheid. Het is belangrijk dat er voldoende mogelijkheden zijn binnen de diverse ZonMw-programma's om dergelijk onderzoek mogelijk te maken. Ook kan het Zorginstituut helpen pilots van de NZa met alternatieve bekostigingsmodellen mogelijk te maken.

Samenwerking tussen alle partijen en bereidheid tot verandering van de organisatie van zorg is cruciaal om knelpunten op te lossen en passende zorg breed te implementeren. Het doel is toekomstbestendige zorg, waarbij iedereen in Nederland toegang heeft en houdt tot goede en passende zorg

5.3 Advies

In reactie op de adviesvraag van VWS over de inrichting van de aanspraak van eerstelijns fysio- en oefentherapie zoals weergegeven in artikel 2.6 van het Bzv adviseert het Zorginstituut om op basis van de resultaten van het met partijen afgelegde traject de huidige aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie nu niet te wijzigen.

Bijlagen

1. Tien bouwstenen die de inhoud en financiële omvang van het domein fysio- en oefentherapie beschrijven.
2. Reacties schriftelijke consultatie.

Bijlage 1 - Eerstelijns fysio- en oefentherapie in 10 bouwstenen

De betrokken partijen hebben het domein van eerstelijns fysio- en oefentherapie inzichtelijk gemaakt in 10 bouwstenen. Dit was nodig om in aanloop naar het eindadvies een onderbouwde inschatting te maken van de te verwachte budgettaire impact van een eventuele wijziging van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg. De 10 bouwstenen en de budgettaire omvang van de bouwstenen staan tabel 1.

Tabel 1 - De 10 bouwstenen en de budgettaire omvang anno 2022

Domein eerstelijns fysio- en oefentherapie in 10 bouwstenen	Uitgaven 2022
Bouwstenen in aanvullende verzekering	
1. Kortdurende fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie	€ 287,5 miljoen
2. Langdurige fysio- en oefentherapie bij volwassenen zonder chronische indicatie*	€ 248,4 miljoen
3. Fysio- en oefentherapie die tweedelijnszorg kan voorkomen of vervangen	€ 3 miljoen
4a. Fysio- en oefentherapie bij al geduide aandoeningen uit de wachtkamer	a. n.v.t.[a]
4b. Voorwaardelijke toelatingstrajecten	b. € 69 miljoen[b]
5. Fysio- en oefentherapie als onderdeel van *reablement* voor ouderen (70+) zonder chronische indicatie	€ 178,7 miljoen
6. Fysio- of oefentherapeutische diagnostiek en triage bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat van volwassenen	€ 295,5 miljoen
7. Eerste twintig behandelsessies van fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties	€ 91 miljoen
Bouwstenen in basispakket	
8. Fysio- of oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd	€ 69 miljoen
9. Fysio- of oefentherapie bij chronische indicaties voor volwassenen	€ 368 miljoen
10. Fysio- of oefentherapie voor kinderen/jongeren tot 18 jaar	€ 161 miljoen
Totaal	**€ 1,78 miljard**
Aanvullende verzekering	**€ 1,11 miljard**
Basispakket	**€ 0,67 miljard**

[a] Deze kosten zitten verdisconteerd in bouwstenen 1 en 2. Omdat de onderwerpen in de wachtkamer – op de twee voorwaardelijke toelatingstrajecten na – negatief zijn geduid, worden deze kosten verder niet expliciet gemaakt.
[b] Deze kosten vallen al onder het basispakket.

Een gedetailleerde beschrijving van de bouwstenen is te vinden in *Voortgangsrapportage I - Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie* (2023).[14] Fysio- en oefentherapeutische zorg die valt onder bouwstenen 1 tot en met 7 wordt nu niet vergoed uit het basispakket. Bouwstenen 8 tot en met 10 zijn wel al onderdeel van de huidige aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie en worden vergoed uit het basispakket.

Tussenadvies Zorginstituut van maart 2024 aan de minister van VWS
In *Voortgangsrapportage II - Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie* heeft het Zorginstituut een tussenadvies uitgebracht aan de minister van VWS.[15] De voortgangsrapportage is gebaseerd op 6 van de 10 bouwstenen die door partijen zijn geprioriteerd voor nadere uitwerking voorafgaand aan het eindadvies. Deze prioritering is bestuurlijk geaccordeerd tijdens het bestuurlijk overleg van december 2023. Voor 5 van de 6 geprioriteerde bouwstenen heeft het Zorginstituut een advies uitgebracht. Hieronder beschrijven we op hoofdlijnen het uitgebrachte tussenadvies voor deze 5 bouwstenen en of het advies is overgenomen door de minister.

- Bouwsteen 4: fysio- en oefentherapie bij al geduide aandoeningen uit de wachtkamer.
  Twee van de zes geduide aandoeningen uit de wachtkamer voldoen aan SWP. Deze twee onderwerpen zijn
  1. langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen; en
  2. fysio- en oefentherapie bij mensen met spondylartritis met ernstige functionele beperkingen.
  Het Zorginstituut heeft de minister geadviseerd om eerstelijns fysio- en oefentherapie voor deze aandoeningen te vergoeden uit het basispakket. De minister heeft het advies voor langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen overgenomen. Over het advies fysio- en oefentherapie bij mensen met spondylartritis met ernstige functionele beperkingen is nog geen politiek besluit genomen.
- Bouwsteen 6: fysio- en oefentherapie voor diagnostiek en triage van het houdings- en bewegingsapparaat.
  Het Zorginstituut constateert dat sprake is van een bestaande aanspraak als nauwe samenwerking met de huisarts plaatsvindt. Het Zorginstituut adviseert partijen om goede afspraken te maken over de taakverschuivingop het 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.
  Alle betrokken partijen prioriteren dit onderwerp als het belangrijkste knelpunt in de huidige aanspraak. Door de financiële drempel weg te nemen op fysio- en oefentherapie bij indicaties die staan vermeld in Bijlage *1* van het Bzv worden deze indicaties vanaf de eerste in plaats van vanaf de 21ste behandeling vergoed uit het basispakket. Het Zorginstituut constateert dat deze wijziging op relatief korte termijn de toegankelijkheid van deze zorg kan verbeteren.
- Bouwsteen 8: fysiotherapie en oefentherapie bij aandoeningen die expliciet in de wet worden benoemd.
  Het Zorginstituut heeft de minister van VWS voorzien van medisch-inhoudelijke argumenten om de beperkende voorwaarden voor de aanspraak bij COPD – te weten het stellen van een maximumaantal behandelingen – uit de wettelijke bepaling te halen om meer passende zorg mogelijk te maken. De politiek heeft op basis van deze argumentatie besloten om de beperkingen per 1 januari 2025 uit de wet te halen.

Bijlage 2 - Reacties schriftelijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit rapport zijn de kernpartijen en overige partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. De schriftelijke reacties van de geconsulteerde partijen op de vraag die aan hen is gesteld zijn integraal bijgevoegd.

De volgende partijen hebben een schriftelijk consultatiereactie gegeven op het rapport.

Kernpartijen
Beroepsverenigingen
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF)
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

Zorgverzekeraars
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Patiëntenvertegenwoordigers
- Patiëntenfederatie Nederland
- Spierziekten Nederland
- ReumaNederland
- Multiple Sclerose Vereniging Nederland

Overheidspartijen
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Overige partijen
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)

Aan de kernpartijen zijn de volgende consultatievragen gesteld:
- Onderschrijft u de voorgestelde stip op de horizon? Waarom wel of onder welke omstandigheden/aandachtspunten wel?
- Onderkent u de rollen van betrokken partijen? Zo niet, hoe dan wel?

Aan de overige partijen de onderstaande consultatievragen:
- Onderschrijft u de voorgestelde stip op de horizon? Waarom wel of onder welke omstandigheden/aandachtspunten wel?
- Onderkent u de rollen van betrokken partijen? Zo niet, hoe dan wel?
- Hoe kijkt u naar de omschreven advieslijn?
- De advieslijn vraagt om nadere afstemming tussen de huisartsgeneeskunde, het domein fysio- en oefentherapeutische zorg en medisch-specialistische zorg. Welke rol ziet u hierin voor uw organisatie weggelegd?

Belangrijke vermelding
Naar aanleiding van de consultatiereacties en het Bestuurlijk Overleg fysio- en oefentherapie op 25 oktober 2024 zijn er substantiële aanpassingen doorgevoerd in het conceptadvies. Hierdoor sluiten de onderstaande consultatiereacties niet aan op de huidige versie van het eindadvies.

Hou rekening met deze aanpassingen bij het lezen van de consultatiereacties, want de lijn die ter consultatie is uitgegaan sluit niet langer aan bij de huidige versie van het advies.

Consultatiereacties kernpartijen

Hieronder volgen de reacties van de kernpartijen op de consultatievragen. De beroepsverenigingen (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Stichting Keurmerk Fysiotherapie en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck) hebben gezamenlijk gereageerd.

Onderschrijft u de voorgestelde stip op de horizon? Waarom wel of onder welke omstandigheden/aandachtspunten wel?
Reactie beroepsverenigingen: KNGF, SKF en VVOCM kunnen in beginsel instemmen met een dergelijke aanpassing (hybride aanspraak), maar constateren dat dit tot een ingewikkeld systeem leidt dat continu aan verandering onderhevig is. Gelet op het feit dat patiënten en verwijzers het huidige systeem van vergoeding al als erg complex ervaren, voorzien wij een toename van complexiteit en mogelijk ook knelpunten t.a.v. uitvoerbaarheid. Dit kan tot veel administratieve en andersoortige uitvoeringslasten(voorlichting, communicatie, uitleg, geschillen) leiden. Voor onze organisaties is voorwaardelijk dat deze uitvoeringslasten niet op de fysio-/oefentherapeut of de praktijk gaan drukken.

Daarnaast constateren wij dat het concreet "vullen" van de zuilen/thema's nog een enorm werk zal zijn waar heel veel extra inzet van de betrokken organisaties (tripartite) nodig zal zijn. Het is de vraag of alle organisaties deze kunnen leveren binnen de eerder gestelde termijn.

Ook alle onderwerpen waar door het advies partijen tripartite nadere overkoepelende afspraken over moeten maken (zie de volgende vraag) leiden tot veel extra werklast. Dat geldt niet alleen voor de betrokken landelijke partijen maar ook voor de individuele organisaties ((categorale) patiënten vertegenwoordiging, zorgverzekeraars; praktijken en fysio- en oefentherapeuten).

Problematisch in dit kader is ook dat de status van de professionele richtlijnen in relatie tot de toets aan de wettelijke criteria niet helder is. Hier zien wij het risico van heel veel dubbel werk. De overgang naar ruimere aanspraken, bij de huidige beperkingen, leidt tot de toepassing van striktere hantering van de wettelijke criteria dan bij zorgsoorten die een open aanspraak kennen. De toetsingen en duidingen vanuit het verleden en de daarop door partijen gegeven reacties tonen dat aan. Hierbij merken wij op dat in het eindadvies, met uitzondering van de passages die betrekking hebben op het Kwaliteitskader Fysiotherapie en Oefentherapie, minimaal aansluiting wordt gezocht bij de principes van het Kader Passende zorg, daar waar dit nadrukkelijk als leidend is onderschreven en ons zou moeten dwingen om toe te werken naar patiëntgerichte zorg met meer nadruk op de uitvoeringspraktijk en de professionele autonomie (vertrouwen). Deze aspecten zien wij onvoldoende terug in de beschreven werkwijze.

Alles overziende onderschrijven wij 'de stip, omdat hiermee wordt bevestigd dat er meer fysio- en oefentherapeutische zorg toegankelijk moet worden gemaakt vanuit de basisverzekering om de uitdagingen in de zorg (en de maatschappij) het hoofd te bieden, maar verwachten we dat de uitvoering van het huidige advies zo veel werk met zich mee zal brengen dat het jaren zal duren voordat we echte oplossingen voor de toegankelijkheid van de zorg in de praktijk kunnen realiseren.

Daarnaast wijzen we er op dat een kwantificering van de maatschappelijke impact van verbetering van de aanspraken helaas ontbreekt in het concept eindadvies. Het is onze stellige overtuiging dat de meerkosten in de Budget Impact Analyse geheel of grotendeels zullen

worden gecompenseerd door de opbrengsten van de maatschappelijke meerwaarde van verbetering van de aanspraken.

Reactie Zorgverzekeraars Nederland: Nee, We komen tot de conclusie dat wij ons grotendeels niet kunnen vinden in uw advies.

Reactie Patiëntenfederatie Nederland: Hierbij bevestig ik nogmaals dat de Patiëntenfederatie de geschetste stip op de horizon onderschrijft.

Reactie Nederlandse Zorgautoriteit: Wij zien het rapport meer als middel om de stip op de horizon te bereiken. De gekozen thema's lijken logisch, maar om via deze route richting een open aanspraak te gaan op de benoemde thema's gaat onzes inziens heel lang duren. Het is op dit moment niet duidelijk wat er allemaal binnen welk thema kan vallen (naast de voorbeelden die genoemd zijn). Wanneer is voor iedereen duidelijk dat alles binnen een thema behandeld is? Wachten tot een heel thema gevuld is voordat deze mogelijk naar de open aanspraak gaat kost heel veel tijd. Waarom is besloten af te stappen van de bouwstenen (waarin stukjes al eerder naar de open aanspraak kunnen) en over te stappen naar thema's (waar eerst heel veel geduid moet zijn voordat het naar de open aanspraak kan)? De route om te besluiten of iets wel of niet voldoet lijkt namelijk niet anders dan de geschetste route in de eerder gepubliceerde voortgangsrapportage. Wij vrezen dat deze route niet geschikt is om op korte termijn veranderingen teweeg te brengen, terwijl deze snelheid wel nodig is gezien de huidige ontwikkelingen in het zorglandschap.

Algemene opmerking: het rapport is vrij lastig te lezen, zeker voor de lezer die de andere rapporten niet kent. Veel teksten worden herhaald of lopen niet lekker. Hieronder doen we een aantal suggesties voor het vergroten van de leesbaarheid.

Onderkent u de rollen van betrokken partijen? Zo niet. hoe dan wel?
Reactie beroepsverenigingen: Wij zien in het advies twee hoofdlijnen voor de rollen van partijen. Ten eerste betreft dit de inhoudelijke toets van indicaties en zorg aan de wettelijke criteria. De in het advies voorgestelde oplossing met een “onafhankelijke commissie van experts” spreekt ons aan. Maar tegelijkertijd waarschuwen we voor een te hoge mate van gedetailleerdheid van vragen aan deze commissie. Het heeft sterk de voorkeur als we tot een algemene toets van de effectiviteit/stand van de Wetenschap en praktijk kunnen komen, bijvoorbeeld op basis van de door het Zorginstituut genoemde zes categorieën functiestoornissen. In onze ogen is er meer sturing en commitment nodig t.a.v. het totale proces.

Daarnaast adviseert het Zorginstituut dat partijen op veel onderwerpen overkoepelende afspraken maken. Dit soort afspraken wordt, bij een globale telling ongeveer 10 keer genoemd in het concept. Ook dit leidt tot een enorme uitvoeringslast en een groot risico op verlies van tijd en capaciteit, zowel op landelijk niveau voor de tripartite organisaties als op regionale niveau van de individuele zorgverzekeraar en praktijk. Het is in onze opvatting hoogst onwaarschijnlijk dat er gegeven al deze nadere vragen en eisen al per 1-1-26 daadwerkelijk invulling kan worden gegeven aan verbetering van de toegankelijkheid van de zorg, waarbij onze patiënten/de Nederlandse inwoner zo gebaat zouden zijn.

Reactie Zorgverzekeraars Nederland: Zorgverzekeraars hebben wettelijk gezien geen rol in het bepalen van de omvang van het verzekerde pakket en zien kansrijke alternatieven. In het belang van de patiënt pleiten wij voor volledige inzet op het afschaffen beperkende maatregel van de eerste 20 behandelingen voor eigen rekening (impact ca. 135-170 mln. euro). Een ander alternatief is het organiseren van triage en diagnostiek bij de huisarts door gespecialiseerde fysiotherapeuten.

Reactie Patiëntenfederatie Nederland: Deze vraag is door Patiëntenfederatie Nederland niet beantwoord.

Reactie Nederlandse Zorgautoriteit: Deze vraag is door de NZa niet beantwoord.

Consultatiereacties overige partijen

Hieronder volgen de reacties van de overige partijen.

Onderschrijft u de voorgestelde stip op de horizon? Waarom wel of onder welke omstandigheden/aandachtspunten wel?

Reactie Nederlands Huisartsen Genootschap: Deze vraag is door het NHG niet beantwoord.

Reactie Nederlandse Vereniging voor Reumatologie: Ja. Het lijkt een verstandige ontwikkeling die uitgaat van positieve gezondheid en beter rekening houdt met inkomensverschillen. Een opmerking bij de berekening over kostenstijging bij substitueren van een operatie door Fysiotherapie bij subacromiaal pijnsyndroom: hierbij wordt geen rekening gehouden met het feit dat de meeste van deze mensen al veel fysiotherapie hebben gehad voordat zij aan een operatie toekomen, zodat het effect van deze substitutie mogelijk tegenvalt.

Reactie Nederlandse Orthopaedische Vereniging: Deze vraag is door de NOV niet beantwoord.

Reactie Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen: Deze vraag is door de NVR niet beantwoord.

Onderkent u de rollen van betrokken partijen? Zo niet, hoe dan wel?

Reactie Nederlands Huisartsen Genootschap: Deze vraag is door het NHG niet beantwoord.

Reactie Nederlandse Vereniging voor Reumatologie: De rol van de medisch specialist (bv reumatoloog) is het mede aanleveren van bewijs voor bepaalde behandelingen.

Reactie Nederlandse Orthopaedische Vereniging: Deze vraag is door de NOV niet beantwoord.

Reactie Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen: Deze vraag is door de NVR niet beantwoord.

Hoe kijkt u naar de omschreven advieslijn?

Reactie Nederlands Huisartsen Genootschap: Deze vraag is zeer breed geformuleerd, waardoor een concreet antwoord niet duidelijk te formuleren is. Wij zien de relevantie van het document vooral voor de betreffende beroepsgroep. Mocht u verder nog concrete vragen hebben, horen wij dit graag.

Reactie Nederlandse Vereniging voor Reumatologie: Deze vraag is door de NVR niet beantwoord.

Reactie Nederlandse Orthopaedische Vereniging: De beschreven problematiek rondom financiering van de fysiotherapie komt geregeld terug in de spreekkamer. De controle op fysiotherapie lijkt echter nog altijd een black box. Er lijkt veel praktijkvariatie. In het kader van vergoedingen is duur/aantal behandelingen een groot vraagteken. De omschreven adviesrichtlijn t.a.v. de plaats van fysio- of oefentherapie in specifieke situaties of bij specifieke aandoeningen is in overeenstemming met richtlijn/EBM aanbevelingen en vindt al op grote schaal plaats in het kader van de daaruit voortvloeiende stepped-carebehandeling. Formalisatie van dit proces is daarom prima, zodat toegewerkt kan worden naar een beter onderbouwde vergoeding voor de fysiotherapeut.

1. Wel zal de NOV de situaties/ziektebeelden moeten specificeren waarbij er een verwachte meerwaarde is van fysio-/oefentherapie zoals aangegeven in de gestelde doelstelling.
2. Ook zal daarbij aan een aantal voorwaarden voldaan moeten worden. Er moet onder andere worden gekeken naar een aantal patiëntfactoren: bijvoorbeeld leeftijd, posttraumatisch/ niet posttraumatisch (anamnese), en de duur van het bestaan van de klachten. Daarbij dienen er ook goede afspraken rondom beeldvorming te zijn.
3. De evaluatie moet langs dezelfde weg gaan als de evaluatie van andere zorg, zoals

medisch-specialistische zorg en geneesmiddelen. Een mogelijk nadeel van meer controle/evaluatie is een hogere administratielast. Dit is een aandachtspunt.

Reactie Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen: Het bestuur vindt het een hoopvol stuk waarin voor een deel de door de revalidatieartsen ervaren problemen wordt verwoord als we naar passende zorg toe willen. Graag zouden wij zien dat de ontwikkeling om in de eerste lijn multidisciplinair samen te werken zoals verwoord bij zorgthema één, samen met de revalidatieartsen vorm wordt gegeven en de belanghebbende partijen, zoals Ergotherapie Nederland, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) en het KNGF bij te betrekken. We maken ons zorgen over voorwaarden om effectiviteit van multidisciplinaire eerstelijns zorg aan te tonen zoals die gangbaar zijn bij het Zorginstituut rondom de Stand Wetenschap en Praktijk. Goed vergelijkend onderzoek is voor de revalidatie- en paramedische zorg ingewikkeld, zeker als een RCT als gouden standaard wordt gezien. Een RCT is niet de meest aangewezen manier om evidence te verzamelen over dit soort interventies.

We zijn van mening dat we bezwaar moeten maken over hoofdstuk 2.1: daarin staat dat fysiotherapie vergoed moet worden uit het budget van de tweedelijns zorg voor complexe problematiek. We zijn van mening dat dit hoofdstuk en mogelijke financieringsvormen verdere verdieping nodig heeft. Dit zal samen met alle paramedici uit de eerste lijn, de medisch-specialistische revalidatie (revalidatieartsen) en ook andere revalidatie- disciplines zoals geriatrische revalidatie (specialisten ouderengeneeskunde) en orgaanrevalidatie (cardiologen, longartsen) vorm moeten krijgen.

De advieslijn vraagt om nadere afstemming tussen de huisartsgeneeskunde, het domein fysio- en oefentherapeutische zorg en medisch-specialistische zorg. Welke rol ziet u hierin voor uw organisatie weggelegd?

Reactie Nederlands Huisartsen Genootschap: Wat ons betreft heeft de huisarts vooral een signalerende functie. Hierbij is het niet wenselijk dat dit extra taken oplevert voor de huisarts ten opzichte van de huidige samenwerkingsafspraken. De indicatiestelling en inhoud zoals ook beschreven in het rapport volgen de kaders vanuit de geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep. Hierbij is het uiteraard wel van belang dat er afstemming is met de ketenpartners (eerste en tweedelijns) en dat er voldoende communicatie is onderling.
Reactie Nederlandse Vereniging voor Reumatologie: Deze vraag is niet beantwoord.

Reactie Nederlandse Orthopaedische Vereniging: Zie ook de vraag over de omschreven advieslijn. De NOV/orthopeed zal hierin een leidende en sturende rol moeten spelen en moeten aangeven in welke situaties/ziektebeelden aan de gestelde doelstelling kan worden voldaan, en hierin de 'kartrekker' moeten zijn. Dit zal, als niet al gedaan, ook in de behandelrichtlijnen geïmplementeerd moeten worden. De ketenpartners dienen daarin bij de start betrokken te worden. Al opgezette (lokale) netwerken met de eerste lijn en fysiotherapie zijn hierbij *common practica* en zullen dit proces vergemakkelijken, bijvoorbeeld het Beweeghuis. Hierin zijn vaak al afspraken opgenomen om de genoemde uitdagingen bij punt 1 te tackelen. Inventarisatie van common/best practicus zou daarom van toegevoegde waarde zijn.

Adequate anamnese en beeldvorming zijn belangrijk. Daarbij kunnen ook de volgende zaken in acht worden genomen: aanwezigheid structurele afwijkingen, de leeftijd van de patiënt en de duur van de klachten. E.e.a. kan dan worden besproken met de diverse orthopedische werkgroepen, de vertegenwoordiging van huisartsen en vertegenwoordiging van fysiotherapeuten.

De NOV heeft op dit moment een traject lopen gericht op knie- en heupartrosezorg, waarbij met verschillende stakeholders (waaronder het KNGF) een meer uniforme (stepped-care) werkwijze nagestreefd wordt. Ook is er vanuit de orthopedie eerder bijgedragen aan de PATIO-studie naar postoperatieve fysiotherapie. Dergelijke trajecten zouden als uitgangspunt kunnen dienen voor andere ziektebeelden. Daarnaast is er op dit moment een taskforce actief binnen de NOV gericht op regionale samenwerking. Deze taskforce zou mogelijk ook een rol kunnen pakken in bovenstaande.

Overige aanvullingen:
De uitgewerkte casussen weerspiegelen niet altijd een (even) kloppend beeld van de realiteit, bepaalde aannames zijn moeilijk te onderbouwen en de evaluatie van effectiviteit wordt nu alleen langs de financiële as gedaan.

1. *AP ruptuur:* Conservatieve therapie met gips is ook een behandeling door een medisch specialist. Vraag is dus of de AP ruptuur in het advies moet komen. Besparing?
2. *SAPS:* Gaat dan volledig vergoed worden in de nieuwe situatie. Therapeutisch goed, maar forse kostenpost.
3. *VKB:* onduidelijk waar genoemde data vandaan komt. Daarnaast lijkt 50% reductie in operaties een hoog percentage.
4. *Meniscusletsel:* aanname mogelijk eerder andersom verwacht: 70% van de 18-45-jarigen alsnog geopereerd en 55% of minder van de groep 45-70-jarigen.

Reactie Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen: Revalidatieartsen kunnen mede door een aantal problemen die in dit rapport worden geadresseerd de beweging naar passende zorg niet goed maken. Wij zien voor onszelf een actieve rol weggelegd binnen dit dossier omdat vanuit ons vakgebied we overzicht en inhoudelijke kennis hebben over de gehele breedte van de zorg en het revalidatie-domein in het bijzonder.

Colofon

Volgnummer	2025001999
Afdeling	Zorg
Team	Paramedische Zorg
Uitgebracht aan	Minister van VWS

CONCEPT

1. Nederland Z. Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. 2020: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu.
2. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Adviesaanvraag fysio- en oefentherapie. 2021: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/brief/2021/11/15/adviesaanvraag-fysio--en-oefentherapie.
3. Nederland Z. Kader passende zorg. 2022: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg.
4. Nederland Z. Pakketbeheer in de Praktijk 4. 2023: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/rapport/2023/03/20/pip4.
5. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Kamerbrief verbeteren en verbreden toets op het basispakket. 2022: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/12/02/kamerbrief-over-verbeteren-en-verbreden-van-de-toets-op-het-basispakket.
6. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Visie eerstelijnszorg 2030. 2024: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/01/26/visie-eerstelijnszorg-2030.
7. Nederland Z. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023. 2023: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023.
8. Nederland Z. Ziektelast in de praktijk. 2018: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/05/07/ziektelast-in-de-praktijk.
9. Nederland Z. Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg. 2023: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/12/20/afwegingskader-noodzakelijk-te-verzekeren-zorg.
10. Nederland Z. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024). 2024: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg.
11. Nederland Z. Systeemadvies fysiotherapie en oefentherapie. 2016: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/12/20/systeemadvies-fysiotherapie-en-oefentherapie.
12. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Projectplan aanspraak fysio- en oefentherapie. 2021: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/11/29/projectplan-aanspraak-fysio--en-oefentherapie.
13. Nederland Z. Advies Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. 2023: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2023/01/17/advies---passende-zorg-voor-fysiotherapie-en-oefentherapie.

14. Nederland Z. Voortgangsrapportage passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. 2024: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2024/01/04/voortgangsrapportage-i---passende-zorg-voor-fysiotherapie-en-oefentherapie.
15. Nederland Z. Voortgangsrapportage II 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. 2024: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2024/03/22/voortgangsrapportage-ii---passende-zorg-voor-fysiotherapie-en-oefentherapie.
16. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Kamerbrief over Wijziging basispakket Zorgverzekeringswet 2025. 2024: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/05/24/kamerbrief-over-wijziging-basispakket-zorgverzekeringswet-2025.
17. Zorgautoriteit N. Passende bekostiging van fysiotherapie en oefentherapie 2024: pagina's. Geraadpleegd op via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_755251_22/1/.
18. Anesthesiologie NVv. Pijn bij patienten met kanker. 2021: pagina's. Geraadpleegd op via https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/behandeling_van_pijn_bij_patienten_met_kanker/startpagina_-_pijn_bij_patienten_met_kanker.html.
19. Cardiologie NVv. Hartrevalidatie. 2011: pagina's. Geraadpleegd op via https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/hartrevalidatie/hartrevalidatie_-_startpagina.html.
20. Care NVvI. Nazorg en revalidatie van intensive care patienten. 2022: pagina's. Geraadpleegd op via https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/nazorg_en_revalidatie_van_intensive_care_patienten/startpagina_-_pics.html.
21. Meijer WM, Holst L, Willems A, et al. Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030: een verslag van de bijeenkomst. Nivel, 2023: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.nivel.nl/nl/publicatie/burgerplatform-visie-op-de-eerstelijnszorg-2030-een-verslag-van-de-bijeenkomst.
22. von Korff M and B T. Individualized stepped care of chronic illness. West J Med 2000; 172.
23. Ecorys. Substitutie van Zorg, fysio- en oefentherapie op de juiste plek. 2020: pagina's. Geraadpleegd op via https://equalis.nl/wp-content/uploads/2021/05/Equalis-Substitutiepotentieel-fysio-en-oefentherapie-Eindrapportage-def.pdf.
24. Equalis. Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet fysio- en oefentherapie. 2021: pagina's. Geraadpleegd op via https://equalis.nl/wp-content/uploads/2021/05/Equalis-Substitutiepotentieel-fysio-en-oefentherapie-Eindrapportage-def.pdf.
25. van der Graaff SJA ES, Meuffels DE, , van Es EM, Verhaar JAN HD, et al. Effect of Physical Therapy vs Arthroscopic Partial Meniscectomy in People With Degenerative Meniscal Tears: Five-Year Follow-up of the ESCAPE Randomized Clinical Trial. Br J Sports Med 2022; 56.
26. Noorduyn JCA, van de Graaf VA WN, Scholten-Peeters GGM, , Kret EJ, et al. 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 network Open 2022; 5.
27. Vandvik PO LT, Ardern C, Buchbinder R, Moro J, Brox JI, Burgers J, Hao Q, Karjalainen T, van den Bekerom M, Noorduyn J, Lytvyn L, Siemieniuk RAC, Albin A, Shunjie SC, Fisch F, Proulx L, Guyatt G, Agoritsas T, Poolman RW. . Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. BMJ 2019.
28. Nederland Z. Eindevaluatie Perifeer Arterieel Vaatlijden. 2021: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2021/07/27/zz-eindevaluatie-pav.
29. Jansen SCP vNL, Scheltinga MRM, Rouwet EV, Teijink JAW, Vahl AC. Successful Implementation of the Exercise First Approach for Intermittent Claudication in the Netherlands is Associated with Few Lower Limb Revascularisations. Eur J Vasc Endovasc Surg 2020.
30. Vereniging NO. Richtlijn Artroscopie van de knie. 2019: pagina's. Geraadpleegd op via https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/artroscopie_van_de_knie/artroscopische_behandeling_van_knieklachten/behandeling_meniscusletsels.html.
31. van de Graaf VA NJ, Willigenburg NW, Butter IK, , de Gast A MB, Saris DBF TJ, et al. Effect of Early Surgery vs Physical Therapy on Knee Function Among Patients With Nonobstructive Meniscal Tears: The ESCAPE Randomized Clinical Trial. JAMA 2020; 320: 1328-37.

32. Vereniging NO. Richtlijn Voorste kruisbandletsel. 2018: pagina's. Geraadpleegd op via https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/voorste_kruisbandletsel/startpagina_-_voorste_kruisbandletsel.html.
33. chirurgie NVvP. Richtlijn Primaire artrose van de duimbasis. 2015: pagina's. Geraadpleegd op via https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/primaire_artrose_van_de_duimbasis/primaire_artrose_duimbasis_-_korte_beschrijving.html.
34. Wind A, te Velde B, Neumann R, et al. Handreiking Kwetsbare ouderen thuis. 2021: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.beteroud.nl/tips-tools/tools/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-geactualiseerd.
35. Nederland Z. Zorg voor kwetsbare ouderen thuis in een complexe zorgsituatie. 2021: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/06/30/verduidelijking-zorginstituut-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis-in-een-complexe-zorgsituatie.
36. VeiligheidNL. Handreiking Ketenaanpak Valpreventie. 2024: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.veiligheid.nl/ketenaanpak-valpreventie.
37. Nederland Z. Valpreventie beweeginterventies binnen de Zvw (februari 2024). 2022: pagina's. Geraadpleegd op via https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/valpreventie-zvw/documenten/standpunten/2022/03/17/duiding-valpreventie.

CONCEPT