

## VEELGESTELDE VRAGEN

### Behandeling COPD vanuit de basisverzekering in 2019

#### **Wie mag de patiënt met COPD classificeren? De huisarts, de longarts, de fysiotherapeut?**

Hiervoor is door het Zorginstituut de volgende pragmatische werkwijze gesuggereerd en partijen (KNGF, VVOCM, ZN) hebben die overgenomen.

De fysiotherapeut kan de *patiënten die hij al kent*, indelen in de categorieën A t/m D. Dat gebeurt op basis van de informatie die al eerder van huisarts en longarts is verkregen en op basis van de behandelhistorie in de praktijk. Bij twijfel is het verstandig om contact op te nemen met de behandelend arts (huisarts of longarts)

Voor *nieuwe patiënten* is de informatie die de huisarts of longarts geeft bij de verwijzing bepalend voor de indeling in de genoemde categorieën.

De indeling is als volgt:

#### **Indeling naar ernst van exacerbaties en symptomen bij COPD**

Aantal/ernst van exacerbaties	Ernst van de symptomen	
≥ 2 exacerbaties of ≥ 1 exacerbatie leidend tot ziekenhuisopname	C	D
0 of 1 exacerbatie zonder ziekenhuisopname	A	B
	mMRC 0-1 en/of CAT < 10	mMRC ≥ 2 en/of CAT ≥ 10

mMRC = modified British Medical Research Council

Questionnaire CAT = COPD assessment tool

#### **Hoe wordt de klasse waarin iemand valt bepaald? Hoe wordt bijvoorbeeld het aantal exacerbaties geturfd?**

Hiervoor zijn geen strikte normen geformuleerd. Het aantal exacerbaties en de vraag of er wel of geen sprake is geweest van een ziekenhuisopname is bepalend voor de ernst van de

aandoening en symptomen. Daarbij komt dat het beloop bij COPD in het algemeen progressief is.

***Wanneer begint dan het eerste behandeljaar? Bij eerste contact met een fysiotherapeut? Of bij retour na een aantal jaar afwezigheid?***

Voor patiënten die al in behandeling waren in 2018 gaan op 1 januari 2019 de 'tellers op 0'. Dat wil zeggen dat het geldende maximum aantal behandelingen in geheel 2019 op hen van toepassing is. Per 1 januari 2020 is er sprake van het maximum aantal vervolghandelingen van de onderhoudsfase.

Voor nieuwe patiënten geldt de datum van de eerste behandeling als begindatum van de aanspraken. Dus als de eerste behandeling op 14 april 2019 valt, is er tot 14 april 2020 recht op het maximumaantal behandelingen horend bij het eerste behandeljaar. Na 14 april 2020 is er steeds opnieuw per behandeljaar recht op het maximale aantal vervolghandelingen. Bovenstaande uiteraard allemaal mits medisch noodzakelijk.

***Mag er na de gelimiteerde vergoeding uit de basisverzekering eventueel bij noodzakelijke behandeling op de aanvullende verzekering gedeclareerd worden?***

Dit is afhankelijk van het soort aanvullende polis dat de patiënt heeft gesloten. Dat kan per polis en per verzekeraar verschillen. Op dit moment is daar nog geen inzicht in.

***Wie bepaalt of er sprake is van exacerbatie: de longarts of een fysiotherapeut?***

Dat kan door beiden worden bepaald.

***Wie deelt de patiënten in in de categorieën? Hoe wordt dit geregeld voor 1 januari 2019?***

Zie het antwoord op de eerste vraag.

***Starten de lopende dossiers ook in het eerste jaar qua vergoeding (C en D 70x in het eerste jaar)?***

Zie het antwoord op de eerste en de derde vraag.

***Als een patiënt start in april 2019, loopt dan het eerste jaar qua vergoeding van april 2019 tot april 2020?***

Ja, dat is inderdaad het geval

***Komen er verschillende diagnosecodes voor de verschillende categorieën?***

Er komen aparte CSI codes voor de verschillende categorieën COPD patiënten. Er komen geen aparte diagnosecodes.

Het betreft de volgende codes:

013 COPD risicogroep A, startjaar (maximaal 5 behandelingen)

Op basis van regelgeving oefentherapie COPD per 1-1-2019.

014	COPD risicogroep B, startjaar (maximaal 27 behandelingen)	Op basis van regelgeving oefentherapie COPD per 1-1-2019.
015	COPD risicogroep C/D, startjaar (maximaal 70 behandelingen)	Op basis van regelgeving oefentherapie COPD per 1-1-2019.
016	COPD risicogroep B, onderhoudsjaar (maximaal 3 behandelingen) na startjaar	Op basis van regelgeving oefentherapie COPD per 1-1-2019.
017	COPD risicogroep C/D, onderhoudsjaar (maximaal 52 behandelingen) na startjaar	Op basis van regelgeving oefentherapie COPD per 1-1-2019.

De volledige lijst met CSI codes treft u aan op:

<https://www.vektis.nl/streams/standaardisatie/codelijsten/COD321-VEK1>

***Als het ziektebeeld gedurende het jaar verandert, kunnen patiënten dan wisselen van categorie? Zo ja, hoe werkt dat dan qua vergoeding? En wie bepaalt of iemand wisselt van groep?***

Wanneer in de loop van een behandeljaar (eerste behandeljaar of vervolgjaren) de patiënt/verzekerde wordt geïndiceerd voor een hogere klasse (bijvoorbeeld van B naar C), geldt het recht op vergoeding uit de basisverzekering van het maximum aantal behandelingen voor de hogere klasse met terugwerkende kracht tot aan de begindatum van het behandeljaar. De behandelingen die in dat jaar al zijn gegeven, worden daar dus van afgetrokken.

Voorbeelden:

- Als de patiënt/verzekerde zich nog in de *eerste behandelperiode* van 12 maanden bevindt, schuift hij door naar het aantal behandeling dat hoort bij de eerste behandelperiode van de hogere klasse, dus in geval van B naar C van 27 naar 70 behandelingen voor rekening van de basisverzekering).
- Als de patiënt/verzekerde zich in de *onderhoudsfase* bevindt, schuift hij door naar het aantal behandelingen dat hoort bij de onderhoudsbehandeling van de hogere klasse, dus in geval van B naar C van 3 naar 52).

In beginsel kan de fysiotherapeut in samenspraak met de longarts of huisarts bepalen of er sprake is van verslechtering van het ziektebeeld op basis van de criteria die zijn opgenomen in de onderstaande tabel:

**Indeling naar ernst van exacerbaties en symptomen bij COPD**

Aantal/ernst van exacerbaties	Ernst van de symptomen
-------------------------------	------------------------

≥ 2 exacerbaties of ≥ 1 exacerbatie leidend tot ziekenhuisopname	C	D
0 of 1 exacerbatie zonder ziekenhuisopname	A	B
	mMRC 0-1 en/of CAT < 10	mMRC ≥ 2 en/of CAT ≥ 10

mMRC = modified British Medical Research Council

Questionnaire CAT = COPD assessment tool

Wanneer een patiënt/verzekerde lopende een behandeljaar voor een lagere klasse wordt geïndiceerd, start een nieuwe behandelperiode van 12 maanden. Daardoor wordt een situatie voorkomen dat een patiënt/verzekerde die in het lopende behandeljaar dan al meer behandelingen ten laste van de basisverzekering hebben gehad dan het bij de lagere klasse behorende maximum, met een terugbetaling wordt geconfronteerd.

Dus als de patiënt/verzekerde teruggaat van C naar B start op dat moment een nieuw behandeljaar en heeft hij vanaf die datum recht op vergoeding van 27 (eerste jaar) of 3 (vervolgjaar) behandelingen voor rekening van de basisverzekering.

***Het lijkt alsof de vergoeding is geregeld voor twee jaar. En daarna? Geldt deze vergoeding uit de BV een keer in iemands leven?***

De regeling geldt voor onbepaalde tijd. Het eerste behandeljaar is echter eenmalig. Daarna is er steeds per twaalf maanden recht op vervolgbehandeling.

***Volgens de richtlijn COPD zouden ernstige COPD patiënten twee tot drie keer per week behandeld moeten worden. Met de nieuwe vergoedingen is dit niet meer mogelijk.***

Het Zorginstituut heeft bij de vaststelling van de regeling naar eigen zeggen de stand van de wetenschap en de praktijk van dat moment (2017) gevolgd. Op dit moment wordt gewerkt aan een nieuwe richtlijn voor de behandeling van COPD-patiënten. Deze zal waarschijnlijk het eerste kwartaal 2019 worden afgerond. Naar verwachting zal die richtlijn afwijken van wat nu in de regeling van de aanspraken basisverzekering is opgenomen.

Daarnaast heeft het KNGF herhaaldelijk gepleit voor een hardheidsregeling voor die patiënten die aantoonbaar schade ondervinden van de maximering van het aantal behandelingen. Het overleg daarover loopt nog. Maar als het al tot een hardheidsregeling komt, zal deze op zijn vroegst er 1 januari 2020 van toepassing kunnen zijn

***Gaat het KNGF nog een publiekscampagne voeren om het publiek hiervan op de hoogte te brengen en actie voeren voor betere vergoeding van COPD zorg?***

Het is de verantwoordelijkheid van de minister van VWS en de zorgverzekeraars om de patiënten/verzekerden te informeren. De feitelijke informatie, zoals in de algemene toelichting en in deze vragen opgenomen, is ook afgestemd met het Longfonds, de patiëntenorganisatie. Op die manier streven we ernaar dat iedereen via verschillende kanalen over de juiste informatie kan beschikken.

***Moeten alle fysiotherapeuten eind van het jaar contact opnemen met alle longartsen om FEV1-waardes op te vragen? Doet de fysiotherapeut dit zelf?***

Zie het antwoord op de eerste vraag.

***Hoe zorgen we ervoor dat de patiënt in de juiste categorie wordt ingedeeld?***

Zie het antwoord op de eerste vraag.

***Geldt de nieuwe regeling alleen voor patiënten met COPD (ZN code 54) of ook voor de andere longaandoeningen, zoals aangeboren afwijkingen, Besnier Boeck, CF, Interstitiele longaandoeningen en sarcoidose (ZN code 51 en 56)? Vervallen deze ook in bijlage 1 bij het BZV of alleen ZN code 54?***

De nieuwe aanspraak geldt niet voor de andere chronische (long) aandoeningen die op de lijst staan.

***Wat gebeurt er als een patiënt switcht van behandelaar? Wie informeert de nieuwe behandelaar over het voorliggende behandeltraject en de aantallen behandelingen?***

De nieuwe behandelende fysiotherapeut zal in zijn anamnese moeten navragen of de patiënt al eerder voor COPD in behandeling is geweest bij een andere fysiotherapeut. Als dat zo is, kan navraag worden gedaan bij de eerdere behandelaar. Deze moet de betreffende informatie aan de nieuwe behandelaar verstrekken.

**Staat uw vraag er niet bij? Stel hem dan aan [Ledenvoorlichting@kngf.nl](mailto:Ledenvoorlichting@kngf.nl). We zorgen ervoor dat uw vraag (met antwoord!) wordt toegevoegd aan deze lijst.**