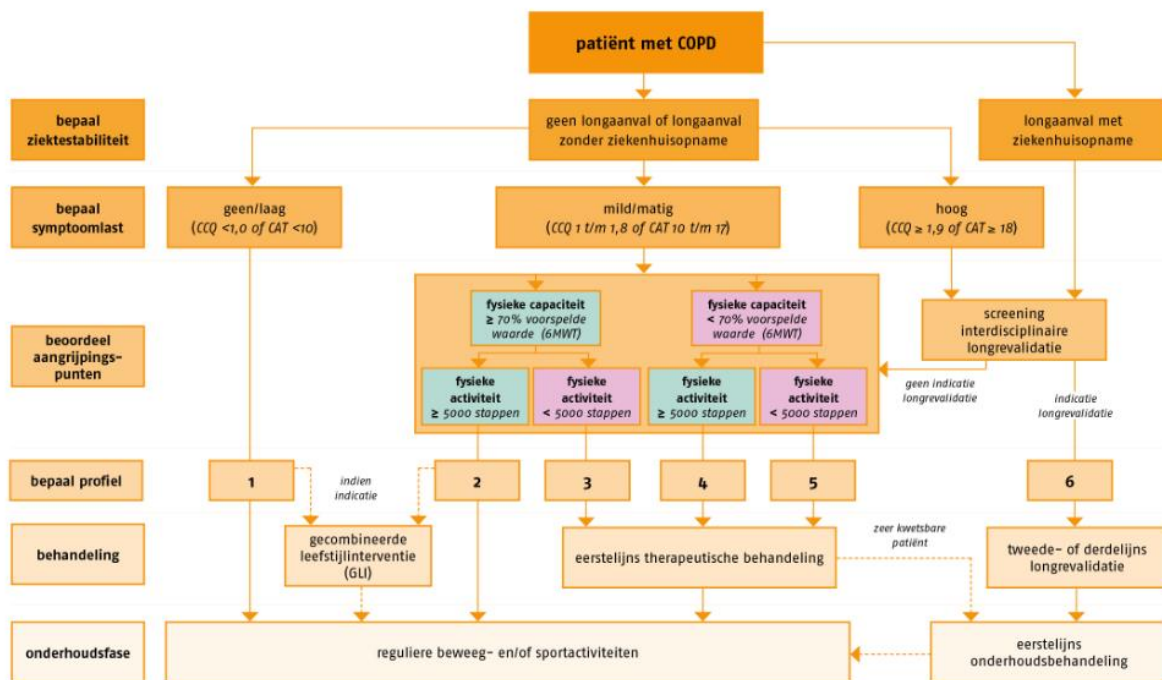


## Discrepantie tussen vergoedingsaanspraak en KNGF-richtlijn COPD

In de herziene KNGF-richtlijn COPD wordt aanbevolen om de zorgvorm en -zwaarte te bepalen aan de hand van patiëntenprofielen. Deze indeling zorgt ervoor dat de juiste zorg bij de juiste patiënt terecht komt, maar komt echter niet overeen met de verzekeringsaanspraken. Deze discrepantie kan leiden tot een toename in de administratieve last, wat we erg vervelend vinden. Daarom wordt in samenspraak met Zorginstituut Nederland en andere partijen gezocht naar een oplossing hierin. In dit document wordt een uitleg gegeven van de profielindeling van de richtlijn en van de vergoedingsaanspraak. Daarna wordt aangegeven waar de belangrijkste discrepantie zit tussen deze twee indelingen en hoe je hier als therapeut mee om kunt gaan. Tenslotte wordt aangegeven wat het KNGF-standpunt is over deze discrepantie.

### Profielindeling KNGF-richtlijn COPD

In de KNGF-richtlijn COPD wordt het volgende schema aangehouden om een patiënt te classificeren en de optimale zorgvorm te bepalen:



Middels dit schema worden de volgende profielen onderscheiden:

**Profiel 1:** Geen therapie, adviseer deelname aan reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten, overweeg overleg met huisarts over verwijzing voor een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI).

**Profiel 2:** Geen (of zeer beperkt) therapie, adviseer deelname aan reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten, overweeg overleg met huisarts over verwijzing voor een GLI. Maximaal aantal aanbevolen behandelingen: 6

**Profiel 3:** Eerstelijns therapie primair gericht op het optimaliseren van fysieke activiteit en daarna overgang naar reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten of opvolging in de vorm van onderhoudsbehandeling. Maximaal aantal aanbevolen behandelingen: 42

**Profiel 4:** Eerstelijns therapie primair gericht op het bevorderen van fysieke capaciteit en

daarna overgang naar reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten of opvolging in de vorm van onderhoudsbehandeling. Maximaal aantal aanbevolen behandelingen: 62

**Profiel 5:** Eerstelijns therapie primair gericht op het bevorderen van fysieke capaciteit, optimaliseren van fysieke activiteit en daarna overgang naar reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten of opvolging in de vorm van onderhoudsbehandeling. Maximaal aantal aanbevolen behandelingen: 70

**Profiel 6:** Tweede- of derdelijns interdisciplinaire longrevalidatie.

Voor zeer kwetsbare patiënten die niet in staat zijn om zelfstandig het fysiek functioneren te behouden wordt een onderhoudsbehandeling aanbevolen. Zie de richtlijn voor een definitie van deze zeer kwetsbare subgroep.

### Vergoedingsaanspraak

Patiënten met COPD komen in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering vanaf GOLD II (FEV1 <80%). Voor alle patiënten vanaf GOLD II en hoger geldt het volgende classificatiesysteem:

Aantal/ernst van longaanvallen	Ernst van de symptomen (gemeten met mMRC, CAT of CCQ)	
	mMRC 0-1 CAT <10 CCQ <1,0	mMRC ≥2 CAT ≥10 CCQ ≥1,0
0 of 1 longaanvallen zonder ziekenhuisopname	A	B
≥2 longaanvallen of ≥1 longaanval leidend tot een ziekenhuisopname	C	D

Middels deze indeling worden de volgende classificatie categorieën onderscheiden:

Categorie A: maximaal 5 behandelingen in het eerste behandeljaar, geen behandelingen in de vervolgjaren

Categorie B: maximaal 27 behandelingen in het eerste behandeljaar, maximaal 3 behandelingen in de vervolgjaren

Categorie C: maximaal 70 behandelingen in het eerste behandeljaar, maximaal 52 behandelingen in de vervolgjaren

Categorie D: maximaal 70 behandelingen in het eerste behandeljaar, maximaal 52 behandelingen in de vervolgjaren

Naar aanleiding van onrust over de vergoedingsaanspraak zal per 1 januari 2021 de vergoedingsaanspraak wijzigen voor patiënten die vallen binnen categorie B en voldoen aan de volgende voorwaarden:

- CAT ≥18 of CCQ ≥1,9
- 6 minuten wandeltest (6MWT) <70% van de voorspelde waarde

Voor deze patiënten (categorie B2) zal dezelfde vergoedingsaanspraak gaan gelden als patiënten in categorie C en D (maximaal 70 behandelingen in het eerste behandeljaar, maximaal 52 behandelingen in de vervolgjaren). Voor de overige patiënten in categorie B (de nieuwe categorie B1) blijft de huidige vergoedingsaanspraak van toepassing (maximaal 27 behandelingen in het eerste behandeljaar, maximaal 3 behandelingen in de vervolgjaren).

### Discrepantie tussen richtlijn en aanspraak

Voor een deel van de patiënten worden in de richtlijn meer behandelingen aanbevolen dan dat de aanspraak mogelijk maakt, namelijk:

1. Patiënten met FEV1 ≥80%. Deze patiënten kunnen geen aanspraak maken op vergoeding. In de richtlijn wordt de luchtstroombeperking echter buiten beschouwing gelaten, aangezien deze onvoldoende correleert met de mate van fysieke beperkingen bij patiënten met COPD. Daarom

wordt deze categorie patiënten volgens de richtlijn op de gebruikelijke wijze ingedeeld in de profielen 1 t/m 6, ongeacht de luchtstroombeperking.

2. Patiënten in categorie B (vanaf 2021: B1) en een beperkte fysieke capaciteit en/of beperkte fysieke activiteit. Deze patiënten kunnen aanspraak maken op maximaal 27 behandelingen in het eerste behandeljaar. Volgens de richtlijn worden deze patiënten echter ingedeeld in de profielen 3, 4 of 5 en worden respectievelijk maximaal 42, 62 of 70 behandelingen aanbevolen.
3. Patiënten met een longaanval of klinisch relevante terugval, maar op basis van de vergoedingsaanspraak niet naar een zwaardere categorie gaan. In de richtlijn wordt aanbevolen deze patiënten opnieuw onder behandeling te nemen en in te delen conform het stroomschema. De teller van de aanspraak gaat in dat geval echter niet terug naar 0. Het is dus mogelijk dat een patiënt al volledig of voor een groot deel door het aantal te vergoeden behandelingen heen is.

Voor een ander deel van de patiënten is de aanspraak juist ruimer dan de richtlijn aanbeveelt, namelijk:

- Patiënten in categorie A en categorie C. Vanwege de lage symptoomlast (CAT <10 of CCQ <1,0) wordt fysiotherapie niet aanbevolen. Deze patiënten zouden echter wel aanspraak kunnen maken op maximaal 5 (categorie A) of 70 (categorie C) behandelingen in het eerste behandeljaar.
- Patiënten in categorie C en D die in staat zijn om zelfstandig het fysiek functioneren stabiel te houden. Voor deze patiënten wordt in de richtlijn geen onderhoudsbehandeling aanbevolen. Deze patiënten kunnen desondanks aanspraak maken op maximaal 52 behandelingen in de vervolgjaren.

### **Hoe als fysiotherapeut om te gaan met deze discrepantie**

Het is belangrijk om bij de intake op basis van de verwijzingsgegevens te bepalen hoeveel behandelingen de patiënt vergoed krijgt uit de basisverzekering. Vanaf 1 januari 2021 geldt: indien een patiënt in categorie B valt en daarbij een CAT  $\geq 18$  of CCQ  $\geq 1,9$ , wordt bij de intake een 6MWT uitgevoerd om te bepalen of de patiënt in categorie B2 valt (<70% van de voorspelde waarde) en hierdoor aanspraak kan maken op maximaal 70 behandelingen in het eerste behandeljaar en maximaal 52 in de vervolgjaren.

Om vervolgens een patiënt conform de richtlijn in te delen in de profielen 2 t/m 5 (patiënten in de profielen 1 en 6 worden niet in de eerste lijn behandeld) worden twee metingen verricht:

- Een 6MWT ter bepaling van de fysieke capaciteit
- Het gemiddeld aantal stappen per dag middels een activiteitenmeter ter bepaling van de fysieke activiteit

Op basis van de profielindeling en de bijbehorende maximaal aanbevolen behandelaantallen kan bepaald worden of de patiënt aanspraak kan maken op voldoende behandelingen vanuit de basisverzekering.

Wees met name alert bij patiënten waarbij dit mogelijk niet zo is:

1. Patiënten met een FEV1  $\geq 80\%$ ,
2. patiënten in categorie B (of vanaf 2021: B1)
3. patiënten die opnieuw onder behandeling komen na een longaanval of bij een klinisch relevante terugval.

Als ingeschat wordt dat er meer behandelingen nodig zijn dan waar aanspraak op gemaakt kan worden, overleg dat met de patiënt over het aanpassen van het behandelplan of over het eventueel in rekening brengen van de extra behandelingen. Bij patiënten die aanspraak kunnen maken op meer behandelingen dan in de richtlijn aanbevolen wordt, is de richtlijn leidend.

### **KNGF standpunt over de discrepantie tussen richtlijn en aanspraak**

Het KNGF is blij met de aanpassing van de aanspraken fysiotherapie voor COPD-patiënten die per 1 januari 2021 ingaan. De betreffende patiënten kwamen zorg tekort waardoor hun gezondheidssituatie

achteruit ging. Wij gaan er van uit dat dit een aanzienlijke verbetering van de behandeling van patiënten met COPD tot gevolg heeft.

Er blijven echter problemen voor bepaalde groepen patiënten waarvoor de aanbevelingen in de richtlijn niet in lijn zijn met de aanspraak en ook de administratieve lasten zijn een punt van aandacht. Vereenvoudiging van het nu ingewikkelde systeem met vier (vanaf 2021 vijf) categorieën patiënten en het onderscheid tussen eerste – en vervolgjaren, is wenselijk. Het standpunt van het KNGF is dat patiënten met COPD de zorg vergoed krijgen die ze nodig hebben. De multidisciplinair vastgestelde, onderbouwde richtlijn is leidend bij het geven van de zorg, waarbij een patiënt niet meer, maar ook niet minder zorg krijgt dan noodzakelijk. Het KNGF vindt het van groot belang dat er doelmatig omgegaan wordt met het aantal behandelingen die patiënten met COPD krijgen en dat daarmee onderbehandeling, maar ook overbehandeling wordt voorkomen. Daarmee toont de fysiotherapeut aan dat hij of zij de expert is in bewegen en een belangrijke schakel in de behandeling van COPD patiënten. Op dit moment komen nog te weinig patiënten met COPD bij de fysiotherapeut, waardoor deze niet op de juiste plek behandeld worden. De juiste zorg op de juiste plek is en blijft een speerpunt waar KNGF zich sterk voor maakt.

Het KNGF is tevreden met de eerste stap die ZiNL en VWS genomen hebben om bij een deel van de patiënten in de categorie B het aantal behandelingen te vergoeden dat nodig is. Het KNGF heeft zich hier samen met andere partijen hard voor gemaakt. We gaan verder in gesprek met het ZiNL om de aanspraken volledig in overeenstemming te brengen met de nieuwste inzichten zoals die in de richtlijn zijn vastgelegd, zodat uiteindelijk alle patiënten met COPD de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Ook benaderen we EPD leveranciers met het verzoek om de software in te richten zodat de administratieve last zoveel mogelijk beperkt blijft.