

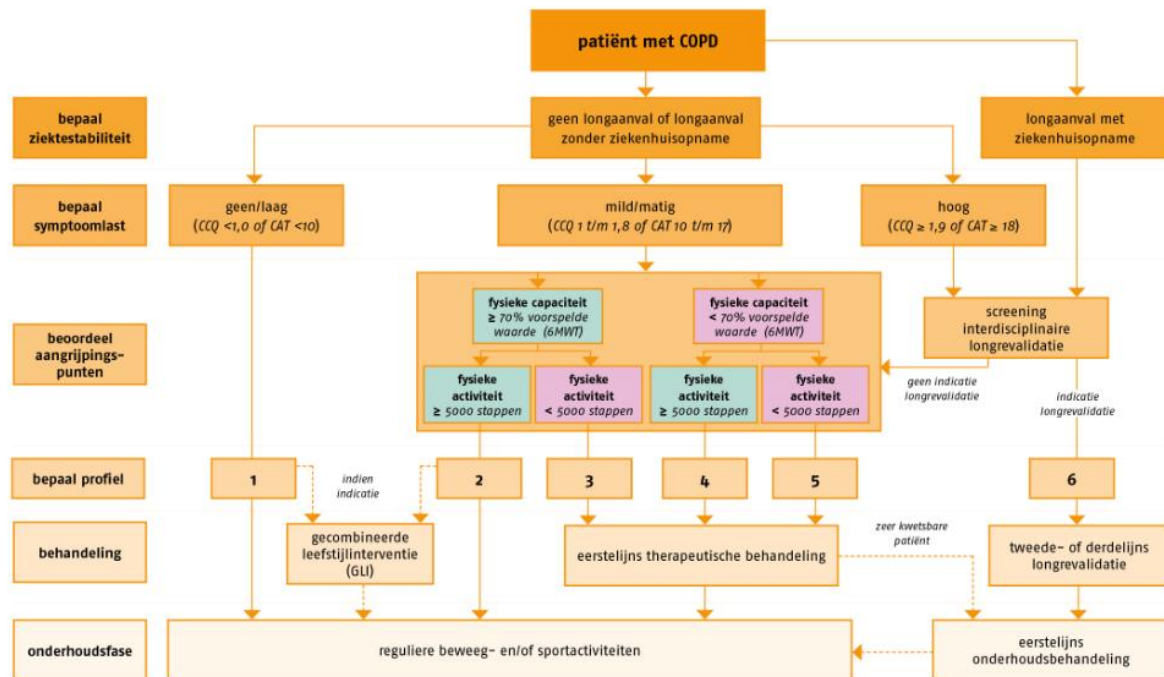
Mei 2021

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. De indeling zorgt ervoor dat de juiste zorg bij de juiste patiënt terecht komt, maar is anders dan aanspraken in de basisverzekering. Deze discrepantie kan leiden tot een toename in de administratieve last, wat we erg vervelend vinden. Het is tot nu toe niet gelukt om daar samen met Zorginstituut Nederland en andere partijen een oplossing voor te vinden. In dit document wordt een uitleg gegeven van de profielindeling van de richtlijn en van de vergoedingsaanspraak. Daarna wordt aangegeven wat de belangrijkste verschillen zijn tussen de twee indelingen en hoe je hier als therapeut mee om kunt gaan. Ten slotte wordt aangegeven wat het KNGF-standpunt is over dit verschil.

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:



In het bovenstaande 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.

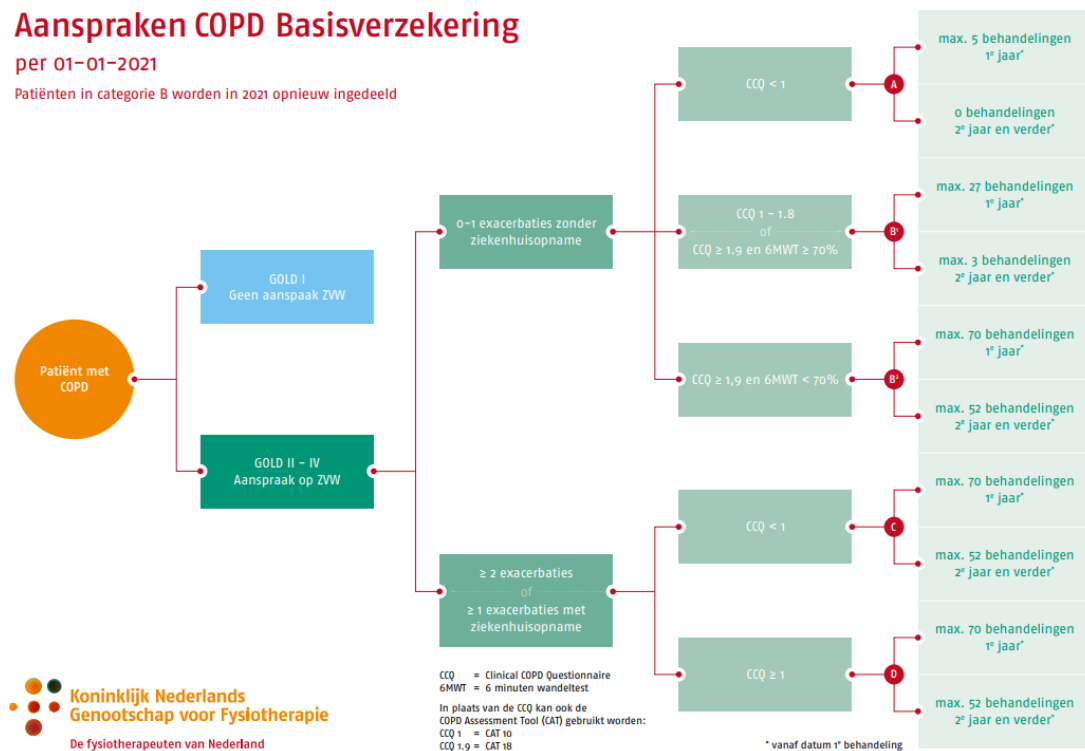
Vergoedingsaanspraak

Patiënten met COPD komen in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering vanaf GOLD II (FEV1 <80%).

Aanspraken COPD Basisverzekering

per 01-01-2021

Patiënten in categorie B worden in 2021 opnieuw ingedeeld



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 B1 met 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, die op basis van de aanspraak 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 vanuit de basisverzekering 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 in de richtlijn fysiotherapie voor deze patiënten 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. Als een patiënt in categorie B valt en daarbij een CAT ≥ 18 of CCQ $\geq 1,9$ heeft, wordt bij de intake een 6MWT uitgevoerd om te bepalen of de patiënt in categorie B1 of 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 (B2).

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 met een activiteitenmeter ter bepaling van de fysieke activiteit

Op basis van de profielindeling en de bijbehorende maximaal aanbevolen behandel aantallen 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 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 dan met de patiënt over het aanpassen van het behandelplan (hoewel dat eigenlijk onwenselijk is) of over het eventueel in rekening brengen van de extra behandelingen via de aanvullende verzekering of voor eigen rekening van de patiënt. 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

De regeling van de aanspraken is per 1 januari 2021 verbeterd, door het opsplitsen van categorie B in B1 en B2. Het KNGF heeft zich voor die aanpassing hard gemaakt en is daar dan ook tevreden over. De betreffende patiënten kwamen zorg tekort waardoor hun gezondheidssituatie achteruit ging. Wij gaan ervan 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. 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 moeten 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 (veel) te weinig patiënten met COPD bij de fysiotherapeut. Daardoor krijgen zij niet de beste zorg en worden ze niet op de juiste plek behandeld. Een Juiste Zorg op de Juiste Plek is juist een speerpunt van alle partijen bij de bestuurlijke afspraken.

Het gesprek met het Zorginstituut om de aanspraken in de basisverzekering volledig in overeenstemming te brengen met de nieuwste inzichten zoals die in de richtlijn zijn vastgelegd heeft echter nog niet het gewenste resultaat gehad. Daarmee krijgen nog niet alle patiënten met COPD de zorg die zij nodig hebben.

In overleg met de EPD leveranciers is de software zodanig ingericht dat de administratieve last zoveel mogelijk beperkt blijft.