DE VRIJ-GEVESTIGDE FYSIOTHERAPEUT GECONTROLEERD

DE VRIJ-GEVESTIGDE FYSIOTHERAPEUT GECONTROLEERD

(REGULATING THE FREE-PRACTISING PHYSICAL THERAPIST)

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR

AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS

PROF.DR.A.H.G. RINNOOY KAN

EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.

DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP

WOENSDAG 18 MAART 1987 TE 15.45 UUR

DOOR

HENDRICUS JACOBUS TAP

GEBOREN TE 's-GRAVENHAGE

PROMOTIECOMMISSIE

PROMOTOR:	Prof. Dr. R.M. Lapré
PROMOTOR:	Prof. Dr. H.J. Dokter
OVERIGE LEDEN:	Prof. Dr. J. Moll
	Prof. Mr. W.B. van der Mijn

ISBN 90-7087969-7

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij electronisch, mechanisch, door fotocopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

Een fysiotherapeut in Gieten
laat de patiënt van zijn handen genieten.
Want die peut knijpt en kneedt
waardoor men de klachten snel vergeet;
en boven zijn handen de mythe.

m.k. van dijk.

voor mijn ouders

VOORWOORD

De eerste contouren van dit onderzoek werden in begin 1983 zichtbaar. Sindsdien heeft een groot aantal mensen mij gestimuleerd om het uiteindelijke onderzoek af te maken. Zonder de royale medewerking van de Stichting Ziekenfonds Rotterdam was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Er werken in die organisatie veel personen die mij op allerlei manieren hebben gesteund. Aangezien ik niemand tekort zou willen doen dank ik de organisatie als geheel.

Naarmate het onderzoek vorderde heb ik de steun van mijn promotoren Prof.dr.R.M.Lapré en Prof.dr.H.J.Dokter zeer gewaardeerd. Niet altijd zonder stemverheffingen, maar wel immer met respect voor elkaars standpunten was hun kritiek een stimulans voor mij. De juridische puntjes op de i, werden door prof.mr.W.B.van der Mijn aangedragen. Mijn dank gaat in het bijzonder uit naar Prof.dr.J.Moll. Mede door zijn inspanningen kreeg voor mij de vakantieperiode van het jaar 1986 een apart cachet.

Niet minder belangrijk waren de meelezers die mij met hun specifieke kennis ter zijde stonden. Ik dank als zodanig Pita Meijer, René Offers, Erik Schut, Reijn Krikke en John Schiebergen voor hun geduld en raad.

De methodologische adviezen zijn afkomstig van drs. Geert Stevens en dr. Caspard de Jong waarvoor mijn hartelijke dank. Het zelfde geldt voor de familie Lombaard, Cor van Dijk, Ineke Slag en Lou Mulder die het typewerk en de grafische problemen voor hun rekening namen.

Katrien speelde gedurende het onderzoek wel een heel speciale rol. Haar opmerkingen waren niet alleen in de zakelijke, maar juist in de emotionele sfeer vaak ontnuchterend en stimulerend tegelijk. Zij weet als geen ander hoe ik dit heb gewaardeerd.

Takis ten slotte, dank ik voor zijn tekening die de omslag siert.

INHOUDSOPGAVE

Titelblad			
Mythe			
Voorwoord			VII
Inhoudsopgave			IX
Samenvatting			1
Deel I		INLEIDING	6
Hoofdstuk	1.	Schets van de fysiotherapie	6
	1.1	Samenvatting	12
Hoofdstuk	2.	De wet- en regelgeving en de fysiotherapeutisch hulp voor ziekenfondsverzekerden	14
	2.1	Samenvatting	16
Hoofdstuk	3.	De controle bij het plaatselijke ziekenfonds	18
	3.1	Inleiding	
	3.2	De formele controle	
	3.3	De materiële controle	
	3.4	Samenvatting	22
Hoofdstuk	4.	Rationaliteit en mythe	24
	4.1	Samenvatting	27
Hoofdstuk	5.	Het symbolisch interactionisme	28
	5.1	Samenvatting	32
Hoofdstuk	6.	De probleemstelling	33
Hoofdstuk	7.	Methoden en technieken	34
	7.1	De dossiers en registers	
	7.2	De waarneemgroepen	
	7.3	De focused interviews	
	7.4	De schriftelijke enquête	
	7.6	De inhoudsanalyse	

	7.4	De schriftelijke enquête	
	7.6	De inhoudsanalyse	
Deel II		HET EMPIRISCH ONDERZOEK	39
Hoofdstuk	8.	De formele controle van de diagnose/indicatie	40
	8.1	Inleiding	
	8.2	Hoe duidelijk is de wet- en regelgeving	
	8.3	De soorten eerste en tweede diagnosen/indicaties	
	8.4	De relatie eerste en tweede diagnosen/indicaties	
	8.5	De formele controle op de aan huis behandelingen	
	8.6	De formele controle en de psycho-sociale diagnose/indicatie	
	8.7	Conclusie	57
Hoofdstuk	9.	De formele controle van het behandelplan	60
	9.1	Inleiding	
	9.2	De duidelijkheid van de wet- en regelgeving	
	9.3	De formele controle van het behandelplan bij de eerste aanvraag	
	9.4	De aangevraagde duur en frekwenties in het behandelplan	
	9.5	De formele controle van het behandelplan bij de vervolgaanvraag	
	9.6	Het aanleunen in het Kort Verslag	
	9.7	Het aanleunen bij de epicondylitis lateralis	
	9.8	Het behandelplan gezien door de arts "De Achterkant"	
	9.9	Conclusie	85
Hoofdstuk	10.	De materiële controle van de chronologische praktijkregisters	88
	10.1	Het onderzoek van de praktijkregisters	
	10.2	Groepstherapie bij ziekenfondverzekerden	
	10.3	Duur en frekwentie	
	10.4	Dagregister en applicatie	
	10.5	Conclusie	99

Deel III		DE EINDCONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	102
Hoofdstuk	11.	De eindconclusie in symbolisch interactionistisch perspectief	102
Hoofdstuk	12.	De discussie en aanbevelingen	112
	12.1	Inleiding	
	12.2	De samenwerking	
	12.3	De opleidingen	
	12.4	De wet- en regelgeving	
	12.5	Toekomstige mogelijkheden	
Summary			122
Literatuur per hoofdstuk			124
Literatuurlijst			131
Trefwoordenlijst			139
Bijlagen			145
Curriculum vitae			

SAMENVATTING.

Deze dissertatie gaat over de specifieke wet- en regelgeving binnen het kader van de ziekenfondswet voor zover het de fysiotherapeutische hulp betreft. Er is weinig bekend over de fysiotherapie in zijn algemeenheid en in het bijzonder over de relatie met het belangrijkste uitvoerende orgaan van de ziekenfondswet, het ziekenfonds. De eerste drie hoofdstukken gaan uitvoerig in op de Nederlandse situatie, reiken uitleg van de benodigde begrippen aan en leggen de belangrijkste wettelijke procedures, die leiden tot de uiteindelijke fysiotherapeutische hulp, bloot. Er wordt op gewezen dat de huisarts na het stellen van een diagnose zijn patient naar de fysiotherapeut kan sturen. In dit onderzoek gaat het om de vrij-gevestigde fysiotherapeut, die voor eigen rekening en risico praktijk uitoefent. Ten einde deze vorm van hulp voor zijn ziekenfondspatient bereikbaar te maken, moet de huisarts een aanvraagprocedure opstarten, waarin de diagnose (en indicatie) en het behandelplan een belangrijke rol spelen. Deze aanvraagprocedure kent een aantal controlewerkzaamheden, die het ziekenfonds moet uitvoeren: de formele controle. Dat geldt tevens, zij het door middel van een ander soort werkzaamheden, ten aanzien van de door de fysiotherapeut ingediende declaraties voor de verleende fysiotherapeutische hulp: de materiële controle. Duidelijk wordt gemaakt dat huisarts, fysiotherapeut en ziekenfonds op grond van deze controlemaatregelen een netwerk vormen, waarvan het doel is, dat de fysiotherapeutische hulp op rationale wijze ter beschikking komt. Anders gezegd, de huidige wet- en regelgeving in termen van formele en materiële controle wordt beschouwd als een uitdrukking van rationaliteit, die de fysiotherapeutische hulp vastlegt. De kernvraag is of die wet- en regelgeving daarin slaagt. Immers, onder invloed van rationele formele procedures kunnen volgens de onderzochte literatuur mythen ontstaan. Het vierde hoofdstuk zal uitgebreid op de verstrengeling van

mythe en rationaliteit ingaan. Het vijfde hoofdstuk behandelt een pragmatisch theoretisch perspectief, waarmee getracht zal worden het handelen van de huisarts, de fysiotherapeut en het ziekenfonds te verklaren. In het bijzonder zal met dit perspectief onderzocht worden, welke betekenis deze drie actoren hechten aan drie centrale onderdelen uit de betreffende totale procedure, te weten: de diagnose, het behandelplan en het chronologisch praktijkregister dat iedere fysiotherapeut moet bijhouden.

Hoofdstuk zes geeft de probleemstelling weer en het zevende hoofdstuk zet de methoden en technieken uiteen, waarmee de probleemstelling wordt onderzocht. De drie daaropvolgende hoofdstukken zijn respectievelijk getiteld: de formele controle van de diagnose/indicatie, de formele controle van het behandelplan en de materiële controle van de chronologische praktijkregisters.

De uitkomsten van het onderzoek naar de formele controle van de diagnose/indicatie tonen aan dat er geen verschil wordt gemaakt tussen begrippen als diagnose en indicatie en dat bovendien ook andersoortige opmerkingen worden gevonden die als diagnose dan wel indicatie dienst doen. De vigerende wet- en regelgeving is ten aanzien van die twee begrippen bovendien niet eenduidig. Hoewel het ziekenfonds de huisarts verantwoordelijk stelt voor zowel diagnose als indicatie, geven de huisartsen zelf aan dat de indicatie tot de competentie van de fysiotherapeut zou moeten behoren. Zij vinden dat zij ten aanzien van de indicatiestelling onvoldoende op de hoogte zijn van de fysiotherapeutische (on-)mogelijkheden. Indien zich problemen voordoen met de indicatiestelling zou, althans volgens de huisartsen, het ziekenfonds zich rechtstreeks tot de fysiotherapeut moeten wenden. Opmerkelijk is de waarneming dat bij twee opeenvolgende diagnosen binnen één jaar bij één en dezelfde patient, sommige diagnosen in vergelijking met de eerste diagnose statistisch significant meer en andere significant minder vaak voorkomen. Het lijkt er op of onder invloed van de wet- en regelgeving soms voor de ene en soms voor een andere diag-

nose/indicatie wordt gekozen. Dit wordt het verspringen van de diagnose genoemd. Eén diagnose speelt daarbij een belangrijke rol: de lumbale klachten. Voorts valt op dat diagnosen met een sterk psycho-sociale lading in geringe mate voorkomen. Er zijn aanwijzingen dat bewust een andere diagnose dan die welke de status praesens van de patient weergeeft, aan het ziekenfonds wordt opgegeven. Verder wordt bij bijzondere vormen van fysiotherapeutische hulp, zoals aan huis behandelingen van patienten met invaliderende ziektebeelden, de controle van het ziekenfonds als hinderlijk ervaren. De huisartsen maken in ieder geval geen misbruik van deze bijzondere (duurdere) vorm van fysiotherapeutische hulp, zodat een aanpassing van de controle te rechtvaardigen lijkt. Het onderzoek naar de formele controle van het behandelplan toont in eerste instantie aan dat niet duidelijk is wie voor het behandelplan verantwoordelijk is. De huisartsen vinden dat de fysiotherapeut het behandelplan aan het ziekenfonds moet overleggen, maar het ziekenfonds zelf stelt de huisarts hiervoor verantwoordelijk. Kijkende naar de inhoud van de behandelplannen, kan gesteld worden dat die bedroevend is. Noch de fysiotherapeut noch de huisarts, noch zij gezamenlijk slagen zij er in een behandelplan te overleggen dat voldoet aan de gestelde minimale eisen. In een groot aantal gevallen ontbreekt een behandelplan zelfs geheel. Toch staat het ziekenfonds alle aanvragen toe. De reden daarvan is, dat het ziekenfonds op grond van het grote aantal aanvragen en de weinige practisch uitvoerbare sancties eenvoudigweg niet in staat is tegenspel te bieden. Zeker niet als het gaat om de verslaggeving van de fysiotherapeut aan de huisarts in het kader van vervolgmachtigingen. De huisarts is dan geneigd de argumentatie van de fysiotherapeut te ondersteunen en is niet op de hoogte van de neiging die fysiotherapeuten hebben om een nieuwe locatie van een klacht te beschouwen als een nieuwe indicatie. Dit wordt het aanleunen genoemd. Aan de basis van het ontbreken dan wel onvoldoende zijn van het behandelplan ligt de mening van de fysiothe-

rapeuten, dat het ziekenfonds niets met de inhoud van de behandeling van doen zou mogen hebben. Met name uit allerlei bijgeschreven opmerkingen op de enquêteformulieren, die aan de fysiotherapeuten werden gezonden blijkt, dat het niet botert tussen een deel van hen en het ziekenfonds. Kennelijk wordt dit door een deel van de beroepsgroep als ongewenst ervaren, want een groot aantal fysiotherapeuten is bereid op een andere manier met het ziekenfonds om te gaan als het de behandelplannen betreft.

Het derde en laatste hoofdstuk in dit kader is het onderzoek naar de materiële controle van de chronologische praktijkregisters. Deze registers die iedere vrijgevestigde fysiotherapeut zou moeten bijhouden, hebben als controle-onderdeel een heel beperkte waarde. Aangetoond wordt dat de registratie om allerlei redenen niet of onvolledig wordt uitgevoerd. Uitgangspunt van de fysiotherapeuten is, dat deze vorm van registratie dubbel werk inhoudt. Dit omdat zij zelf al een patientenregistratie zouden bijhouden. Uit de antwoorden van de enquête blijkt evenwel dat dit lang niet altijd het geval is. Zeker niet als het om het systematisch bijhouden van gegevens gaat. Er bestaat ook onduidelijkheid over wat nu door de fysiotherapeuten op de registers moet worden vermeld. Het uitgangspunt wordt geacht te zijn: de aard van de gegeven behandeling. Nergens staat echter vermeld of dat betrekking heeft op wat de fysiotherapeut feitelijk doet of op datgene wat het ziekenfonds toestaat. De conclusie is dan ook dat deze vorm van controle onder de huidige omstandigheden weinig zinvol is.

In het elfde hoofdstuk worden de uitkomsten van het onderzoek aan elkaar en aan het gekozen theoretisch perspectief gerelateerd.

De eindconclusie is dat onder invloed van de wet- en regelgeving de diagnose, het behandelplan en het chronologisch praktijkregister hun oorspronkelijke inhoudelijke betekenis verliezen. Naar het ziekenfonds toe worden zij vertaald in begrippen, waarvan de inhoud niet ter zake doet, zolang er maar een

machtiging van het ziekenfonds tegenover staat. Juist dié wijze van aanvragen wordt gekozen die geen belemmering voor het ziekenfonds vormt en het gevolg is een star beeld van het fysiotherapeutisch handelen, dat de volgende eigenschappen heeft: een frekwentie van de zittingen van twee maal per week in driekwart van de gevallen; in 90 van de honderd keer wordt de hulp aangevraagd in een enkel- of veelvoud van twaalf zittingen, bij welke diagnose dan ook; tijdens de eerste twaalf zittingen wordt bijna altijd therapie bedreven met twee behandelvormen tegelijkertijd, terwijl een eventueel gewenst additioneel aantal zittingen een enkelvoudige behandelvorm laat zien.
In het laatste hoofdstuk wordt er dan ook vanuit gegaan dat de huidige wet- en regelgeving los is geraakt van de werkelijkheid van alle dag.
Er is boven de handen van de fysiotherapeut een mythe ontstaan die een eigen leven, los van de drie actoren en hun oorspronkelijke doelstelling leidt. De discussie en de aanbevelingen zijn gericht op een poging om deze situatie kritisch te herzien.

Deel 1 INLEIDING

Hoofdstuk 1 SCHETS VAN DE FYSIOTHERAPIE

In de Nederlandse gezondheidszorg funktioneren tal van beroepen die gezamenlijk een oplossing van de aan hen voorgelegde problemen trachten te geven. Twee soorten van deze beroepen zijn de medische en de para-medische. De geneeskundige, de huisarts in dit onderzoek, maakt deel uit van de eerste, de fysiotherapeut van de tweede soort. De bevoegdheden, rechten, plichten, verantwoordelijkheden en de onderlinge verhoudingen van beide beroepsuitoefenaren zijn vastgelegd in respectievelijk de Wet uitoefening geneeskunst (1865) en het Fysiotherapeutenbesluit (1977). De eerstgenoemde wet bepaalt in art.1, dat uitoefening van de geneeskunst, waaronder het verlenen van genees-, heel- of verloskundige raad of bijstand als bedrijf wordt verstaan, alleen is geoorloofd aan degenen, aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet is toegekend. De wet gebruikt hier niet de term "arts".[1] In het onderhavige onderzoek komen slechts de huisartsen (en dan alleen die welke in het gebied van het Rotterdamse ziekenfonds werkzaam zijn)[2] aan de orde. Een fysiotherapeut is diegene die volgens art.3 van bovengenoemd besluit gerechtigd is deze titel te voeren.[3] De regeling van de opleiding tot fysiotherapeut is in 1975 komen te berusten bij de Minister van Onderwijs toen de Wet op het

---

1 Bron: Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg, W.B. van der Mijn, 1982.

2 Zie noot 6 van dit hoofdstuk.

3 Bron: zie eerste noot.

voortgezet onderwijs op deze opleiding van toepassing werd(1). Het argument om gebruik te maken van wettelijke regelingen, in ruimere zin het thans geldende (positieve of verbindende) recht, is onder andere gelegen in de zogenaamde ordenende werking daarvan. Het recht kan in dat licht worden beschouwd als een vorm van rationaliteit, omschreven als "een zo gunstig mogelijke organisatie (van de produktie HJT) met het doel de prestatie te verhogen"(2). Op grond van deze wetgeving verkeert de fysiotherapie, in vergelijking met ons omringende landen, in een unieke positie. Deze positie wordt onder andere duidelijk door de constatering dat "tussen beiden (arts en fysiotherapeut HJT) geen verband van ondergeschiktheid maar van nevengeschiktheid bestaat"(3). In alle andere Europese landen is daarvan wel sprake. Bovendien bezit de fysiotherapeut in Nederland een titel- en een beroepsbescherming. Volgens Anrys (4) is dat niet in alle Europese landen het geval. In West-Duitsland wordt alleen de titel beschermd en Engeland heeft uitsluitend fysiotherapeutische opleidingen die deel uitmaken van de verpleegkundige opleidingen. Italië heeft in het geheel geen wettelijk regeling, noch voor het beroep noch voor de titel. Ook de in de diverse landen gehanteerde beroepsinhouden en de duur van de opleiding van de fysiotherapeut verschillen aanmerkelijk. In Frankrijk mogen aandoeningen die een viscerale huidcomponent bezitten niet door de fysiotherapeut behandeld worden. In Luxemburg en West-Duitsland kent de vakopleiding een sterk medisch gymnastisch karakter. In Nederland kennen de gebieden waarbinnen de fysiotherapeutische indicaties vallen nagenoeg geen beperkingen (5). De duur van de opleidingen varieërt in Europa van twee tot vier jaar. Voor een meer uitgebreide vergelijking wordt verwezen naar Anrys.

Hieruit blijkt dat de conclusie inderdaad gerechtvaardigd is, dat op grond van de nevenschikking ten opzichte van de (huis)arts, de inhoudelijke beroepsbevoegdheden en de indicaties waarop gewerkt mag worden, de Nederlandse

fysiotherapeut een unieke positie inneemt, ten opzichte van zijn Europese collegae.

Er zijn twee soorten locatie waar de fysiotherapeut werkzaam is: intra- en extra-muraal. De intramurale fysiotherapeut is werkzaam in zieken- en verpleeghuizen en andere inrichtingen. Hij wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De reden daarvan ligt in het feit dat de intramuraal werkzame fysiotherapeut geen zelfstandige binding heeft met een ziekenfonds. (Een ziekenfonds is "een rechtspersoon, toegelaten overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet"(6)).

De extramuraal werkenden worden de vrij-gevestigden genoemd. Zij behandelen patienten voor eigen rekening en risico in een daartoe speciaal ingerichte ruimte, de praktijk genaamd, en hebben in het algemeen een binding met een ziekenfonds, die tot uitdrukking komt in de Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut (bijlage 1).

Het ziekenfonds voorziet door middel van deze overeenkomsten in een voldoende aanbod van fysiotherapeutische hulp ten behoeve van de aangesloten verzekerden. Deze organisatie betaalt (is financier van) en controleert tevens de voor haar rekening gegeven hulp. De controle is wettelijk vastgelegd in een speciale regelgeving. Hierna zullen aan de orde komende wetten en regels gevat worden onder het vaak gehanteerde begrip wet- en regelgeving. De vrij-gevestigden kennen een dergelijk wet- en regelgeving, uitsluitend in relatie tot de ziekenfondsen. (Ziekenfonds en particuliere verzekeraar worden in ons systeem van gezondheidszorg de financiers genoemd[4]). Aangezien de door de wet- en regelgeving vastgelegde relaties tussen de (huis)arts, de vrij-gevestigde

---

4 Het bedrag dat de particuliere verzekeraars en de ziekenfondsen gezamenlijk aan fysiotherapeutische hulp in 1984 betaalden bedroeg volgens het Financieël Overzicht Gezondheidszorg Maatschappelijk Welzijn (F.O.G.M) 1986 842 miljoen gulden.

fysiotherapeut en het ziekenfonds centraal staan in dit onderzoek, zullen de particuliere verzekeraars en de door hen betaalde fysiotherapeutische hulp buiten beschouwing worden gelaten. Uit de aard der zaak moet in het vervolg een opmerking als "het ziekenfonds zegt", gelezen worden als "personen van het ziekenfonds zeggen".[5]

Op 1 januari 1986 bestonden er in Nederland 49 ziekenfondsen(7). Zij zijn verenigd in de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (V.N.Z.).

Eén van deze ziekenfondsen is gevraagd en bereid gevonden aan het onderzoek deel te nemen te weten: de Stichting Ziekenfonds Rotterdam (S.Z.R.). In het onderzoek zal, wanneer gesproken wordt over "het ziekenfonds", dit Rotterdamse Ziekenfonds bedoeld worden, tenzij nadrukkelijk anders wordt vermeld.

De keuze van één ziekenfonds is terug te voeren op de de waarneming dat de ziekenfondsen in Nederland geen uniforme wijze van gegevensverzameling en -verwerking kennen, waardoor een gelijktijdige studie van verschillende ziekenfondsen uiterst moeilijk is. Ten behoeve van bijvoorbeeld de fysiotherapeutische hulp zijn tientallen administratieve procedures aanwezig. Bovendien bood de medewerking van dit ziekenfonds de gelegenheid om niet alleen alle in zijn verzorgingsgebied[6] werkzame huisartsen[7] en vrij-gevestigde fysiothera-

---

5 Voor de duidelijk zij vermeld, dat alle gegevens die ter beschikking zijn gesteld, behandeld zijn met de de grootst mogelijke bescherming van privacy en medische dan wel paramedische geheimhouding.

6 Het verzorgingsgebied van S.Z.R. bestaat uit: Rotterdam, Capelle aan den Yssel, Nieuwerkerk aan den Yssel, Berkel Rodenrijs en Bergschenhoek.

7 Deze onderzochte huisartsen zijn door middel de waarneemgroep, onderzocht. Zie hoofdstuk Methoden en Technieken.

peuten[8] bij het onderzoek te betrekken, maar tevens de in dit gebied aanwezige opleidingen voor huisarts en fysiotherapeut. Daardoor werd het mogelijk in een afgebakend gebied het gebruik van de fysiotherapeutische hulp, wat betreft de wet- en regelgeving te onderzoeken.

Het motief van het onderzoek ligt niet alleen in de constatering dat "er betrekkelijk weinig gezondheidszorgonderzoek naar de fysiotherapie uitgevoerd en gepubliceerd is"(8), zodat bij onderzoek nogal eens gebruik moet worden gemaakt van de zogenaamde "grijze literatuur, rapporten, nota's en scripties"(9), maar juist in het feit "dat ook ziekenfondsen slechts weinig onderzoek op dit terrein hebben verricht"(10). Slechts een een klein deel van de toch al beperkte hoeveelheid aan onderzoek gaat over de relatie van het ziekenfonds met anderen. Kerkhoff en Hagenstein (11) hebben gekeken naar het effekt van enkele beperkende maatregelen die door ziekenfondsen aangaande de fysiotherapie zijn getroffen. Curfs(12) heeft met behulp van vraag en aanbod analyses andere elementen belicht. Kerkhoff en Groenewegen (13) onderzochten de door het ziekenfonds gehanteerde zogenaamde machtigingen ten behoeve van de fysiotherapeutische hulp. Eén van de taken van het ziekenfonds bij die zogenaamde machtigingen namelijk de controle daarvan, is ook onderzocht waar het de rol van de adviserend geneeskundige betreft(14). Ten slotte is ook het effekt van een specifieke wettelijke maatregel de zogenaamde "Ontheffing van de verplichting tot het aangaan van overeenkomsten met fysiotherapeuten in het licht van art. 47 lid 3 van de Ziekenfondswet" onderwerp van onderzoek geweest(15). De wet en regelgeving sec ten aanzien van de fysiotherapie is door de Wit beschreven(16).

---

8 Het aantal in het verzorgingsgebied van het S.Z.R. werkzame vrij-gevestigde fysiotherapeuten is niet precies bekend. De meest betrouwbare bron is die van het zogenaamde "groene boekje" dat door het ziekenfonds wordt uitgegeven. Het aantal is ongeveer 220. Voor nadere kenmerken van deze onderzochte beroepsgroep zie bijlage 12.

Geen van alle onderzoekers heeft zich gericht op het effect dat de huidige wet-en regelgeving heeft op de daarin formeel voorgeschreven relatie arts, fysiotherapeut, ziekenfonds. De formele wet- en regelgeving plaatst deze drie, in het vervolg actoren genoemd, in een netwerk. Een netwerk is een organisatie(vorm) waarbinnen actoren gegeven een bepaald doel, sociale interacties onderhouden. Het doel van het hier bestudeerde netwerk is het verstrekken van fysiotherapeutische hulp aan ziekenfondsverzekerden. In het netwerk hebben de actoren sociale interacties, die het niveau van dit onderzoek vormen. De interacties betreffen allerlei in de werkelijkheid voorkomende dingen, sociale produkten genaamd. In dit onderzoek vormen drie van deze produkten het object van onderzoek: de diagnose resp. indicatie, het behandelplan en het chronologische praktijkregister.

De arts en de fysiotherapeut hebben niet om wet- en regelgeving gevraagd, maar hun in principe op vrijwillige basis bestaande onderlinge relatie wordt door de betreffende wet- en regelgeving dwingend bepaald en aangevuld door de derde actor het ziekenfonds.

Met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden zal binnen het verzorgingsgebied van het S.Z.R. getracht worden, de drie produkten voortkomend uit de sociale interacties van de huisarts, de vrij-gevestigde fysiotherapeut en het ziekenfonds te onderzoeken. Met gebruik van een theorie, die toepasbaar leek voor dit onderzoek, het zogenaamde symbolisch interactionisme, zal vervolgens bezien worden hoe die interacties kunnen worden verklaard. Zo wordt een poging ondernomen om na te gaan, in hoeverre de onderhavige wet- en regelgeving als uitdrukking van rationaliteit in staat is ordenend te werken. Dit met het oog op een ander mogelijk daarmee verstrengeld ordenend principe, de zogenaamde mythe. Mythen zijn "de verhalen die in een organisatie verteld worden (...) waarvan de waarheid nooit bewezen kan worden maar waarvan men de waarde kan voelen "(17). In dit onderzoek,

wordt met Lemaire de gedachte gevolgd dat, "wanneer men zich wil bezighouden met zoiets als rationaliteit en rationalisering het enigszins voor de hand ligt beide te confronteren met de mythe"(18).
Het empirische materiaal wordt gevormd door de inhoud van drie produkten, die in het netwerk onder invloed van de wet- en regelgeving ontstaan. Ten eerste de diagnose resp. de indicatie die tot een fysiotherapeutische behandeling leidt. Ten tweede het behandelplan dat weergeeft hoe de behandeling zal verlopen. En ten slotte het chronologisch praktijkregister, volgens welke het totale fysiotherapeutische handelen, de diagnose en het behandelplan geregistreerd moet worden. Daardoor is het mogelijk op drie verschillende manieren te bezien, wat het effect van de wet- en regelgeving is. Bij het empirisch onderzoek ten aanzien van de diagnosen wordt namelijk gelet op de relaties tussen uiteenlopende afzonderlijke diagnosen. Het onderzoek van het behandelplan maakt het mogelijk in de behandeling zelf te kijken. En het onderzoek van het praktijkregister geeft een empirisch beeld over beide.

1.1. Samenvatting.

In het systeem van de Nederlands gezondheidszorg nemen ziekenfondsen op grond van de hun wettelijk opgedragen taak een belangrijke plaats in. Eén van de taken is het controleren van de in hun verzorgingsgebied gegeven fysiotherapeutische hulp ten behoeve van de bij het ziekenfonds aangesloten verzekerden. Ter ondersteuning van die taak is een wet- en regelsysteem werkzaam, dat hier als een op rationaliteit berustend en ordenend principe wordt beschouwd.
Huisartsen, vrij-gevestigde fysiotherapeuten en ziekenfonds worden door die wet- en regelgeving dwingend in een netwerk geplaatst. Hun sociale interacties betreffende de diagnose cq. indicatie, het behandelplan en het chronologische

praktijkregister zijn het object van onderzoek. Met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden en met gebruik van het zogenaamde symbolische interactionisme, zal getracht worden zoveel mogelijk van die sociale interacties te verklaren, uitgaande van de situatie in Rotterdam. Daarbij wordt tevens gepoogd de relaties tussen rationaliteit en mythe in die sociale interacties aan te geven.

Hoofdstuk 2 DE WET- EN REGELGEVING EN DE FYSIOTHERAPEUTISCHE HULP VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN

In dit hoofdstuk wordt de relevante wetgeving, zoals die voor ziekenfondsverzekerden geldt, besproken. Uitgangspunt is de Ziekenfondswet (Z.F.W.)(1). Daarin wordt gesteld dat werknemers die een loon genieten beneden een jaarlijks vast te stellen loongrens, ingevolge deze wet verplicht verzekerd zijn. Hun echtgenoten en kinderen (als die in aanmerking komen voor kinderbijslag) worden medeverzekerd.[1] Gezamenlijk hebben zij volgens artikel 8 lid 1. van de ziekenfondswet "aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in hun geneeskundige verzorging, voorzover daarop geen aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb.1967,655)"(2). Deze aanspraak, vertaald in het recht op zogenaamde hulp in natura, is vastgelegd in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering(3). Artikel 3 lid d zegt over de fysiotherapeutische hulp: "De genees- en heelkundige hulp omvat: door een huisarts of specialist voorgeschreven hulp, te verlenen volgens nader vast te stellen regelen door heilgymnasten/masseurs als bedoeld in artikel 41, tweede lid, van de Wet op de paramedische beroepen(4) en door fysiotherapeuten als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van het Fysiotherapeutenbesluit 1977 (5)"(6). In dit onderzoek wordt alleen het deel dat voor de fysiotherapeuten geldt, als relevant beschouwd.

---

1 Bron: Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg, van der Mijn, 1982.

De voorwaarden waaronder de verstrekking fysiotherapeutische hulp kan worden gegeven, staan vermeld in het Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering 1974 (7). De logopedie wordt eveneens in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Ziekenfondsen zijn verplicht om met de (para-) medische beroepsbeoefenaren overeenkomsten af te sluiten.[2] De wet geeft minimumvoorschriften ten aanzien van deze overeenkomsten die medewerkersovereenkomsten worden genoemd. De medewerkersovereenkomst die het ziekenfonds afsluit met een fysiotherapeut is er één van. Andere zijn: de Overeenkomst Ziekenfonds - Logopedist (bijlage 2) en Ziekenfonds Oefentherapeut - Cesar/Mensendieck (bijlage 3). Alleen de overeenkomst Ziekenfonds - Fysiotherapeut heeft bijlagen en een toelichting. In het navolgende zal blijken dat dit een rol speelt. Goedkeuring van die overeenkomsten door de ziekenfondsraad, (echter niet voor tarieven), is noodzakelijk. Betreft het zaken die het tarief aangaan, dan komt het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (C.O.T.G.) aan de orde, ten einde voor de goekeuring dan wel vaststelling daarvan zorg te dragen. Deze taak vloeit voort uit de Wet Tarieven Gezondheidszorg (W.T.G.) (8).

De reeds genoemde controlerende taak van het ziekenfonds vindt zijn rechtvaardiging in artikel 13 lid 1. van de Ziekenfondswet: "De ziekenfondsen treffen de nodige maatregelen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven, welke hoger dan noodzakelijk zijn" (9). De controle als zodanig is vastgelegd in het "Besluit controle declaraties fysiotherapeutische hulp door fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs (10), voortaan het Controlebesluit genoemd. Artikel 1 daarvan stelt: "De ziekenfondsen oefenen controle uit op de

---

2 Deze verplichting bestaat sedert begin 1982 niet meer voor fysiotherapeuten. Algemeen uitgangspunt is dat geen overeenkomsten meer hoeven te worden afgesloten indien de norm één fysiotherapeut op 3000 inwoners in het verzorgingsgebied van een ziekenfonds is bereikt.

bij hen ingediende declaraties uit hoofde van de verstrekking van fysiotherapeutische hulp door fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs, met inachtneming van de door de ziekenfondsraad voor de goede uitvoering van dit besluit nader aan te geven voorschriften" (11). Het volgende hoofdstuk, zal uitvoerig stil staan bij dit controlebesluit. Op dit moment is het voldoende te vermelden dat het drie delen kent, te weten: de formele controle, de materiële controle en de materiële eindcontrole. Andere paramedische beroepsuitoefenaren (Logopedist en Oefentherapeut Cesar/Mensendieck) kennen dergelijke controlebesluiten niet. Andere soortgelijke besluiten zijn die voor de declaratie van de farmaceutische hulp (12), de declaratie van de tandheelkundige hulp (13) en de declaratie van de specialistische hulp (14). Die kennen eveneens een opzet met een formele, een materiële en een eindcontrole. Maar zij missen de bij de fysiotherapeuten verplicht gestelde zogenaamde chronologische praktijkregisters, die als onderdeel van de materiële controle in het volgende hoofdstuk aan de orde komen.

Alhoewel het Fysiotherapeutenbesluit van 1977 in de voorafgaande tekst met betrekking tot de ziekenfondswetgeving slechts een minimale rol speelde, is het nuttig nog even op dit besluit terug te komen. Het besluit speelt inderdaad in dit onderzoek een onderschikte rol voor zover het gaat over de (on-)mogelijkheden van het fysiotherapeutisch handelen ten opzichte van ziekenfondsverzekerden. Maar dit besluit speelt een belangrijke rol ten opzichte van al het fysiotherapeutisch handelen bij alle in Nederland te behandelen patienten (particulier- en ziekenfondsverzekerden).

2.1 Samenvatting.

De basis voor de fysiotherapeutische hulp, als verstrekking voor ziekenfondsverzekerden, wordt gelegd in de Ziekenfondswet, het Verstrekkingenbesluit licht dit nader toe. Het Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsver-

zekering geeft de voorwaarden aan, waaronder deze verstrekking een feit kan worden. De controle op de declaratie van de verstrekking is vastgelegd in het Controlebesluit. Andere para-medische beroepsbeoefenaren kennen dergelijke controlebesluiten niet. Die zijn wel aanwezig bij enkele niet para-medische beroepsuitoefenaren, maar dan ontbreekt een essentiëel onderdeel in de controle dat bij de fysiotherapeut wel bestaat: het zogenaamd chronologisch praktijkregister.[3]

Tot slot wordt aandacht gevraagd voor het Fysiotherapeutenbesluit van 1977 in relatie tot de Ziekenfondswetgeving.

---

3 Ook genoemd Dagstaat Patientenregister (zie bijlage 5).

HOOFDSTUK 3 DE CONTROLE BIJ HET PLAATSELIJK ZIEKENFONDS

3.1 Inleiding

In dit onderzoek gaat het met name om de uitvoering van de controle op de fysiotherapeutische verstrekking, zoals die op grond van de geldende wet- en regelgeving door het ziekenfonds wordt uitgevoerd. Aangezien hierbij een specifieke terminologie bestaat, zal eerst een aantal termen aan de orde komen. In de ziekenfondswetgeving wordt de fysiotherapeutische hulp een **verstrekking**[1] genoemd. In detail kan daarover het volgende gezegd worden. Om voor een verstrekking, steeds een individuele verstrekking,[2] in aanmerking te komen, vraagt de arts deze namens en voor zijn patient aan (spraakgebruik: de arts verwijst naar de fysiotherapeut en wordt de **verwijzend arts** genoemd). De schriftelijke aanvraag, die de arts voor de eerste maal ten behoeve van zijn patient uitschrijft, heet de **eerste aanvraag**. Deze wordt evenals alle andere nog aan de orde komende aanvragen, voorzien van de handtekening of paraaf van de arts en dient gecontroleerd en goedgekeurd te worden. Wanneer het ziekenfonds de toestemming verleent, wordt een zogenaamde **machtiging** afgegeven. De machtiging is een betalingsgarantie door het ziekenfonds aan de behandelend fysiotherapeut voor de werkelijk verleende declarabele hulp. De machtiging bestaat uit een toestemming voor een aantal **zittingen**[3] die (meestal)

---

1 Zie hoofdstuk 2, het Verstrekkingenbesluit.

2 Fysiotherapeutische hulp aan meerdere verzekerden tegelijk gegeven (groepstherapie) is daardoor formeel onmogelijk.

3 Een zitting is een terwille van de duidelijkheid ingevoerd begrip, dat alszodanig niet in de wet- en regelgeving is opgenomen.

in series van twaalf zittingen worden afgegeven. De zittingen hoeven niet per sé in de praktijkruimte van de fysiotherapeut gegeven te worden, dit kan ook bij de patient thuis geschieden, de **aan huis behandeling**. Per zitting kunnen meerdere therapievormen, de **verrichting** (zoals massage/oefentherapie) gegeven worden. Wordt de massage/oefentherapie gezamenlijk met een **applicatie** (een apparatieve verrichting als ultra korte golf) aangevraagd en gemachtigd, dan is er sprake van een combinatie van verrichtingen de: **gecombineerde behandeling**.[4] Aan het einde van elke maand dient de fysiotherapeut een **declaratie** in, van verrichtingen die volgens de machtiging declarabel zijn. Het ziekenfonds controleert de gang van zaken van **aanvraag** tot en met **declaratie**. De plicht daartoe is wettelijk geregeld in het in hoofdstuk 2 genoemde **controlebesluit**. De in dit besluit aangegeven controle bestaat uit drie onderdelen.

3.2 De formele controle.

Het eerste deel noemt het besluit de **formele controle** (1). Hiervan maken de volgende aspecten deel uit, die relevant zijn voor dit onderzoek: de **diagnose**, de **indicatie** en het **behandelplan**.

De diagnose is: "het vaststellen van de aard van een ziekte"(2) en behoort per definitie tot de competentie van de arts. Het aanwezig zijn van een diagnose alleen is onvoldoende om voor een verstrekking in aanmerking te komen. Daarvoor moet tevens een indicatie: "een aanwijzing voor de behandeling van een ziekte gelegen in de oorzaak daarvan"(3), aanwezig zijn. In de zin van de betreffende wet- en regelgeving betekent dit: "Indien van de behandeling genezing, althans een vermindering van pijn, dan wel bij ziekte of gebrek een behoud van een zo goed mogelijke lichamelijke toestand kan worden ver-

---

4 Voor een volledig overzicht van de applicatievormen zie bijlage 4.

wacht"(4). De **behandeling** is het complex van de (gedane) fysiotherapeutische handelingen, gegeven de diagnose en indicatie, uitgedrukt in een totaal aantal zittingen. Het idee dat de fysiotherapeut heeft ten aanzien van de behandeling, wordt ter controle voorgelegd aan het ziekenfonds in het **behandelplan**: de per patient op te zetten planmatige vertaling van het complex van fysiotherapeutische mogelijkheden, gegeven een diagnose en indicatie.

Bij de formele controle door het ziekenfonds van de diagnose, indicatie en het behandelplan kunnen zich verscheidene situaties voordoen. Ten eerste: mochten er bij de controle onregelmatigheden worden gevonden, bijvoorbeeld het ontbreken van een handtekening van de arts, dan wordt door middel van een daartoe opgestelde **standaardbrief** getracht de ontbrekende informatie alsnog te krijgen. Een standaardbrief is een routinemiddel van het ziekenfonds om aan benodigde informatie te komen.[5]

Ten tweede: de aanvraag wordt afgewezen wanneer er sprake is van onoverkomelijke bezwaren van de zijde van het ziekenfonds; deze afwijzing dient gemotiveerd te worden(5). Ten derde: de eerste afgegeven machtiging van bijvoorbeeld twaalf zittingen kan tot onvoldoende resultaat geleid hebben. De verwijzend arts wil dan het aantal zittingen uitbreiden. Dit geschiedt door middel van de **vervolgaanvraag** ook wel verlengingsaanvraag genoemd die, na de ook nu geldende formele controle op diagnose, indicatie en het behandelplan, kan leiden tot een **vervolgmachtiging**, hierbij is sprake van <u>één en dezelfde diagnose en indicatie.</u>

De arts kan ook later in hetzelfde jaar waarin hij voor de eerste maal een patient verwees, nogmaals besluiten tot een aanvraag over te gaan. Indien de periode na de laatste zitting van de daaraan voorafgaande behandeling meer dan 90 dagen is, wordt in zo'n geval gesproken van een **tweede aanvraag** en

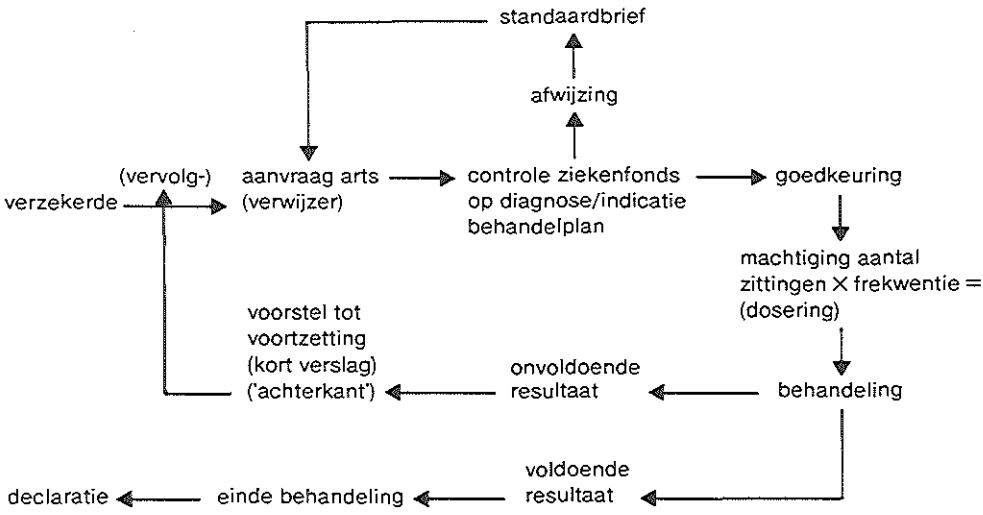
---

5 Ten behoeve van de fysiotherapeutische verstrekking beschikt het ziekenfonds over 24 standaardbrieven.

een daarbij behorende **tweede diagnose en indicatie**. De daaraan voorafgaande aanvraag, diagnose en indicatie krijgen dan de toevoeging **eerste**. De formele controle blijft in beide gevallen ongewijzigd. Met nadruk wordt erop gewezen dat eerste en tweede aanvraag niet op één en dezelfde diagnose en indicatie betrekking hoeven hebben. In hoeverre dit wel of niet het geval zal zijn, is één van de belangrijkste onderdelen van dit onderzoek.

Schema 1

De Formele Controle



De diagnose en de indicatie zijn gezamenlijk het onderwerp van het achtste hoofdstuk van dit onderzoek, het behandelplan is hoofdstuk negen.

3.3 De materiële controle.

Het tweede onderdeel noemt het besluit de **materiële controle** (6).
De kern daarvan wordt gevormd door de declaratie en het **chronologische praktijkregister** (bijlage 5). Dit laatste is een formulier waarop de vrij-gevestigde fysiotherapeut per dag zijn werkzaamheden moet registreren. Wat exact geregistreerd moet worden staat vermeld in de Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut, art.14. Zodoende is het ziekenfonds in staat twee controlewerkzaamheden uit te voeren. Allereerst de toetsing van de declaratie (per maand) met de registers en vervolgens de controle op het hanteren van die registers. Mochten er uit deze twee werkzaamheden onregelmatigheden naar voren komen, dan volgt een zogenaamd nader onderzoek(7) dat buiten beschouwing blijft. Dit geldt tevens voor het derde en laatste onderdeel de materiële totaalbeoordeling (8). De reden hiervan zal in het negende hoofdstuk "De chronologische praktijkregisters" aan de orde komen. Daarin zullen tevens de noodzakelijke details besproken worden.
Tot slot volgt een weergave van de controle op de declaratie en het register door middel van schema 2.

3.4 Samenvatting.

De door het ziekenfonds uit te voeren controle op de fysiotherapeutische hulp, zoals die door de wet- en regelgeving is vastgelegd wordt besproken. Omdat er sprake is van een typisch Ziekenfondswet jargon zijn de volgende relevante termen uitgelegd: verstrekking, eerste, tweede en vervolgaanvraag, machtiging, zitting, serie, applicatie, gecombineerde behandeling, declaratie, eerste en tweede diagnose, eerste en tweede indicatie, behandelplan, chronologisch praktijkregister, formele en materiële controle. Deze begrippen worden met elkaaar in verband gebracht. De verschillende controlewerkzaamheden van het ziekenfonds worden schematisch weergegegen.

De Materiële Controle

Schema 2

Hoofdstuk 4 RATIONALITEIT EN MYTHE

In hoofdstuk 1 zijn de definities van rationaliteit, mythe en het netwerk reeds besproken. Thans worden deze begrippen nader uitgewerkt en wordt een relatie gelegd tussen het netwerk en de wet- en regelgeving aan de ene en rationaliteit en mythe aan de andere kant.

Een organisatievorm, als het netwerk, heeft altijd een bepaald doel. Deze doelstelling of goals tracht het netwerk met gebruik van allerlei middelen te bereiken. "The goals of an organisation provide its basic sense of direction"(1). Daarbij is het volgens Etzioni belangrijk dat er een door de leiding van de organisatie ontworpen blauwdruk bestaat, de formele organisatie(2). Deze toont "the rules that are clearly specified, usually in a written document"(3). Uit de structuur van de formele organisatie is volgens Stoner de formele autoriteit van individuen afleidbaar: "This right arises from their formal position in an organisation"(4). Binnen de organisatietheorieën is ruime aandacht besteed aan de rationaliteit, die als gedachte achter de formele organisatie zit. Met name mensen als Taylor uit de stroming Scientific Management, ontwikkelden kernbegrippen als standaardisatie, rationalisatie en coordinatie(5). Via rationele processen werd getracht een zo groot mogelijke mate van standaardisatie te bereiken. Maar ook bij Weber speelde rationaliteit en efficientie een belangrijke rol. Van hem is het begrip bureaucratische structuur afkomstig(6). Klaarblijkelijk gaat het bij rationalisatie inderdaad om wat al in het eerste hoofdstuk werd gesteld, een belangrijk middel om ordening aan te brengen, ten

einde "een zo gunstig mogelijke organisatie van de produktie te krijgen met het doel de prestatie te verhogen"(7). Maar naast de ordening en het overzicht, die door middel van een formele organisatiestructuur kunnen worden verkregen, en waarvan "the organization chart"(8) de meest bekende voorstelling is, bestaat de informele organisatie. H.A. Simon kenmerkt deze als: "the interpersonal relationships in the organization that affect decisions within it but either are omitted from the formal scheme or are not consistent with it" (9).
In de werkelijkheid van alle dag blijken de formele en de informele organisatie "intertwined and often indistinguishable"(10) te zijn. Bij empirisch onderzoek moet men dus met deze verstrengeling rekening houden, anders is de kans groot dat te veel gemist wordt.
Indachtig aan wat hierboven is gezegd over organisatievormen, hun doelstelling en hun ordenende middel kan gesteld worden, dat de drie actoren, de verwijzend arts, de vrij-gevestigde fysiotherapeut en het ziekenfonds te zamen een netwerk als organisatie(vorm) hebben, met als doelstelling het laten plaatsvinden van de fysiotherapeutische hulp en met als ordenend middel de betreffende wet- en regelgeving, die een uitdrukking is van rationaliteit.
Het argument om als ordenend middel deze wet-en regelgeving of in ruimere zin het recht te kiezen, vindt zijn basis in de mening "dat het recht er op uit is vrede te stichten, een ordening in de samenleving tot stand te brengen"(11). "Problemen binnen de samenleving (in casu binnen dit netwerk HJT) kunnen met behulp van het geldende, verbindende of positieve recht worden opgelost"(12). Dit recht heeft een aantal kenmerken, als de meest relevante geldt: "Het recht is bovendien rationeel. Het is vrijwel altijd het resultaat van een zorgvuldig geregelde procedure. In de procedure van wetgeving of voor de rechter worden de verschillende argumenten op rationele wijze tegenover elkaar gesteld en afgewogen. Dit is een belangrijk moment van rationaliteit van het recht"(13). Daar waar vele onderzoekers overwegend slechts de begrippen

formele en informele organisatie(structuur) hebben gehanteerd, wordt er in dit onderzoek met Lemaire van uitgegaan dat "wanneer men zich wil bezig houden met rationaliteit en rationalisering het voor de hand ligt beide te confronteren met de mythe"(14). Dit is niet zo zeer een principiële dan wel een praktische keuze, die onder andere ook door Bramel en Friend (15) en Sterling.Livingstone(16) is gemaakt. Zij konden zich blijkbaar ook vinden in wat Lemaire stelt: "In de ogen van ons, rationele onderzoekers van de mythe, waren het wel degelijk de mensen zelf die hun eigen mythe ooit hadden "bedacht" en ontworpen, wellicht zonder dat er een bewuste wil of planmatige opzet aan vooraf ging. Iets dat mythen er niet van weerhouden heeft om een sterke interne koherentie te ontwikkelen "(17). De mythen, "de verhalen die in een organisatie verteld worden, aan nieuwkomers, buitenstaanders en aan elkaar (....) waarvan de waarheid nooit bewezen kan worden, maar waarvan men de waarde kan voelen"(18), zijn door Meyer en Rowan onderzocht als het om formele organisatiestructuren als het onderhavige netwerk gaat. Zij kwamen tot de conclusie dat "Many elements of the formal structure (....) function as myths. The myths generated from the formal organisational structure have two key properties. First, they are rationalized and impersonal prescriptions that identify various purposes as technical ones and specify in a rulelike way the appropriate means to pursue these purposes rationally. Second they must be taken for granted as legitimate, apart from the evaluations of their impact on work outcomes"(19). Indien dat juist is, kan ook de onderhavige wet- en regelgeving in het netwerk, dergelijke mythen produceren. Zo moet het onderzoek zich dus zowel op de rationaliteit als de mythe richten, als twee met elkaar verstrengelde begrippen. De rechtvaardiging van deze wijze onderzoek doen, wordt gevonden in de door Ricoeur aangedragen mening: "Pas de ontmythologisering heeft een begrip van de mythe àls mythe mogelijk gemaakt" (20).

4.1 Samenvatting.

In organisatie-onderzoek is veel aandacht besteed aan de formele en informele organisatiestructuur. Is de formele structuur een product van rationaliteit, de informele structuur duidt op de werkelijke onderlinge menselijke verhoudingen, die lang niet altijd rationeel zijn. Formele en informele organisatie zijn sterk met elkaar verstrengeld. Zo is het ook met rationaliteit en mythe. De rationaliteit produceert de wet- en regelgeving, van waaruit de mythe kan ontstaan. Daarom wordt in dit onderzoek zowel naar rationaliteit als mythe gezocht.

Hoofdstuk 5 HET SYMBOLISCH INTERACTIONISME.

Deze dissertatie betreft de sociale interactie van de drie actoren in hun netwerk. De produkten uit die interacties zijn de diagnose, de indicatie, het behandelplan en het chronologische praktijkregister. In het bijzonder zullen echter in dit onderzoek de betekenissen centraal staan die de drie actoren aan die produkten toekennen. De te kiezen verklarende theorie moet daarop toepasbaar zijn. Dit lijkt het geval te zijn bij het zogenaamde symbolisch interactionisme. Door zijn uitgangspunt te kiezen in het proces van betekenisgeving verschilt het symbolisch interactionisme volgens Blumer in essentiële punten van de meeste gangbare sociologische theorieën (1). "De term als zodanig is een enigzins barbaars neologisme, voor de vuist weg bedacht door Mead voor een artikel in Man and Society"(2). Zijn oorsprong dankt het symbolisch interactionisme aan de fenomenologie. Maar het is vooral Mead die er voor gezorgd heeft dat het symbolisch interactionisme een plaats binnen het het pragmatisme heeft gekregen. "De werkelijkheid is dan niet eenvormig, maar pluralistisch en voortdurend in beweging (....) de mens verschijnt in het pragmatisme als een geboren problem-solver, die met behulp van intelligent gedrag oplossingen kan vinden voor de hem gestelde problemen"(3). Een belangrijk kenmerk van het interactionisme is vervolgens, dat het in feite meer een bril is waar doorheen men kijkt, een perspectief(4), dan één bepaalde theorie. Als wijze van kijken berust het volgens Blumer op "three basic premises: First, human beings act toward things on the basis of the meaning that the things have for them. Secondly, these meanings are a product of social interaction in human society. Thirdly these meanings are modified and

handled through an interpretive process that is used by each individual in dealing with the signs she/he encounters"(5). De **betekenissen** die actoren aan dingen verlenen staan dus centraal. Maar in tegenstelling tot het behaviorisme, dat voortijdig aanneemt dat het menselijk organisme eenvormig op prikkels reageert, kunnen de betekenissen binnen het symbolisch interactionisme per situatie verschillend zijn. "Mensen (.....) reageren niet zo zeer op het gebaar van een ander, maar op de bedoeling die zij daarachter vermoeden. Tussen het gebaar en de reactie wordt een proces van interpretatie geschoven, waarbij aan het gebaar een bepaalde betekenis wordt toegekend"(6). Een door Rademaker gecreëerd voorbeeld maakt die van de situatie afhankelijke betekenis duidelijk. "Als ik op straat een vriend tegen kom, dan weet ik dat hij van mij verwacht dat ik hem zal groeten en ik weet ook dat hij weet dat ik van hem verwacht dat hij mij zal groeten. Wij groeten elkaar en gaan ieder onze eigen weg in het bewustzijn elkaar te hebben gegroet. Zou mijn vriend mij niet hebben teruggegroet, dan zou ik me hebben afgevraagd of hij me misschien niet gezien heeft, boos is, enz. De interactie verloopt dan anders dan ik had verwacht en ik probeer te begrijpen wat er aan de hand is door het gedrag van mijn vriend te interpreteren en dienovereenkomstig te handelen (....). In interacties proberen de partners door wederzijdse interpretatie van elkaars bedoelingen en verwachtingen hun handelen af te stemmen op een gemeenschappelijke **definitie van de situatie** "het groeten van vrienden"(7). De term definitie van de situatie is afkomstig van W.I.Thomas(8). Het komt er kortgezegd op neer dat de ene actor in staat is de attitude van de ander over te nemen door een juiste interpretatie van de sociale produkten. Mead noemt dit "Taking the attitude of the other"(9) of **role taking**. Indien dit lukt, onstaat er een door beide actoren eenduidige gelegitimeerde betekenis van produkten die zich in de sociale interactie presenteren. De actoren bevinden zich dan in termen van het symbolisch interactionisme, op dezelfde gelegitimeerde definitie

van de situatie. Maar niet alleen tussen actoren, ook de actor sec is in staat om afhankelijk van de definitie van de situatie, te bepalen welke verwachting hij op zich zelf van toepassing acht. Dit wordt **role making** genoemd, "een actieve, inventieve bezigheid die niets weg heeft van de uitvoering van door de samenleving opgelegde voorschriften"(10). Zo komt in het betekenisverlenen door actoren aan alle dingen van de dagelijkse werkelijkheid, "het constructieve[1] aspect van menselijk handelen duidelijk naar voren"(11). De verbinding met het pragmatisme wordt er door benadrukt.[2]

Indien nu naar het handelen van de drie actoren in een netwerk als het onderhavige wordt gekeken, kan volgens Silverman daarover het volgende worden gezegd: "the action of members of an organisation (netwerk HJT) can be explained when their **definitions of the situation** (cursivering HJT) and ends have been understood"(12). Om nu te voorkomen dat voor gelijksoortige situaties steeds opnieuw definities moeten worden gevormd, maken actoren gebruik van zogenaamde "**types**" of "typifications, which facilitates entrance into the world; it simplifies adjustment because it allows for humans to treat each other as categories, or as "typical" objects of a particular kind"(13). Dit is noodzakelijk om de vele situaties waarin mensen komen te verkeren het hoofd te bieden of de baas te worden. Een globale analyse van de interactie van verwijzend arts, behandelend fysiotherapeut en het ziekenfonds suggereert

---

1 Voor een nader uitgewerkt idee over de constructie-gedachte van de sociale werkelijkheid leze men: Berger P. en Luckman Th., The Social Construction of Reality, Norwich, 1977.

2 Juist de verbinding met dat pragmatisme op grond van het betekenis verlenen in steeds veranderende situaties, doet het symbolisch interactionisme onderscheiden van de meest gangbare sociologische theorieën, waarin rollen, posities, normen en waarden een deterministische voorstelling van het handelen suggereren. Zie voor een uitgebreide toelichting, Sociologische Stromingen Rademaker L. en Bergman H., Utrecht 1977.

dat hier de navolgende types aan de orde zijn: de diagnose, de indicatie, het behandelplan en het chronologische praktijkregister. Alle vier zijn het sterke vereenvoudigingen van een achterliggende sociale (medische) complexiteit, die door de actoren elk een betekenis toebedeeld krijgen. Wanneer de actoren (één van) de types hebben geaccepteerd als een legitieme definitie van de situatie, kan er sprake zijn van een zinvolle interactie tussen hen. Zo spreekt in dit verband de ene fysiotherapeut met de andere over "die patient met de tennisarm". Beiden weten dan wat hen te wachten staat, al blijft er tijdens zo'n interactie veel onbesproken. Het onbesprokene is echter "taken for granted"(14). "In examining an actual interaction much is left "unsaid". Actors must constantly "fill in" or "wait for" information necessary to "make sense" of another's words or deeds. When actors fill in or wait for needed information, they are using the "et cetera principle"(15).

Dit (volgens Turner) uit het symbolisch interactionistische perspectief afkomstige begrip, is het laatste element van het theoretisch kader dat nog toelichting behoeft. Onderzocht zal namelijk worden of de drie actoren van een dergelijk principe gebruik maken. Mocht dat het geval zijn dan kan tevens de vorm ervan duidelijk worden gemaakt.

Door de besproken eigenschappen, is "het symbolisch interactionisme een perspectief in de sociologie dat zowel methodologisch als theoretisch recht doet aan "het ongoing natural character" van het sociale leven als het gebied van de menselijke interactie. Theorie en methode zijn in het symbolisch interactionisme gericht op het geven van een zo adequaat mogelijk analytisch beeld van de manier, waarop die werkelijkheid is opgebouwd en funktioneert"(16).

Tot slot is het nuttig een relatie te leggen met het hieraan voorafgaande hoofdstuk "Rationaliteit en Mythe". Het symbolisch interactionisme gaat er van uit dat actoren uiteindelijk betekenissen aan de dingen verlenen. Met gebruik daarvan kunnen eenduidige gelegitimeerde definities van de situatie ontstaan.

Indachtig hetgeen gezegd is ten aanzien van rationaliteit en mythe, zal onderzocht worden of de uiteindelijke betekenissen die de actoren verlenen terug te voeren zijn op (een verwevenheid van) rationalieit en mythe.

5.1 Samenvatting.

In dit onderzoek wordt ter verklaring van de gevonden resultaten en hun relaties, gebruik gemaakt van een sociologisch pragmatische wijze van denken, het symbolisch interactionisme.

Kern daarvan is dat actoren met elkaar omgaan in sociale interacties; dat door role taking en role making een betekenis aan dingen kan worden verleend, waardoor eenduidige en gelegitimeerde definities van de (steeds wisselende) situaties ontstaan. Daarbij wordt gebruik gemaakt van sterke vereenvoudigingen van de sociale (medische) complexiteit, de zogenaamde types. Een globale analyse van de interactie van verwijzend arts, behandelend fysiotherapeut en het ziekenfonds suggereert dat de diagnose, de indicatie, het behandelplan en het chronologische praktijkregister zulke types zijn.

Bij het gebruik van types blijft als het ware veel onbesproken. Het onbesprokene wordt beschouwd als taken for granted en benoemd als het et cetera principe. Onderzocht wordt of dit principe aanwezig is en waaruit het bestaat. Ten slotte wordt de relatie gelegd met het hoofdstuk "Rationaliteit en Mythe".

Hoofdstuk 6 DE PROBLEEMSTELLING

De geldende wet- en regelgeving voor de fysiotherapeutische verstrekking beoogt een rationele procedure te zijn. De verwijzend arts, de behandelend vrij-gevestigde fysiotherapeut en het ziekenfonds worden door die wet- en regelgeving in een netwerk geplaatst, waarbinnen zij interacteren. Op dit niveau van sociale interactie kennen zij betekenissen toe aan, ook buiten deze wet- en regelgeving voor hen gebruikelijke begrippen als: de diagnose/indicatie, het behandelplan en het chronologische praktijkregister. Met gebruik van het symbolisch interactionisme zal onderzocht worden hoe bij deze drie begrippen de betekenisverlening door de actoren onder invloed van die wet- en regelgeving tot stand komt. Tevens zal onderzocht worden wat de uiteindelijke toegekende betekenissen inhouden en in hoeverre deze leiden tot de door de wet- en regelgeving beoogde rationele procedure.
Indirekt wordt het daardoor mogelijk een uitspraak te doen over de mate waarin de wetgever erin is geslaagd, een optimale procedure te creëren.

Hoofdstuk 7 METHODEN EN TECHNIEKEN

De in het vorige hoofdstuk ontvouwde probleemstelling werd als volgt onderzocht.

7.1. De dossiers van verzekerden en de chronologische praktijkregisters.

In het derde hoofdstuk zijn twee schema's opgenomen. De administratieve neerslag daarvan wordt gevormd door de dossiers van de verzekerden en de door de fysiotherapeuten ingediende chronologische praktijkregisters. Uit de laatst genoemde bron zijn alle bij het ziekenfonds aanwezige registers van in totaal 28 vrij-gevestigde fysiotherapeuten onderzocht.[1] Per fysiotherapeut werden uit één willekeurige maand, van het jaar 1985, tien willekeurige verzekerden onderzocht op hun wijze van registreerd zijn door de fysiotherapeut. N=280.[2]

In de dossiers van de verzekerden ligt de andere voor dit onderzoek relevant geachte informatie. Er is een systematische aselecte steekproef met start getrokken uit deze bij het ziekenfonds S.Z.R. aanwezige dossiers van verzekerden/patienten[3]. De centrale variabelen die met behulp van dit bronnen-

---

1 Op 1-1-1986 waren niet meer gegevens beschikbaar. Van de ongeveer 210 fysiotherapeuten wordt slechts een beperkt (willekeurig) aantal per jaar aan een onderzoek van de praktijkregisters onderworpen.

2 Het aantal tien is afkomstig uit de procedure zoals die in het Controlebesluit wordt beschreven.

3 Ziekenfondsen spreken in het algemeen over verzekerden, waar huisartsen en fysiotherapeuten het over patienten hebben. Beide begrippen zullen als synoniem van elkaar worden beschouwd.

materiaal zijn onderzocht zijn categorale variabelen (meting op nominaal niveau). De uitspraken hierover zullen dan ook meestal betrekking hebben op percentages in bepaalde categorieën en relaties daar tussen. Bij de bepaling van de steekproefomvang ten aanzien van de dossiers van de verzekerden, is uitgegaan van een gewenste nauwkeurigheid van 5% en een betrouwbaarheid van 99%. Een aldus geconstrueerde interval van 2,5% boven respectievelijk onder het gevonden percentage in de steekproef, zal dan het werkelijke percentage in de populatie in 99 van de 100 gevallen omvatten. De minimale steekproefgrootte kan nu berekend worden:

$$N = \frac{2{,}575 \times \sqrt{0{,}5 \times 0{,}5}}{0{,}025} = 2652 \ (1)$$

Voor de uiteindelijke steekproef zijn de afzonderlijke eenheden uit dossierbakken getrokken. Uit elke bak een gelijk aantal te weten 20. De afstanden (in centimeters) tussen de afzonderlijke dossiers bleef dezelfde. Het beginpunt werd in iedere bak bepaald aan de hand van toevalsgetallen (2). Het totaal van de steekproef bedroeg 2668 eenheden uitgedrukt in dossiers (N=2668). De dossiers bevatten evenwel verschillende soorten data. In principe zijn er even veel diagnoses als er dossiers zijn. Maar het kan ook zijn dat de klacht bij één diagnose niet met het aantal zittingen van één machtiging voldoende kon worden weggenomen. Dan waren er zoals in hoofdstuk 3 werd uitgelegd vervolgaanvragen noodzakelijk. Het totaal daarvan begroeg 8240 (=N).
De laatst vermelde diagnose kon echter ook in een periode van één jaar vooraf zijn gegaan door een andere diagnose, die tot een behandeling had geleid. Hiervan was in 1131 (=N) gevallen sprake.

7.2. De waarneemgroepen van de huisartsen.

In hoofdstuk 1 de zevende noot is reeds aandacht gevraagd voor de organisatievorm van de huisartsen, de waarneemgroep. In het kader van een door het

ziekenfonds opgezet initiatief zijn al deze groepen bezocht in de periode september 1983 tot oktober 1985.[4] Er mag derhalve gesproken worden van een populatie-onderzoek. Aangezien er dan noch sprake is van een een (aselecte) steekproef, noch van randomisatie is aansluiting gezocht bij Selvin: The idea of statistical significance is meaningless unless some random phenomenon is involved"(3).

7.3. De focused interviews.

De gebruikte interview-methode die zowel voor de al genoemde waarneemgroepen van huisartsen, als ook voor de Huisartsenopleiding in Rotterdam, de Opleiding Fysiotherapie in Rotterdam, en het Rotterdamse Ziekenfonds S.Z.R. is gebruikt, is die van de Focused Interviews.

Dit soort interview valt volgens Segers(4) in te passen tussen het gestandaardiseerde interview (het vraaggesprek verloopt strikt volgens een vragenlijst) en het vrije interview (gebruikelijk in de psychotherapie). Er wordt gebruik gemaakt van een lijst van onderwerpen die bij alle informanten is gebruikt (bijlage 15). Opmerkingen uit de interviews die relevant zijn in een bepaald deel van het onderzoek, zullen in cursief in de tekst worden opgenomen. Wanneer er in het geval van de waarneemgroepen grote verschillen in de antwoorden van de diverse groepen vielen te herkennen, worden ook die verschillen in de tekst tot uitdrukking gebracht. De relevante opmerkingen die gemaakt zijn door de geïnterviewden bij het ziekenfonds, zullen cursief worden

---

4 Dit initiatief werd in een breder verband opgezet door B.J.Kranenburg, voormalig voorzitter van de Plaatselijke Huisarts Vereniging thans Hoofd Medische Zaken van het S.Z.R. Van de 29 gedane uitnodigingen is slechts één niet geaccepteerd. De reden was, dat deze waarneemgroep slechts in de uiterste periferie van het ziekenfonds opereert en derhalve weinig met dit fonds te doen heeft. Bij twee andere is gebruik gemaakt van de verslaggeving door een collega fysiotherapeut.

afgedrukt als *het ziekenfonds stelt*..... Dit gebeurt overigens alleen indien de mening van de ondervraagden ten aanzien van een gestelde vraag eensluidend was. Indien dit niet het geval was, of wanneer de uitspraak specifiek was voor één bepaalde functionaris, dan zal de functionaris alszodanig worden genoemd, bijvoorbeeld *mee eens*, aldus de adviserend fysiotherapeut.

7.4. De schriftelijke enquête.

De onderzochte vrij-gevestigde fysiotherapeuten zijn niet zoals de huisartsen in waarneemgroepen georganiseerd. Daarom was het gezien de aantallen noodzakelijk een enquête te houden bij de in het gebied van het ziekenfonds S.Z.R. aangesloten vrij-gevestigde fysiotherapeuten. Een aantal onderzochte kenmerken is weergegeven in bijlage 12. Aangezien de adressen noch bij de beroepsverenigingen, noch bij het ziekenfonds nauwkeurig waren, valt niet met zekerheid te stellen of de gehele populatie bereikt is. In ieder geval zijn op 12 maart 1986 in totaal 212 enquête formulieren verzonden met een begeleidend schrijven (bijlage 16). Drie weken later is een herinnering verzonden aan het zelfde aantal fysiotherapeuten.

Eénendertig formulieren werden terug ontvangen op basis van een onbekend, dan wel onjuist adres. In totaal werden 94 formulieren (51%) van de resterende 181 fysiotherapeuten ingevuld terug ontvangen in de periode 13 maart tot en met 30 juni. Gezien de opstelling van een deel van de beroepsgroep dat nadrukkelijk niet mee wilde werken is dit redelijk te noemen. Tweeenachtig van de respondenten bleek voor honderd procent als vrij-gevestigde fysiotherapeut werkzaam te zijn. De overige fysiotherapeuten hadden een deeltijd baan als vrijgevestigd fysiotherapeut, of waren op een polikliniek[5] werkzaam. Drie respondenten vulden de vraag die betrekking had op de locatie van de prak-

---

5 Het betrof vrij-gevestigde fysiotherapeuten die hun praktijk uitoefenen in een bejaarden/verzorgingshuis.

tijkuitoefening niet in. Op grond van de response en de samenstelling van de groep alszodanig is de uitspraak gewettigd, dat gesproken kan worden van meningen, die spreken voor een groot deel van de vrij-gevestigden.

7.5. De inhoudsanalyse.

In relatie tot het in hoofdstuk 5 besproken et cetera principe werd tot slot gebruik gemaakt van een analyse van de inhoud(5) van de schriftelijke verslaggeving tussen de drie actoren.

Bij de verslaggeving in de (para)medische beroepen over patienten/verzekerden, wordt eensdeels gebruik gemaakt objectieve parameters, bijvoorbeeld het aantal graden van de uitslag van een gewricht, de parameters van electrotherapie enz.; er wordt echter ook gebruik gemaakt van subjectieve parameters die kwalitatief van aard zijn. Voorbeelden zijn; "de toestand van de patient is gezien de vorige situatie thans bevredigend"; "een voortzetting van de behandeling is noodzakelijk ten einde een achteruitgang te voorkomen". Gelijksoortige kwalitatieve parameters zijn door de onderzoeker onder een noemer gebracht.

Tot slot geldt dat voor de statistische bewerkingen en de data-opslag gebruik is gemaakt van het statistische standaardprogramma SPSS/X.

Deel 2 HET EMPIRISCH ONDERZOEK

In dit deel van deze dissertatie zullen in drie hoofdstukken de gevonden onderzoeksresultaten worden gepresenteerd. De eerste twee hoofstukken hebben betrekking op de formele controle en zijn "De formele controle" van respectievelijk "de diagnose/indicatie" en "het behandelplan" getiteld. Het derde hoofdstuk is bedoeld om meer inzicht te geven in het belangrijkste onderdeel van de materiële controle namelijk De chronologische praktijkregisters. De benaderingen van waaruit in de drie hoofdstukken wordt gewerkt, verschillen. Het eerste hoofdstuk behandelt de relatie tussen de diagnosen. Het tweede duikt als het ware in het gevolg van de diagnose, te weten het behandelplan. Het derde kijkt inhoudelijk over de diagnose en het daarbij behorende behandelplan heen. De drie hoofdstukken zijn gelijk wat hun structuur betreft. Allereerst is er een zeer korte inleiding die als leidraad funtioneert, vervolgens een zo sober mogelijke weergave van de gevonden resultaten en ten slotte een conclusie. De drie conclusies te zamen vormen, in relatie tot elkaar, tot het gekozen theoretische uitgangspunt en de probleemstelling, de basis van het derde deel dat uit twee hoofstukken bestaat: "De eindconclusie" en "Discussie en aanbevelingen".

Hoofdstuk 8 DE FORMELE CONTROLE VAN DE DIAGNOSE/INDICATIE

8.1 Inleiding

Met behulp van de volgende globale vragen, die bovendien voor de lezer als richtsnoer dienen, is getracht een empirisch beeld te krijgen van deze vorm van controle:

- hoe duidelijk is de betreffende wet- en regelgeving in termen van (formele)-controle op de diagnose en indicatie? paragraaf 8.2;
- om welke diagnosen en indicaties gaat het bij de formele controle? paragraaf 8.3;
- bestaat er enig verband tussen de eerste en tweede diagnosen en indicaties? paragraaf 8.4;
- wat is het nut van de formele controle bij "aan huis behandelingen"? paragraaf 8.5;
- wat is de relatie formele controle en psycho-sociale diagnosen? paragraaf 8.6.

Tot slot volgt de conclusie, paragraaf 8.7.
Daarnaast worden,indien de informatie daarvoor aanwezig was, additionele gegevens gepresenteerd.

8.2. Hoe duidelijk is de wet- en regelgeving?

Uit de hoofdstukken twee en drie is gebleken dat de diagnose, de indicatie en het behandelplan deel uit maken van de formele controle. De diagnose en de indicatie vormen evenwel gezamenlijk het eerste hoofdstuk van dit deel en het behandelplan het tweede. De vraag rijst waarom niet aan elk van de beide eerste onderdelen van deze controle een apart hoofdstuk is gewijd. Het antwoord op deze vraag wordt gegeven door te kijken hoe de drie actoren beide begrippen gebruiken.

Het vaststellen van de diagnose behoort tot de competentie van de huisarts, dit staat buiten enige discussie. Alle besproken onderdelen van de vigerende wet- en regelgeving zijn daarin duidelijk. Daar waar over diagnose gesproken wordt, is het de (huis)arts die er voor verantwoordelijk wordt gesteld. Dat dit ook in de toekomst door de fysiotherapeuten niet als een belemmering wordt ervaren blijkt uit de beantwoording van vraag 21 uit de enquête (bijlage 6). Van het totaal aantal respondenten (94) zegt 76% het met de exclusieve verantwoordelijkheid van de arts ten aanzien van de diagnose eens te zijn, 5% is het daar niet mee eens en de overige 19% gaf geen antwoord op deze vraag. De in de toelichting gegeven redenen die bij het antwoord "mee eens" werden vermeld duiden op de mening van de fysiotherapeuten, dat de arts over een breder terrein de klacht kan overzien, over meer informatie beschikt en mede daardoor in een vroeg stadium therapeutische contra-indicaties kan melden, voortvloeiende uit een bepaalde diagnose.
De eis van een indicatie wordt echter niet in alle vormen van wet- en regelgeving (inhoudelijk) vastgelegd. Zo ontbreekt de indicatie in de overeenkomst ziekenfonds-fysiotherapeut. Slechts de deelgebieden van de geneeskunst waarbinnen de indicaties impliciet moeten vallen worden zeer ruim geschetst, bijvoorbeeld orthopedie, gynaecologie etc.(bijlage 1). Strikt genomen kan de fysiotherapeut niet door het ziekenfonds verplicht worden de indicatie te melden. Daar waar de indicatie wel alszodanig aan de orde komt, wordt niet aangegeven wie daarvoor verantwoordelijk is. De indicatie dient volgens een deel van de wet- en regelgeving aanwezig te zijn en de verstrekking te rechtvaardigen. Dat is met name op grond van het Controlebesluit voldoende. De verplichte aanwezigheid van deze twee onderdelen is per soort aanvraag verschillend. De in hoofdstuk drie beschreven eerste aanvraag kent in nagenoeg honderd procent van de gevallen een vermelding van een diagnose en of een indicatie. Maar ook staan er aanduidingen, die niet onder deze beide begrippen

zijn te vatten, bijvoorbeeld de patient "heeft nog last van de arm, schouder etc". Deze informatie is af te lezen van het eerste aanvraagformulier (bijlage 7). Zeker is echter dat zonder aanwezigheid van diagnose, indicatie of althans enige aanduiding daarvan, in alle gevallen het ziekenfonds de eerste aanvraag afwijst. Begeleid met een standaardbrief wordt deze aanvraag geretourneerd. Ten einde de verwerking van de ruim 40.000 eerste aanvragen per jaar mogelijk te maken is een coderingslijst ontwikkeld (bijlage 8). Een bestudering van die bijlage leert, dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen diagnose, indicatie en een eventuele andere aanduiding. In de steekproef werd in 28% van de gevallen een vermelding gevonden, die bij het gedefinieerde begrip diagnose viel onder te brengen. De overige 72 procent bestond uit meer of minder bij het begrip indicatie onder te brengen opmerkingen. Daarom zal vanaf dit moment gesproken worden van de diagnose/indicatie en zijn beide in één hoofdstuk ondergebracht. Bij de vervolgaanvraag is, op basis van de ter beschikking staande vervolgaanvraagformulieren (bijlage 9), een ander resultaat gevonden. In 15% van de onderzochte vervolgaanvragen[1] is geen diagnose/indicatie aanwezig. Desondanks worden de vervolgaanvragen niet terug gestuurd. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat de administratieve opstelling van het ziekenfonds: *geen diagnose/indicatie - geen machtiging*, slechts bij de eerste aanvraag wordt gehanteerd. Niet alleen kan de diagnose/indicatie ontbreken, maar er komen andere aanduidingen voor in de plaats, bijvoorbeeld "eens met

---

1 Uitgaande van het feit dat per vervolgaanvraag (bij gelijkblijvende diagnose/indicatie) steeds opnieuw de vermelding van die diagnose verplicht is, is het totaal aantal onderzochte verslagen veel groter dan de grootte van de steekproef van de dossiers. Het gaat hier om ruim 8000 vervolgaanvragen (zie Hoofdstuk 7)

fysiotherapeut, zie ommezijde etc".[2] Deze opmerkingen zullen nader toegelicht worden in het hoofdstuk Het Behandelplan. De conclusie is evenwel dat de inhoudelijke controle op de diagnose/indicatie, die een eerste barrière voor het verkrijgen van de hulp zou moeten zijn, eenvoudig te omzeilen is. *Door de enorme aantallen aanvragen en de daardoor noodzakelijke geautomatiseerde verwerking is een andere wijze van controle-uitoefening onmogelijk,* aldus het ziekenfonds. Gevraagd aan de waarneemgroepen, waarom bij de eerste aanvraag wel altijd een diagnose/indicatie wordt vermeld was het antwoord, *dat men zoveel mogelijk standaardbrieven wenst te vermijden; door een vertraging kan de patient de dupe worden.* En aangezien de administratieve controle van de vervolgmachtiging niet automatisch leidt tot zo'n brief, wordt de noodzaak hier minder gevoeld. Bovendien geldt er bij de waarneemgroepen nog een inhoudelijk argument. Zijn zij het er in principe over eens, dat de diagnose door hen geleverd zou moeten worden, over de indicatiestelling wordt anders gedacht. Die zou tot de competentie van de fysiotherapeut moeten behoren. Een algemeen gehoord argument daarvoor is, dat er bij de waarneemgroepen te weinig kennis bestaat van de (contra-)indicaties die de fysiotherapie betreffen, zeker als het om de apparatieve verrichtingen gaat. Dit argument steekt ietwat af tegen de hierboven beschreven mening van de fysiotherapeuten, als het om mogelijke contra-indicaties gaat. Het ziekenfonds stelt zich echter op het standpunt dat de verwijzend arts de verantwoordelijke is **en blijft** voor de diagnose en de indicatie. De opmerking **blijft** is van belang, omdat wanneer de fysiotherapeut veranderingen van de diagnose/indicatie in het verloop van de fyiotherapeutische behandeling noodzakelijk acht, het ziekenfonds de verandering op grond van zijn stellingname dus niet accepteert. Uitsluitend een schriftelijke motivatie van de arts kan tot een verandering leiden.

---

2 Voor een volledig overzicht van de gevonden opmerkingen in dit kader zie bijlage 10.

8.3 De soorten eerste en tweede diagnosen/indicaties.

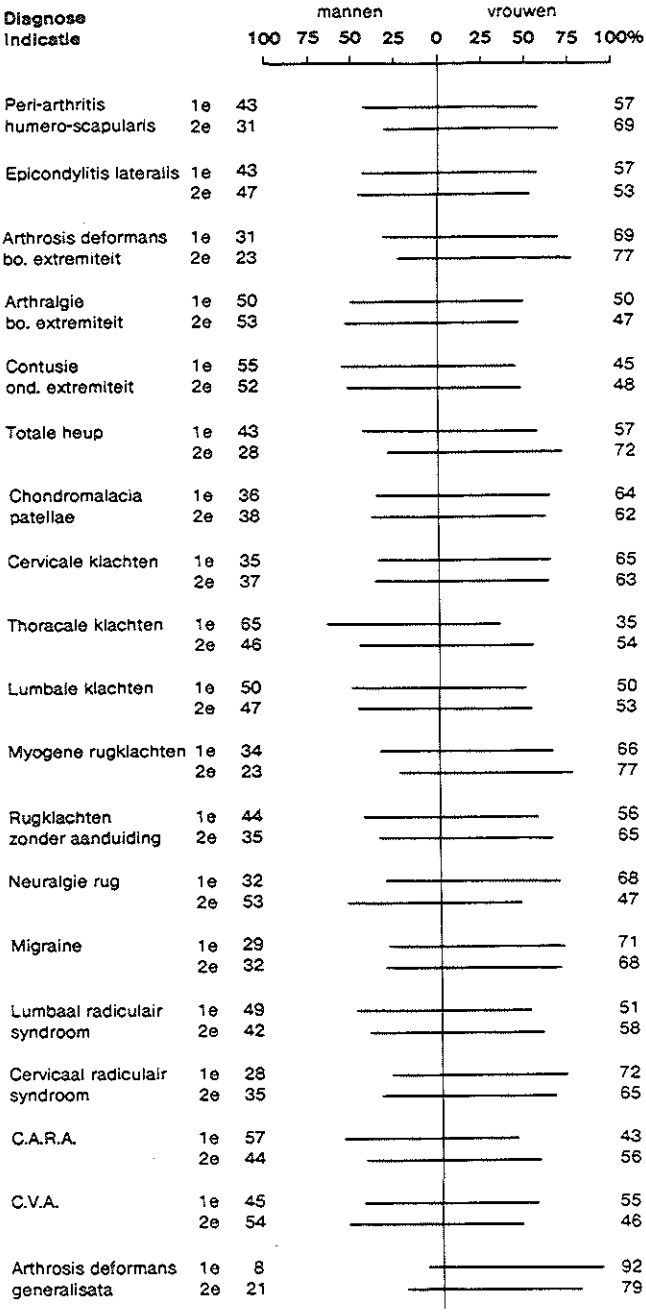
In hoofdstuk 7 is reeds ingegaan op de mogelijkheid dat voor één en dezelfde patient twee maal in één jaar een fysiotherapeutische behandeling kan worden aangevraagd met een tussenliggende periode van meer dan 90 dagen. Hiervan was in 1131 gevallen sprake. De periode van één jaar is om twee redenen gekozen. Ten eerste omdat het ziekenfonds de dossiers waaruit de steekproef is gekozen per jaar schoont. Omdat er geen expliciete regels zijn die aangeven waarom het ene dossier wel en het andere juist niet wordt geschoond, zijn de gegevens ouder dan twee jaar onbetrouwbaar. De tweede reden is gelegen in de mogelijkheid, dat deze twee los van elkaar staande aanvragen één en dezelfde diagnose/indicatie[3] kúnnen hebben. Dit hoeft immers niet noodzakelijk zo te zijn. Wanneer dit wel voorkomt reageert het ziekenfonds bij een verlenging van die tweede aanvraag vrij snel met een verzoek tot uitgebreid schriftelijke motivatie van de voortzetting.[4] Dit geschiedt door middel van een standaard-brief, waarvan ook al eerder is gezegd dat de waarneemgroepen dit soort brieven tracht te vermijden. Het is niet ondenkbaar dat deze wijze van controle een effect heeft op de wijze van aanvragen als het om een tweede aanvraag met een daarbij behorende tweede diagnose/indicatie gaat. Daarom is gezocht naar eventuele verschillen en overeenkomsten tussen beide, waarbij het geslacht een hulpmiddel leek te kunnen zijn. Uitgedrukt naar geslacht in

---

3 Er wordt nogmaals op gewezen dat daarbij wordt uitgegaan van de feitelijk aangetroffen situatie. Bij de vaststelling van de diagnose/indicatie wordt dus gebruik gemaakt van de aanwezige coderingslijst bijlage 8.

4 Vrij snel is hier na 24 zittingen. Dezelfde soort motivatie wordt bij verlengingen gevraagd wanneer er sprake is van één aanvraag per jaar. Zij het na 48 of 60 zittingen.

De Eerste en Tweede diagnose/indicatie in één jaar, uitgedrukt in percentages mannen en vrouwen



percentages worden in figuur 1, de eerste en tweede diagnosen/indicaties binnen een jaar gepresenteerd. In de linker kolom staan de diagnosen/indicaties vermeld.[5] Op de rijen kan het lijnstuk met een lengte van éénmaal de afstand 0 tot 100% worden afgelezen. Zo kunnen de verschuivingen in de twee soorten diagnosen/indicaties zichtbaar worden gemaakt. Het is nuttig op te merken dat het in eerste instantie te doen is om het zichtbaar maken van het verschuiven. De lijnen voor de eerste en tweede diagnose/indicatie zijn onder elkaar weergegeven.

Uit deze figuur blijkt dat er bij een aantal diagnosen/indicaties verschillen tussen mannen en vrouwen bestaan. Arthrosis deformans generalisata komt voor 92% bij vrouwen voor als het om de eerste diagnose/indicatie gaat, maar C.A.R.A., en thoracale klachten kennen slechts percentages van 43 respectievelijk 35 procent. Bij migraine zijn de percentages voor mannen en vrouwen bijna gelijk. Bovendien laten sommige diagnosen/indicaties verschuivingen tussen de geslachten zien, wanneer de eerste en tweede vergeleken worden (neuralgie rug, thoracale klachten en arthrosis deformans generalisata). Uit de aard van de verzamelde gegevens kunnen deze verschuivingen niet direkt verklaard worden. Om de waargenomen verschuivingen verder te onderzoeken is nader op de gegevens ingegaan. Onderzocht is uit welke eerste diagnosen/indicaties, de aangetroffen tweede als het ware hun winst en verlies halen.

8.4 De relatie eerste - tweede diagnose/indicatie

Om zichtbaar te maken waar de tweede diagnose/indicatie[6] zijn winst en verlies vandaan haalt, zijn de afgebeelde cirkels gemaakt. Het betreft de winst

---

5 Terwille van de overzichtelijkheid zijn alleen die diagnosen/indicaties vermeld die meer dan 2% van het totaal bedroegen. Te zamen vormen zij 69% van het totaal.

6 Ook hier geldt de reeds besproken tijdspanne van binnen één jaar na de laatste zitting van de eerste behandeling.

en het verlies van de 18 meest voorkomende diagnosen/indicaties[7] in de steekproef, zoals die in de kruistabel van bijlage 18 staan afgebeeld.
Bij het analyseren van deze uitkomsten zal gesproken worden over harde dan wel zachte diagnosen/indicaties. Een harde diagnose/indicatie is er één die als tweede diagnose/indicatie voor meer dan 50% uit de gelijknamige eerste gevuld wordt. Bij een vulling van minder dan 50% uit de gelijknamige eerste is van een zachte tweede diagnose/indicatie sprake.
De cirkel behorende bij de peri-arthritis humero scapularis (P.H.S.) laat zich als volgt lezen: dit ziektebeeld komt 62 maal als tweede diagnose/indicatie voor. Daarvan is 48% afkomstig van de gelijknamige eerste diagnose (P.H.S.) en wordt dus als een zachte diagnose/indicatie beschouwd. De overige twee eerste diagnosen/indicaties die de cirkel meevullen zijn cervicaal syndroom (code 318) en lumbale klachten (code 309).[8] Terwille van de duidelijkheid zijn naast het aangetroffen percentage van de gelijknamige eerste diagnose/indicatie, slechts de percentages van twee andere eerste diagnosen/indicaties weergegeven. Deze twee percentages moesten bovendien ieder afzonderlijk meer dan 5% van het totaal van een cirkel beslaan. De vermelding "ov" slaat op het totaal van het percentage overige eerste diagnosen/indicaties dat meevulde. De resterende cirkels moeten op dezelfde wijze gelezen worden.
Harde diagnosen/indicaties zijn: arthrosis en arthralgie van de onderste extremiteit, chondromalacia patellae, lumbale klachten, lumbaal radiculair syndroom (H.N.P.), cervicaal radiculair syndroom, C.V.A., C.A.R.A. en arthrosis deformans generalisata. Zachte zijn de overige. Zij worden voornamelijk

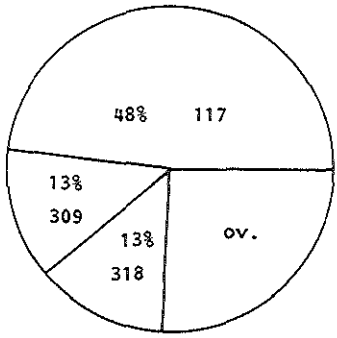
---

7 Als arbitrair percentage is ook nu 2 procent gekozen. Diagnosen/indicaties die in de steekproef minder dan twee procent van het totaal uitmaakten zijn buiten beschouwing gelaten.

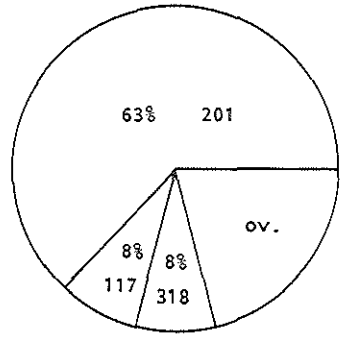
8 In de cirkels wordt terwille van de overzichtelijkheid gebruik gemaakt van de codes zoals die voorkomen op bijlage 8.

Achttien tweede diagnosen/indicaties in relatie tot eerste diagnosen/indicaties.

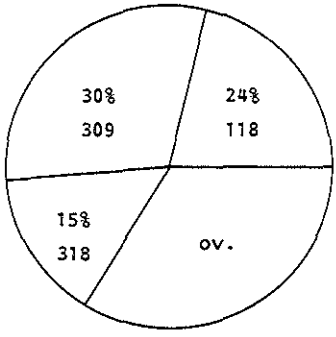
Peri-arthritis
humero scapularis
(117)
N=62



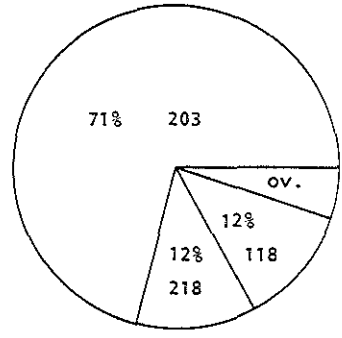
Arthrosis
ond. extremiteit
(201)
N=38



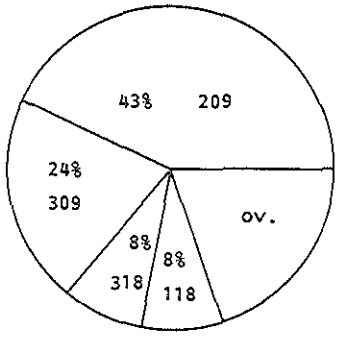
Epicondylitis
lateralis (118)
N=34



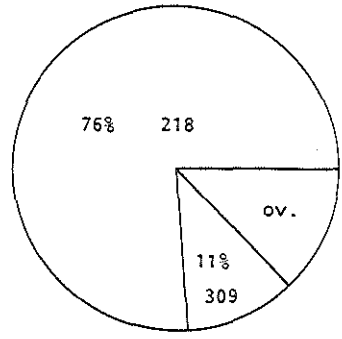
Arthralgie
ond. extremiteit
(203)
N=17



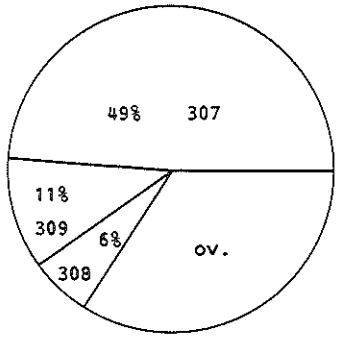
Contusie
enkel/knie
(209)
N=37



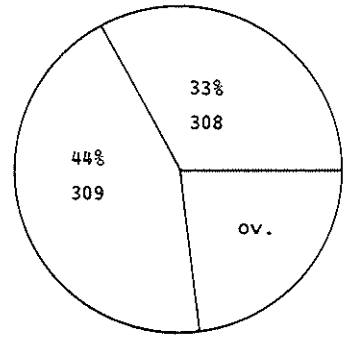
Chondromalacia
patellae (218)
N=37



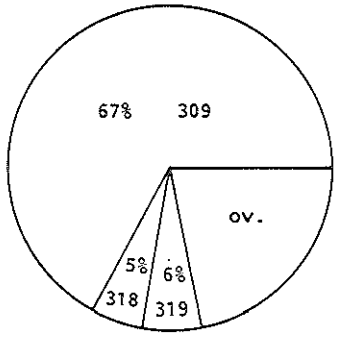
Cervicale klachten (307) N=65



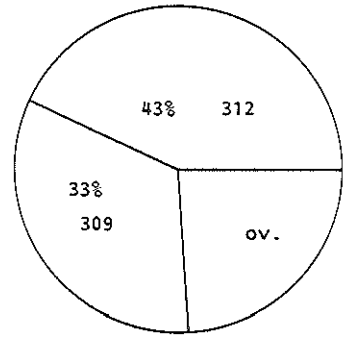
Thoracale klachten (308) N=9



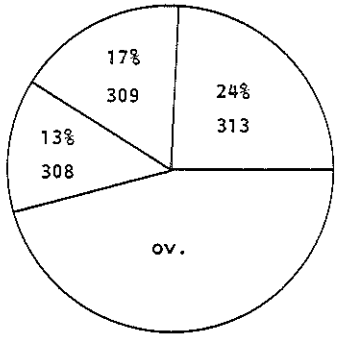
Lumbale klachten (309) N=199



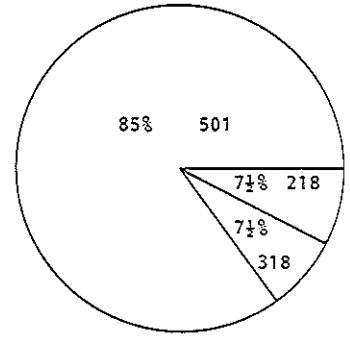
Myogelose rug (312) N=21



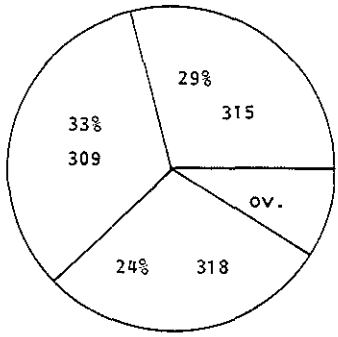
Rugklachten zonder aanduiding (313) N=24



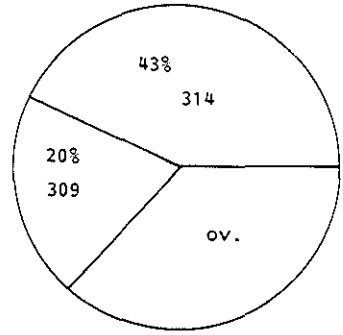
C.V.A. (501) N=13



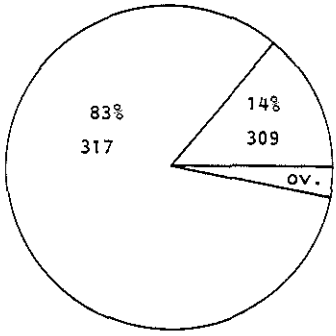
Migraine (315)
N=21



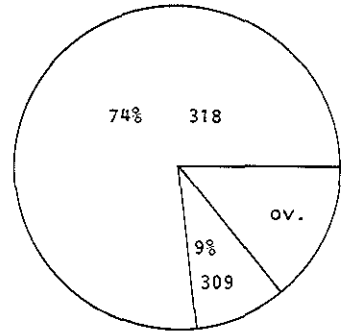
Neuralgie
ischialgie
(314)
N=30



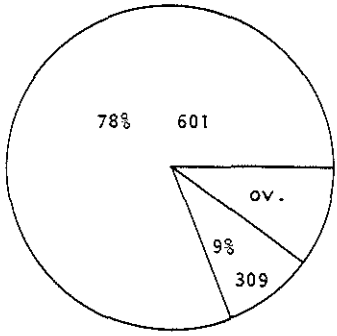
Lumbaal
radic. syndroom
(317)
N=36



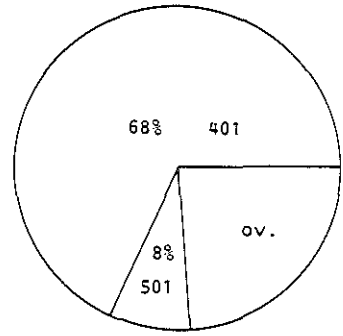
Cervicaal
radic. syndroom
(318)
N=90



Arthrosis
deformans
generalisata (601)
N=23



C.A.R.A.
(401)
N=25



"meegevuld" door de lumbale klachten (in 12 van de achttien cirkels) en het cervicaal radiculair syndroom. Thoracale klachten, migraine en epicondylitis zijn zelfs niet meer de grootste sector.

Het is duidelijk, dat er tussen de opgegeven diverse diagnosen/indicaties binnen één jaar verschuivingen zijn te waar te nemen.

Ten einde een beter inzicht dienaangaande te krijgen, zijn de diagnosen/indicaties uit de kruistabel (bijlage 18) statistisch nader onderzocht. Voor deze tabel is de voor nominale data geschikte maat V van Cramer[9] berekend, die 0,56 blijkt te zijn. Aangezien deze associatiemaat tussen 0 (geen verband) en 1 (zeer sterk verband) in ligt, kan hier gesproken worden van een tamelijk sterk verband tussen de eerste en tweede diagnose. Ook de waarde van chi-kwadraat (4227,5) duidt op een statistisch significant verband tussen deze variabelen ($p<0,001$). Aangezien de 18x18 kruistabel niet aan alle desirata van de chi-kwadraat kansverdeling voldoet,[10] is de tabel op inhoudelijke gronden ingedikt tot een 4x4 tabel, die wel aan deze desirata voldoet.[11] De gevonden chi-kwadraat blijkt ook dan statistisch significant te zijn ($p<0,001$ en $V=0,62$). Globaal geldt dat de meeste gevulde cellen allen op de hoofddiagonaal liggen, dat wil zeggen dat de opgegeven tweede diagnose/indicatie vaak dezelfde als de eerste is.

Er zijn echter ook opmerkelijke afwijkingen. Op grond daarvan is naar de afzonderlijke cellen van de oorspronkelijke 18x18 tabel gekeken (bijlage 18).

---

9 Zie Reynolds H.T., The Analysis of Nominal Data, London 1977, p.32

10 Het probleem met de de grootheid chi-kwadraat is de beinvloeding ervan door de grootte van de steekproef. Het werken met een chi-kwadraat kansverdeling eist, dat de verwachte celfrekwenties in de cellen van de tabel niet kleiner zijn dan 1, en dat niet meer dan 20% van de cellen, frekwenties laat verwachten tussen 1 en 5.

11.Zie bijlage 18a.

Met gebruik van een daarvoor speciaal ontwikkelde toets [12] is het statistisch onderzoek vervolgd. Gekozen is voor een statistisch significantieniveau van 10%, bij dubbelzijdig toetsen.[13] Lumbale klachten als tweede diagnose, is als uitgangspunt gekozen. Dit is gedaan omdat deze diagnose/indicatie enerzijds de andere tweede diagnosen/indicaties vult (zie cirkels) en anderzijds zelf uit allerlei andere eerste diagnosen is samengesteld.
Niet significant, in relatie tot de hierboven genoemde tweede diagnose/indicatie lumbale klachten, zijn de diagnosen/indicaties: peri-arthritis humero scapularis myogelosen rug, epicondylitis lateralis, en rugklachten zonder verdere aanduiding. Statistisch significant onder dezelfde condities zijn: lumbaal radiculair syndroom, cervicale klachten, cervicaal radiculair syndroom en migraine (bijlage 11). Van de groep statistisch significant komen cervicale klachten, radiculair syndroom lumbaal en cervicaal significant minder vaak en migraine vaker voor, dan op grond van het toeval verwacht zou mogen worden, Op basis van de reeds aangetoonde en beschreven verbanden in de twee kruistabellen (bijlagen 18 en 18a) is dit opmerkelijk. In het geval van migraine, waar het gaat om een zeer sterk positief statistisch verband, zou het erop duiden dat de eerste diagnose migraine juist niet leidt tot de gelijknamige tweede diagnose, maar dat daarvoor als tweede diagnose de lage rugklachten in de plaats komen. Voor de andere drie (sterk negatief verband) geldt dan uiteraard het tegenovergestelde. Deze resultaten, te zamen met de waarneming dat reeds na de 24ste zitting bij een tweede aanvraag naar een schriftelijke motivatie wordt gevraagd, en dat dit geschiedt door middel van een standaardbrief die de verwijzend artsen wensen te vermijden, zou een aanwijzing kunnen zijn voor

---

12 Zie hiervoor The Analysis of Cross-Classifications, Reynolds H.T., 1977 p.11-15.

13 Voor de uitslagen zie bijlage 11

het bewust kiezen van een andere diagnose/indicatie dan feitelijk aanwezig is. Dit wordt voortaan **het verspringen van de diagnose** genoemd. Een en ander komt ook ter sprake in dit hoofdstuk onder "De formele controle en de psycho-sociale diagnosen/indicaties".

8.5 De formele controle op de aan huis behandelingen.

In hoofdstuk drie is melding gemaakt van de mogelijkheid om niet in de praktijk van de fysiotherapeut, maar thuis behandeld te worden. Daartoe stelt artikel 5 van het Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering, dat de arts een motivering moet leveren op grond waarvan behandeling ten huize van de verzekerde wordt voorgeschreven. Dit dient door het ziekenfonds gecontroleerd te worden. De fysiotherapeuten maar vooral de verwijzende artsen, maken zich hierover nogal eens boos. Het argument van de laatsten steunt voornamelijk op de mening *dat fysiotherapie die op deze wijze is aangevraagd, er voor zorgt dat de patienten langer in de huiselijke omgeving kunnen blijven, zodat ze niet of minder snel naar bijvoorbeeld een verpleeghuis hoeven.* Zij vinden bovendien dat ze voorzichtig genoeg omgaan met dit soort aanvragen, die dan volgens hen in hoofdzaak betrekking hebben op invaliderende diagnoses/indicaties en in een lage frekwentie (vaak slechts éénmaal per week) worden aangevraagd. Om dit eventueel te staven en de zin van de controle na te gaan is dit onderzocht.[14] Tabel 1 geeft de resultaten weer.
Als toelichting op tabel kan het volgende gezegd worden.
Geen van de andere invaliderende diagnosen/indicaties uit de steekproef van

---

14 Het is jammer dat over de aan huis behandelingen geen longitudinale gegevens bij het ziekenfonds aanwezig waren. Anders had een indruk over de al of niet stijgende thuishulp over een aantal jaren gekregen kunnen worden.

Tabel 1

Invaliderende diagnosen/indicaties en aan huis behandelingen

Diagnose/ Indicatie	totaal aantal	aantal aan huis	% v. totaal aan huis
CARA	112	61	54
C.V.A.	91	46	51
A.L.S.	52	38	73
Arthr. def. generalisata	93	56	60
R.A.	41	19	46
Totaal	389	220	gem. 57

2668 diagnosen/indicaties komt boven enkele procenten van het totaal en deze zijn derhalve niet opgenomen. Het percentage aan huis behandelingen van de totale steekproef bedraagt 10,9%. Daarvan wordt per vermelde diagnose/indicatie het in de laatste kolom berekende percentage als aan huis behandeling gegeven. Over de gezamenlijke vermelde diagnosen/indicaties is het gemiddelde 57%. Alhoewel niet vooraf een verwachting over de percentages is uitgesproken lijkt het dat in de betrokken gevallen de aan huis aanvraag niet onterecht is geweest. Het ziekenfonds gaat mede, omdat men geen indruk heeft over de omvang van dit soort behandelingen, voorzichtig te werk. Ook nu is de stelregel: *de mening van de verwijzend arts geeft de doorslag.* Deze voorzichtige opstelling wordt zoals gezegd door de waarneemgroepen als lastig ervaren, vooral omdat deze argumentatie schriftelijk door de huisartsen moet worden geregeld.

8.6 De formele controle en de psycho-sociale diagnose/indicatie.

Als het ziekenfonds de diagnose/indicatie moet controleren, zou daarbij een noodzakelijke voorwaarde moeten zijn, dat die diagnose/indicatie juist is. Uit de antwoorden die de respondenten in de enquête hebben ingevuld op de vraag naar het percentage psycho-sociale component in diagnosen/indicaties, kan de tabel 2 worden gedestilleerd worden.

Tabel 2

Geschatte percentages psycho-sociale lading in diagnosen/indicaties door fysiotherapeuten

	f	%
Meer dan 80%	6	6
60-80%	26	28
40-60%	31	33
20-40%	21	22
Minder dan 20%	3	3
Geen antwoord	7	9
Totaal	N = 94	101%

Drieenzestig (6+26+31) van de 94 respondenten vinden de lading hoger dan 40%. Op zich is de controle door het ziekenfonds van deze diagnose/indicatie geen barrière voor een eventuele machtiging: *volgens de huidige wet- en regelgeving is dit een van de toegestane deelgebieden waarbinnen de diagnosen/indicaties mogen vallen.* Er is zelfs in bijlage 3 van de overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut een speciale passage voor opgenomen: "Klachten van psychische aard, waarbij het lichaam als een aangrijpingspunt wordt gekozen. Het directe doel zal hier veelal in de ontspanning liggen, waartoe zowel de bewegings- en massagetherapie als de fysische therapie in engere zin mogelijkheden biedt" (bijlage 1). Daarom is ook de aanwezigheid van dat soort diagnosen/indicaties

in de steekproef onderzocht. Tweeeneneenhalf procent van de aanvragen droeg dit stempel. Dit in relatie gebracht met de in tabel 2 weergegeven meningen van de fysiotherapeuten, doet de vraag rijzen of deze diagnose/indicatie wel werkelijk vaak genoeg wordt vermeld en of hier geen sprake is van het eerder genoemde **verspringen.**[15]

De waarneemgroepen verschillen in hun mening of de patient door hen van een psycho-sociale diagnose/indicatie op de hoogte gesteld moet worden. Enerzijds achten sommige *de patient zelfstandig genoeg om van een dergelijke diagnose/indicatie op de hoogte gesteld te kunnen worden*, anderzijds wil men bij de patient *niet de indruk wekken dat hij gek is.* Het past niet in het kader van dit onderzoek daar een normatief oordeel over te vellen. Maar er is een grote reeks opmerkingen op de aanvraagformulieren aangetroffen, die de opgegeven somatische diagnose/indicatie in psycho-sociale zin aanvulden. Deze opmerkingen kunnen zowel voor het ziekenfonds als de behandelend fysiotherapeut van waarde zijn geweest bij de beoordeling van de status praesens van de patient. Thans volgen enkele van deze opmerkingen:

- *de patient wil terug naar land van eigen herkomst;*
- *de behandeling in de RIAGG loopt parallel;*
- *fysiotherapie is gesprekstherapie;*
- *WAO is van invloed op de klacht.*

Het gaat er niet om alle dergelijke opmerkingen op te sommen. De bedoeling is dat de context waarin al dan niet voor dit soort diagnosen/indicaties wordt gekozen geschetst wordt. In feite lijkt de gevonden 2,5 procent maar een topje van de ijsberg te zijn en plaatsen psycho-sociale componenten van de thera-

---

15 Het gebruik maken van een somatische in plaats van de werkelijk aanwezige diagnose werd, zij het op een andere wijze, door Verhaak onderzocht en het somatisch defensief gedrag genoemd.
Sonnen en Tap wijzen op hetzelfde fenomeen in hun discussie in Medisch Contact 41 p.1280-1282, 1986.

peutische situatie de drie actoren voor problemen. Een oplossing van dat probleem lijkt door het reeds genoemde verspringen van de diagnose te kunnen worden gevonden. Nog los van de mening of de patient nu wel of niet op de hoogte gesteld moet worden, geldt dat de waarneemgroepen denken *dat dit soort diagnosen/indicaties niet door het ziekenfonds wordt toegestaan.* Dit berust op een misverstand. Maar een eventuele sprong naar een somatische diagnose door de huisarts, heeft als gevolg dat de fysiotherapeut zich in eerste instantie zal richten op de somatische component. Aangezien dit, na verloop van tijd en dus na een aantal zittingen niet de hoofdcomponent zal blijken te zijn, kunnen er bij de controle van de vervolgaanvragen moeilijkheden ontstaan. Het ziekenfonds reageert wanneer de discrepantie tussen de eerst opgegeven en later blijkende (maar niet opgegeven) psycho-somatische diagnose/indicatie door de aantallen behandelingen te groot wordt met een standaardbrief, waarin op terechte gronden een oorzaak wordt gevraagd van het grote aantal noodzakelijk geachte zittingen. In deze gevallen *richt het ziekenfonds zich uitsluitend tot de arts,* alleen zijn schriftelijke motivatie wordt geaccepteerd. Een enkele maal verschrijven de artsen of fysiotherapeuten zich en wordt eerder duidelijk dat het om een somatisch vertaalde diagnose/indicatie gaat. Dit zal ook bij de later te bespreken groepstherapie een rol spelen.

8.7. Conclusie.

Zoals in de inleiding van dit deel is gezegd ging het in dit hoofdstuk om de diagnose/indicaties en verbanden daar tussen. Op grond van de gevonden gegevens kan worden geconcludeerd, dat de huidige formele controle van de diagnose/indicatie in zijn geschreven formele vorm wel eenduidig en effectief lijkt, maar het niet is. Alhoewel de diagnose als zodanig niet ter discussie staat ten aanzien van het punt, wie deze moet stellen, zijn er andere aspecten

die opvallen. Zo wordt onder druk van administratieve maatregelen de diagnose wel altijd vermeld bij een eerste, maar in 15% gevallen niet bij een vervolg-aanvraag. Desondanks worden in bijna honderd procent van de gevallen alle aanvragen door het ziekenfonds gemachtigd. Verder komen in de plaats van de verplicht aanwezige diagnose aanduidingen, die ofwel als een indicatie kunnen worden beschouwd, dan wel (bij een vervolgaanvraag) de strekking hebben "het eens te zijn met behandelend fysiotherapeut". Dit "eens zijn", is in overeenstemming met de mening van de artsen in de waarneemgroepen, dat zij op grond van te weinig deskundigheid, zich geen goede mening over de fysiotherapeutische indicatie kunnen vormen, vooral als het om de gecombineerde behandelingen gaat. Mocht een fysiotherapeut, menende dat hij beroepsinhoudelijk de meest aangewezen persoon is, de indicatie stellen dan wel in een later stadium willen veranderen, dan stuit dit op onoverkomelijke bezwaren bij het ziekenfonds. Daar gaat men er van uit dat op grond van de Wet op de Geneeskunst, de verwijzend arts de eerst verantwoordelijke is en blijft. Daarom worden de standaardbrieven aan de artsen gestuurd, die daar op inhoudelijke gronden moeite mee hebben.

Doordat diagnose en/of indicatie niet, maar wel andere op het ziektebeeld gerichte aanduidingen, gevonden worden, is het ziekenfonds genoodzaakt een coderingssysteem te hanteren dat ruimte biedt aan alle drie van deze mogelijkheden. Door de enorme hoeveelheden aanvragen, de noodzakelijke geautomatiseerde verwerking ervan en het geringe aantal praktisch uitvoerbare sanctiemiddelen die het ziekenfonds op grond van de wet- en regelgeving bezit, wordt het effekt van een eerste drempel, dat de controle zou moeten hebben, verwaarloosbaar. De geringe effectiviteit wordt mede veroorzaakt door het **verspringen van de diagnose**, waarvan getracht is het aannemelijk te maken. Er wordt in dit kader gewezen op het **standaardbriefmijdend gedrag** van de waarneemgroepen. Dit als reactie op de schriftelijk in te dienen motivatie. Er

zijn aanwijzingen dat bij het verspringen, bepaalde diagnosen bewust wel of juist niet worden gekozen. De diagnose Lumbale klachten speelt bij het verspringen een cruciale rol. Het verspringen houdt tevens in dat de diagnose een andere betekenis krijgt. Waar het ziekenfonds de diagnose beschouwt als het belangrijkste inhoudelijke startpunt voor de verstrekking fysiotherapie, lijkt in de waarneemgroepen eerder het adagium "als het maar tot een machtiging komt" te gelden.

Bij de bestudering van de "aan huis behandeling" en de psycho-sociale diagnose valt op dat het om geringe percentages van het totaal onderzochte aantal diagnosen/indicaties gaat. Het onderzoek toont, dat er geen aanwijzingen zijn om aan te nemen dat de waarneemgroepen misbruik maken van de aan huis mogelijkheid, integendeel. Gezien het kleine aantal, kan men zich afvragen of deze mogelijkheid nog zo strikt gecontroleerd moet worden. Anders is het gesteld met de psycho-sociale diagnose/indicatie. Er bestaan sterke aanwijzingen dat de gevonden hoeveelheid het topje van de ijsberg is. Het verschrijven is daarbij één van de symptomen. Naast verschillende beroepsinhoudelijke motieven die de waarneemgroepen dienaangaande hanteren, heerst er bij hen de mening dat dit soort aanvragen op bezwaren bij het ziekenfonds zouden stuiten. Dit berust op een misverstand.

Hoofdstuk 9 DE FORMELE CONTROLE VAN HET BEHANDELPLAN

9.1 De Inleiding.

De leidraad voor dit hoofdstuk wordt gevormd door de volgende globale vragen, rondom het behandelplan:

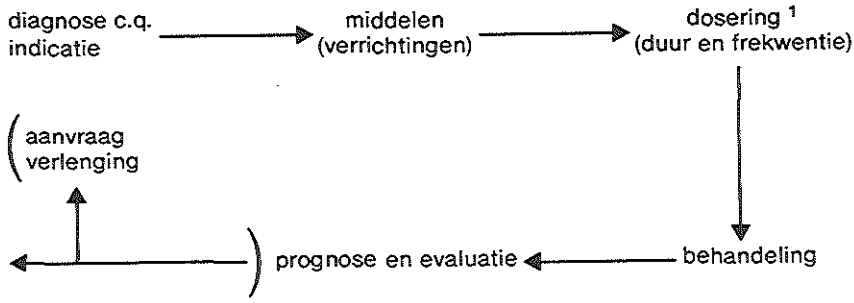
- hoe duidelijk is de formele wet- en regelgeving? paragraaf 9.2;
- welk soort behandelplannen worden bij de formele controle van de eerste aanvraag gecontroleerd? paragraaf 9.3;
- welke duur en frekwenties en welke behandelperiodes worden aangevraagd? paragraaf 9.4;
- wat is de inhoud van het behandelplan bij vervolgaanvragen, paragraaf 9.5,
- wat wordt in het algemeen onder "het aanleunen" in de Kort Verslagen verstaan? paragraaf 9.6 en hoe is "het aanleunen" bij de diagnose epicondylitis lateralis te adstrueren? paragraaf 9.7,
- hoe wordt het behandelplan door de waarneemgroepen bezien? paragraaf 9.8,

en tot slot volgt De conclusie, paragraaf 9.9.

Teneinde op een zo goed mogelijke wijze om te gaan met de ter beschikking staande middelen om een doel te bereiken, worden in de medische- en paramedische disciplines behandelplannen opgesteld. Zij vormen de schakel tussen diagnose c.q. indicatie en het therapeutische doel. In zijn algemeenheid ziet een behandelplan er uit zoals het in schema 3 is afgebeeld.

Schema 3

Het Behandelplan



Dit schema kan met gebruik van de ziekenfonds terminologie als volgt toegelicht worden:

Gegeven een bepaalde diagnose en indicatie heeft de fysiotherapeut in zijn therapeutische mogelijkheden de beschikking over een aantal middelen, in de ziekenfondswetgeving verrichtingen genaamd. Vervolgens worden de middelen in een bepaalde dosering aan de patient toegediend, de frekwentie per week, maand. Nadat de totale behandeling is afgelopen doet de fysiotherapeut daarvan verslag aan de arts (en daardoor ook aan het ziekenfonds). Vervolgens geeft de arts zijn bevindingen en prognose weer en als een voortzetting noodzakelijk wordt geacht, wordt de aanvraag daarvoor naar het ziekenfonds opgezonden. Het ziekenfonds kan na controle opnieuw een machtiging afgeven. Dan wordt gesproken van een verlenging.

---

1 Het ziekenfonds staat aantallen zittingen toe in een bepaalde frekwentie per week. Dit wordt in dit onderzoek de dosering per week genoemd.

9.2. De duidelijkheid van de formele wet- en regelgeving.

De formele controle heeft rekening gehouden met de belangrijke rol die het behandelplan speelt in de (para-) medische beroepen. In het Controlebesluit is het naast de diagnose en indicatie een apart onderdeel. Bovendien moet het, volgens het Controlebesluit, passend op de diagnose zijn. Het is derhalve relevant, aangezien in dit onderzoek de controle centraal staat, het plan en "het passen op de diagnose" te onderzoeken in dit afzonderlijke hoofdstuk. Alhoewel het Controlebesluit spreekt over het behandelplan, zodat de controle daarvan door het ziekenfonds gerechtvaardigd is, moet ook worden gezegd dat dit de enige plaats is waar over het behandelplan gesproken wordt. Noch de Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut, noch het Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering reppen met een woord hierover. Nergens wordt aangegeven waar dat plan uit moet bestaan. De inhoud en de samenstellende delen worden klaarblijkelijk "taken for granted" geacht, hetgeen gezien de medische respectievelijk paramedische opleiding als vanzelfsprekend mag worden beschouwd. In de Overeenkomst worden dienaangaande in artikel 12 de diagnose en eventuele aanwijzingen met betrekking tot de behandeling genoemd. Het Besluit spreekt evenwel over diagnose en doel van de behandeling, de duur en het totaal aantal zittingen en een nadere aanduiding inzake de vorm (verrichting? HJT) van de therapie. Evenmin als bij de controle van de indicatie, staat ergens vermeld wie er voor het behandelplan verantwoordelijk moet worden gesteld; arts of fysiotherapeut. Als zodanig kan geen van beiden gedwongen worden een dergelijk plan in zijn strikte vorm te overleggen. Daarbij dient te worden opgemerkt dat het ziekenfonds bij afwezigheid van een behandelplan zijn toestemming kan onthouden.

Om de inhoudelijke communicatie met betrekking tot de behandelplannen mogelijk te maken, wordt gebruik gemaakt van een aanvraagformulier. Er bestaan twee soorten, die voor de eerste aanvraag, bijlage 7 en voor een

vervolgaanvraag bijlage 9. Bij een nadere bestudering van het voor de eerste aanvraag bestemde formulier komen twee onderdelen naar voren. Het deel "in te vullen door de arts", moet de diagnose en doel van de behandeling bevatten en sluit derhalve aan bij de tekst van het hierboven genoemd Controlebesluit. Het wijkt daarvan af, door naar duur en frekwentie van de verrichtingen te vragen en niet naar het in het Besluit genoemde totale aantal verrichtingen. Een, zoals later zal blijken niet onbelangrijk verschil. Het andere deel "in te vullen door de fysiotherapeut" geeft de fysiotherapeut de mogelijkheid kenbaar te maken aan het ziekenfonds, wat hij, in overleg met de arts heeft veranderd. De achterkant van dit formulier (bijlage 7) laat er geen twijfel over bestaan dat de arts voor het ziekenfonds de eerst verantwoordelijke is.
Het formulier voor een vervolgaanvraag geeft ook aan beide actoren de kans tot communiceren met het ziekenfonds. Aan de voorkant is het Kort Verslag van de fysiotherapeut herkenbaar. Hier kan de fysiotherapeut zijn behandelplan (gekozen verrichtingen, evaluatie, prognose) vermelden. De achterkant biedt door middel van de de kopjes: "Diagnose, Resultaat Behandeling, Motivering Voortzetting, de Ondergetekende verzoekt, Duur en Frekwentie", (ook hier geen totaal aantal HJT) aan de arts de mogelijkheid tot verslaggeving. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het ziekenfonds door middel van de opmaak van de aanvraagformulieren en in het bijzonder het formulier voor de vervolg-aanvraag, zowel aan de fysiotherapeut als aan de verwijzend arts de mogelijkheid biedt een behandelplan te vermelden. Maar het ziekenfonds stelt zich op het standpunt dat de arts de eerst verantwoordelijke daarvoor is. Omdat tot nu toe niet duidelijk is geworden waar het behandelplan volgens de wet- en regelgeving uit moet bestaan en wie de verantwoordelijke daarvoor is, kan het bovenstaand schema 3 van het behandelplan opgevat worden, als een mimimum eis. Het is opgesteld met gebruik van de elementen die op basis van de genoten opleiding een eenduidige betekenis hebben. Ten minste die elemen-

ten zullen hoogst waarschijnlijk te herkennen zijn in de wederzijdse verlaggeving tussen de drie actoren, anders kan niet van een behandelplan gesproken worden.

9.3 De formele controle van het behandelplan bij de eerste aanvraag.

In de steekproef waren 1386 eerste aanvragen aanwezig, dit is 52% van het totaal (van 2668). De controle van de eerste aanvraag in termen van een behandelplan, richt zich op:[2]

- diagnose en doel van de behandeling;
- de behandelingswijzen;
- duur en frekwentie.
- de tekst bij "in overleg met".

Zoals al in het hieraan voorafgaande hoofdstuk is geconstateerd ontbreekt de diagnose nagenoeg nooit. Maar het doel van de behandeling *pijnvermindering, bewegingsuitslag vergroten, ontspannen etc.*, werd slechts in 11% van de gevallen aangetroffen. De werkelijke aangevraagde behandelingswijzen worden door middel van tabel 3 in kaart gebracht.

Tabel 3

De Behandelwijzen bij de Eerste Aanvraag

– Massage/Oefentherapie of een afkorting	19%	(263)
– Massage	16%	(222)
– Oefentherapie	22%	(305)
– Massage/oefentherapie plus applicatie	4%	(55)
– Fysiotherapie of een afkorting	39%	(541)
	100%	(1386)

2 Zie de voorkant van het formulier voor de eerste aanvraag, bijlage 7.

Het ziekenfonds stelt zich op het standpunt dat *in principe datgene wordt gemachtigd, wat wordt aangevraagd.* De omschrijving Fysiotherapie (of Ft.) is een ruimer begrip dan massage, oefentherapie en de combinatie oefentherapie/massage. Ook de applicaties (ultra korte golf e.d.) zitten in dit begrip besloten. Als aanduiding sec geeft het echter niet aan welke applicatie van toepassing is. Indien daarvan geen melding wordt gemaakt in de ruimte "in overleg met", wordt uitsluitend massage/oefentherapie gemachtigd. Het ziekenfonds geeft door middel van die ruimte de fysiotherapeut de gelegenheid de applicatie definitief vast te leggen. Dit gebeurt ook. In de 790 gevallen waarin geen applicatie door de arts is aangevraagd (263+222+305) wordt in 568 (72%) van de gevallen alsnog een applicatie ingevuld. Van een verandering van de door de arts ingevulde applicatie was in 32 van de 55 gevallen sprake (58%). In 541 gevallen van Fysiotherapie of een afkorting, werd 498 maal de applicatie definitief door de fysiotherapeut bepaald (92%). Het totaal aantal gecombineerde aaanvragen dat daardoor ontstaat (568+32+498) bedraagt 1098 ofwel 79% van de in de steekproef aanwezige eerste aanvragen. Wanneer het laatst genoemde percentage naar de verschillende soorten applicaties wordt uitgewerkt, wordt het volgende beeld in tabel 4 duidelijk.

Tabel 4

De aangevraagde soorten applicatie bij de Eerste Aanvraag

Ultra Korte Golf	19,7%
Ultra Geluid	22,3%
Interferentie/Diadynamische stroom	44,3%
Paraffine	7,5%
Overige	6,2%
Totaal	100 %

9.4 De aangevraagde duur en frekwenties in de behandelplannen.

Ten aanzien van de aangevraagde "duur en frekwentie", bijvoorbeeld zes weken, twee maal per week, is reeds opgemerkt, dat dit verschilt van het aanvragen van een totaal aantal zittingen.[3] Het verschil is namelijk dat de frekwentie bij een totaal aantal aangevraagde zittingen vrij en dus ter beoordeling van de fysiotherapeut is. Naast deze "vrije frekwentie", worden er in het algemeen nog vier andere soorten frekwenties gehanteerd: 1x, 2x, 3x per week en overige wijzen.[4] De aanvragen met een door de arts vastgestelde frekwentie worden conform de aanvraag gemachtigd, tenzij de fysiotherapeut bij de eerste aanvraag "in overleg met" de aanvragend arts wijzigt. Indien geen frekwentie wordt aangegeven, ligt de duur van de behandeling, uitgedrukt in een aantal weken vast (zes weken twee maal per week). Een gewenste verhoging van de frekwentie tijdens de behandeling, wordt administratief door het ziekenfonds opgemerkt. Het ziekenfonds geeft slechts toestemming voor die verandering als de arts die schriftelijk en tijdig meldt. Het schriftelijk door de arts moeten motiveren, geldt ook als bij de vervolgaanvraag een andere frekwentie wordt gewenst. Indien deze motivatie niet vermeld is, staat het ziekenfonds de frekwentie van de daaraan voorafgaande aanvraag toe (behalve de "vrije"[5]). Wanneer de verandering leidt tot een duur langer dan het aantal weken dat in eerste instantie is toegestaan, worden daarover geen opmerkingen gemaakt door het ziekenfonds. Onderzocht is welke soorten frekwenties worden aangevraagd, zowel bij de eerste aanvraag als de daaraan gekoppelde verlengingen. Om de

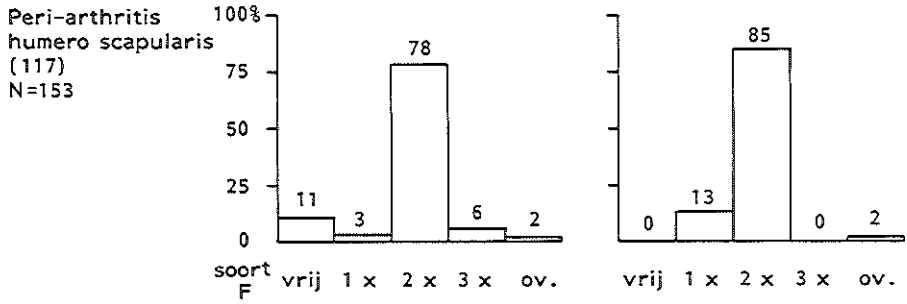
---

3 Het controlebesluit doet daarover helemaal geen uitspraak, noch ten aanzien van de eerste noch ten aanzien van de vervolgaanvraag.

4 De overige zijn bijvoorbeeld: 1 maal per veertien dagen resp. per maand.

5 De vrije frekwentie wordt genegeerd door het ziekenfonds. Daarvoor in de plaats wordt in dergelijke gevallen twee maal per week toegestaan.

verlengingen op dit punt te onderzoeken werd in het behandelplan, dat bij één diagnose/indicatie hoort, gedoken.[6] De onderstaande histogrammen tonen de gevonden resultaten. De histogrammen laten zich als volgt lezen.
De diagnose Peri-arthritis Humero Scapularis (P.H.S.) wordt in de steekproef in 153 gevallen gevolgd door een verlenging (N=153). In de histogrammen staan op de verticale as de percentages uitgedrukt van de, op de horizontale as staande vijf soorten frekwenties, Vrije frekwentie (vr), 1x, 2x, en 3x per week en ten slotte de overige (ov). Het linker histogram geeft een beeld van de aangevraagde soorten frekwenties bij de eerste aanvraag met de diagnose P.H.S., de rechter van de gebruikte frekwenties tijdens de vervolgaanvragen.

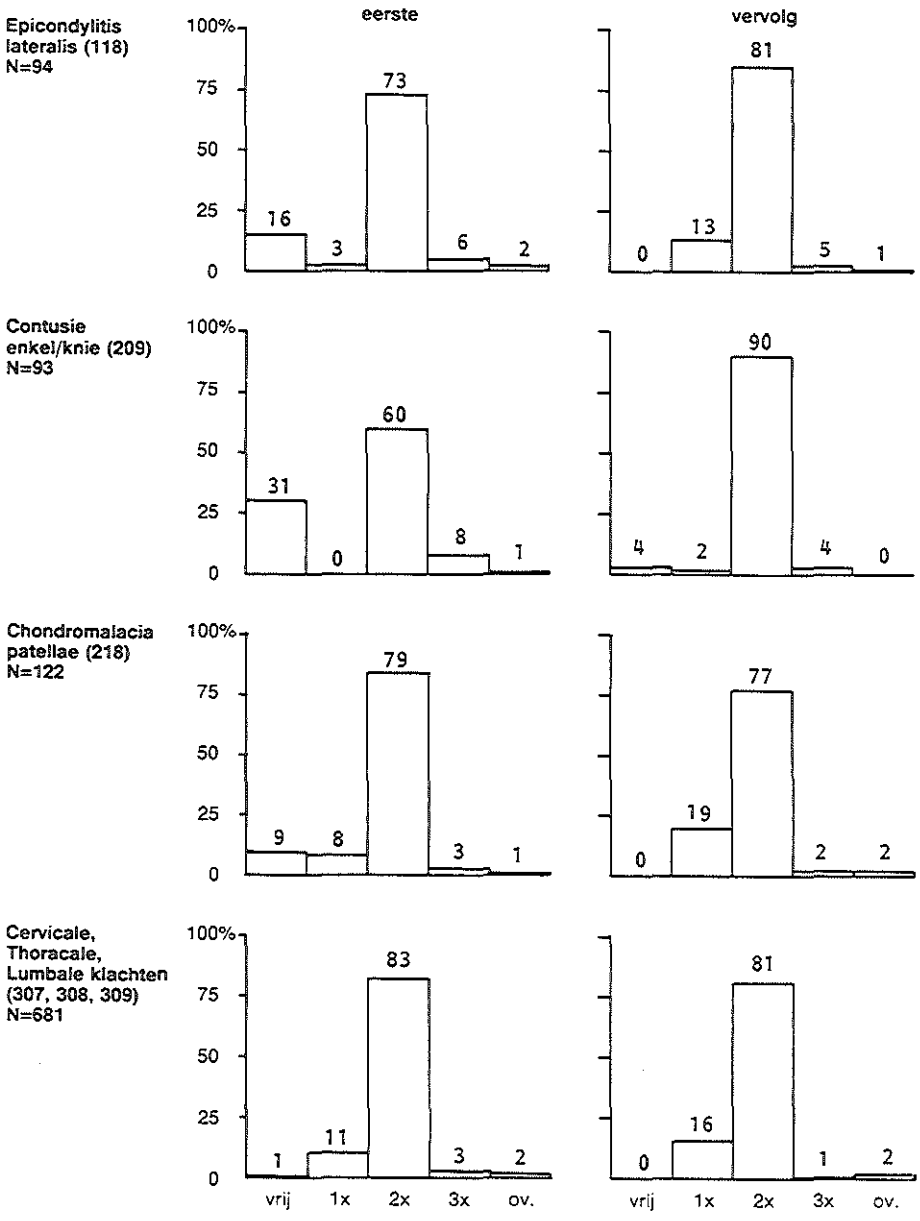


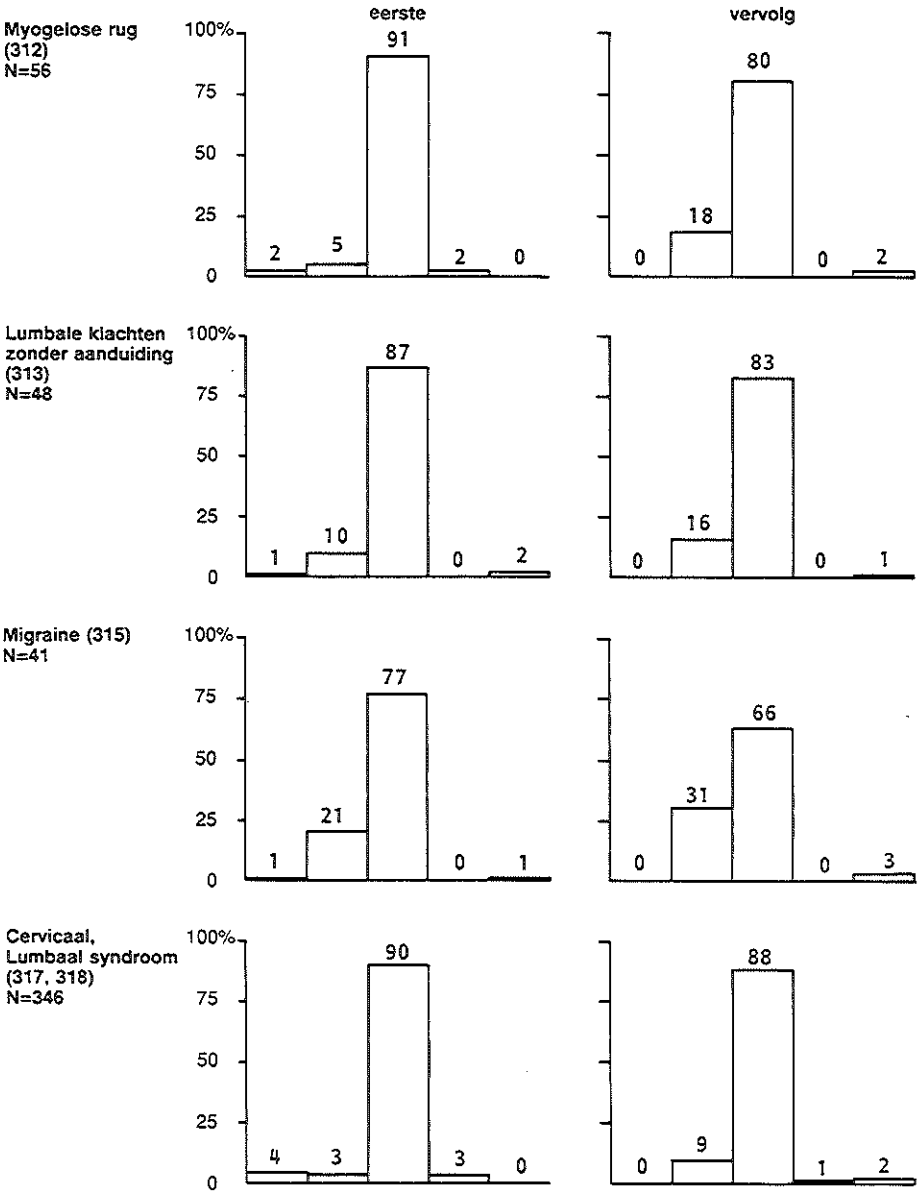
Ter wille van de overzichtelijkheid zijn in de totale reeks histogrammen, de diagnosen van de cervicale, de thoracale en de lumbale klachten, alsmede de beide uitstralingsdiagnosen cervicaal en lumbaal radiculair syndroom samengevoegd. Naast de histogrammen zijn de bijeengevoegde codes van de diagnosen vermeld. De resterende, vaak voorkomende, diagnosen vertegenwoordigen 1878 van alle 2668 aangetroffen diagnosen (70%). Het laatste histogram geeft de percentages van de gehele onderzochte groep N=1878 weer.

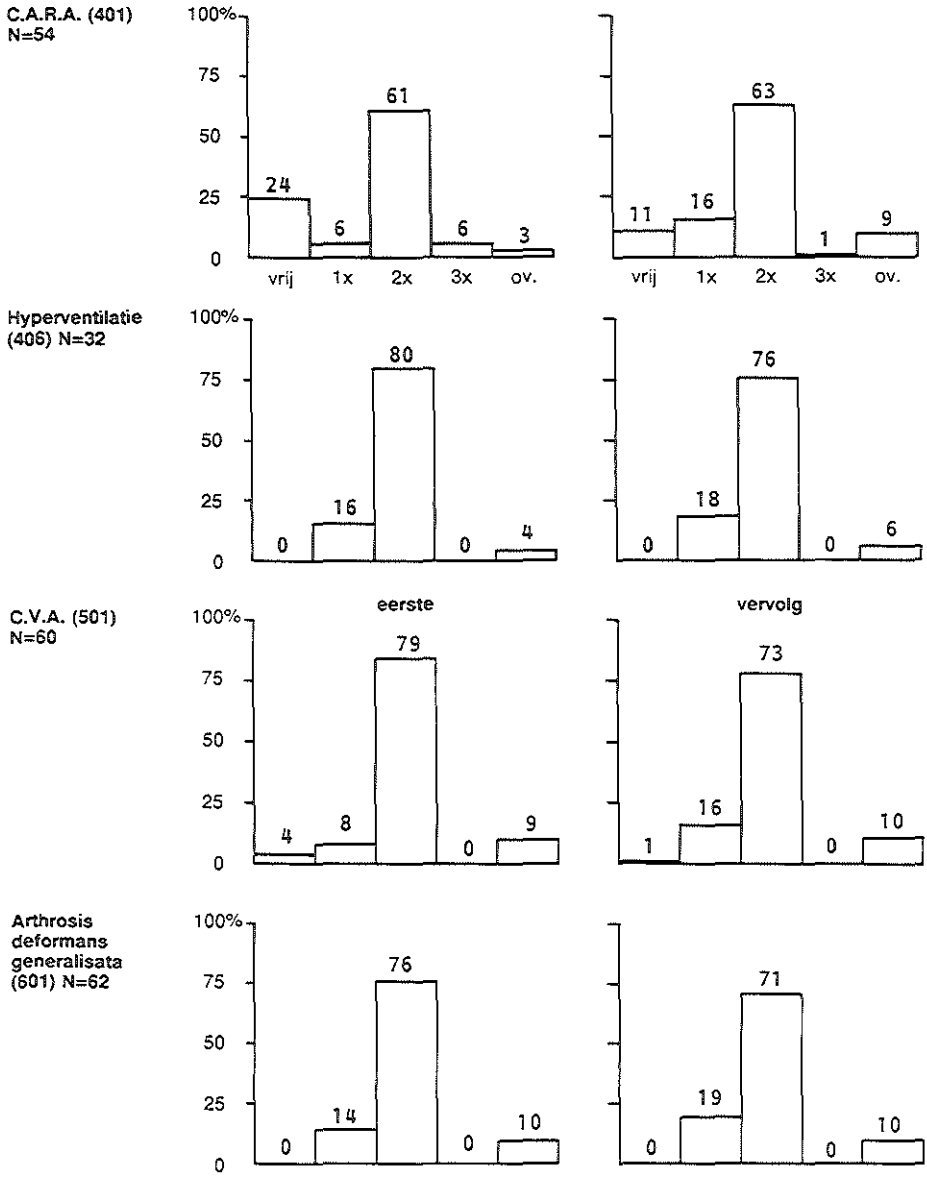
---

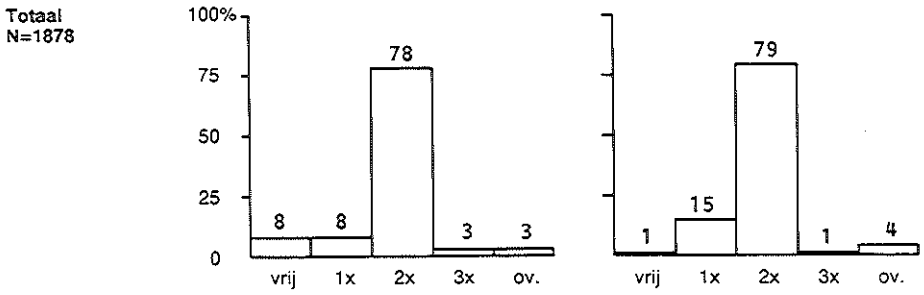
6 Voor een totaal overzicht zie bijlage 17.

Histogrammen van de aangevraagde frekwenties bij de eerste en vervolgaanvragen voor 12 diagnosen/indicaties




Myogelose rug (312) N=56
eerste
vervolg
100%
75
50
25
0
91
2
5
2
0
80
0
18
0
2
Lumbale klachten zonder aanduiding (313) N=48
87
1
10
0
2
83
0
16
0
1
Migraine (315) N=41
77
1
21
0
1
66
0
31
0
3
Cervicaal, Lumbaal syndroom (317, 318) N=346
90
4
3
3
0
88
0
9
1
2


C.A.R.A. (401) N=54
100%
75
50
25
0
24
6
61
6
3
vrij
1x
2x
3x
ov.
11
16
63
1
9
vrij
1x
2x
3x
ov.
Hyperventilatie (406) N=32
100%
75
50
25
0
0
16
80
0
4
0
18
76
0
6
eerste
vervolg
C.V.A. (501) N=60
100%
75
50
25
0
4
8
79
0
9
1
16
73
0
10
Arthrosis deformans generalisata (601) N=62
100%
75
50
25
0
0
14
76
0
10
0
19
71
0
10



Per soort frekwentie zal nu een toelichting worden gegeven.

De Vrije frekwentie.

Deze wijze van frekwentie aanvragen laat de fysiotherapeut de ruimte om flexibel in te spelen op de effecten van zijn therapie. Toch wijzigen de fysiotherapeuten slechts 35 maal (3,6% van het aangetroffen totaal) een andere (oorspronkelijk opgegeven) soort frekwentie in vrije frekwentie. Bij contusies is deze "vrije frekwentie" het meest vertegenwoordigd (31%), dan volgen C.A.R.A., epicondylitis lateralis en chondromalacia met respectievelijk 24, 16 en 9 procent. Een voor de hand liggende verklaring ligt in de aard van de diagnosen besloten. Behalve de C.A.R.A. waarbij het dagelijks tapoteren een rol speelt, worden de overige drie als sportblessure beschouwd. Het behandelen in hoge frekwenties is daarbij usance. In de vervolgaanvragen verdwijnt deze soort vrijwel. Dit is te verklaren door de opstelling van het ziekenfonds, dat de vrije frekwentie administratief als een probleem ervaart. Er kan dan namelijk geen vaste einddatum worden berekend. *Slechts bij C.A.R.A. patienten zijn wij geneigd om ook bij vervolgaanvragen zonder meer deze frekwentie toe te staan.* Overigens is het opvallend dat zo zelden om een vrije frekwentie wordt verzocht. Door in zulke grote aantallen een vastgelegde frekwentie van

twee maal per week te aanvaarden, wordt de indruk van een gedetermineerd behandelplan gewekt.

Eénmaal in de week.

Deze wijze van frekwentie-aanvragen wordt in alle eerste en vervolgaanvragen, (behalve de eerste van de contusie) aangetroffen. Bij de eerste duidelijk minder dan bij de vervolgaanvraag, waar sprake kan zijn van (meer dan of bijna) een verdubbeling ten opzichte van de eerste: chondromalacia, lumbaal/cervicaal syndroom, C.A.R.A., C.V.A., epicondylitis lat., P.H.S., en myogelose rug. Ook bij de histogrammen van het Totaal valt de bijna een verdubbeling waar te nemen. De verklaring van de bijna verdubbeling ligt in het verlengde van wat al gezegd is ten aanzien van de zogenaamde onderhoudstherapieën bij invaliderende ziektebeelden, zoals arthrosis deformans generalisata, C.V.A en A.L.S. De artsen in de waarneemgroepen zagen immers deze frekwentie als passend bij de invaliderende beelden, om de patient zolang mogelijk in de oorspronkelijke huissituatie te kunnen houden. Hyperventilatie en migraine beginnen en eindigen met hoge percentages. Dit zou kunnen worden toegeschreven aan een poging om een zeer langdurige behandeling en een daarmee parallel lopende kans op therapie-afhankelijkheid te voorkomen.

Twee maal in de week.

De histogrammen tonen dat deze vorm als de algemene frekwentie voor fysiotherapeutische behandelingen zou kunnen worden beschouwd. Worden de "acute" diagnosen C.A.R.A. (bij exacerbatieve gevallen) en "sportletsels" buiten beschouwing gelaten, dan blijft deze frekwentie de boventoon voeren. Daarbij komt nog dat in 92% van de gevallen, deze frekwentie wordt gecombineerd met een duur van zes weken. In de waarneemgroepen heerst dan ook de mening *dat altijd in enkel- of meervouden van twaalf moet worden aangevraagd.* Het getal

wordt tevens gebruikt bij de andere frekwenties (drie maal vier, eenmaal twaalf etc). Zelfs de wet- en regelgeving bevat besluitvorming op basis van dit getal.[7]

Drie maal per week.

Deze frekwentie komt onder meer bij de tweede aanvraag voor bij diagnosen die bij de eerste aanvraag relatief hoog scoorden met het percentage "vrije frekwentie": epicondylitis, contusie en C.A.R.A. De reden daarvan zou kunnen liggen in wat door het ziekenfonds *het laten aflopen van een behandeling* wordt genoemd. Vanuit de vrije frekwentie die oorpronkelijk een hoge frekwentie betekende, bijvoorbeeld dagelijks, wordt in een korte tijd door middel van drie maal per week, getracht de behandeling te laten stoppen.

De Overige frekwenties.

Deze categorie bevat frekwenties als één- dan wel tweemaal per maand, of één maal per veertien dagen. Op grond van de gevonden gegevens zou die verdubbeling ten opzichte van het totaal (N=1878) ook hier kunnen worden veroorzaakt door de zogenaamde onderhoudsbehandeling bij arthrosis deformans generalisata, C.V.A. en C.A.R.A.

9.5. De formele controle van het behandelplan bij de vervolgaanvraag.

Bij de controle van het behandelplan bij een vervolgaanvraag staan op het daarvoor bestemde aanvraagformulier twee onderdelen centraal: de op de voorkant ingeruimde plaats voor het Kort Verslag waarop de fysiotherapeut zijn bevindingen zet. En de achterkant met de door de arts in te vullen ruimte. Van elk in de steekproef voorkomend dossier (N=2668) zijn alle

---

7 De zogenaamde beperkende maatregelen voor de gecombineerde behandelingen gaan uit van in principe een maximum van twaalf.

vervolgaanvragen onderzocht, die bij de laatste gestelde diagnose behoorden. In totaal betreft het 8240 van zulke vervolgaanvragen die in termen van "Kort Verslag" en "De Achterkant" van het formulier, zijn onderzocht.
Over de inhoud van deze verslagen valt niets meer of minder te zeggen dan dat er slechts in uitzonderingsgevallen en tevens bij immer dezelfde fysiotherapeut(en), opmerkingen werden aangetroffen die gezamenlijk een behandelplan vertegenwoordigden. Van de aanwezigheid van een behandelplan in het Kort Verslag is in minder dan 2% sprake. In 3% van de gevallen wordt in het geheel niets vermeld. Ten einde toch weer te kunnen geven wat er is aangetroffen, is de overige 95% in twee categorieën verdeeld.[8] De eerste categorie bevat opmerkingen die op geen enkele wijze een relatie leggen met een voorafgaande dan wel in de toekomst verwachte situatie:

- *onderhoud;*
- *patient gaat goed vooruit;*
- *doorgaan* (soms met vraagteken);
- *gaarne uw advies.*

De tweede categorie betreft opmerkingen die de hierboven ontbrekende relatie, zij het summier, wel leggen als:

- *de situatie verbetert c.q. verslechtert ten opzichte van .....;*
- *op grond van de huidige situatie is een voorzetting nog noodzakelijk;*
- *het bereikte resultaat maakt een afbouwen van de therapie mogelijk, gaarne nog een laatste behandeling;*
- de vermelding van uitslagen van para-meters, bijvoorbeeld *de uitslag in gewricht x nam toe met y procent;*
- allerlei opmerkingen over *het verplaatsen van de locatie van de klacht.*

---

8 Het oorspronkelijke uitgangspunt "het al of niet aantreffen van een behandelplan" is daarmee verlaten.

Het is gezien de veelheid van verschillende opmerkingen, slechts op deze wijze mogelijk een beeld te schetsen van deze categorie. De zin achter het laatste aandachtstreepje: *allerlei opmerkingen over het verplaatsen van de locatie van klacht*, verdient nadere aandacht. Dit verplaatsen lijkt immers op het "verspringen" dat in het eerste hoofdstuk De Diagnose aan de orde is geweest, maar dan niet tussen diagnosen maar binnen één diagnose.

9.6 Het Aanleunen in het Kort Verslag.

Ging het in het hoofdstuk De Diagnose over op statistische gronden aannemelijk maken van het springen van de ene diagnose naar de andere, in dit hoofdstuk zal het hierna onder meer om een andere, zij het soortgelijke waarneming gaan. Zoals aangegeven zijn de onderzochte Kort Verslagen het gevolg van de verlengingsaanvragen. De diagnose blijft gelijk, maar er zijn steeds nieuwe aantallen zittingen gewenst. Het Kort Verslag wordt door de fysiotherapeut opgemaakt en dient (in de ogen van het ziekenfonds) ter ondersteuning van het behandelplan.

Twee funktionele bewegingsketens en één diagnose zijn nadrukkelijk onderzocht op hun neerslag in de Korte Verslagen. Die twee ketens zijn, de wervelkolom en nek-schouder-arm-hand. De eerste keten betreft 681 diagnosen (cervicaal+thoracaal+lumbaal, alle drie zonder de uitstralingscomponent) en de tweede 443 (cervicaal radiculair syndroom, neuralgie bovenste extremiteit en P.H.S. dus met de uitstralingscomponent).

Gezamenlijk nemen zij 1124 (42%) van de 2668 onderzochte eenheden voor hun rekening. Ook nu zijn de aangetroffen gelijksoortige inhoudelijke termen onder één noemer gebracht.

Het gaat om noemers als:

- *klacht was cervicaal nu thoracaal;*
- *thoracaal nu cervicaal c.q. lumbaal;*

- *pijn was op één plaats, arm of been, maar straalt nu uit.*

Kortom alle denkbare combinaties van de genoemde anatomische locaties komen voor. De vraag rijst waarom de fysiotherapeuten dit soort informatie geven, die bij het ontbreken van een gedegen behandelplan nauwelijks interessant is.
Een aanwijzing zou kunnen zijn dat een nieuwe locatie waar de pijn zich manifesteert, door de fysiotherapeut beschouwd wordt als een nieuwe indicatie. En bij een nieuwe indicatie mogen volgens de huidige wet- en regelgeving opnieuw twaalf gecombineerde behandelingen gegeven worden. Het ziekenfonds is uitermate alert op deze wijze van omgaan met het vermelden van locaties, dat voortaan "het aanleunen" zal worden genoemd: de laatst vermelde locatie leunt anatomisch tegen de andere aan. Indien namelijk het aanleunen door de arts gehonoreerd wordt, doordat deze bijvoorbeeld schrijft "akkoord (met) fysiotherapeut" zou het ziekenfonds de vermelde gecombineerde behandeling in plaats van alleen oefentherapie/ massage moeten gaan vergoeden. De honorering van een gecombineerde behandeling is per definitie hoger dan die van slechts één verrichting. Het ziekenfonds pareert dit soort Kort Verslagen en een eventueel akkoord gaan van de aanvragend arts door een aan de arts gerichte standaardbrief,[9] die in feite inhoudt: *er is geen nieuwe indicatie; we mogen dus de gecombineerde behandeling afwijzen en zo zuinigheid betrachten.*
De artsen in de waarneemgroepen ervaren dit als storend. Ten eerste omdat zij vinden dat *zij niet de eerst verantwoordelijke kunnen zijn als het om fysiotherapeutische inhoudelijke argumenten gaat*, ten tweede *omdat zij niet op de hoogte zijn van de structuur van de honorering van de fysiotherapie* ten derde omdat *zij in het algemeen het standpunt huldigen "de rug is de rug".*
Zij zijn zich van dit aanleunen en de gevolgen ervan niet bewust. Maar ook als het vermoedelijke argument van de honorering buiten beschouwing blijft,

---

9 Copieën daarvan worden aan de fysiotherapeut en de verzekerde gestuurd. Zie bijlage 13.

zal door het aanleunen het ziekenfonds in een haast onmogelijke hoek worden gemanoeuvreerd. Om het al of niet terecht zijn van het aanleunen te beoordelen, moet namelijk een zorgvuldigheid worden betracht die redelijkerwijs niet op te brengen is. Daarom staat het ziekenfonds de zittingen toe, al betreft het dan geen gecombineerde behandeling.[10] Pas wanneer tussen de 48 en 60 zittingen zijn gemachtigd, leidt het aanleunen tot een aan de verwijzend arts gerichte standaardbrief. Hoe dit aanleunen zich bij de tenniselleboog, een illustratief voorbeeld van dit verschijnsel, manifesteert wordt in het volgende onderdeel duidelijk.

9.7 Het aanleunen bij de epicondylitis lateralis.

Deze diagnose, ook wel tennisarm of -elleboog genoemd is onderzocht om te zien, hoe soms in het verloop van de totale behandeling een steeds groeiend aantal zittingen wordt gemotiveerd. De reden van de keuze van deze diagnose ligt in het feit dat er binnen de fysiotherapie een grote mate van consensus is over de diagnostiek en de daarbij behorende therapie.[11] In een willekeurige maand zijn alle vervolgaanvragen met de volgende omschrijvingen verzameld: Epicondylitis lateralis (Li/Re), Tennisarm (beiderzijds), Elleboogsklachten met daarbij een vermelding van het type volgens Cyriax.
In totaal ging het om 78 aanvragen die als volgt kunnen worden opgesplitst. Eerste vervolgaanvraag 24 stuks. Negentien maal bleef volgens de verslaggeving

---

10 Voor een volledig overzicht van de afgegeven machtigingen over de laatste 5 jaar en de daarbij behorende gemiddelde aantallen zittingen, ongeacht welke diagnose, zie bijlage 14.

11 Het betreft in dit geval de methode Cyriax, die uitgebreid in gaat op deze en soortgelijke klachten als bijvoorbeeld P.H.S. Zie Jonquière M. De behandeling van schouder- en elleboogsaandoeningen volgens de richtlijnen van Cyriax, Rotterdam 1986.

de indicatie op dezelfde locatie gericht. Vijf maal verplaatste de locatie zich, 3 maal naar schouder en 2 maal naar de nek.

Tweede vervolgaanvraag 41 stuks. Vierendertig maal bleef de locatie ongewijzigd. Zeven maal ging de locatie naar een andere plaats, 6x de nek en 1x de elleboog van de andere arm.

Derde vervolgaanvraag 8 stuks (dan zijn er dus al 36 zittingen gemachtigd en door de fysiotherapeut gegeven).

Vier hebben als motivatie *gaat goed vooruit* en bij de andere vier wordt opgemerkt *pijn straalt uit naar nek-schouder-borst.*

Ten slotte zijn er nog vijf aanvragen voor een vijfde verlenging.[12] In de verslaggeving wordt opgemerkt *pijn verspringt, patient gevallen, pijn weer toegenomen.*

Alle aanvragen zijn door het ziekenfonds goedgekeurd.[13]

Het aanleunen is hiermee in dit geval geadstrueerd. Fysiotherapeutisch-inhoudelijk vallen deze hoeveelheden zittingen niet te verdedigen.[14]

Terugkerend naar het onderwerp de "Kort Verslagen" kan gezegd worden dat de fysiotherapeuten vrijwel nooit door middel van hun Kort Verslag een

---

12 De vierde verlenging kwam niet in deze maand voor.

13 Voor een volledig overzicht over de aantallen toegestane machtigingen over de afgelopen vijf jaar en het gemiddeld aantal zittingen in diezelfde jaren, voor welke diagnose dan ook, zie bijlage 14.

14 Zie noot 11. van dit hoofdstuk. Alhoewel in het onderzoek van Jonquière het aantal behandelingen (zittingen) niet exact is bijgehouden, kan dit wel worden benaderd door het aantal weken waarin behandeld is te vermenigvuldigen met twee. Het totaal komt dan op maximaal 24. De direktie van de School voor Orthopedische Geneeskunst te Delft waar de methode Cyriax wordt onderwezen, spreekt van een redelijk aantal indien het aantal zittingen ligt tussen de 8 en 15. Na 15 behandelingen moet ernstig aan een nog te verwachten positief effekt van deze therapievorm getwijfeld worden.

werkelijk behandelplan aan het ziekenfonds overleggen. Maar ook als van het begrip behandelplan wordt afgestapt, is de verslaggeving beslist onvoldoende. Dit kan liggen in de mening bij de fysiotherapeuten *dat het niet de taak van het ziekenfonds is zich met de inhoud van de behandelingen bezig te houden.*[15] Het behandelplan -zo lijkt het- is in het kader van de huidige maatregelen voor de fysiotherapeuten een rechtstreekse en ten onrechte op de inhoud gerichte bemoeienis van het ziekenfonds. Zij zien het als een ongeoorloofd middel dat slechts dient om de financiële kraan dicht te draaien. De belangrijkste figuur die door de fysiotherapeuten als de tegenspeler in dit "spel" van wet- en regelgeving wordt beschouwd, is de adviserend fysiotherapeut. Deze collega van de vrij-gevestigden adviseert het ziekenfonds in zake de (fysiotherapeutisch inhoudelijke) toepassing van de door de wet geëiste procedures. Ondanks of misschien wel dankzij de controle maatregelen (zie Hoofdstuk Discussie) gaat het aanvragen van fysiotherapeutische verstrekkingen door op een manier die voor geen van de actoren bevredigend lijkt. De waarneemgroepen zouden de taak van het behandelplan immers gaarne aan de fysiotherapeuten overlaten. Maar wat stellen de fysiotherapeuten zich voor? Daarom werd in de enquête een zestal vragen opgenomen om de mening van de fysiotherapeuten aan het licht te brengen.[16] Uitgangspunt is dat het ziekenfonds zijn controlerende taak maar dan anders, moet blijven uitvoeren en de vraag was in hoeverre fysiotherapeuten bereid zouden zijn daaraan mee te werken. De zes vragen waren derhalve bedoeld om de bereidheid tot verandering ten aanzien van het omgaan met het behandelplan bij fysiotherapeuten te meten. De eerste vijf vragen betroffen de volgende uitspraken:

---

15 Later in dit hoofdstuk zal aan de orde komen, dat opmerkingen met deze strekking vaak in de kantlijnen van de enquêteformulieren geschreven werden.

16 Zie bijlage 6, vragen 23,24,22,25,38 en 28.

1. Op het aanvraagformulier kan de ruimte die bestemd is voor "in overleg met" verdwijnen;
2. In de plaats van de ruimte "in overleg met", moet een ruimte komen met als kopje "de behandelend fysiotherapeut stelt voor";
3. Veranderingen in de eerste aanvraag of in de verlenging moet de fysiotherapeut zelfstandig kunnen aanbrengen zonder ruggespraak met de verwijzer. De arts moet wel op de hoogte gebracht worden van die verandering;
4. Voor door de fysiotherapeut aangebrachte veranderingen op de aanvraagformulieren moet het ziekenfonds zich in eerste instantie wenden tot de behandelend fysiotherapeut;
5. Bij de zogenaamde verlengingsaanvraag voor het ziekenfonds moet een behandelplan van de fysiotherapeut worden meegezonden. Geen behandelplan, geen machtiging.

Een zesde vraag, die de uiteindelijke verantwoordelijkheid van het ziekenfonds in dit kader tot uitdrukking brengt, betrof de uitspraak: Bij meningsverschillen tussen de behandelend en adviserend fysiotherapeut over het al dan niet voortzetten van een fysiotherapeutische behandeling is in laatste instantie de gemotiveerde mening van de adviserend fysiotherapeut doorslaggevend.
Alle vragen kenden de antwoordcategorieën "mee eens" en "oneens". "Mee eens" leverde 1 punt op, "oneens" een nul.
In totaal konden dus maximaal zes punten per respondent vergeven worden. Dit werd als volgt verwerkt. "Geen/weinig bereidheid" een score van 0 en 1. "Voldoende bereidheid" bij 2 en 3. "Grote bereidheid" ten slotte bij 4 en 5.
Een en ander leidt tot tabel 5.

Tabel 5

Bereidheid tot verandering t.a.v. het behandelplan en de uiteindelijke beslissing er over door het ziekenfonds.

Bereidheid	Beslissing door het ziekenfonds		
	Totaal	ja	nee
geen/weinig	4	0	4
voldoende	30	7	23
grote	60	32	28
Totaal	94 (N)	39	55

Deze tabel laat zien dat slechts 4 respondenten geen of weinig bereidheid tonen. Bovendien is het percentage dat bereid is de uiteindelijke beslissing door het ziekenfonds te laten nemen, het grootst bij hen die tevens de grootste bereidheidheid hebben.

9.8 Het behandelplan gezien door de arts, "De achterkant".

In feite behoeft er slechts kort over de inhoud van "De achterkant" van het formulier gesproken te worden. In 15% van de gevallen ontbreekt de diagnose,[17] verder maken de verwijzend artsen in 53% procent gebruik van kwalitatieve opmerkingen die niet veel afwijken van die van de fysiotherapeuten. Bedoeld wordt dan de categorie opmerkingen, die op enige wijze de status praesens, dan wel een voorafgaande en/of toekomstige situatie betreft. Van een werkelijk behandelplan is geen sprake. Ook nu zullen de opmerkingen onder een aantal noemers worden gebracht:

- *de geboekte vooruitgang moet behouden blijven;*

---

17 Zie deel 2, hoofdstuk 8.

- *stoppen met de behandeling is onverantwoord;*
- *onderhoudsbehandeling voorkomt opname in verpleeg/bejaardenhuis;*
- *kan door de fysiotherapie aan het werk blijven.*

Daarbij komt evenwel nog een ander belangrijk aspect. In 2636 aanvraagformulieren (32% van 8240) werden opmerkingen gemaakt als:

- *zie ommezijde;*
- *akkoord fysiotherapeut;*
- *zie fysiotherapeut;*
- *onderhoud(-sbehandeling).* Ook werd opgemerkt: een herhaling van uitsluitend de diagnose c.q indicatie;

-"achterkanten" die in het geheel niet waren ingevuld. De vraag rijst waarom in de waarneemgroepen zo gereageerd wordt. Het antwoord is tweeledig. In de eerste plaats vinden sommige waarneemgroepen dat *het behandelplan niet van ons verwacht mag worden.* Het tekort aan kennis is ook hier het belangrijkste argument. In die gevallen echter waarin een min of meer structurele relatie met één of meerdere fysiotherapeuten bestaat (samenwerkingsverbanden) wordt een ander argument naar voren gebracht. *Er gaat geen (vervolg-)aanvraag naar het ziekenfonds toe, alvorens er overleg met de behandelend fysiotherapeut is geweest.* Als er dus sprake is van een in het Kort Verslag aanwezig behandelplan, houdt dit in dat de betreffende verwijzend arts het daar mee eens is. Vandaar in vele gevallen de conformering in korte termen.

Het argument dat de artsen in de waarneemgroepen over te weinig kennis van de fysiotherapie beschikken is voorgelegd aan vertegenwoordigers van de beide opleidingen: de opleiding tot fysiotherapeut en die tot huisarts (bijlage 19). Het zou immers kunnen dat de artsen in de waarneemgroepen slechts doen alsof zij te weinig weten. De meningen binnen de opleidingen komen overeen. Aan beide zijden is men het eens dat de kennis van de fysiotherapie bij de huisartsen in het algemeen te gering is. Beide opleidingen kennen weinig momenten waarop

overdracht van fysiotherapeutische kennis naar de aspirant-huisarts zou kunnen plaatsvinden. *Eénmaal per jaar komen de huisartsen in opleiding naar de academie om kennis te nemen van de fysiotherapeutische mogelijkheden.* Dat is veel te weinig. Want die gelegenheid wordt uiteraard aangegrepen om zoveel mogelijk fysiotherapeutische toepassingsmethoden te laten zien. En gegeven de talloze mogelijkheden, kan het niet anders of de huisartsen in spé zien door de bomen het bos niet meer. Vanuit de huisartsenopleiding worden dezelfde opmerkingen gehoord. *De kennis die een huisarts in opleiding van de fysiotherapie weet te vergaren, is meer het gevolg van een toevallig toegewezen stage-adres waar veel met fysiotherapie gewerkt wordt, dan dat het het gevolg is van stucturele factoren in de opleiding zelf.* Maar er wordt nog een opmerking gemaakt die in dit kader belangrijk is. Zo de opleiding tot huisarts meer gestructureerd met fysiotherapeutische kennis zou willen omgaan, is volgens de huisartsenopleiders onduidelijk *welke onderdelen dermate onderbouwd zijn, zodat die aandacht wetenschappelijk te rechtvaardigen is.* Zij bedoelen dan, enerzijds de geringe wetenschappelijke onderbouwing van de fysiotherapie en anderzijds de veelheid van "soorten, stromingen". Voor diegenen die zich binnen een huisartsopleiding op wetenschappelijke gronden bezig houden met de overdracht van fysiotherapeutische kennis, is die veelheid niet meer te overzien. Laat staan voor diegenen die in waarneemgroepen het dagelijkse werk van huisarts uitoefenen. Manueeltherapeuten stroming Utrecht, Eindhoven en waar dies meer zij, Haptonomen, Sensomotorische therapeuten, Sportfysiotherapeuten, Chakra therapeuten, Bindweefsel therapeuten, allemaal fysiotherapeuten. De conclusie die aan de opmerkingen vanuit de huisartsopleiding verbonden mag worden is dat de duidelijkheid van het beroep er met dergelijke ontwikkelingen niet beter op geworden is.

De wens tot het vergroten van elkaars kennis is ook bij de fysiotherapeuten onderzocht en wel door de volgende vraag in de enquête.

"Omdat de huisarts de belangrijkste verwijzer voor de fysiotherapeut is, is het noodzakelijk dat er in zowel de opleiding tot huisarts als in die tot fysiotherapeut, een deel wordt opgenomen waarin van elkaars werk(wijze) kennis kan worden genomen".

Van de 94 respondenten beantwoorden 89 deze vraag met "mee eens". Drie gaven geen antwoord en twee antwoordden "oneens".

Het argument dat de fysiotherapie onvoldoende onderbouwd zou zijn is onderzocht bij de fysiotherapeuten. Drieenvijftig respondenten zeggen ten aanzien van vraag 40 het oneens te zijn met de stelling dat het onontwikkeld zijn van het beroep leidt tot een op dit moment verhevigd streven naar een wetenschappelijke onderbouwing. Zeven hadden geen mening. Vijfenveertig respondenten zijn het in vraag 41 oneens met de stelling dat de verwetenschappelijking van de fysiotherapie een onmisbaar element is voor de herkenbaarheid van het fysiotherapeutisch produkt. Dit laatste in relatie tot de andere disciplines. Zeven geven geen antwoord.

Over wat terreinen van verwetenschappelijking zouden moeten zijn (vraag 42), heersen verschillende meningen. Genoemd worden: *fysiotechnische onderdelen, effectonderzoek ten aanzien van pijnbehandeling en tapotage, verbindingen met de alternatieve geneeswijzen, analytische bewegingsleer en neurofysiologische ontwikkelingen*. Uit deze vraag wordt duidelijk dat veel fysiotherapeuten kennelijk op de hoogte zijn van de geringe body of knowledge. De relatie onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing van een verstrekking en niet vergoeden ervan, wordt in vraag 43 door 55 van de 94 respondenten afgewezen, terwijl toch altijd nog 25 het daar mee eens zijn. Maar de fysiotherapeuten zelf zouden niet altijd de daartoe benodigde inhoudelijke informatie kunnen geven. Eenendertig, dus ongeveer éénderde van de respondenten, houdt volgens de beantwoording van vraag 44, een daartoe onbruikbare registratie bij. Van elf blijft dit onbekend. Ten slotte zouden 51 fysiotherapeuten de inhoudelijke

gegevens ter beschikking van het wetenschappelijk onderzoek willen stellen. Maar 31 zouden hier aan niet mee willen doen. Dit blijkt uit de beantwoording van vraag 45.

9.9 Conclusie.

Samenvattend valt niets anders te zeggen dan dat de controle van het behandelplan een hachelijk zaak is. De daartoe benodigde informatie ontbreekt of is in hoge mate onvolledig. Daarbij komt dat de huisartsen die het ziekenfonds als de eerst verantwoordelijken voor het behandelplan beschouwt, zich zelf niet als zodanig beschouwen. Integendeel, de huisartsen in de waarneemgroepen vinden zich niet competent en zouden het samenstellen van het behandelplan aan de fysiotherapeuten willen overlaten. Momenteel echter is hier de bevoegdheid van de fysiotherapeut beperkt, hij heeft slechts de mogelijkheid de applicatie te veranderen, dan wel op te voeren. Indien veranderingen in de huidige procedure overwogen zouden worden dan moet niet vergeten worden, dat juist het ziekenfonds belang heeft bij een vlotte administratieve verwerking. De huidige procedure, het zonder verdere controle toestaan van de applicatie bij de eerste de beste aanvraag, zeker als het er twaalf zijn, vereenvoudigt de verwerking aanmerkelijk.[18] Het gevolg is evenwel dat de inhoudelijke gronden waarop de applicatie zou moeten worden beoordeeld, niet meer ter zake doen. De fysiotherapeuten melden slechts de gewenste soort, of wijzigen de door de arts voorgestelde applicatie.
Momenteel worden de door een fysiotherapeut aangebrachte veranderingen in de frekwenties niet gehonoreerd, maar volgt een standaardbrief die de arts om een schriftelijke motivatie verzoekt. Maar hoewel de fysiotherapeut wel de beslissingsbevoegdheid heeft om de vrije frekwentie aan te vragen door de

---

18 Dit in verband met de zogenaamde beperkende maatregelen, op grond waarvan er in principe slechts 12 applicaties bij één diagnose worden toegestaan.

oorspronkelijk aangevraagde frekwentie te veranderen, gebruikt hij deze vrijheid nauwelijks. De mogelijkheid om bij het begin van de behandeling ten minste twaalf zittingen lang een eigen strategie te volgen wordt daardoor gemist. Het honoreren van veranderingsvoorstellen, zoals die bij vervolgaanvragen in het Kort Verslag worden gedaan is geen gewoonte van het ziekenfonds. Indien de arts die veranderingen niet schriftelijk overneemt op "De achterkant", heeft het door de fysiotherapeut gedane voorstel geen invloed, maar volgt een standaardbrief. De waarneemgroepen *voelen zich gebombardeerd door dit soort brieven.* Aan de andere kant zijn er geen aanwijzingen dat de fysiotherapeut zorg draagt voor relevante gegevens, die duiden op een behandelplan. Wanneer de 32% van de verslagen van de artsen met de inhoud: "zie ommezijde, etc" gelegd wordt naast het feit, dat er bij de fysiotherapeuten slechts in twee procent een behandelplan wordt gepresenteerd, dan wordt de inhoud van hun communicatie op dit niveau twijfelachtig. Uit het onderzoek naar de behandelplannen van de twee bewegingsketens en de diagnose epicondylitis lateralis komt een beeld dat lijkt op het verspringen uit het hoofdstuk over de diagnose. Hier wordt echter gesteld dat de anatomische locatie waar oorspronkelijk behandeld werd, aanleunt tegen een in de vervolgaanvraag vermelde locatie. Dit aanleunen en het honoreren ervan gaat buiten de kennis van de verwijzende artsen om. Maar het ziekenfonds blijft alert omdat *de betekenis van een nieuwe locatie voor de fysiotherapeut er een is van een nieuwe indicatie*, hetgeen leidt tot een verhoging van de kosten. Geen van de drie actoren is in feite tevreden met deze gang van zaken. De fysiotherapeut niet omdat hij degene is die naar zijn mening te weinig invloed heeft op het vaststellen van zijn plan en bovendien de voorgestelde indicaties niet met gecombineerde behandelingen beloond ziet. De artsen in de waarneemgroepen niet omdat zij zich niet competent voelen en vinden dat zij dat met het "eens zijn" met de fysiotherapeut voldoende hebben laten blijken. Opmerkingen als

"eens zijn met" en "zie ommezijde" zullen bij de Discussie nog nader worden toegelicht. En slotte is ook het ziekenfonds ontevreden omdat blijkt dat de formele controle op het behandelplan in feite onuitvoerbaar is en een stroom van standaardbrieven[19] tot gevolg heeft. De betekenis die de controle op deze wijze voor de actoren krijgt, ligt in de sfeer van "als het maar door gaat". Dit op zich weinig wetenschappelijk etiket heeft tot gevolg dat er door het gedrag van de drie actoren een star soort fysiotherapie ontstaat. Met andere woorden door de wijze waarop door hen met de wet- en regelgeving wordt omgegaan ontstaat een er een beeld van een behandelplan, een mythe die in stand wordt gehouden. Op uitzonderingen na, kan blijkbaar bij het meerendeel van de diagnosen in perioden van zes weken en een frekwentie van tweemaal per week worden behandeld. Inhoudelijk bezien is dit een constatering die als opvallend mag worden beschouwd. Wanneer naar de body of knowledge van de fysiotherapie gegeken wordt, blijken de fysiotherapeuten nogal verdeeld te zijn over de noodzaak tot uitbreiding daarvan. Dit kan samenhangen met het feit dat toch niet geringe aantallen van hen geen inhoudelijke registratie bijhouden, danwel de noodzaak er niet zo van inzien. De opmerking uit de kring van de opleiding tot huisarts dat onzeker is welke terreinen van de fysiotherapie wel en geen aandacht verdienen lijkt gerechtvaardigd.

---

19 De kosten per standaardbrief werden door het ziekenfonds op ongeveer 20 gulden geschat.

Hoofdstuk 10 DE MATERIELE CONTROLE VAN DE CHRONOLOGISCHE PRAKTIJKREGISTERS

Zoals in de inleiding is vermeld, valt het Besluit Controle Declaraties Fysiotherapeuten en Heilgymnasten/masseurs uiteen in twee delen. Van het eerste deel, de formele controle, zijn tot nu toe twee belangrijke elementen aan de orde geweest, te weten: de diagnose en het behandelplan. Het tweede deel van het besluit draagt als titel Materiële Controle. Bij deze controle worden de gegevens van de declaraties die op het laatst verlopen kalenderjaar betrekking hebben, getoetst aan de totale werktijd besteed aan ziekenfondsverzekerden. Het komt er op neer dat deze vorm van registratie beoogt het totale feitelijke fysiotherapeutische handelen (gegeven diagnose en behandelplan) per werkdag vast te leggen. De registratie vindt plaats op chronologische dagregisters, de zogenaamde dagstaten (bijlage 5). Wat op een chronologisch praktijkregister moet worden bijgehouden staat vermeld in de Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut artikel 14 (incl.toelichting). Voor een goed begrip daarover het volgende. Per fysiotherapeut en per dag, moet opgegeven worden: de begin- en eindtijd, alsmede in chronologische volgorde alle op die dag behandelde patienten (ziekenfonds en particulier verzekerden) en de aan hen gegeven verrichtingen in codes. De optelsom van alle op de dagstaten geregistreerde verrichtingen, wordt vergeleken met de declaratie. De periode waarover wordt vergeleken is een maand. Zodoende kunnen twee relaties onderzocht worden:

a. de relatie declaratie-praktijkregister.

b. de relatie werktijd per fysiotherapeut-praktijkregister.

Aangezien de dagregisters van beide relaties deel uitmaken kan gesteld worden, dat een al of niet aanwezige betrouwbaarheid van die dagregistraties van

belang is voor beide relaties. Het onderzoek zal zich daarom op de registers richten.

Aan de hand van de volgende kernvraag worden de opzet van het empirisch onderzoek en de resultaten in dit hoofdstuk gepresenteerd. Zijn de door de fysiotherapeuten in te vullen dagregisters een betrouwbaar instrument om de twee genoemde relaties te controleren?

Afgeleide vragen daarvan zijn:

- worden dagregisters bijgehouden als bedoeld in de Overeenkomst en het Besluit? paragraaf 10.1;
- zijn er elementen aan te wijzen die een verstoring van een optimale registratie te weeg brengen? paragraaf 10.2;
- komt hetgeen op de dagstaten vermeld wordt overeen met hetgeen " gemachtigd" is? paragraaf 10.3. en 10.4.

Ten slotte volgt De conclusie, paragraaf 10.5.

10.1 Het onderzoek van de praktijkregisters

In de enquête[1] is een aantal vragen opgenomen om een antwoord te krijgen op de hierboven vermelde vragen. De enquête-vragen zullen stuk voor stuk aan de orde komen.

Vraag: Houdt u een dagregistratie bij als bedoeld met de zogenaamde dag-staten[2] van het ziekenfonds?

ja	72 (77%)
nee	18 (19%)
geen antwoord	4 (4%)

---

1 Ter herinnering N=94.

2 Het ziekenfonds stelt de dagstaten gratis ter beschikking aan de fysiotherapeuten.

Indien de vraag met "nee" was beantwoord werd gevraagd of de fysiotherapeut er een ander systeem op na hield.

De meest voorkomende alternatieven zijn:

- eigen agenda,
- eigen systeem, patientenboek,

In twee gevallen werd niets vermeld.

Bijna een kwart van de respondenten vult dus of de dagstaten niet in of wenst geen antwoord te geven. Als "antwoord" werd in 34 gevallen van het totaal van 94 een opmerking in de kantlijn aangetroffen als: *dagstaten zijn een vorm van dubbele registratie, of mijn eigen patientenregistratie is voldoende*. Dat ook door het ziekenfonds het moeten invullen van een dagregistratie als een mogelijk irriterende opdracht wordt beschouwd, moge blijken uit de toelichting in de Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut. "Een dergelijke registratie (dagstaat H.J.T.) wordt onontbeerlijk geacht voor het kunnen uitvoeren van een adekwate controle. Deze behoefte aan controle berust niet op enig wantrouwen van het ziekenfonds jegens de fysiotherapeut. Integendeel. Het maken van deze afspraken gaat uit van enerzijds de goede trouw van de fysiotherapeut en anderzijds de wettelijke taak van het ziekenfonds, als financier van de verleende hulp, heeft ("heeft" past niet in deze zin, HJT) met betrekking tot de controle (de naleving van de aan de honorering ten grondslag liggende afgesproken gemiddelde behandelingen daaronder begrepen). Juist daarvoor is de praktijkregistratie bedoeld, naast (onderstreping H.J.T.) de in de praktijk te verwachten praktijkagenda (of afsprakenboek)".

Bij geen enkele soortgelijke Overeenkomst met een (para-)medische beroepsgroep is een dergelijke toelichting opgenomen.[3]

---

3 Alle relevante overeenkomsten die ziekenfondsen met andere hulpverleners hebben zijn hiervoor onderzocht. (Apothekers, Logopedisten, Mensendieck/Cesar therapeuten, Specialisten en Tandartsen)

De volgende vraag tracht een antwoord te krijgen of ook niet-ziekenfondsverzekerden (de particulieren) op de dagstaten worden vermeld.
De vraag luidde: Vermeld u ook de particuliere patienten op uw dagstaat?

ja	80 (85%)
nee	9 (11%)
onbekend	5 (5%)

De vraag :" Wanneer vult u de dagstaten in?" tracht een antwoord te geven op de vraag op welk tijdstip de dagstaat wordt ingevuld en bovendien zouden de scores (in hoge mate) overeen moeten komen met de beantwoording van de vraag: "Houdt u een dagregistratie bij"? (zie boven).
Er werden vier antwoordcategorieën aangeboden:

a. direct na elke behandeling van de patient	10(11%)
b. tijdens de dag	14(15%)
c. aan het eind van iedere dag	16(17%)
d. later:[4]	
- eind van de week/maand,	
- alleen als het ziekenfonds erom vraagt,	
- als ik zin heb,	
- zo nu en dan,	
- ik vergeet het nogal eens,	
- en opmerkingen die een combinatie van deze antwoorden vormden.	46(49%)
- geen antwoord	8 (8%)

Het totaal aantal dagstaat"invullers" op deze vraag is 86 (10+14+16+46) en als

---

4 De opmerkingen onder "later", zijn door de fysiotherapeuten opgeschreven.

zodanig is er wel degelijk een grote mate van overeenstemming met het aantal uit de vraag of tot invulling werd overgegaan (totaal ja=72).

Maar is daarmee gezegd dat de mate van betrouwbaarheid van de dagstaat hoog is? Een aanwijzing van de betrouwbaarheid komt tot uitdrukking in de antwoorden op de vraag: "Als u een dagregistratie bijhoudt (dagstaten of ander systeem) vermeldt u daar dan op:

a. wat u feitelijk per keer (zitting) doet?,

b. wat volgens de machtiging van het ziekenfonds is toegestaan?,

c. "wat u zich later herinnert?"

De antwoorden zijn als volgt:

a. feitelijk	29(31%)
b. volgens machtiginging	47(50%)
c. volgens herinnering	10(11%)
d. geen antwoord	8 (9%).

Het moge duidelijk zijn dat de kans op onbetrouwbaarheid door deze wijze van registreren toeneemt. De betrouwbaarheid uitgedrukt in het wel of niet, op de door het ziekenfonds gewenste wijze, registreren van gegevens op de dagstaat heeft ook een consequentie voor de relatie: werktijd per fysiotherapeut-dagregister. De werktijd van een fysiotherapeut kan gevonden worden door de begin- van de eindtijd van een werkdag af te trekken. Stel de uitkomst is 7 uur, ofwel 420 minuten. Op de dagstaten staan per patient alle verrichtingen weergegeven. Elke verrichting wordt uitgedrukt in een te honoreren arbeidsinbreng, de basistijd.[5] Door de verrichtingen te vermenigvuldigen met de daarbij behorende basistijden en de uitkomsten daarvan op te tellen, wordt een

---

5 Zie het Controlebesluit.

totaal aantal "gewerkte" minuten verkregen. Dit totaal wordt dan vergeleken met de reeds gevonden 420 minuten.[6]

Een aantal mogelijkheden kan voorkomen. Ten eerste: er is geen verschil tussen de twee uitkomsten. Ten tweede: het aantal minuten afkomstig uit de aftrekking begin- minus eindtijd is groter dan de uit de basistijden afgeleide tijdspanne.[7] De conclusie kan dan zijn, dat er aan een patient meer minuten besteed zijn dan de basistijd eist.

De derde mogelijkheid is dat het totaal van de berekende basistijden groter is dan dat van de begin- en eindtijden. Nu zou de conclusie kunnen zijn dat er per patient minder tijd wordt besteed dan de basistijd eist.[8] Deze laatste mogelijkheid zou bovendien bij één fysiotherapeut systematisch kunnen voorkomen. Indien dit het geval is stelt het controlebesluit dat het dan "een kwalitatief aspect van de verleende hulp betreft". Nog los van het feit dat het controlebesluit niet operationaliseert wat in dit geval onder kwaliteit moet worden verstaan, is het nog maar de vraag of er in de zin van kwaliteit betekenis kan worden gehecht aan de vraagtekens bij de gevonden uitkomsten. Eén van de argumenten hiervoor ligt in de aard van de fysiotherapeutische verstrekking zelf, zoals die door de wet- en regelgeving is bepaald. In het hoofdstuk "De controle bij het plaatselijk ziekenfonds" is vermeld, dat fysiotherapie een individuele verstrekking is en dat daardoor het geven van fysiotherapie aan meerdere ziekenfondspatienten tegelijk, groepstherapie, formeel niet mogelijk is (hoofdstuk 3, noot 2). Fysiotherapeuten die wel groepstherapie geven, komen derhalve in de problemen bij het invullen van de dagstaten.

---

6 De gehele controle betreft 5 werkdagen.

7 De toegestane afwijking is volgens het controlebesluit 10%.

8 Voor de door de fysiotherapeuten opgegeven aantallen behandelde patienten per dagdeel zie bijlage 13.

Indien zij alle patienten registreren, moeten zij ofwel de begintijd van hun werkdag extreem vroeg en de eindtijd extreem laat invullen, dan wel wordt voor hen bij de controle door het ziekenfonds een ver onder de norm liggende basistijd berekend. Hoe dan ook, de kans is groot dat de marge van 10% wordt overschreden. Onderzocht is of deze mogelijkheid zich voor doet.

10.2 Groepstherapie bij ziekenfondsverzekerden.

Dit onderwerp is dus van duidelijk belang in het kader van het onderzoek. Het wordt hier behandeld hoewel het binnen het raam van het hoofdstuk over de praktijkregisters een afgeleid onderwerp is. Allereerst, het voorkomen van groepstherapie is bij het ziekenfonds bekend, doordat soms evenals bij de psycho-sociale diagnose *de arts of de fysiotherapeut zich verschrijft.* In de verslaggeving valt dan bijvoorbeeld te lezen dat de patient *het in de groep goed doet.* Het ziekenfonds volgt het standpunt dat groepstherapie op grond van de huidige regelgeving niet is toegestaan.[9]

In de enquête bij de fysiotherapeuten is de volgende vraag opgenomen. "Groepstherapie moet mogelijk worden binnen de ziekenfondswetgeving".

Ja	57 (61%)
Neen	24 (26%)
Onbekend	13 (14%)

Tevens is gevraagd om welke indicaties het daarbij zou moeten gaan. De door de fysiotherapeuten genoemde "indicaties" waren in volgorde van voorkeur:

---

9 Als belangrijkste argument geldt de honorering per verzekerde en per verrichting. Bij een behandeling van bijvoorbeel 10 patienten in een uur, zou dat tot onacceptabele uurbedragen leiden. Op inhoudelijke gronden heeft het Rotterdamse ziekenfonds getracht het toestaan van deze vorm van therapie van de grond te krijgen. De V.N.Z. bleek echter bij monde van de medisch adviseur vierkant tegen dit initiatief.

- bewegingstherapie voor ouderen,
- ontspanningsoefeningen (niet respiratoir gericht),
- idem voor ademhalingspatienten,
- houdingscorrectie (ook preventief) voor kinderen en volwassenen,
- hartrevalidatie,
- psycho-geriatrische patienten,
- training bij reconvalescentie, revalidatie,
- gymnastiek voor buitenlandse vrouwen,
- sensomotorische training,
- rheuma patienten (in zwembad),
- pre- postnatale oefeningen,
- stress-incontinentietraining,
- rolstoeltraining,
- M.B.D.-kinderen,
- M.S.-patienten.

Opzettelijk wordt de volledige lijst gepresenteerd. Dit om een verband te kunnen leggen met de uitkomst van de vraag:
"Voor welke indicaties geeft u nu al groepstherapie (uitsluitend zo nauwkeurig mogelijke indicatie noemen)".
De door de fysiotherapeuten vermelde indicaties komen volledig overeen met die van de gewenste indicaties uit de daarvoor gestelde vraag.
In totaal geven 53 van de vierennegentig (zijnde 56% procent) op deze wijze te kennen reeds groepstherapie te geven. Een verklaring daarvoor zou kunnen zijn, dat fysiotherapeuten op inhoudelijke gronden groepstherapie noodzakelijk achten en dat zij vervolgens geneigd zijn indicaties daarvoor te noemen, waarvoor zij al groepstherapie geven. Dat fysiotherapeuten daar een "prijs voor over hebben", moge uit de beantwoording van de volgende vraag blijken.

"Bij groepstherapie die als verstrekking wordt toegestaan is het redelijk dat er per groep patienten, per keer een vergoeding wordt gegeven door de financiers. De individuele vergoeding komt daardoor te vervallen".

Mee eens	58(62%)
Oneens	16(17%)
Geen antwoord	20(21%)

Op één na gaven alle respondenten die reeds aan groepstherapie doen, te kennen dat zij voor een andere vergoedingswijze dan de huidige zouden zijn. De overige zes van de 58 voorstanders van de vergoeding per groep waren het niet eens met de stelling dat groepstherapie mogelijk moest worden, maar mocht het desondanks zover komen, dan was men het eens met een te wijzigen vergoeding. Dat er inhoudelijke gronden zijn om groepstherapie te geven, wordt bevestigd uit de kring van de opleiding voor fysiotherapie in Rotterdam. *Wij als opleiding kunnen ons natuurlijk niet storen aan de op een geheel ander niveau ontwikkelde regelgeving. Voor ons geldt de inhoudelijke meerwaarde die aan groepstherapie bij bepaalde indicaties kan worden toegeschreven.* Gevraagd naar de eigenschappen van die meerwaarde en de indicaties die zich voor groepstherapie lenen: *de versterking van de onderlinge motivatie bij de te behandelen patienten; de uitwisseling van elkaars ervaringen en de mogelijkheden tot therapeutische spelvormen*. Indicaties die zich daarvoor lenen zijn: *ontspanningstherapie; pre- en postnatale begeleiding en revalidatie gerichte therapievormen.*[10] Het is niet de intentie van de onderzoeker de genoemde indicaties te evalueren op hun inhoud. Voldoende is te constateren dat de opgeleide fysiotherapeut inhoudelijk niet alle geleerde therapeutische mogelijkheden kan benutten.

---

10 Bedoeld worden dan bijvoorbeeld de zogenaamde quadricepsgroepen voor patienten met amputaties van het onderbeen. Of rolstoelgroepen van patienten die van een rolstoel gebruik moeten leren maken.

10.3.Duur en frekwentie.

Reeds meerdere malen is gezegd dat het empirisch onderzoek van de dagstaten als het ware over de diagnose en het behandelplan naar de realiteit van het fysiotherapeutisch handelen kijkt. In het hoofdstuk behandelplan is aangetoond welke frekwenties werden aangevraagd en vervolgens gemachtigd. Op de dagstaten moet geregistreerd worden hoe een en ander op de werkdagen is verlopen. De vraag is nu of datgene dat op de dagstaten gevonden wordt, overeenkomt met hetgeen is gemachtigd (en gedeclareerd zal worden). Dit immers is een van de uitgangspunten van de materiële controle. Daartoe zijn alle tot op 1-1-1986 door het ziekenfonds opgevraagde dagstaten bijeengebracht.[11]

Per fysiotherapeut werden uit één willekeurige maand tien willekeurige patienten gekozen. Vervolgens werd bezien wat de frekwenties waren waarin de patienten werden behandeld. Deze methode is gelijk aan de in het controlebesluit voorgestelde procedure.[12]

In totaal gaat het dus om 280 patienten. Dit is naast de studie op basis van de verleende machtigingen en die op basis van de enquête (nog te bespreken) het derde (deel-)onderzoek naar frekwenties van behandelingen. Omdat het interessant is eventuele relaties te leggen tussen de uitkomsten van de drie verschillende studies, werden die in tabel 6 samengebracht. In kolom A staan de uitkomsten vermeld zoals die in hoofdstuk " De formele controle van het

---

11 Het totaal aantal onderzochte fysiotherapeuten is 28. Meer gegevens waren niet aanwezig. Het ziekenfonds moet eens in de drie jaar alle fysiotherapeutische praktijken aan een controle onderwerpen. Daarbij worden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd. Een uitzondering hierop zijn eventuele malafide handelingen, die in dit onderzoek niet aan de orde komen.

12 Artikel II.3.1. van het controlebesluit geeft een minimum van 10 op willekeurige wijze uitgekozen patienten aan.

behandelplan" zijn gevonden. De uitkomsten voor de eerste aanvraag en die voor de vervolgaanvraag zijn daarbij gemiddeld. In de kolommen B en C staan de uitkomsten van respectievelijk de dagstaatcontrole en de mening van de fysiotherapeuten zelf uit de enquête.[13] Om de laatste gegevens te verkrijgen werd vraag 20 van de enquête gesteld. "Wat schat u dat uw percentage van aanvragen is met een frekwentie van..."

Tabel 6

Gevonden percentages per onderzoeksbron.*

Soort frekw.	A	B	C
Vrije frekw.	4,5	3	3
1X per week	11,5	8	17
2X per week	78,5	84	65,5
3X per week	2	1	8,5
Overige	3,5	4	6
Totaal	100	100	100

* A. volgens machtigingen.
B. volgens dagstaten.
C. volgens fysiotherapeuten.
Afgeronde percentages.

De uitkomsten per bron lopen soms sterk uiteen. Het is vooral de mening van de fysiotherapeuten zelf die afwijkt van de andere twee bronnen. In het hoofdstuk Discussie wordt hier nader op ingegaan. De uitkomsten van het dagstaatonderzoek bevestigen echter de gevonden percentages uit de eerste kolom, althans in die zin, dat de frekwenties van 1x en 2x per week 90% of

---

13 In de tabel wordt dezelfde indeling van de frekwenties gebruikt als in het Hoofdstuk De formele controle van het behandelplan.

meer omvatten van niet alleen de aangevraagde, maar ook de werkelijk gehanteerde frekwenties.

10.4 Dagregister en applicatie.

In hoofdstuk 3 is het begrip applicatie aan de orde geweest. Te zamen met massage/oefentherapie vormde één zo'n applicatie, bijvoorbeeld ultra korte golf, een gecombineerde behandeling. De nadruk ligt op het woord één, omdat nooit twee applicaties tegelijkertijd met de verstrekking massage/oefentherapie mogen worden toegestaan.[14] Volgens de beperkende maatregelen[15] worden overigens slechts twaalf gecombineerde behandelingen gemachtigd. Bij het onderzoek bleek dat bij 11 fysiotherapeuten ofwel een tweede applicatie vermeld werd, dan wel één applicatie stond geregistreerd terwijl er geen sprake was van een door het ziekenfonds gemachtigde gecombineerde behandeling. Twee andere fysiotherapeuten vermeldden uitsluitend de verrichting oefentherapie/massage ondanks de aanwezigheid van een machtiging voor een gecombineerde behandeling. Naast hetgeen bij de bespreking van de basistijd is gezegd, blijken er dus ook op andere wijze aanzienlijke verschillen te bestaan tussen de resultaten van die twee registraties. De vraag die gesteld kan worden is: waarom laten fysiotherapeuten dit gebeuren?

10.5. Conclusie.

Voordat tot een algemene conclusie van dit hoofdstuk gekomen wordt, kan gezegd worden dat het antwoord op de vraag van de vorige paragraaf ligt in

---

14 Tot het ingaan van de beperkende maatregelen mocht dat overigens wel.

15 Het gaat hier om de zogenaamde beperkende maatregelen, waarin in principe het aantal gecombineerde behandelingen tot 12 wordt beperkt.

de betekenis die de fysiotherapeuten hechten aan het bijhouden van dagstaten. Uit de beantwoording van de enquêtevragen, maar ook uit de daarbij toegevoegde opmerkingen, blijkt dat de dagregistratie door een niet onaanzienlijk deel van de fysiotherapeuten, als iets nutteloos wordt ervaren en derhalve onzorgvuldig gebeurt. De opmerking in de toelichting van de Overeenkomst, die juist het nut van het bijhouden accentueert, bevestigt a priori de indruk van het dubbele werk. Het bevestigt tevens het grote belang dat het ziekenfonds hecht aan een "juiste" registratie. Zo zegt de Overeenkomst dat de "aard van de verleende hulp" moet worden geregistreerd. Maar waar gaat het daarbij om? Is dit hetgeen de fysiotherapeut feitelijk doet, of datgene dat op de machtiging van het ziekenfonds wordt toegestaan? Het voorafgaande laat zien dat deze vragen uiteenlopende antwoorden krijgen. Dit verschil kan consequenties hebben voor de vergelijking basistijd-werktijd per dag. Doordat niet omschreven is wat als aard van de verleende hulp gehanteerd moet worden en er bovendien goede inhoudelijke gronden zijn om afwijkende, formeel niet toegestane, therapievormen (groepstherapie) te hanteren, is de betrouwbaarheid van de dagstaten beperkt, zeker indien fysiotherapeuten besluiten toch alle patienten met groepstherapie te vermelden. Daar komt bij dat het ziekenfonds dan veel te veel betaalt en daarin ligt in die kring ook een vermoedelijke bron van onvrede.[16] Maar de fysiotherapeuten zouden in meerderheid wel iets voor een andere honorering voelen als groepstherapie werd toegestaan.
De uitkomsten van dit hoofdstuk dat over de diagnose en het behandelplan heen kijkt, ondersteunen de eerder genoemde gedachte van een starre wijze van fysiotherapeutisch handelen. Dit handelen geschiedt in meer dan driekwart van de gevallen, tweemaal in de week ongeacht welke diagnose, in een enkel-

---

16 De honoreringstructuur is immers gebaseerd op een strikt individuele zitting per patient.

of veelvoud van twaalf zittingen, met een gecombineerde behandeling bij de eerste twaalf en bij de overige zittingen alleen oefentherapie/massage.

Deel 3 EINDCONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

Hoofdstuk 11. DE EINDCONCLUSIE IN SYMBOLISCH INTERACTIONISTISCH PERSPECTIEF

In het hoofdstuk Het Symbolisch Interactionisme is aangegeven dat ter verklaring van de gevonden resultaten en hun onderlinge relaties, gebruik zal worden gemaakt van dit perspectief.
Het is nuttig om de belangrijkste elementen daarvan nog even te herhalen. Dit perspectief gaat ervan uit, dat de drie actoren in hun handelen betekenissen aan de dingen verlenen. Die betekenissen zijn geen starre gegevens, maar afhankelijk van de steeds veranderende definities van situaties waarin men zich kan bevinden. Actoren bepalen echter niet alleen onderling, maar construeren ook voor zich zelf immer die definities die de meest adequate zijn. Zodoende wordt getracht oplossingen voor allerei problemen te vinden. Ten einde de betekenisverlening tot een eenvoudig proces te reduceren, wordt gebruik gemaakt van types. Onder andere hierin komt de pragmatische wijze van denken, die aan dit perspectief ten grondslag ligt tot uitdrukking. Het gevolg van het gebruik van types is evenwel, dat veel in de onderlinge communicatie "taken for granted" blijft en er een mogelijkheid tot het hanteren van het et cetera principe onstaat. Al deze eigenschappen te zamen maken het symbolisch interactionisme tot een methode en theorie, waarmee getracht wordt een zo realistisch mogelijk beeld van de werkelijkheid te geven. Becker vat de kern van deze benaderingswijze samen op een manier die deze conclusie steunt: de

reactie op bepaalde voorvallen wordt niet zo zeer bepaald door het voorval op zich, maar door de betekenis die men er aan toekent.[1]

Centraal staat in deze dissertatie de huidige wet- en regelgeving inzake de fysiotherapie voor zover het een ziekenfondsverstrekking betreft en door vrijgevestigde fysiotherapeuten wordt gegeven.

Op zich is het onderhevig zijn aan vormen van wet- en regelgeving in onze samenleving een algemeen aanvaard en noodzakelijk iets. Op dit algemene niveau kan ook de onderhavige wet- en regelgeving als acceptabel worden beschouwd. Redelijkerwijs zal geen van de actoren bestrijden dat controle op de verstrekking fysiotherapie rechtvaardig is. Ten slotte gaat het om een voorziening uit de sociale ziektekostenverzekering. Wanneer er op dit algemene niveau een betekenis aan controle wordt toegekend dan zou dat inhouden: controle is noodzakelijk omdat misbruik gestraft zou moeten worden. Aangezien het netwerk van de drie actoren een ander niveau is dan dat van onze samenleving, kunnen er ook verschillen in de definities van de situaties ontstaan.

In de probleemstelling is de betekenisverlening wat betreft de begrippen diagnose, indicatie, behandelplan en chronologische dagregisters als terrein van onderzoek gekozen. Uitgaande van de sterk verwante opleidingen die de drie actoren (bij het ziekenfonds de adviserend fysiotherapeut) hebben genoten, mag van hen het toekennen van een gelijke betekenis verwacht worden als het om begrippen als: diagnose, indicatie, behandelplan en dosering in een behandelplan gaat. Daarom ook zijn die begrippen op een ogenschijnlijk algemeen geaccepteerde wijze gedefinieërd en gaat ook het Controlebesluit er niet nader op in. Toch blijken er uit dit onderzoek resultaten te komen, die duiden op verschillen in betekenisverlening voor die begripsbepalingen, die in de (para-)me-

---

1 Zie Rademaker L. en H. Bergman, Sociologische stromingen, Utrecht 1977, p.126.

dische body of knowledge "taken for granted" lijken. Zo zijn er aanwijzingen dat psycho-somatische diagnosen worden vertaald in somatische en daardoor te weinig worden geregistreerd. Er is aangetoond dat diagnosen als het ware dwangmatig op aanvraagformulieren worden geplaatst, maar tevens dat zij vaak geheel ontbreken. Er zijn ook aanwijzingen die duiden op een bewust wel of juist niet vermelden van bepaalde diagnosen, wanneer twee aanvragen binnen een jaar gewenst zijn, het zogenaamde verspringen van de diagnose.
Indicaties worden meestal aangetroffen in de vorm van een of andere opmerking, die slechts een uiterst mager beeld geeft van de status praesens op grond waarvan de verstrekking te rechtvaardigen zou dienen te zijn. Verder blijken de behandelplannen niet of nauwelijks aanwezig te zijn en slechts een enkele aanvraag wordt in termen van zo'n plan gemotiveerd. Ook wanneer de motivaties van de verwijzend arts en die van de fysiotherapeut worden samengevoegd, blijft het resultaat onvoldoende om een zinvolle beoordeling op te baseren. Nader uitgesplitst naar onderdelen van de behandelplannen kan het volgende worden geconcludeerd.
De fysiotherapeuten laten vrijwel steeds de kans liggen om althans het begin van de totale behandeling, vrij naar eigen inzicht in te richten wat betreft de frekwentie van de zittingen per week. Slechts een heel klein percentage van de frekwenties wordt met deze mogelijkheid voor ogen aangevraagd. Veel vaker wordt gekozen voor frekwenties van één-, maar vooral twee maal in de week. Hierdoor ontstaat het beeld van een haast gedetermineerde wekelijkse dosering. Bij enkele diagnosen zoals contusies en C.A.R.A. wordt daarvan afgeweken. Doch bij de laatst genoemde diagnose is ook de categorie "overige" (frekwenties minder dan 1x per week) bij de vervolgaanvragen in meer dan het dubbele van het gemiddelde aanwezig. Dit duidt (en wordt ook door de waarneemgroepen bevestigd) op de zogenaamde onderhoudsbehandeling met een hoge psycho-sociale lading. Opvallend is ook dat bij een invaliderend ziektebeeld als

C.V.A., of A.L.S.[2], waar dagelijkse contractuur bestrijding of ontspanningstherapie alom noodzakelijk wordt geacht, toch in driekwart van de gevallen twee zittingen per week worden aangevraagd. Bewust wordt gezegd "aangevraagd" omdat uit de enquête-vragen blijkt, dat er verschillen bestaan tussen de aangevraagde, de op de dagstaten geregistreerde en de geschatte frekwenties van zittingen. Dit zou overigens ook kunnen duiden op het onvermogen van fysiotherapeuten om hun eigen werkelijke frekwenties te schatten, maar dit standpunt lijkt niet plausibel. Er valt meer te zeggen voor een onbetrouwbaarheid van de dagstaatgegevens in deze, op grond van bijvoorbeeld de aantallen patienten waaraan groepstherapie wordt gegeven en die toch op de een of ander wijze in overeenstemming met de wet- en regelgeving geregistreerd moeten worden. Aan de uiteindelijke betrouwbaarheid van "het beeld over de diagnose en het behandelplan" moet door het ziekenfonds niet te veel waarde worden gehecht.

Door deze opsomming van conclusies dan wel aanwijzingen op basis van het gevonden materiaal, is nog niet de vraag van de verklaring beantwoord. Een aannemelijke verklaring zou kunnen zijn, dat de drie actoren terwille van de wet- en regelgeving, hun betekenissen ten aanzien van de diagnose, het behandelplan en het chronologisch dagregister herzien.

Geconstateerd kan immers worden, dat het aanvragen en het toestaan gewoon doorgaat, "The show must go on"! Maar de werkelijke inhoud, als definitie van de situatie, komt niet meer ter sprake. Er wordt op pragmatische gronden een andere (schijn)werkelijkheid op een andere definitie van de situatie gecreëerd. Dat is volledig in overeenstemming met de uitgangspunten van het gekozen perspectief, het symbolisch interactionisme.

---

2 Cerebro Vasculair Accident en Amyotrofische Lateraal Sclerose.

Een illustratie. In plaats van het inhoudelijke type C.V.A. patient, die vanwege een contactuurbestrijding dagelijks behandeld moet worden, komt een type "als er maar een machtiging voor verkregen wordt".
In plaats van het inhoudelijk type behandelplan komt een type behandelplan van "twee maal in de week, in veelvouden van twaalf en met twaalf gecombineerde behandelingen".
En ten slotte komt er in plaats van een inhoudelijk juist type dagstaat, een type dagstaat "als het maar lijkt dat het klopt".
Op deze wijze krijgen de drie types een betekenis, waarmee de verwijzend artsen en de fysiotherapeuten gestalte geven aan hun role making[3]: een actieve, inventieve bezigheid die niets weg heeft van de uitvoering van de door de samenleving opgelegde voorschriften.
De fysiotherapeuten hebben in deze transformatie van betekenissen een belangrijk aandeel. Het ziekenfonds tracht door middel van honderden aan de artsen gerichte standaardbrieven per jaar, de formele procedure te handhaven, zo onder andere wat betreft de centrale positie van de arts. De artsen in de waarneemgroepen huldigen echter de mening, dat de rol van de eerst aangesprokene aan de fysiotherapeut behoort en niet aan hen. Zij hanteren daarom uitspraken als "mee eens" dat wil zeggen eens met de fysiotherapeut, "akkoord fysiotherapeut" en "zie ommezijde". Voor de meeste artsen in de waarneemgroepen betekent een inhoudelijk voorstel van de fysiotherapeut als, "gaarne oefentherapie/massage en interferentie" zoveel als, oefentherapie "et cetera". De aanwezigheid van het "et cetera principe" en de verschijningsvorm zijn daarmee waarschijnlijk gemaakt. Op zich is dit volgens de theorie te verwachten. Het werd geacht een mechanisme te zijn, waarvan actoren zich kunnen bedienen, ten einde te voorkomen dat steeds opnieuw de definitie van de

---

3 Zie verwijzing in Sociologisch Stromingen naar A.M.Rose, Human behavior and social processes, Boston 1962.

situatie bepaald moet worden. Dit lijkt inderdaad het geval te zijn. De vraag is, of die definitie in dit geval scherp omschreven kan worden. Indien van de kant van de fysiotherapeuten zorgvuldige behandelplannen gepresenteerd zouden worden, zou dit op inhoudelijke gronden mogelijk zijn. Maar aangetoond is dat die behandelplannen er op uitzonderingen na niet zijn. De gegevens op de door de fysiotherapeuten in te vullen Kort Verslagen bieden daarvoor geen inhoudelijke basis. Dit ontbreken is op zich zelf weer verklaarbaar door de administratieve houding van het ziekenfonds, dat immers de rol van de fysiotherapeut als een bijrol beschouwd en de verwijzend artsen de standaard-brieven zendt.[4] Zo wordt de cyclus van transformatie van betekenissen waarin de drie actoren noodgedwongen doorgaan duidelijk. Want ook het ziekenfonds ziet geen kans om op inhoudelijke gronden verweer te geven. Daarvoor zijn de aantallen aanvragen te groot en de redelijk uitvoerbare controlemiddelen te gering. Het ziekenfonds ziet dienaangaande niets in het opnieuw instellen van de zogenaamde controle-middagen. Op die middagen verschenen grote aantallen patienten, die gecontroleerd werden op eventueel bereikte resultaten. Dit in tegenstelling tot de waarneemgroepen, die dit wapen wel van stal zouden willen halen.[5] Dat is te begrijpen. De afwijzing van aanvragen voor fysiotherapie door het ziekenfonds kan voor de waarneemgroepen, het effect van *het uit huis houden van de zwarte piet* hebben. In de huidige omstandigheden, waarin ook

---

4 In de kantlijnen van de enquêteformulieren worden bovendien opmerkingen aangetroffen als: "ziekenfonds moet betalen, niet denken"; "geen inhoudelijke rol voor S.Z.R., is niet meer, maar ook niet minder dan financier".

5 Vraag 27 van de enquête leverde het antwoord van de fysiotherapeuten: 45 vinden dat deze vorm van controle weer moet worden ingevoerd, terwijl 44 nee zeiden. Vijf onthielden zich van een antwoord.

huisartsen onder druk staan,[6] kan de zwarte piet, de negatieve invloed van de afwijzing, naar het ziekenfonds worden afgewenteld. In de gesprekken met de waarneemgroepen is dit onderwerp steeds als aantrekkelijk beschouwd. Maar het ziekenfonds merkt derhalve in zijn definitie van de situatie op, dat de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij de verwijzend arts ligt en dat een doorbreking van een dergelijke gang van zaken onmogelijk is. Het gevolg is: diagnose y, met gemiddeld ongeveer 25 zittingen alvorens er een nadere inhoudelijke motivatie wordt gevraagd. Gezien het feit dat het ziekenfonds alle haar wettelijk opgedragen taken moet uitvoeren, zijn de verschillende delen van de wet- en regelgeving met elkaar in verband gebracht. Dan blijkt dat noch de Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut, noch het Controlebesluit, noch het Verstrekkingenbesluit over de volle breedte van de uit te voeren controlewerkzaamheden een eenduidige definitie van de situatie geven. Gezien de emotioneel getinte opmerkingen in de Toelichting van de Overeenkomst Fysiotherapeut-Ziekenfonds ten aanzien van de gegevens die op de dagstaten moeten worden bijgehouden, zou zelfs van een uitzonderlijk moeilijke positie van zowel het ziekenfonds als de fysiotherapeuten gesproken kunnen worden. Geen van de andere beroepsgroepen moeten door het ziekenfonds met een dergelijke fijnmazige controle geconfronteerd worden. Indachtig hetgeen aan het eind van Hoofdstuk 2 is gezegd over de verhouding Fysiotherapeutenbesluit en de Ziekenfondswet- en regelgeving is het de vraag of de uitgangspunten van

---

6 Gedacht kan worden aan een aantal factoren: de in Rotterdam afnemende praktijkgrootte; het gevoel van onveiligheid omdat ten tijde van dit onderzoek de inhoud van de nieuwe Overeenkomst Ziekenfonds-Huisarts nog niet vast stond; de verwachte overheveling van grote groepen ziekenfondspatienten naar andere verzekeringsvormen; de druk van de patient die de mening is toegedaan "recht te hebben" op de fysiotherapeutische verstrekking.

beide met elkaar in overeenstemming zijn (zie Hoofdstuk Discussie en Aanbevelingen).

Een illustratie. Alhoewel niet te ontkennen valt, dat de materiële controle aan de hand van de dagstaten tot op zekere hoogte voortvloeit uit de gekozen honoreringsstructuur, overstijgt de in de dagstaten verplichte chronologie het daarmee beoogde doel.

Dit, te zamen met het gevoel van de fysiotherapeuten een dubbele administratie te moeten bijhouden leidt tot het aangetroffen resultaat dat ongeveer een kwart vermoedelijk geen dagstaten invult, 16% vermoedelijk geen particuliere patienten vermeldt *daar heeft het ziekenfonds niets mee te maken*, 46% de staten af en toe invult, en dat van hen die invullen 47% dit doet volgens datgene dat op de machtiging wordt toegestaan. De betrouwbaarheid is dus laag. En de betekenis die het ziekenfonds aan deze ook daar gedane waarneming verleent, is die van het niet nakomen van de in de overeenkomst afgesproken verplichtingen. Sanctiemiddelen ontbreken vrijwel geheel. Er bestaat er in feite maar één en dat is het opzeggen van de overeenkomst. De algemene conclusie is gerechtvaardigd, dat de wet- en regelgeving onvoldoende eenduidig en te fijnmazig is, en bovendien te weinig praktisch uitvoerbare sancties kent.

Gesteund door de gevonden resultaten, is het aannemelijk dat het de wet- en regelgeving zelf is die tot het zoeken naar ontsnappingsmogelijkheden leidt. De ratio die de basis van de wet- en regelgeving vormt wordt door de beide beroepgroepen ter discussie gesteld. En in de (schriftelijke) communicatie voelen de waarneemgroepen zich ten onrechte aangesproken en gebombardeerd (door standaardbrieven) en de fysiotherapeuten zich inhoudelijk gepasseerd. De schriftelijke procedures krijgen de vorm van rituelen, die de mythe van de controle een inhoudelijk gezicht moeten geven. De inhoud van de wet- en regelgeving zelf bevat ook elementen die grond geven aan andere gedachten

dan rationele. Bijvoorbeeld de zogenaamde beperkende maatregelen in zake de gecombineerde behandelingen (oefentherapie/massage en een apparatieve verstrekking), die in principe niet meer dan twaalf maal gemachtigd mogen worden.[7] Gevraagd, zowel in de waarneemgroepen als aan de fysiotherapeuten door middel van de laatste vraag van de enquête, naar de onstaansgrond van het getal twaalf, blijkt niemand een oorzaak aan te kunnen geven. De fysiotherapeuten antwoordden in termen van *geen idee, financiële maatregel, historisch gegroeid en..mythe*. In de waarneemgroepen heerst de niet geheel juiste mening dat *het nooit anders dan in aantallen van twaalf mag.*
Op zich valt het vaststellen van een aantal ter beperking van een verstrekking te billijken, vooral als niet op wetenschappelijke, objectieve gronden andere grenzen zijn te hanteren. Maar in deze context heeft het bijzondere effecten. Ten eerste worden er daardoor bijna altijd de eerste keer twaalf zittingen aangevraagd, hetgeen vervolgens een fysiotherapeutische behandeling betekent gedurende minstens vier en meestal zes weken (zie histogrammen frekwenties). De kans op behandelingafhankelijkheid ligt daarmee voor de hand. Ten tweede, ten einde nog meer standaardbrieven te voorkomen geeft het ziekenfonds de eerste twaalf zittingen gecombineerd af. Ten derde een aantal behandelingen dat bijna steeds deelbaar is door het getal twaalf. Het gevolg is een haast voorspelbare wijze van doseren, voor welke diagnose dan ook.

Samengevat, de (schriftelijke) controle van het fysiotherapeutisch handelen is volledig losgeraakt van de inhoud daarvan en een eigen leven gaan leiden. Toch vinden de drie actoren elkaar, elk met hun eigen verschillende verwachting, op één definitie van de situatie met een eenduidige gelegitimeerde betekenis, namelijk dat boven de handen van de fysiotherapeut de mythe van de controle

---

7 Er bestaat een in de wet- en regelgeving vastgelegde mogelijkheid voor uitzonderingen. Maar die wordt zelden of nooit toegepast.

in stand moet worden gehouden. Het is dankzij deze mythe, die rationeel wordt aangewend, dat de fysiotherapeutische verstrekking bestaat in haar huidige vorm in termen van aanvraag, controle en vermoedelijk ook feitelijk.

Hoofdstuk 12 DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN.

12.1 Inleiding.

De wijze waarop de onderhavige probleemstelling onderzocht is, vormt maar een van de vele mogelijkheden. Het literatuuronderzoek, ter voorbereiding van deze dissertatie, bracht aan het licht dat er bijzonder veel geschreven is over misschien meer gebruikelijke benaderingen van dit soort probleemstellingen als: de eigenschappen van bureaucratieën versus professionele organisaties en formele versus informele organisatie. De hier gekozen wijze van onderzoek moet dan ook niet gezien worden als de enig juiste weg naar Rome, maar meer als een reactie op een andere conclusie die uit het literatuuronderzoek te trekken valt, namelijk de relatief geringe aandacht die aan de mythe is besteed. Zeker, het mag gezegd worden dat hiervoor in filosofische en anthropologische zin voldoende literatuur te vinden is, maar anders is het gesteld met de organisatieliteratuur. Dat is opmerkelijk. Immers mythen als "een Fiat start slecht" en "Franse auto's roesten", zijn voor de betreffende fabrikanten een latent probleem en voor degene die een auto wil kopen een, voor die fabrikanten negatief uitvallend, ordenend principe. Tevreden bezitters van dit soort auto's zullen daarentegen trachten de mythe te ontkennen. Het ligt kennelijk aan de context waarbinnen actoren zich bevinden of een mythe wel of niet acceptabel c.q. funktioneel is. In dit licht moet ook de mythe, die boven de handen van de fysiotherapeut hangt, bezien worden en daarom verdient de context nadere aandacht.

Wanneer enquêteformulieren moeten worden ingevuld is de onderzoeker zelf vaak niet ter plaatse. Dit gold ook in dit onderzoek. De context, of beter gezegd de emotionele couleur locale tijdens het invullen wordt de onderzoeker op deze wijze niet gewaar. Tenzij de ontvangen formulieren daarvan konde doen. Dit nu was het geval. Klaarblijkelijk staat met name de relatie vrij-gevestigde fysiotherapeut-ziekenfonds onder emotionele druk. Waarop is deze veronderstelling gebaseerd?

Allereerst was er de weigering de enquête in te vullen bij een deel van de fysiotherapeutische beroepsgroep. Hoewel daarbij moet worden opgemerkt dat de toon van de brief die de onderzoeker gebruikte niet de meest gelukkige was, berustten de argumenten op emotionele en niet op zakelijke gronden. Vervolgens werd onder andere de serie vragen, die inging op het al of niet invullen etc. van de dagstaten, in de kantlijn voorzien van allerlei opmerkingen zoals: "dubbel werk", "te zeer ziekenfonds gericht", "ziekenfonds moet betalen, niet denken". Deze opmerkingen zijn te begrijpen in de context waarin de fysiotherapeuten zich bevinden. Bij hen heerst namelijk angst voor het toegeven van het niet of onvolledig in vullen van de dagstaten. En deze angst is niet ongegrond. In september 1986 is namelijk vonnis gewezen in een zaak waarin een ziekenfonds datgene bij fysiotherapeuten terug wilde vorderen dat niet op de dagstaten was vermeld. Uitgangspunt van het ziekenfonds was dat: wanneer een handeling niet is geregistreerd maar wel is betaald, de betaling ten onrechte is geschied, omdat niet voldaan is aan de registratieplicht zoals die uit de Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut voortvloeit.[1]

Het ziekenfonds werd in het gelijk gesteld en de fysiotherapeuten worden met terugvorderingen geconfronteerd. Bovendien weten de overige fysiotherapeuten dat de controle voor ieder van hen een kwestie van tijd is. Want de wet- en

---

1 Zie voor het uitgebreide verslag: Fysioscoop 12 (9) 1986, p.4.

regelgeving schrijft voor dat de praktijken eenmaal per drie jaar een controle-onderzoek moeten ondergaan. Een (in het verleden) onzorgvuldige registratie kan dan problemen opleveren. Ten slotte kan de animo om mee te werken aan een onderzoek als dit, ondermijnd worden door zaken die niets met het ziekenfonds van doen hebben, maar daar wel invloed op uitoefenen, te weten de opstelling van de bedrijfsvereniging inzake de zelfstandige beroepsuitoefening van fysiotherapeuten. Door al deze zaken bijeen te voegen wordt duidelijk dat de fysiotherapeuten zullen streven naar een zo gunstig mogelijk beeld in termen van aanvraag en controle. Hun motto zou kunnen zijn: geef het ziekenfonds zo weinig mogelijk aanleiding om tot actie over te gaan. Met andere woorden houdt de bestaande mythe in stand.

Van de zijde van de waarneemgroepen zullen de fysiotherapeuten weinig weerstand ontmoeten die tegen deze mythe gericht is. Daarbij speelt het navolgende reeds besprokene een rol. Het inhoudelijke argument van kennistekort, alsmede de eisende patient, die geen genoegen neemt met een weigering van een verwijzing naar de fysiotherapeut en waarvoor de waarneemgroepen ook het ziekenfonds een deel van het zwarte pietenspel zouden willen laten meespelen. En verder de afnemende praktijkgrootte waardoor het ook op juiste gronden berustende niet verwijzen riskant wordt. En ook hier een kwestie die op zich niets met de fysiotherapie uitstaande heeft maar daar wel invloed op zou kunnen uitoefenen, namelijk de perikelen rondom de Overeenkomst Ziekenfonds-Huisarts, die ten tijde van dit onderzoek nog volop aanwezig waren. Waarneemgroepen die in een dergelijke context zitten zullen ook een belang hebben bij het in stand houden van de status quo, zijnde de mythe van de aanvraagprocedure en wat zich aansluitend afspeelt.

En wat, ten slotte, is de context waarin het ziekenfonds zich bevindt?

Het ziekenfonds heeft reeds een geslaagde poging naar de waarneemgroepen ondernomen ten einde de problematiek rondom de fysiotherapie bespreekbaar te

maken, dan wel de mythe ter discussie te stellen: te weten de van 1983 tot 1985 afgelegde bezoeken aan deze groepen.[2] Het is toe te juichen dat dit initiatief van beide kanten goed is ontvangen. Maar de vraag blijft of de huisartsen een veranderende rol van het ziekenfonds in de richting van het meedenken zullen accepteren. Eerst wanneer deze beroepsbeoefenaren die veranderde rol zullen accepteren is een zinvol locaal overleg mogelijk. Daarbij rijst de vraag wat het ziekenfonds dan zal doen met eisen, die de waarneem-groepen in het kader van de partnerrol redelijk vinden, maar waaraan op grond van de wet- en regelgeving niet kan worden voldaan. Immers de rol van het partner zijn in de gezondheidszorg is niet vrijblijvend.
Ook in de richting fysiotherapeuten zal het ziekenfonds belang hebben bij een bestendige relatie. Maar er zullen problemen blijven in zoverre toch de aanvragend arts door het ziekenfonds in eerste instantie als de enige verant-woordelijke wordt beschouwd. Dat de fysiotherapeuten de meedenkende rol van het ziekenfonds niet bijvoorbaat afwijzen moge uit de antwoorden van de enquête blijken.[3]
Misschien kunnen door gezamenlijke inspanningen van de drie actoren regelin-gen ontstaan, die het gebruik van ongewenste mythen overbodig maakt. De nu volgende aanbevelingen moeten althans in het kader van de hier boven geschetste contexten worden geplaatst. Met het doen van deze aanbevelingen wordt gepoogd een bijdrage te leveren aan in principe haalbaar geachte veranderingen. De aanbevelingen hebben betrekking op drie aandachtsvelden: de samenwerking tussen de drie actoren, de opleiding voor huisarts en fysio-therapeut en ten slotte de wet- en regelgeving. Aangezien in deze dissertatie

---

2 Zie hoofdstuk Methoden en Technieken.

3 Zie de vragen 34 en 35.

de vigerende wet- en regelgeving centraal stond, zal aan dit onderwerp de meeste aandacht geschonken worden.

12.2 Aanbevelingen ten aanzien van de samenwerking.

Meer nog dan nu het geval is zouden huisartsen en fysiotherapeuten op inhoudelijke gronden met elkaar moeten samenwerken.

Naar het ziekenfonds toe moet in de aanvraagprocedure en alles wat daar mee te maken heeft, de inhoud van het fysiotherapeutisch handelen weer een rol gaan spelen. De thans geldende houding van het ziekenfonds, geen diagnose, geen machtiging zou dan kunnen worden uitgebreid met de houding: geen behandelplan, geen voortzetting van de behandeling.

Het ziekenfonds zou door de wet- en regelgeving in staat moeten worden gesteld om de samenwerking op locaal niveau gestalte te geven met afspraken die op locaal niveau gelden. Voorwaarde daarbij zou moeten zijn dat de locale beroepsvereniging van fysiotherapeuten een volwaardige gesprekspartner is. Hiermee wordt bedoeld dat zij minstens 80% van de werkzame vrijgevestigde fysiotherapeuten vertegenwoordigt en een vrij mandaat ten opzichte van de landelijke representatieve verenigingen van fysiotherapie bezit. De gemaakte afspraken moeten immers op grond van een vrijwillige loyaliteit (ook bij de niet-leden) geldend worden gemaakt.

Tot slot: het is te overwegen om op landelijk niveau afspraken te laten maken tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de representatieve vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaren, die ingaan op de mogelijkheid om bij alle locale/regionale ziekenfondsen gelijke beoordelingscriteria te hanteren. De eenmaal ontwikkelde beoordelingscriteria zouden vervolgens op locaal niveau tussen de plaatselijke verenigingen van huisartsen en fysiotherapeuten en het ziekenfonds getoetst kunnen worden op hun bruikbaarheid.

12.3 Aanbevelingen ten aanzien van de opleidingen.

Het is aan te raden op korte termijn verdere stappen te ondernemen in de richting van een inhoudelijke verbetering van de wederzijdse kennisoverdracht. Huisartsen in opleiding zouden niet meer bij toeval met de fysiotherapie in aanraking moeten komen, maar dit zou in het curriculum structureel moeten worden vastgelegd. Een verplichte "fysiotherapeutische stage" zou overwogen kunnen worden.

De fysiotherapeuten zouden de verwetenschappelijking van hun beroep serieus moeten nemen. Een herkenbare "body of knowledge" zou moeten worden ontwikkeld op grond van onderzoek en systematische patientenregistraties. Een bijscholing ten aanzien van het laatstgenoemde aspect zou aan te bevelen zijn.

12.4 Aanbevelingen ten aanzien van de wet- en regelgeving.

Met betrekking tot de **coordinatie** van de afzonderlijke wet- en regelgeving zou het aan te bevelen zijn op korte termijn eenduidigheid te creëren ten aanzien van het gebruik van de begrippen: diagnose, indicatie, behandelplan en de aard van de behandeling. Met betrekking tot de chronologische praktijk-registers kan worden aanbevolen de chronologie uit de praktijkregistratie weg te nemen. Maar niet alleen dit soort praktische aanbevelingen zouden de coordinatie kunnen verbeteren. In hoofdstuk 2 is gezegd dat ook eventuele verschillen of tegenstrijdigheden tussen het Fysiotherapeutenbesluit en de Ziekenfondswetgeving aan de orde zouden kunnen komen.

Daarover valt het volgende te zeggen. In de strikte zin des woords zijn er geen tegenstrijdigheden. Maar wanneer naar de geest van de beide soorten wetgeving wordt gekeken wordt er wel degelijk een verschil waarneembaar.

Daar waar het Fysiotherapeutenbesluit zich uitdrukt in de geest van de zelfstandige verantwoordelijkheid van alle in Nederland werkzame fysiotherapeuten (bijv. nevenschikking ten opzichte van de arts) werkt de geest van de Ziekenfondswetgeving juist een onderschikking in de hand. Aangetoond is immers in dit onderzoek dat de rol van de fysiotherapeut formeel niet meer dan een bijrol is.

Dit heeft ook zijn effect in de richting van de **verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de fysiotherapeut.**[4] In het Fysiotherapeutenbesluit krijgen deze twee begrippen duidelijk inhoud door de formule "op verwijzing van" in plaats van "onder leiding van". De fysiotherapeut kan bovendien een naar hem verwezen patient weigeren. Kort gezegd, de fysiotherapeut wordt hier een eigen verantwoordelijkheid toegemeten. Wanneer nu gekeken wordt naar de geest van de betreffende Ziekenfondswetgeving, dan kan toch niet anders geconstateerd worden dan dat daarin die zelfstandige rol van de fysiotherapeut door het ziekenfonds op zijn minst ter discussie wordt gesteld. In de uiteindelijke vorm van de dagelijkse controlewerkzaamheden, blijft er zeker weinig van over.

Met betrekking tot de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de fysiotherapeut gaat het Fysiotherapeutenbesluit er echter van uit dat in beginsel de fysiotherapeut zelf verantwoordelijk is voor hetgeen hij doet of nalaat. Zorgvuldigheid speelt daarbij een belangrijke rol. Ten aanzien van de aansprakelijkheid kan gesteld worden dat er in ieder geval in het totaal van de wet- en regelgeving geen sprake is van een gezagsverhouding uit hoofde waarvan de aansprakelijkheid vanzelfsprekend en uitsluitend bij de arts berust. In het algemeen zal de arts dus niet aansprakelijk zijn voor de fouten van de fysiotherapeut. Hij zal echter wel aansprakelijk kunnen worden gesteld indien

---

4 Zie van der Mijn, Beroepenwetgeving in de Gezondheidszorg, hoofdstuk 6.

hij een fout maakt bij de diagnose (en de eventuele aanwijzingen). Het moge duidelijk zijn dat de Ziekenfondswetgeving ervan uitgaat dat de arts de eerst verantwoordelijke is (en blijft) ten aanzien van de diagnose, de indicatie en het behandelplan. Ook is duidelijk: van een overeenstemming der beide geesten, die van het Fysiotherapeutenbesluit en de Ziekenfondswetgeving is geen sprake.

12.5 Toekomstige mogelijkheden voor wet- en regelgeving.

Uit het bovenstaande blijkt dat er nogal wat haken en ogen zitten aan die aspecten die de fysiotherapeut op de een of andere, in de wet geregelde wijze, aan de arts binden. Waarom dan niet de loskoppeling van arts en fysiotherapeut ter discussie gesteld? Zeker, met deze vraag moet niet lichtvaardig worden omgesprongen. Het betekent immers niets meer of minder dan het knagen aan wat in het algemeen "de centrale rol van de (huis)-arts" wordt genoemd. Alleen met een verwijzing van de arts kan de fysiotherapeut tot behandelen over gaan en dat geldt voor alle patienten, ziekenfonds of particulier. Maar met behulp van de op stapel staande Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (B.I.G.) kan deze ontkoppeling in ieder geval onderwerp van discussie worden. Deze wet maakt het in principe mogelijk dat patienten vrijelijk de door hen gewenste vorm van (para-)medische hulp kunnen kiezen. In beginsel is de uitoefening van de geneeskunst vrij, behoudens de zogenaamde voorbehouden handelingen (art.53 B.I.G.), zoals heelkunde, verloskunde en tandheelkunde. De fysiotherapie wordt daarbij niet genoemd. Indien vastgehouden wordt aan de bestaande koppeling aan de arts in termen van een verwijsbriefje, kan de fysiotherapeut zich met recht afvragen in hoeverre hij daardoor gediscrimineerd wordt. Want het staat de patient onder de condities

van de B.I.G. vrij om zonder verwijsbriefje naar de door hem verlangde hulpverlener te gaan, zolang het maar geen fysiotherapeut is die zich als zodanig presenteert door zijn titel te voeren. Daar staat tegenover dat de behandeling van de niet bij het ziekenfonds aangesloten "therapeut", niet als een in de ziekenfondswet vastgelegde verstrekking kan worden beschouwd en derhalve niet door het ziekenfonds zal worden vergoed. Maar bij alle op stapel staande bezuinigingsronden is het niet ondenkbaar dat de (vrij-gevestigde) fysiotherapie uit het ziekenfondspakket zal verdwijnen en bovendien dreigt op korte termijn een eigen bijdrage door de patient. Aan de basis van dit soort door de overheid overwogen maatregelen ligt naast financiële argumenten, een groeiende twijfel aan een fysiotherapeutische zorg, zoals die op dit moment wordt verstrekt. Fysiotherapeuten zouden zich moeten realiseren dat bij een eventuele uitvoering van dit soort maatregelen, het verplichte verwijsbriefje van de arts wel eens de druppel zou kunnen zijn die de emmer doet overlopen. Gevolg: de patient gaat niet meer, of althans minder snel naar de fysiotherapeut. Toch kan de ontkoppeling, zo die in termen van het overbodig maken van een verwijsbriefje gewenst is, niet zonder meer worden aangebracht. Immers fysiotherapeuten moeten wel de grenzen van hun kunnen en kennen in acht nemen. Daarom is een wijziging van de mogelijkheden van tuchtrechtspraak ten opzichte van fysiotherapeuten noodzakelijk.[5] Gezien de wijzigingen die in het tuchtrecht zullen worden aangebracht (blijkens het laatste voorstel van de wet B.I.G.) zoals: het in beginsel openbaar zijn van de zittingen, de versterking van het juridische element en de verbeterde positie van de klager, valt een

---

5 In oktober 1986 presenteerde het Genootschap voor Fysiotherapie de "Gedragsregels voor Fysiotherapie". Deze regels zouden als een voorloper op een eventueel tuchtrecht kunnen worden beschouwd. Zie Fysiovisie 10 1986, p.4-7.

tuchtrecht voor fysiotherapeuten gemakkelijker te verdedigen en kan veel van de huidige kritiek op deze gedachte worden weggenomen.
De funktie van het tuchtrecht voor deze beroepsgroep zou dan dezelfde zijn als die voor de medische beroepen: een middel om het peil van de beroepsuitoefening hoog te houden.

SUMMARY

In the Dutch national health care system the Sickfund Organizations play an important role. By law, these organizations pay for the medical and para-medical care of approximately 70% of the Dutch population. In order to be able to monitor and check the remunerations of the professionals, the Sickfund Organizations employ a complex system of regulations. One of these systems is specially created to monitor and check the physiotherapeutical care that is (in this investigation) given by the "free practising physical therapist". He/she runs his own practice at his own risk. According to this system the doctor (in this investigation the general practitioner) on behalf of his patient, must ask the Sickfund for permission in case of referral to the physical therapist. In order to obtain permission, the Sickfunds should check the following: diagnosis, indication and plan of treatment. Besides giving permission the Sickfunds also check the daily registration of the treated patients of the physical therapist. Diagnosis, indication, plan of treatment and daily registration are the objects of this investigation.

This system of regulation is considered to be a product of rationalization. But it is known from literature that rationalization is often intertwined with myth. The myth is also a mechanism used by actors, in order to deal with all kinds of situations. Therefore both rationalization and myth must be traced in relation to the objects of this investigation, if one wants to find out how the three actors, general practitioner, physical therapist and Sickfund cope with the complex system of regulations.

The theoretical perspective that is used is symbolic interactionism. In this perspective, the actors give their meaning to all kinds of things (social

products), with which they meet in their daily work. These meanings are not rigid or fixed, but actors are able to change these meanings according to the situation they face. By trying to understand each other, actors must share the same meanings. Once they share these meanings they are in, what this perspective calls, the same definition of the situation. To relieve themselves from explaining to each other the same meaning every time, actors use simplifications, such as "that patient from room 6". Such a simplification is called a "type". By using these types much is left unsaid during their social interactions. What is left unsaid is "taken for granted" and called the "et cetera principle".

Superficially and from a medical point of view the diagnosis, indication, plan of treatment and registration system by the three actors resemble such types and indicate the use of this principle.

Using both quantitative methods (an analysis of data gathered from a random sample of 2668 files of patients) and qualitative methods ("focused interviews" with almost all general practitioners in the Rotterdam area; an analysis of the contents of more than 8000 plans of treatment and 280 registration forms; as well as questionnaires from 94 physical therapists also in the Rotterdam area), it was found that the meaning of the diagnosis, indication, plan of treatment and registration system will alter, once these are part of the system of regulations used by the Sickfund in Rotterdam. The "types" are being translated into other "types" that are suitable in the procedure to get permission for treatment from the Sickfund. This procedure has become a myth, and all three actors persist in it. However, this myth is rationally used by the actors, because for each of them it is of value, alhough with different interest, perspectives.

In a final chapter some recommandations are presented to improve the system of regulation.

Literatuur Hoofdstuk 1

1. Mijn W.B. van der, Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg, Deventer 1982, p.135.
2. Tollenaere F. de en J.Persijn, van Dale nieuw woordenboek der Nederlandse taal, Utrecht 1982, p.867.
3. idem 1, p.129.
4. Anrys H., Les professions Médicales et Paramédicales dans le marché commun, Bruxelles 1971, 175-232.
5. Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut, Bijlage 3, punt 6,p.2.
6. Ziekenfondswet, Uitgave Tjeenk-Willink, Zwolle 1984, p.17.
7. Ziekenfonds en werkgebied, Uitgave Ziekenfondsraad januari 1986, p.1.
8. Boerma W.G.W. en L.Hingstman, De eerste lijn onderzocht, Utrecht 1984, p.92.
9. Sluijs E.M. e.a., Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn, Utrecht 1985, p.147.
10. idem 8, p.91.
11. Kerkhoff A.H.M. en M.P.Hagenstein-'t Mannetje, Sturen met de Geldkraan: over het effekt van enkele beperkende maatregelen in de fysiotherapie, Medisch Contact 1983, 38, p.185-189.
12. Curfs, E.Chr., Effecten van overheidsmaatregelen ten aanzien van de fysiotherapie, Maastricht 1985.
13. Kerkhoff A.H.M. en P.P.Groenewegen, Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg, Medisch Contact 1983, 38, p.91-100.

14. Kerkhoff A.H.M., Adviserend geneeskundige en aanvraag voor fysiotherapie, Medisch Contact 1984, 39, p.715-717.
15. Kerkhoff, A.H.M., Huisarts en fysiotherapeut: het verwijsgdrag van huisartsen in het licht van art. 47 lid 3 Ziekenfondswet, Medisch Contact 1983, 38, p.991-997.
16. Wit A.de, De patient, de fysiotherapeut en de wet, Fysiovisie januari 1985, p.9-11.
17. Owen H. Over cultuur, mythen en rituelen, Mens en Organisatie, 1986/2, p.128-136.
18. Lemaire T., Over de waarde van culturen, Baarn 1976, p.336.

Literatuurlijst Hoofdstuk 2.

1. Ziekenfondswet, 1964, Stb.392.
2. Sneep G.A., Ziekenfondswet editie Schuurman & Jordens, zevende druk, 1984, p.47-48.
3. Verstrekkingenbesluit ziekenkostenverzekering, Stb.1971, 550.
4. Wet op de paramedische beroepen, 1963, Stb.113.
5. Fysiotherapeutenbesluit 1977, Stb.431.
6. idem 2, p.238.
7. Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering 1974, zoals laatstelijk gewijzigd etc. 1980, Stcrt.107.
8. Mijn van der W.P., Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg, Utrecht 1982, p.129
9. idem 2. p.77.
10. Besluit controle declaraties fysiotherapeutische hulp door fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs, 1982, Stcrt.248.
11. idem 2, p.546.
12. idem 5, p.554.
13. idem 5, p.561.
14. idem 5, p.569.

Literatuur Hoofdstuk 3

1. Sneep G.A., Ziekenfondswet editie Schuurman & Jordens, zevende druk, 1984, p.548.
2. Hoolboom-Van Dijck S.J.M. Geneeskundig Woordenboek, Leiden 1962, p.184.
3. idem 2, p.337.
4. idem 1, p.363.
5. idem 1, p.364.
6. idem 1, p.549.
7. idem 1, p.550.
8. idem 1, p.551

Literatuur Hoofdstuk 4.

1. Stoner J.A.F. en Ch.Wankel, Management, Englewood Cliffs 1986, p.111.
2. Etzioni A., De moderne organisatie, Utrecht 1966, p.189.
3. DeFleur M., Sociology: Human Society,Illinois 1976, p.35.
4. idem 1, p.298.
5. Mintzberg H., The structuring of organizations, Englewood Cliffs 1979, p.10
6. Meyer M.W. e.a., Environments and organisations, San Francisco 1978, p.11.
7. zie Hoofdstuk 1, literatuurverwijzing 2.
8. idem 1, p.246.
9. Simon S.A., Administrative Behavior, New York 1976, 3d. p.162.
10. idem 5, p.11.
11. Meeuwissen D.H.M., Recht en Vrijheid, Utrecht 1982, p.12.
12. idem 11, p.13.
13. idem 11, p.14.
14. Lemaire T., Over de waarde van kulturen, Baarn 1976, 336.
15. Bramel D. en R.Friend, Hawthorne, the myth of the docile worker, and class bias in psychology, Am. Psych., 1981, 36, p.867-878.
16. Tilles S., The manager's job, A system approach, Harvard Business Review 41 no.1 1963, p.73-81.
17. zie 14, p.339.
18. Owen H., Over cultuur, mythen en rituelen, Mens en Organisatie 1986/2, p.128-136.
19. Meyer J.W. en R.Rowan, Institutional Organizations, Am.J.Sociol. 1977, 8, p.340-363.
20. zie 14, p.338.

Literatuur Hoofdstuk 5

1. Rademaker L. en H.Bergman, Sociologische stromingen, Utrecht 1977, p.125.
2. Berg H.O. van den, Herbert Blumer, symbolisch interactionisme, perspectief en methode, Meppel 1974, p.11.
3. idem 1, p.122.
4. Rademaker L., Hoofdfiguren uit de Sociologie deel 3, Utrecht 1978, p.19.
5. Meltzer B.N., Symbolic interactionism, Londen 1975, p.11.
6. zie 1, p.120.
7. Rademaker L. en E.Petersma, Hoofdfiguren uit de Sociologie, deel 3, Utrecht 1978, p.14.
8. Turner J.H., The Structure of Sociological Theory, Illinois 1978, p.400.
9. Mead G.H., Mind, Self, and Society, Chicago 1934, reprinted 1962, p.15.
10. idem 1, p.126.
11. idem 1, p.126.
12. Silverman D., The theory of organisations, Londen 1972, p.37.
13. zie 8, p.402.
14. zie 8, p.395.
15. zie 8, p.412.
16. zie 4, p.19.

Literatuur Hoofdstuk 7

1. Ende H. van den en M.Verhoef, Inductieve Statistiek, Amsterdam 1973, p.100-112.
2. idem 1, bijlage D. p.310, Rugg. N.H., Statistical Methods Applied in Education, Boston, 1927, appendix table 111, p.389-390.
3. Selvin, H.C., A critique of tests of significance in survey research, Am.Sociol.Rev., 1957, 22, p.519-527.
4. Segers, J.H.G., Sociologische Onderzoeksmethoden, Assen 1977, p.216.
5. idem 4, p.262-268.

LITERATUURLIJST

Alkema J.,
Patient, client of consument,
Huisarts en Wetenschap 1983, p.1608.

Aanwijzingsbesluit verplicht-verzekerden Ziekenfondswet, 1965 Stb.638.

Anrys, H.,
Les professions Médicales et Paramédicales dans le marché commun,
Bruxelles 1966.

Berg, H.O., van den,
Herbert Bumer, symbolisch interactionisme, perspectief en methode,
Meppel 1974.

Berger, P.L., en Luckman, Th.,
The Social Construction of Reality,
Middlesex 1966.

Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering,
1974, zoals laatstelijk gewijzigd etc. 1974 Stcrt. 58.

Besluit controle declaraties fysiotherapeutische hulp door fysiotherapeuten en
heilgymnasten/masseurs, 1982 Stcrt.248

Besluit controle declaraties farmaceutische hulp apothekers, 1982
Stcrt.248

Besluit controle declararties abonnementshonorarium huisartsen en apothekers,
1982, 1983 Stcrt.3.

Besluit controle declaraties tandheelkundige hulp door tandartsen algemene
practici, 1983 Stcrt.113.

Besluit controle declaraties specialistische hulp tarieven It/mIV, 1983
Stcrt.113.

Besluit controle declaraties specialistische hulp tarieven VIII en O,
1983 Stcrt.113.

Besluit oefentherapeuten César, 1972 Stb.225.

Besluit oefentherapeuten Mensendieck 1972 Stb.224.

Boerma, W.G.W. en Hingstman, L.,
De eerste lijn onderzocht,
Utrecht 1984.

Bramel, D. en Friend, R.,
Hawthorne, the myth of the docile worker, and class bias in Psychology,
Am.Psych., 36, no.8 1981, p.867-878.

Crebolder H.F.J.M.,
Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen,
Huisarts en Wetenschap 1983 p.1403.

Curfs, E.Chr.,
Effecten van overheidsmaatregelen ten aanzien van de fysiotherapie,
Maastricht 1985.

Defleur, M.,
Sociology: Human Society,
Illinois 1976.

Dekker J.J.M., Non-profit organisaties, een bundel opstellen, Ervaringen uit de praktijk met betrekking tot onderzoeken naar het funktioneren van ziekenfondsen, Nivra geschrift 34, Deventer september 1984,

Ende, H. van den en Verhoef, M.,
Inductieve Statistiek
Amsterdam 1973.

Etzioni, A.,
De moderne organisatie,
Utrecht 1966.

Eyk, J.Th.M. van.,
Medicaliseren en somatische fixatie,
Medisch Contact 1983, 38, p.431.

Flexibiliteit in de gezondheidszorg,
Interacademiale werkgroep ziekenhuiswetenschappen.
Lochem 1984.

Fysiotherapeutenbesluit 1977 Stb. 431.

Fysiovisie,
Jaargangen: 1980, 81, 82, 83, 84, 85.

G.G. en G.D.,
Een locale gezondheidsenquête, wenselijkheden en mogelijkheden,
Rotterdam 1984.

Gestel A.P.M. e.a.,
Vademecum-Perimedicum,
Amsterdam 1980.

Glaser G.B. en Strauss, A.,
De ontwikkeling van gefundeerde theorie,
Alphen aan de Rijn 1976.

Guy M.E,
Professionals in organizations, debunking a myth,
New York, 1985.

Hoolboom-van Dijck, S.J.M.,
Geneeskundig Woordenboek,
Leiden 1962.

Inglehart, R.,
The Silent Revolution,
New Yersey 1978.

Kerkhoff, A.H.M.,
Adviserend geneeskundige en aanvraag voor fysiotherapie,
Medisch Contact 1984, 39, no.23.

Kerkhoff, A.H.M. en Hagestein-'t Mannetje, M.P.,
Sturen met de geldkraan: over het effekt van enkele beperkende maatregelen in de fysiotherapie,
Medisch Contact 1983, 38, p.185.

Kerkhoff, A.H.M. en Groenewegen, P.P.,
Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg.
Medisch Contact, 1983, 38, p.91-100.

Kerkhoff, A.H.M.,
Huisarts en fysiotherapeut: het verwijsgedrag van huisartsen in het licht van art.4 lid 3 Ziekenfondswet,
Medisch Contact 1983, 38.

Kortenhoeve, D. van,
Van bijverdienste tot broodwinning,
Utrecht 1983.

Kuhn, T.S.,
De structuur van wetenschappelijke revoluties,
Meppel 1979.

Lammers, C.J.,
Organisaties vergelijkenderwijs,
Utrecht 1983.

Lemaire, T.,
Over de waarde van kulturen,
Baarn 1976

Mead, G.H.,
Mind, Self and Society,
Chicago 1934 (reprint 1962).

Meeuwissen, D.H.M.,
Recht en Vrijheid,
Utrecht 1982.

Melker, R.A.,
Huisarts en Medisch Onderwijs,
Huisarts en Wetenschap 1983, p.297.

Melker, R.A.,
Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerste lijns gezondheidszorg,
Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 1981, p.225.

Meltzer, B.N.,
Symbolic interactionism,
London 1975.

Meyer, J.W. en Rowan, R.,
Institutional Organizations,
Am. J. of Sociol. 1977, 8, p.340-363.

Meyer, M.W. e.a.,
Environments and organisations,
San Francisco 1978.

Mijn, W.P. van der,
Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg,
Utrecht 1982.

Mintzberg, H.,
The structuring of organizations,
Englewood Cliffs 1979.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie,
Jaargangen: 1978, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85.

Oost Gelderland Zuid Overijssel Ziekenfonds,
Veranderingen in verstrekkingensfeer hebben grote gevolgen,
Beleidsplan 1985,
Goor 1981.

Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut.

Owen, H.,
Over cultuur, mythen en rituelen,
Mens en Organisatie 1986, 2, p.128-136.

Rademaker, L. en Bergman, H.,
Sociologische stromingen,
Utrecht 1977

Rademaker, L. en Petersma, E.,
Hoofdfiguren uit de Sociologie, delen 1, 2 en 3,
Utrecht 1978.

Regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg), Vergaderjaar 1985-1986 nr. 19522.

Rugg, N.H.,
Statistical Apllied in Education,
Houghton Mifflin Company,
Boston 1927.

Stichting Ziekenfondsen Rotterdam,
Beleidsplan 1984,
Rotterdam 1984.

Segers, J.H.G.,
Sociologische onderzoeksmethoden,
Assen 1977.

Selvin, H.C.,
A critique of tests of significance in survey research,
Am. Soc. Rev. 1957, 22, p.519-527.

Silverman, D.,
The theory of organisations
London 1972.

Simon, S.A.,
Administrative Behaviour,
New York 1976.

Sluijs, G.J. e.a,
Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn,
Utrecht 1985.

Sluys, G.J. en Visser G.J.,
Conceptverslag eerste fase onderzoek knelpunten eerstelijnszorg Rotterdam,
Utrecht 1984.

Sneep, G.A.,
Ziekenfondswet editie Schuurman & Jordens, zevende druk 1984.

Spek, J. en Tap, H.J.,
Rapport plaatsbepaling en pakketvergelijking aanvullende verzekering,
Rotterdam 1985.

Stoner, J.A.F. en Wankel, Ch.,
Management,
Englewood Cliffs 1986.

Tap, H.J.,
Zicht op therapeutisch rendement,
Syllabus Manuele Therapie,
Den Haag 1983.

Tilles, S.,
The manager's job - A system approach,
Harvard Business Review 41, no.1, 1963, p.73-81.

Tollenaere, F. de en Persijn, J.,
Van Dale nieuw woordenboek der Nederlandse taal,
Utrecht 1982.

Turner, J.H.,
The structure of Sociological Theory,
Illinois 1978.

Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen,
Beleidsinformatie Handboek Ziekenfondsen,
Zeist 1983.

Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen,
Beleidsplan "Ziekenfondsen",
Zeist 1982.

Verhaak P.F.M., Interpretatie en behandeling van psycho-sociale klachten in de huisartspraktijk; een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen, Utrecht 1986.

Voorschriften Ziekenfondwet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten,
Koninklijke Vermande,
Rechtspraak Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten,
Nrs.72030, 74042, 73043, 75009, 80018, 80082, 82082, 83057, 83058, 84042, 84043, 84094, 84095, 84114, 84115, 84117, 84139, 84140.

Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, 1971. Stb.550.

Visser, G.J.,
Eerstelijn in Rotterdam,
Utrecht 1985.

Werkgroep Eerste Lijnszorg,
Nota samenwerking en ondersteuning eerstelijnszorg in Rotterdam,
Rotterdam 1974.

Wet Tarieven Gezondheidszorg 1980 Stb.646

Wet op de paramedische beroepen 1963 Stb.113.

Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst 1865 Stb.60.

Wit, A. de,
De patiënt, de fysiotherapeut en de wet,
Fysiovisie, jan. 1985.

Wijkel D., Samenwerken en verwijzen, Utrecht 1986.

Ziekenfonds en Werkgebied,
Uitgave Ziekenfondsraad, Zeist, jan. 1986.

Ziekenfondsraad circulaires,
1982 nrs. 05, 33, 79, 90, 92, 125, 147, 152, 164.
1983 nrs. 24, 40, 99, 110, 118, 123, 130, 150, 180, 181.
1984 nrs. 28, 70, 83, 105, 210, 356.
1985 nrs. 24, 56, 107, 268, 282.
1986 nrs. 56, 177.

Ziekenfondswet 1964, Stb.392, zoals laatstelijk gewijzigd 1982 Stb.750.

TREFWOORDENLIJST

Aan Huis behandeling.
Een zitting die bij de patient thuis wordt gegeven.

Aanleunen.
De neiging van fysiotherapeuten om een andere anatomische locatie dan waar in eerste instantie behandeld werd, te beschouwen als een nieuwe indicatie.

Achterkant.
De keerzijde van het vervolgaanvraag-formulier voor fysiotherapeutische hulp, dat door de arts moet worden ingevuld en ondertekend.

Actor.
Een in de sociale werkelijkheid handelend individu en of organisatie(lid).

Applicatie.
Apparatieve fysiotherapeutische therapievorm.

Behandelplan.
Het complex van de (gedane en voor te stellen) fysiotherapeutische handelingen, gegeven de diagnose en indicatie.

Beperkende maatregelen.
De zogenaamde 1 april en 1 juni maatregelen volgens welke in principe slechts 12 gecombineerde zittingen worden toegestaan.

Chronologisch praktijkregister.
Formulier waarop de fysiotherapeut per dag registreert, wie in chronologische volgorde werden behandeld, wat de aard van de behandeling was en wat de begin- en eindtijden van zijn werkdag waren.

Controlebesluit.
Het Besluit controle declaraties fysiotherapeutische hulp door fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs, 1982 Stcr.248.

C.O.T.G.
Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.

Dagstaat patienten register.
Titel van het formulier dat gratis door het ziekenfonds ter beschikking wordt gesteld om de chronologische praktijkregistratie te verwerken. zie Dagstaat en Chronologisch praktijkregister.

Dagstaat.
Spraakgebruik voor het chronologisch praktijkregister.

Declaratie.
De rekening van de fysiotherapeut aan het ziekenfonds voor de volgens de machtiging toegestane en werkelijk gegeven verrichtingen.

Definitie van de situatie (eenduidig, gelegimiteerd).
De door actoren in de sociale werkelijkheid verleende eenduidige gelegitimeerde betekenis aan dingen, produkten.

Diagnose.
Het vaststellen van de aard van een ziekte.

Diagnose/indicatie.
Verzamelbegrip voor de gevonden (schriftelijke) argumenten die tot een aanvraag voor fysiotherapeutische hulp leiden.

Dosering.
Zitting maal frekwentie per week.

Eerste aanvraag.
De eerste aanvraag die de verwijzend arts namens zijn patient aan het ziekenfonds stuurt, nadat in een periode van één jaar geen enkele aanvraag is gedaan.

Eerste diagnose/indicatie.
Die diagnose/indicatie die in maximaal één jaar voorafgaande aan de Tweede diagnos/indicatie, leidde tot eeen fysiotherapeutische aanvraag.

Et cetera principe.
Het onuitgesproken deel van een door individuen gehanteerde en legitiem geachte betekenis van een ding (produkt) in de sociale werkelijkheid.

Formele controle.
Deel van het controlebesluit dat zich in hoofdzaak richt op de diagnose, de indicatie en het behandelplan.

Fysiotherapeutische hulp.
De door een huisarts of specialist voorgeschreven hulp door fysiotherapeuten als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van het Fysiotherapeutenbesluit 1977 (Stb.431)

Gecombineerde behandeling.
De verrichting oefentherapie/massage te zamen met één der toegestane applicaties.

In overleg met.
De ruimte waarop de fysiotherapeut na overleg met de verwijzend arts, veranderingen in de aanvraag kan aanbrengen.

Indicatie.
Een aanwijzing voor de behandeling van een ziekte gelegen in de oorzaak daarvan.

Kort Verslag.
Ruimte waarop de fysiotherapeut zijn bevindingen vermeldt ten behoeve van een vervolgaanvraag voor fysiotherapeutische hulp.

Machtiging.
De betalingsgarantie door het ziekenfonds aan de fysiotherapeut voor de verleende fysiotherapeutische hulp.

Materiële controle.
Deel van het controlebesluit dat zich in hoofdzaak richt op de relaties: declaratie-praktijkregister en werktijd per fysiotherapeut-praktijkregister.

Mythe.
Doelt hier op verhalen die in een organisatie verteld worden, waarvan de waarheid nooit bewezen kan worden, maar waarvan de de waarde gevoeld kan worden.

Overeenkomst.
De Overeenkomst die het ziekenfonds met de individuele beroepsuitoefenaar sluit. Hier meestal de Overeenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut.

Rationaliteit.
Doet hier op een zo gunstig mogelijke organisatie (van de produktie) met het doel de prestatie te verhogen. Een ordenend principe bij het menselijk handelen.

S.Z.R.
Stichting Ziekenfonds Rotterdam (locale ziekenfonds).

Serie.
Aantal zittingen.

Standaardbrief.
Communicatiemiddel van het ziekenfonds.

Symbolisch interactionisme.
Sociologisch perspectief, toegelicht in Hoofdstuk 5.

Tweede diagnose/indicatie.
Het in dit onderzoek gehanteerde begrip voor een diagnose/indicatie, dat leidt tot een fysiotherapeutische aanvraag, minimaal 90 dagen na afloop van een daaraan voorafgaande behandeling op basis van een Eerste diagnose, maar binnen één daarop volgend jaar.

Type.
Dingen, (produkten) van de sociale werkelijkheid waaraan door actoren een sterk vereenvoudigde betekenis wordt toegekend.

Verlengingsaanvraag.
Zie vervolgaanvraag.

V.N.Z.
Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen te Zeist.

Verrichting.
Fysiotherpeutische therapievorm uitgedrukt in ziekenfonds terminologie.

Verspringen.
Het bewust kiezen door artsen van een andere diagnose en of indicatie dan die volgens de status praesens aanwezig is, ten einde standaardbrieven van het ziekenfonds, die over het aantal zittingen gaan, te vermijden.

Verstrekking.
Volgens art.2 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering toegestane hulp in natura.

Verstrekkingenbesluit.
Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, 1971, Stb.550 en laatstelijk gewijzigd 1982, Stb.535.

Vervolgaanvraag.
Alle aanvragen bij een gelijkblijvende diagnose/indicatie, volgend op de eerste serie zittingen bij een onvoldoende geacht resultaat. Ook verlengingsaanvraag genoemd.

Verwijzer.
Hier spraakgebruik voor de arts (hier huisarts) die een patient naar een fysiotherapeut verwijst.

Verwijzing.
Hier spraakgebruik voor een aanvraag voor fysiotherapeutische hulp bij het ziekenfonds.

Verzorgingsgebied.
Het gebied dat onder één ziekenfonds valt.

Vrij-gevestigde fysiotherapeut.
Bevoegd fysiotherapeut in de zin van de Wet op de Paramedische beroepen, die voor eigen risico en rekening patienten behandelt.

Waarneemgroep.
De in het onderzoek betrokken organisatievorm van huisartsen, waarin allerlei onderlinge afspraken worden geregeld.

Wet- en regelgeving.
Het complex van in wetten, besluiten en overeenkomsten vastgelde regels en procedures.

Ziekenfonds.
Een rechtspersoon, toegelaten overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

Ziekenfondsverzekerde.
In de zin van de ziekenfondswet (onder de verplichte verzekering vallende) verplicht verzekerde en diens medeverzekerden, art.2 Ziekenfondswet.

Ziekenfondswet.
Wet van 15 oktober 1964, Stb.392, houdende regelen met betrekking tot de geneeskundige verzorging door middel van ziekenfonds verzekering, zoals laatstelijk gewijzigd bij de wet van 29 december 1982, Stb.750.

Zitting.
Een in de huidige wet- en regelgeving (nog) niet opgenomen begrip voor het totaal van de verrichtingen, dat een patient tijdens één bezoek aan de fysiotherapeut ondergaat.

Bijlage 1.

Overeenkomst Ziekenfonds – Fysiotherapeut

(met 4 bijlagen)

De ondergetekenden:
a. het Ziekenfonds .....
gevestigd te.....
hierna te noemen: het ziekenfonds;

en

b. de fysiotherapeut.....
wonende te.....
hierna te noemen: de fysiotherapeut;

in aanmerking nemende de tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie bereikte overeenstemming ter zake van het model van een overeenkomst, waarbij de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten zich heeft aangesloten;

gelet op de Ziekenfondswet:

zijn het volgende overeengekomen:

ALGEMEEN
Artikel 1
In deze overeenkomst wordt verstaan onder:
"verzekerde":
de bij het Ziekenfonds krachtens de verplichte verzekering, de bejaardenverzekering of de vrijwillige verzekering ingeschreven persoon, die zich voor het verkrijgen van fysiotherapeutische hulp voor rekening van het Ziekenfonds tot een fysiotherapeut heeft gewend;

"fysiotherapeut":
De persoon, die in het bezit is van het Bewijs van Bevoegdheid van Fysiotherapeut, als bedoeld in artikel 3 eerste lid van hetFysiotherapeutenbesluit 1977 (Stb. 1977, 431) zoals dit thans luidt of zal komen te luiden en die deze overeenkomst heeft aangegaan;

"behandeling":
Oefentherapie, massagetherapie en fysische therapie in engere zin, zoals omschreven in artikel 2, eerste lid, onder a, b en c van het Fysiotherapeutenbesluit 1977 (Stb.431) zoals dit thans luidt of zal komen te luiden;

"praktijkhouder":
De Fysiotherapeut, die met behulp van één of meer medewerkers zijn praktijk uitoefent;

"praktijkmedewerker":
De persoon in het bezit van het bewijs van Bevoegdheid van Fysiotherapeut, die al dan niet in dienstbetrekking zijn arbeid verricht in de inrichting van de praktijkhouder;

"leerling":
De persoon, die de opleiding volgt aan een erkend opleidingsinstituut voor Fysiotherapie binnen de Wet op het Voortgezet Onderwijs;

"VNZ":
De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, gevestigd te Zeist;

"NGF":
Het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, gevestigd te Amersfoort;

"NVVF":
De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, gevestigd te 's-Gravenhage

"adviescommissie"
De Adviescommissie Controle Declaraties Fysiotherapeuten als bedoeld in artikel 19 van deze overeenkomst.

Artikel 2

1. De Fysiotherapeut verleent aan verzekerden fysiotherapeutische hulp overeenkomstig het hieromtrent bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet, in het bijzonder het Besluit Paramedische Hulp en Logopedie Ziekenfondsverzekering 1974, zoals dit besluit thans luidt of zal komen te luiden.

2. De hulpverlening geschiedt met inachtneming van de bepalingen van deze overeenkomst met de daaraan gehechte toelichting, en van de door de in de considerans genoemde landelijke organisaties in onderlinge overeenstemming vastgestelde en als bijlage.. bij deze overeenkomst gevoegde, of vast te stellen voorschriften en richtlijnen.

3. De Fysiotherapeut verleent de vorenbedoelde hulp binnen het kader der voorgenoemde voorschriften en van deze overeenkomst voor eigen verantwoordelijkheid en met de nodige zorgvuldigheid.Hij neemt daarbij de eisen, die volgens de stand van de wetenschap redelijkerwijze aan een fysiotherapeut mogen worden gesteld, in acht.

Artikel 3

Behoudens het bepaalde in de artikelen 7,8 en 10 verleent de Fysiotherapeut persoonlijk de hulp aan de verzekerde en behandelt hij die verzekerde individueel.

Artikel 4.

1. De Fysiotherapeut verleent zijn hulp in een voor de betrokken verzekerden goed bereikbare praktijkruimte die voldoet aan de regelen, gesteld in het Besluit Inrichtingseisen Fysiotherapie d.d. 27 april 1970, zoals dit thans luidt of zal komen te luiden.

2. Bovendien verleent de Fysiotherapeut zijn hulp, indien volgens medisch voorschrift noodzakelijk, en indien redelijkerwijs van de Fysiotherapeut verlangd kan worden, zulks na goedkeuring door het Ziekenfonds, ten huize van de patiënt dan wel, indien medisch noodzakelijk en indien de verzekerde is opgenomen in een ziekenhuis, verpleeghuis, bejaardenoord of andere soortgelijke instelling, aldaar.

Artikel 5.

De Fysiotherapeut houdt ten minste eenmaal per week een vast spreekuur, tenzij anders tussen partijen wordt overeengekomen. De Fysiotherapeut geeft van dit spreekuur en eventuele wijzigingen daarvan bericht aan het Ziekenfonds.

Artikel 6.

1. Onverminderd het hierna bepaalde in artikel 13 lid 2 laatste volzin is de Fysiotherapeut bevoegd te weigeren een verzekerde hulp te verlenen indien zulks redelijkerwijs niet van hem kan worden gevergd. In dat geval informeert de Fysiotherapeut de verzekerde over één of meer aan het Ziekenfonds verbonden Fysiotherapeuten, die een soortgelijke overeenkomst als de onderhavige met het Ziekenfonds hebben gesloten en die bereid zijn de verzekerde hulp te verlenen.
2. Indien dit niet mogelijk is geeft de Fysiotherapeut hiervan kennis aan het Ziekenfonds en aan het Afdelingsbestuur van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, dan wel het Bestuur van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten.
   In dat geval is het Afdelingsbestuur van het NGF dan wel het Bestuur van de NVVF bevoegd maatregelen te treffen, waardoor wordt bevorderd dat de betreffende verzekerde alsnog de hulp ontvangt waarop hij aanspraak maakt.
   Indien de verzekerde weigert zich door een andere Fysiotherapeut te laten behandelen, geeft de Fysiotherapeut hiervan kennis aan het Ziekenfonds.
3. De Fysiotherapeut is verplicht aan de uitvoering van maatregelen van het Afdelingsbestuur van het NGF dan wel het Bestuur van de NVVF, als bedoeld in het voorgaande lid, mee te werken.

Artikel 7.

1. De Fysiotherapeut zorgt bij afwezigheid of ziekte voor een behoorlijke waarneming door een Fysiotherapeut.

2. De Fysiotherapeut zal zich bij de uitoefening van zijn beroep ook overigens gedragen overeenkomstig de normen die gelden in de kring van zijn beroepsgenoten.

Artikel 8.

1. a. De fysiotherapeut verklaart, voor zover van toepassing, - overeenkomstig de in het verleden aan het ziekenfonds gedane opgave, bedoeld in artikel 8, lid 1 van de vorige overeenkomst - zijn praktijk uit te oefenen met praktijkmedewerkers.

   b. Een complete nominatieve opgave van de onder a. bedoelde praktijkmedewerkers, die thans in het kader van de praktijkvoering van de praktijkhouder werkzaam zijn, is als bijlage 4 aan dit contract gehecht.

   c. Deze opgave bevat van ieder der praktijkmedewerkers de naam, het adres en de bevoegdheid, alsmede de overeengekomen tijdsduur (hetzij: volle dagtaak; hetzij bij deeltijd-arbeid: aantal uren), welke men per week in het kader van de praktijkvoering van de praktijkhouder werkzaam zal zijn.

2. De fysiotherapeut (praktijkhouder) zal zonder toestemming van het ziekenfonds:

   - geen uitbreiding geven aan het aantal praktijkmedewerkers en
   - geen uitbreiding geven aan de tijdsduur bedoeld in lid 1 onder c.

TOELICHTING.

Aan de ziekenfondsen is op grond van artikel 47, lid 3, van de Ziekenfondswet door de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ontheffing verleend van de verplichting overeenkomsten te sluiten met fysiotherapeuten, indien het aantal fysiotherapeuten in het werkgebied van het ziekenfonds één fysiotherapeut op 3000 inwoners bedraagt dan wel daarboven uit gaat.

Bij de bepaling van deze norm is uitgegaan van een volledige dagtaak. Bovendien zijn in deze norm, behalve de fysiotherapeuten die een rechtstreeks contract hebben met het ziekenfonds, o.a. ook begrepen die fysiotherapeuten, die niet op eigen naam een overeenkomst met het ziekenfonds hebben, maar werkzaam zijn in de praktijk van een collega.

De ontheffing bevat bovendien een "status quo"-bepaling.

Bij de bepaling van de "status quo" is dus niet alleen het aantal werkzame fysiotherapeuten van belang, maar ook de tijdsduur, welke men in het kader van de praktijkvoering werkzaam is. Zie lid 1 c.

Vandaar, dat in lid 2 is bepaald, dat niet zonder toestemming van het ziekenfonds uitbreiding kan worden gegeven aan het aantal praktijkmedewerkers, noch aan de tijdsduur, die aan het ziekenfonds reeds op grond van het oude artikel 8 van de overeenkomst moest worden opgegeven, welke verplichting thans is opgenomen in lid 1 van het nieuwe artikel 8.

Duidelijk is, dat bij het toezicht op de naleving van deze bepaling de opgegeven tijdsduur niet zodanig eng kan worden geïnterpreteerd, dat daarvan nooit enige afwijking mogelijk zou kunnen zijn.
Bv. in verband met de opvang van verzuim bij ziekte van een collega of een dag met extra patiënten-aanbod kan incidenteel een overschrijding vóórkomen. Deze overschrijding kan echter nooit een structureel karakter dragen.

Verschuivingen van de tijdsduur binnen de praktijk zullen, hoezeer ook vallend binnen de "status quo" (bv. als een praktijkmedewerker i.p.v. de opgegeven 20 uur per week 30 uur per week gaat werken omdat een andere praktijkmedewerker zijn tijdsduur met 10 uren wenst te verminderen) aan het ziekenfonds moeten worden opgegeven, conform het bepaalde in lid 1 onder c.

3. a. De fysiotherapeut (praktijkhouder) draagt er zorg voor, dat er met de in het kader van zijn praktijkvoering werkzame praktijkmedewerkers een overeenkomst is, regelende de door de praktijkmedewerker voor rekening van het ziekenfonds aan een verzekerde te verlenen hulp.

b. Voor de, na het aangaan van deze overeenkomst, door de fysiotherapeut (praktijkhouder) met praktijkmedewerkers te sluiten overeenkomsten geldt, dat aan de praktijkmedewerker in het algemeen tenminste een vergoeding zal worden gegeven, welke, bij de normatieve werkdag, overeenkomt met het netto-honorariumdeel, dat aan de berekening van de huidige tarieven ten grondslag ligt.

TOELICHTING.
Het exacte vergoedingspercentage is afhankelijk van de werkverdeling in de praktijksituatie.
Hierbij diene ter verduidelijking dat het bruto honorarium (exclusief pensioenbijdrage) f 92.396,- bedraagt, te verdelen in f 63.082,- netto honorarium (68,3%) en f 29.314,- kostenvergoeding (31,7%), gebaseerd op een normatieve werkdag van 8 1/4 uur, waarvan 7 uur en 10 minuten is bestemd voor hulpverlening (inclusief directe begeleidingstijd) aan de patiënten en 1 uur en 5 minuten is bestemd voor administratie, contact met verwijzende medici e.d. Voornoemde bedragen zijn ontleend aan de tariefsrichtlijnen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) inzake het ziekenfondstarief voor fysiotherapie 1982. Bij de bepaling van de kostenvergoeding is de correctiepost - in het licht van het handhaven van de tarieven 1980 in 1981 - in aanmerking genomen; het netto honorarium is dientengevolge gelijk aan het maximum van schaal 89 BBRA (inclusief de vergoeding voor vakantiegeld, sociale voorzieningen e.d.) voor het jaar 1982.

c. De praktijkmedewerker, die daarop op grond van de bestaande regelingen recht heeft, ontvangt bovendien van het ziekenfonds een bijdrage in de premie voor de verplichte pensioenregeling.

TOELICHTING.
De fysiotherapeut, die voldoet aan de daarvoor geldende eisen, kan bij het ziekenfonds recht doen gelden op de overeengekomen toeslag (boven het tarief), bestemd als bijdrage in de door hem/haar te betalen pensioenpremie. Dit recht staat los van het feit, of men al of niet een rechtstreekse overeenkomst heeft met het ziekenfonds.
Praktijkmedewerkers moeten dus aan het ziekenfonds hun eigen bank- of giorekeningnummer opgeven, zodat deze toeslag hen rechtstreeks kan worden uitbetaald, tenzij de praktijkmedewerker aan het ziekenfonds te kennen heeft gegeven geen bezwaar te hebben tegen storting van zijn/haar toeslag op rekening van de praktijkhouder en de praktijkhouder zich jegens het ziekenfonds heeft verbonden, om de aan zijn medewerkers toekomende pensioentoeslag aan hen te zullen doorgeven.

d. Tot meerdere zekerheid, dat de praktijkmedewerker de regelen, welke door de praktijkhouder met het ziekenfonds zijn overeengekomen als eigen verplichtingen zal naleven, zal de fysiotherapeut in de tussen hem en de praktijkmedewerker te sluiten overeenkomst de navolgende bepaling opnemen:
"De praktijkmedewerker verklaart kennis te hebben genomen van de tussen de fysiotherapeut en het ziekenfonds gesloten overeenkomst en de daarbij behorende regelingen, deze regelingen te aanvaarden en de daaruit voortvloeiende verplichtingen met name voor wat betreft de aan de verzekerden te verstrekken hulp, als eigen verplichtingen te zullen naleven".

Voor zover nodig wordt het in de vorige volzin bepaalde door de fysiotherapeut ten behoeve van het ziekenfonds bedongen.
De overeenkomst die de praktijkhouder met de praktijkmedewerker(s) sluit, zal geen bepalingen bevatten welke qua aard en strekking strijdig zijn met de bepalingen van deze overeenkomst.

4. Ingeval van beëindiging van de overeenkomst van de fysiotherapeut met een van de praktijkmedewerkers genoemd in lid 1, zal de fysiotherapeut een nieuw samenwerkingsverband met een beroepsgenoot kunnen aangaan, uitsluitend ter opvulling van de aldus in zijn praktijk opengevallen plaats, tenzij de fysiotherapeut het ziekenfonds schriftelijk te kennen heeft gegeven van deze mogelijkheid geen gebruik te willen maken, dan wel de Geschillencommissie Praktijkhouders-Praktijkmedewerkers op vordering van de praktijkmedewerker heeft uitgesproken, dat voortzetting van de relatie met de fysiotherapeut in redelijkheid niet van hem/haar kan worden verlangd, dan wel op vordering van de praktijkmedewerker heeft uitgesproken, dat de fysiotherapeut redelijkerwijze niet tot beëindiging van de overeenkomst had mogen besluiten.
Laatstbedoelde vordering dient door de praktijkmedewerker te worden ingesteld binnen 14 dagen na ontvangst van het schriftelijke bericht van opzegging van de fysiotherapeut (praktijkhouder).
Hangende de uitspraak van de Geschillencommissie is opvulling van een opengevallen plaats niet mogelijk.

5. De Geschillencommissie Praktijkhouders-Praktijkmedewerkers telt drie leden, waarvan één wordt aangewezen door de VNZ, één wordt aangewezen door het NGF en de NVVF, en het derde lid, dat tevens als voorzitter zal optreden, wordt aangewezen door de VNZ, NGF en NVVF gezamenlijk.
De leden van de Geschillencommissie oordelen over bij hen aanhangig gemaakte zaken bedoeld in lid 4 als wijze mannen naar redelijkheid en billijkheid.
De Geschillencommissie doet uitspraak bij wijze van bindend advies. De wijze van procederen wordt door de Geschillencommissie in overleg met VNZ, NGF en NVVF bepaald. In haar beslissing doet de commissie tevens uitspraak over de wijze waarop de kosten aan de behandeling van het geschil verbonden, ten laste worden gebracht van de bij het geschil betrokken partijen. Onder die kosten worden verstaan, de kosten verbonden aan (rechts)bijstand van partijen, de honoraria en vergoeding van reis- en verblijfkosten van de leden van de Geschillencommissie, alsmede de aan de behandeling van het geschil verbonden secretariaats- en administratiekosten.
De Geschillencommissie is gerechtigd ter dekking van de kosten en honoraria een voorschot te vragen, waarvan ieder der partijen de helft moet voldoen en dat na afloop van het geschil zal worden verrekend op basis van het hierboven bepaalde.

6. Ingeval van opvulling van een opengevallen plaats als bedoeld in lid 4 doet de fysiotherapeut zo spoedig mogelijk en wel uiterlijk binnen 10 dagen schriftelijk mededeling aan het ziekenfonds onder opgave van de naam, het adres en de bevoegdheid van de praktijkmedewerker(s) alsmede de overeengekomen tijdsduur conform lid 1 c. Bij de schriftelijke mededeling van de fysiotherapeut aan het ziekenfonds dient een bewijsstuk betreffende de bevoegdheid van de praktijkmedewerker te worden overgelegd, alsmede een verklaring getekend door de fysiotherapeut en de praktijkmedewerker, waaruit blijkt, dat uitvoering is gegeven aan het bepaalde in de leden 3 b en 3 d.

7. Ingeval het ziekenfonds een kennisgeving heeft bereikt als bedoeld in lid 4, dan wel de Geschillencommissie Praktijkhouders-Praktijkmedewerkers op vordering van de praktijkmedewerker een uitspraak heeft gedaan als bedoeld in lid 4, zal het ziekenfonds met de praktijkmedewerker op zijn of haar verzoek een overeenkomst als de onderhavige sluiten voor het aantal uren waarvoor de praktijkmedewerker in de praktijkinrichting van de fysiotherapeut werkzaam was, tenzij het ziekenfonds daartegen ernstige bezwaren heeft als bedoeld in artikel 47, lid 1 van de Ziekenfondswet.

8. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de praktijkmedewerker uit hoofde van de met de fysiotherapeut aangegane overeenkomst, blijft de fysiotherapeut ten volle tegenover het ziekenfonds verantwoordelijk en aansprakelijk voor de voor ziekenfondsrekening te verlenen hulp, ook wanneer die hulp in feite wordt verleend door de praktijkmedewerker.

Artikel 9.

1. De Fysiotherapeut verbindt zich tegenover het Ziekenfonds om, indien hij voornemens is een maatschap aan te gaan met één of meer andere Fyiostherapeuten, die maatschaps-overeenkomst slechts aan te gaan met Fysiotherapeuten, die een overeenkomst met het Ziekenfonds van gelijke aard als de onderhavige hebben aangegaan of zullen aangaan.

2. Indien een maatschap of één of meer leden van een maatschap één of meer praktijkmede-werkers bij de praktijkuitoefening wenst resp. wensen te betrekken, zal een overeenkomst in de zin als vermeld in artikel 8 slechts worden erkend indien zij is aangegaan door alle leden van de maatschap.

Artikel 10.

1. Indien de Fysiotherapeut leerlingen voor het beroep van Fysiotherapeut in de gelegenheid stelt zich in zijn praktijk en onder zijn leiding en toezicht voor dat beroep praktisch te bekwamen, zal hij zich daarbij beperken tot twee leerlingen per in zijn praktijk werkzame Fysiotherapeut.

2. De Fysiotherapeut licht het Ziekenfonds schriftelijk in omtrent de naam en het adres van de betrokken leerling en omtrent de tijdsduur welke deze in zijn praktijk werkzaam zal zijn. De desbetreffende mededeling geschiedt zo spoedig mogelijk en wel uiterlijk binnen 10 dagen. De Fysiotherapeut doet op dezelfde wijze mededeling aan het Ziekenfonds van wijzigingen in de vorenbedoelde gegevens.

3. In beginsel zal een verzekerde steeds door dezelfde leerling worden behandeld.

VERWIJZING.

Artikel 11.

1. De Fysiotherapeut verleent fysiotherapeutische hulp voor rekening van het ziekenfonds uitsluitend aan verzekerden ingevolge een schriftelijke en gedateerde verwijzing door een praktijkuitoefenende geneeskundige welke de goedkeuring van het ziekenfonds behoeft.

2. Nadat de verzekerde zich met de in het vorige lid bedoelde verwijzing tot de fysiotherapeut heeft gewend, vraagt deze laatste onverwijld bij het ziekenfonds toestemming aan voor de door hem aan de verzekerde te verlenen hulp.

3. Het ziekenfonds beslist uiterlijk veertien dagen nadat de in lid 2 van dit artikel bedoelde aanvrage bij het ziekenfonds is ontvangen en stelt de fysiotherapeut onverwijld van deze beslissing in kennis.

4. Indien de beslissing van het ziekenfonds negatief is, zullen de reeds plaats gevonden heb-bende behandelingen door het ziekenfonds worden vergoed tot en met de derde werkdag na dagtekening van deze beslissing. In geval van een negatieve beslissing stelt het zieken-fonds daarvan onverwijld behalve de fysiotherapeut eveneens de verwijzende geneeskun-dige en de betreffende verzekerde in kennis.

5. Indien de hulpverlening niet binnen 30 dagen na dagtekening van de beslissing van het ziekenfonds is aangevangen, wordt de toestemming beschouwd als niet te zijn verleend. Indien alsnog behoefte blijkt te bestaan aan de desbetreffende hulp kan de fysiotherapeut opnieuw toestemming aanvragen bij het ziekenfonds volgens de in de leden 2 en 3 van dit artikel beschreven procedure. Het bepaalde in lid 4, eerste volzin, is dan niet van toepassing.

Artikel 12.

1. De in artikel 11 bedoelde schriftelijke verwijzing dient in elk geval in te houden:
   a. de naam en de woonplaats van de geneeskundige die verwees, alsmede diens handtekening of paraaf;
   b. de naam, geboortedatum en woonplaats, alsmede de naam van het Ziekenfonds en het verzekeringsnummer van degene ten aanzien waarvan de verwijzing plaatsvond;
   c. de diagnose, al of niet in code.
   De verwijzing kan onder meer aanwijzingen inhouden met betrekking tot de toe te passen behandelingen.

2. Indien bij de Fysiotherapeut twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de verwijzing of onderdelen daarvan, stelt hij zich onverwijld in verbinding met de geneeskundige, die verwees en verzoekt hij deze voorzover nodig een aanvulling van de verwijzing. De Fysiotherapeut houdt de geneeskundige, die verwees, op de hoogte van de hulp.

Artikel 13.

1. De in artikel 11 bedoelde beslissing van het Ziekenfonds bevat ten minste de volgende gegevens:
   a. de naam, geboortedatum en woonplaats alsmede het verzekeringsnummer van de verzekerde;
   b. de naam van de geneeskundige die de desbetreffende verzekerde naar de Fysiotherapeut verwees;
   c. voor zover mogelijk de aard van de hulp en het aantal behandelingen.

2. De Fysiotherapeut is bevoegd de hulpverlening te weigeren indien de door het Ziekenfonds genomen beslissing afwijkt van de schriftelijke verwijzing, tenzij de geneeskundige die verwees zich met de wijziging door het Ziekenfonds kan verenigen.
   Handhaaft de Fysiotherapeut in zodanig geval nochtans zijn weigering, dan vindt overleg plaats tussen de Fysiotherapeut, de geneeskundige die verwees, en de medisch adviseur van het Ziekenfonds. Leidt dit overleg niet tot overeenstemming, dan is de Fysiotherapeut bevoegd de hulpverlening te blijven weigeren, indien onder de gegeven omstandigheden niet kan worden gezegd dat een redelijk oordelend Fysiotherapeut niet tot die weigering dient te besluiten.

PATIËNTENREGISTRATIE, HONORERING, CONTROLE

Artikel 14.

De fysiotherapeut registreert:

a. de gegevens als bedoeld in artikel 12, lid 1;
b. per dag en per in zijn praktijk werkzame fysiotherapeut de volgende praktijkgegevens:
   - datum;
   - tijdstip aanvang praktijkwerkzaamheden;
   - de namen van alle die dag behandelde patiënten in de chronologische volgorde, waarin deze werden behandeld.
     Daarbij kan voor particuliere patiënten worden volstaan met een aanduiding d.m.v. initialen;
   - de aanduiding of het ziekenfondsverzekerden (Z) of particuliere patiënten (P) betreft;
   - de aard van de verleende hulp, zie toelichting;
   - tijdstip einde praktijkwerkzaamheden.

Artikel 15.

1. De hulpverlening door een Fysiotherapeut wordt onderscheiden naar de navolgende verrichtingen:

oefen-/massage therapie	codeno. 101;
laagfrequente elektrostimulatie	codeno. 111;
ultrageluidstherapie	codeno. 112;
overige laagfrequente elektrotherapie	codeno. 113;
hoogfrequente elektrotherapie	codeno. 114;
thermotherapie	codeno. 115;
tractie, glissone lis	codeno. 116;
tractie, elektrisch gestuurd	codeno. 117;
lichttherapie-ultraviolet	codeno. 118;
en voorts:	
begeleidingstijd	codeno. 121;
toeslag huisbezoek	codeno. 122;
toeslag instelling	codeno. 201;

2. Indien in één zitting meer dan één verrichting aan een patiënt geschiedt, wordt de begeleidingstijd (codeno. 121) slechts eenmaal vergoed.

Artikel 16.

De Fysiotherapeut dient met inachtneming van de artikelen 18 en 19 van deze overeenkomst bij het ziekenfonds een declaratie in volgens het model, zoals dat door de VNZ, het NGF en de NVVF gezamenlijk is, danwel in de toekomst zal worden vastgesteld.

Artikel 17.

Het Ziekenfonds zal de Fysiotherapeut terzake van de door hem bij deze overeenkomst op zich genomen verplichtingen honoreren op de grondslag der geregistreerde verrichtingen overeenkomstig hetgeen ten aanzien van die honorering tussen de VNZ enerzijds en het NGF en de NVVF anderzijds is of in de toekomst zal worden overeengekomen en door de Ziekenfondsraad is of zal worden goedgekeurd.

Artikel 18.

1. a. Indien de Fysiotherapeut zijn maanddeclaratie indient, vóór de 10e van de maand na die, waarop de declaratie betrekking heeft, zal het Ziekenfonds, indien mogelijk, deze declaratie vóór het einde van die maand afwikkelen.
   b. Indien dit het Ziekenfonds niet mogelijk is, zal in goede rekening een voorlopige afrekening worden gerealiseerd vóór het einde van de maand waarin de declaratie is ingediend, van in de regel 90% van het gedeclareerde bedrag.

2. a. Indien de declaratie binnenkomt later dan de 10e van de maand, volgende na die, waarop de declaratie betrekking heeft, zal het Ziekenfonds, indien mogelijk, deze declaratie afwikkelen vóór het einde van de daarop volgende maand.
   b. Indien dit het Ziekenfonds niet mogelijk is, zal in goede rekening een voorlopige afrekening worden gerealiseerd vóór het einde van de maand volgende op die, waarin de declaratie is ingediend, van in de regel 90% van het gedeclareerde bedrag.

3. a. Het Ziekenfonds is niet gehouden een voorlopige afrekening te realiseren, zolang geen declaratie is ingediend.
   b. Het Ziekenfonds dient in ieder geval de declaraties af te wikkelen binnen twee maanden na indiening, tenzij in goede rekening een voorlopige betaling heeft plaatsgevonden van 100% van het gedeclareerde bedrag.
   c. Indien declaraties binnenkomen meer dan twee maanden na de maand waarop zij betrekking hebben, is het Ziekenfonds niet gehouden aan het bepaalde in lid 2, onder b, c.q. lid 3, onder b.
   d. Declaraties, die binnenkomen meer dan een jaar na de maand waarop zij betrekking hebben komen niet meer voor betaling in aanmerking, tenzij de Fysiotherapeut kan aantonen, dat van overmacht sprake is.

Artikel 19.

1. Het Ziekenfonds is gerechtigd de declaratie van de Fysiotherapeut te controleren aan de hand van de patiëntenregistratie en de chronologische dagregistratie van de praktijk, zoals bedoeld in artikel 14 van deze overeenkomst, met dien verstande, dat de patiëntenregistratie alleen toegankelijk is voor de A.G. c.q. de adviserend fysiotherapeut van het betrokken ziekenfonds.

2. Indien - ondanks de in lid 1 bedoelde informatie - bij het Ziekenfonds toch ernstige twijfels blijven bestaan over de juistheid van de door de Fysiotherapeut ingediende declaraties, is het Ziekenfonds gerechtigd tot het doen instellen van een boekenonderzoek, zulks met inachtneming van het bepaalde in het volgende lid.

3. a. Het in het vorige lid bedoelde boekenonderzoek kan door het Ziekenfonds slechts worden opgedragen aan een vrijgevestige register-accountant.
   b. Indien het Ziekenfonds meent tot een boekenonderzoek te moeten besluiten, geeft het daarvan onverwijld kennis aan de betreffende Fysiotherapeut, alsmede aan de in het volgende lid bedoelde Adviescommissie Controle Declaraties Fysiotherapeuten, in beide gevallen vergezeld van een uitvoerige motivering.

4. a. De Adviescommissie Controle Declaraties Fysiotherapeuten is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van NGF en NVVF enerzijds en VNZ anderzijds.
   b. De Commissie benoemt uit haar midden een voorzitter en een secretaris.
   c. Aan de Adviescommissie zal een secretariaat worden toegevoegd, te weten het Secretariaat Onderhandelingscommissies Ziekenfondsen/Medewerkers, dat ook voor de notulering van de vergaderingen van de Adviescommissie zorgdraagt.
   d. De Adviescommissie zal adviserend optreden en zonodig overleg plegen met de Fysiotherapeut en/of het Ziekenfonds. De Adviescommissie kan, indien zich m.b.t. de controle een geschil voordoet tussen Ziekenfonds en Fysiotherapeut, op verzoek van één of beide bij het geschil betrokken partijen, als bemiddelaar optreden.

DUUR, WIJZIGING, BEËINDIGING-ONTBINDING DER OVEREENKOMST.

Artikel 20.

1. Deze overeenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd.
   Zij neemt een einde:
   1. met wederzijds goedvinden;
   2. door een schriftelijke opzegging door de Fysiotherapeut dan wél door het Ziekenfonds;
   3. door overlijden van de Fysiotherapeut.

2. Bij een schriftelijke opzegging als genoemd in lid 1 sub 2 dient een opzeggingstermijn van tenminste zes kalendermaanden in acht te worden genomen, tenzij op grond van bijzondere omstandigheden een kortere termijn redelijk moet worden geacht.

3. Een opzegging door het Ziekenfonds kan slechts geschieden bij ernstige bezwaren. Onder zodanige bezwaren worden verstaan bezwaren van dien aard dat, ware de Fysiotherapeut niet aan het Ziekenfonds verbonden en hij eventueel toelating zou verzoeken, het Fonds bevoegd zou zijn krachtens artikel 47 van de Ziekenfondswet de gevraagde toelating te weigeren.

GESCHILLEN.

Artikel 21.

Alle geschillen welke mochten ontstaan naar aanleiding van:
deze overeenkomst, daarmede samenhangende of daaruit voortvloeiende overeenkomsten en/of aanvullingen van zodanige overeenkomst, waaronder begrepen de in deze overeenkomst bedoelde reglementen, formulieren, modellen en wat daarmede verband houdt;
feiten, welke in enig opzicht met de uitvoering van één of meer der vorenbedoelde overeenkomsten, wijzigingen of aanvullingen enz. en de daaruit voortvloeiende relatie tussen het Ziekenfonds en de Fysiotherapeut verband houden,
worden met uitsluiting van de gewone rechter in hoogste ressort beslist door een commissie van bindend adviseurs, verder te noemen de Geschillencommissie.

Artikel 22.

1. De Geschillencommissie telt ten hoogste negen leden, waarvan ten hoogste vier worden benoemd door de VNZ, ten hoogste twee door het NGF, ten hoogste twee door de NVVF en een lid,dat tevens als voorzitter zal optreden, wordt benoemd door de VNZ, het NGF en de NVVF gezamenlijk.

2. De voorzitter mag niet voortkomen uit de kring van de Ziekenfondsen of van de VNZ, noch uit de kring van Fysiotherapeuten, Heilgymnasten-Masseurs of het NGF dan wel de NVVF. Bij voorkeur wordt hij benoemd uit de kring der juristen, die uit hoofde van hun beroepsuitoefening ervaren zijn op het gebied van de rechtspraak.

3. Indien de VNZ, het NGF en de NVVF ten tijde dat een geschil aanhangig wordt gemaakt niet tot overeenstemming zijn gekomen omtrent de benoeming of de opvolging van de voorzitter van de Geschillencommissie, zal die voorzitter op het verzoek van de VNZ dan wel van het NGF dan wel van de NVVF worden benoemd door de President van de Rechtbank te Utrecht.

4. Aan de behandeling van een geschil wordt deelgenomen door de voorzitter, benevens een lid door de voorzitter aangewezen uit de door de VNZ benoemde leden en een lid door de voorzitter aangewezen uit de door het NGF en de NVVF benoemde leden, met dien verstande, dat indien de bij het geschil betrokken fysiotherapeut is aangesloten bij het NGF, respectievelijk de NVVF, en niet gelijktijdig is aangesloten bij beide beroepsorganisaties, de voorzitter een der door het NGF, respectievelijk de NVVF benoemde leden aanwijst.

5. De Geschillencommissie verricht haar werkzaamheden volgens het te dien aanzien door de VNZ tezamen met het NGF en de NVVF vastgestelde reglement. Indien en voorzover ten tijde van het behandelen van een geschil het desbetreffende reglement niet gereed of niet compleet is, stelt de Geschillencommissie zelf de nodige bepalingen, overeenkomstig dewelke geprocedeerd zal worden,vast.

6. Het vorenbedoelde reglement bevat mede een regeling met betrekking tot het betalen der kosten verbonden aan het inwinnen van een uitspraak.

Artikel 23.

Deze overeenkomst treedt in werking op

.....

Met ingang van die datum vervallen alle andere tussen partijen gesloten overeenkomsten, behoudens voorzover die overeenkomsten voor wat betreft de honorering van de Fysiotherapeut niet (volledig) zijn uitgevoerd.

Aldus opgemaakt te ....., d.d.

Voor het Ziekenfonds, De Fysiotherapeut,

Bijlage 1 bij de overeenkomst Ziekenfonds/Fysiotherapeut.

TOELICHTING

Artikel 4.

In lid 1 van dit artikel zijn eisen geformuleerd, waaraan de praktijkruimte van de fysiotherapeut moet voldoen. Voor wat betreft de inrichting van deze ruimte wordt verwezen naar de overheidseisen in deze. Voor wat betreft de bereikbaarheid is bepaald, dat deze "goed" moet zijn, d.w.z. behoorlijk toegankelijk, met name ook voor patiënten die slecht ter been zijn dan wel anderszins in hun bewegingen worden belemmerd. Of een praktijkruimte aan deze eis voldoet laat zich moeilijk exact omschrijven, en zal van geval tot geval in redelijkheid dienen te worden beoordeeld. Zijn partijen het er over eens, dat de bereikbaarheid voor verbetering vatbaar is, dan ligt het in de rede, dat bij het aangaan van deze overeenkomst een overgangstermijn in acht wordt genomen, waarbinnen deze verbetering moet zijn gerealiseerd. Daarbij ware te denken aan een periode van zes maanden. Mocht deze termijn op praktische gronden voor de fysiotherapeut ondanks serieuze pogingen zijnerzijds, niet toereikend zijn, dan wel mocht er tussen partijen verschil in mening blijven bestaan m.b.t. de naleving van deze bepaling, dan staat vanzelfsprekend voor de meest gerede partij een beroep op de Geschillencommissie open (zie de artikelen 23 en 24).

Artikel 11.

In dit artikel is bedoeld te regelen, dat de procedure van het aanvragen van te verlenen fysiotherapeutische hulp vlot verloopt. De fysiotherapeut zal de aanvragen bij het ziekenfonds onverwijld moeten indienen (lid 2). Van het Ziekenfonds mag een snelle beslissing worden verwacht (lid 3). Het kan zijn, dat deze beslissing negatief is. In dat geval zal het toch kunnen voorkomen, dat door de fysiotherapeut reeds enige hulp is verleend, vooruitlopend op de beslissing van het ziekenfonds. Gelet op de korte termijn, waarbinnen het ziekenfonds op de aanvrage dient te reageren (lid 3: 14 dagen) zal het hierbij slechts om een gering aantal behandelingen kunnen gaan, die een spoedeisend karakter dragen dan wel noodzakelijk worden geacht ter bepaling van de bij het ziekenfonds aangevraagde hulp.

Artikel 14.

De bedoeling van dit artikel is om tussen partijen duidelijk vast te leggen wat de fysiotherapeut in zijn praktijk registreert. Een dergelijke registratie wordt onontbeerlijk geacht voor het kunnen uitoefenen van een adequate controle. Deze behoefte aan controle berust niet op enig wantrouwen van het ziekenfonds jegens de fysiotherapeut. Integendeel. Het maken van deze afspraken gaat uit van enerzijds de goede trouw van de fysiotherapeut en anderzijds de wettelijke taak van het ziekenfonds, als financier van de verleende hulp, heeft met betrekking tot de controle (de naleving van de aan de honorering ten grondslag liggende afgesproken gemiddelde behandelingstijden daaronder begrepen).
Juist daarvoor is de praktijkregistratie bedoeld, naast de in de praktijk te verwachten praktijkagenda (of afsprakenboek). Dit laatste zal bij een eventueel boekenonderzoek (artikel 19, lid 2) toegankelijk zijn voor de externe registeraccountant, aan wie dat onderzoek werd opgedragen. De patiënten-registratie van ziekenfondspatiënten is bij ziekenfondscontrole toegankelijk voor de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds (artikel 19, lid 1). De praktijkregistratie dient steeds bij iedere ziekenfondscontrole beschikbaar te zijn. Deze registratie zal, wil zij voor een controle op de naleving van de afspraken met betrekking tot de behandelingstijden zinvol zijn, tenminste de in artikel 14 onder b genoemde gegevens dienen te bevatten. Ter bescherming van de privacy van de niet ziekenfondsverzekerde ten opzichte van het ziekenfonds, kan bij de registratie van deze groep patiënten worden volstaan met het gebruik van initialen (bijv. dhr. J.P. te A.). Als bij een eventueel boekenonderzoek de registeraccountant maar in staat blijkt betrokkene in de boeken te traceren. Registratie van de verleende behandeling zal in het algemeen, ook voor niet ziekenfondsverzekerden, kunnen geschieden middels gebruik van de in artikel 15 genoemde cedering, met daarbij in gedachten de overeengekomen gemiddelde behandelingstijd.
Wordt voor niet-ziekenfondsverzekerden daarvan afgeweken, dan is in ieder geval een aantekening m.b.t. de duur van de behandeling noodzakelijk.

Bijlage 2 bij de overeenkomst Ziekenfonds/Fysiotherapeut.

Voorschriften voor de beoordeling van aanvragen fysiotherapie.

1. Onder fysiotherapie wordt hier verstaan hetgeen voor rekening van het ziekenfonds verstrekt mag worden volgens het vigerende Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering 1974.

2. De aanvraag aan het ziekenfonds dient namens de verzekerde schriftelijk te geschieden door de behandelend geneeskundige. Deze aanvraag wordt aan de door de verzekerde gekozen fysiotherapeut c.q. heilgymnast-masseur ter hand gesteld, die na registratie van de gegevens en eventuele precisering van de therapievorm de aanvraag aan het betreffende ziekenfonds doet toekomen.
   De aanvraag dient te omvatten:
   a. de personalia van de verzekerde;
   b. de diagnose, al dan niet in code, en/of het doel van de behandeling;
   c. de aanduiding fysiotherapie, aangevuld met een nadere precisering inzake de vorm van de therapie;
   d. het aantal behandelingen en in voorkomende gevallen de duur van de kuur;
   e. bij iontophorese c.q. fonophorese het toe te dienen geneesmiddel;
   f. indien nodig of en waarom de behandelingen ten huize van de verzekerde moeten plaatsvinden;
   g. datering, alsmede naam en handtekening van de aanvrager (de arts).

3. Aanvragen om verlenging dienen aan dezelfde voorwaarden als bedoeld onder 2 te voldoen en dienen zó tijdig door de behandelend geneeskundige te worden gedaan, dat het ziekenfonds gelegenheid heeft zo vóór het einde van de reeds toegestane reeks behandelingen te beoordelen. Bij kort lopende beslissingen zal in verband met no. 7 dezer voorschriften van alle betrokkenen spoed geëist mogen worden.

4. Fysiotherapie wordt slechts verstrekt indien een indicatie aanwezig is. Een indicatie wordt aanwezig geacht, indien van behandeling genezing, althans een verbetering, waaronder mede te verstaan een vermindering van pijn, dan wel bij ziekte of gebrek behoud van een zo goed mogelijke lichamelijke toestand kan worden verwacht.

5. A. Bij goedkeuring van de aanvraag verstrekt het ziekenfonds hiertoe een beslissing, inhoudende:
      a. de aanduiding fysiotherapie, met de aangegeven precisering van de aanvraag;
      b. het aantal behandelingen, en in voorkomende gevallen de duur van de kuur;
      c. de datum van afgifte van de beslissing.
   B. Binnen het raam van het aantal (toegestane) behandelingen kan de fysiotherapeut tijdens de duur van de kuur de vorm van de therapie wijzigen; en geeft hij hiervan kennis aan de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds.
   C. Het ziekenfonds deelt zijn beslissing zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk 14 dagen na ontvangst van de aanvraag mede aan de fysiotherapeut/heilgymnast-masseur, respectievelijk de verzekerde. Indien deze beslissing negatief is zullen de reeds plaats gevonden hebbende behandelingen worden vergoed tot en met de derde werkdag na de datum van afgifte van de beslissing. De behandeling dient,met inachtneming van het gestelde in artikel 11 van de modelovereenkomst (en de daarbij behorende toelichting), zo spoedig mogelijk aan te vangen.
   D. Indien een aanvraag na overleg met de behandelend geneeskundige wordt geweigerd of indien de toewijzing niet in overeenstemming is met de aanvraag dienen hiervan de verzekerde, de behandelend arts en de fysiotherapeut c.q. heilgymnast-masseur in kennis te worden gesteld en dient het afwijken van de aanvraag te worden gemotiveerd.
   E. De behandeling vindt als regel plaats in de inrichting van de fysiotherapeut c.q. heilgymnast-masseur, ook indien daartoe taxivervoer is aangewezen. Indien in redelijkheid niet van de verzekerde kan worden gevergd, dat deze zich voor behandeling naar de betreffende inrichting begeeft, vindt de behandeling plaats ten huize van de verzekerde.

6. Alle betrokkenen, te weten de behandelend geneeskundige, de fysiotherapeut c.q. heilgymnast-masseur en de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds hebben zorg te dragen voor een zorgvuldige uitwisseling van de gegevens, welke van belang zijn voor de behandeling.

Wanneer de adviserend geneeskundige voor het nemen van een beslissing over meer gegevens dient te beschikken dan die welke op de aanvraag zijn vermeld, zal de fysiotherapeut c.q. heilgymnast-masseur deze gegevens desgevraagd verstrekken, voorzover dit niet indruist tegen de door hem afgelegde belofte van geheimhouding, één en ander na overleg met de behandelend geneeskundige.

7. Indien uit het overleg blijkt, dat na de eerste behandelingsperiode geen begin van enig resultaat is geboekt, overeenkomstig het gestelde doel, zal geen verlenging worden toegestaan dan na voldoende motivering, waarbij een eventuele wijziging van de therapievorm mogelijk is.

Bijlage 3 bij de overeenkomst Ziekenfonds/Fysiotherapeut.

Richtlijnen voor de beoordeling van aanvragen fysiotherapie.

1. Richtlijnen mogen slechts een leidraad zijn en dienen derhalve niet te worden gehanteerd als een "waterdichte instructie". Evenals op het terrein van andere therapeutische disciplines is ook in de fysiotherapie een goede communicatie tussen de behandelend arts, fysiotherapeut en adviserend geneeskundige van het ziekenfonds van het grootste belang, waarbij ieder zijn eigen specifieke deskundigheid in het belang van de patiënt moet kunnen inbrengen. Hieruit vloeit voort, dat na onderling overleg de genomen beslissing niet altijd binnen het kader van deze richtlijnen zal komen te liggen. Dit neemt echter niet weg, dat deze algemene richtlijnen in de meeste gevallen een waardevolle handleiding zullen zijn.

2. De fysiotherapie omvattende de bewegingstherapie (oefentherapie), de massagetherapie en de fysische therapie in engere zin, is een geneeswijze, die gebruik maakt van fysische middelen, met andere woorden het in één of andere vorm aan het lichaam toedienen van mechanische, kinetische, thermische, elektrische of chemische prikkels. Levend weefsel, het lichaam, de mens reageert op deze prikkels, en deze reaktie is het doel van de therapie. Een positieve of negatieve reaktie wordt onder meer bepaald door:
   a. de patiënt, zijn ziekte of aandoening, zijn constitutie, conditie en reaktievermogen, zijn individuele wijze van reageren;
   b. de therapievorm, de soort en aard van de prikkel, de dosis, de methodische hulpmiddelen en een aantal omstandigheden als plaats, tijd en frequentie van de therapie;
   c. het directe doel of de behandelingsintentie;
   d. de fysiotherapeut, zijn socio-psycho-somatische structuur, zijn deskundigheid en ervaring en tot op zekere hoogte zijn intuïtie.
   Aan de hand van de reaktie van de patiënt worden aard en dosis van de volgende behandeling bepaald. Confectie- of standaardapplicatievormen c.q. -dosis zijn dus niet verantwoord.

3. In het doel van de fysiotherapeutische behandeling kan men onderscheid maken tussen:
   a. het directe doel, dat veelal van voorwaardelijke aard is, n.l. ter spierversterking, ter mobilisering, ter pijnbestrijding, ter sputumdrainage, ter stimulering van de circulatie enz.
   b. het indirecte doel, n.l. om de betreffende patiënt in een zo kort mogelijk tijdsbestek tot een voor hem optimale situatie te brengen;
   c. de begrippen direct en indirect staan tevens in relatie tot het aangrijpingspunt van de therapie. Direct is dan een behandeling van het aangedane weefsel terwijl indirect een beïnvloeding is via het zenuwstelsel of segmentaal, onder andere door middel van periosten bindweefselmassage enz.

4. Enige algemene richtlijnen:
   A. De fysiotherapie kan zowel causaal als symtomatisch gericht zijn.
   B. Fysiotherapie dient meer naast en minder na medicamenteuze c.q. rusttherapie te worden overwogen. Een vroegtijdige inschakeling van fysiotherapie verkort meestal de duur van de behandeling.
   C. a. Aangeboren aandoeningen vergen veelal een langere behandelingsduur dan verkregen aandoeningen;
      b. Acute aandoeningen vergen meestal een korte duur, een hoge frequentie en lage dosering voor wat betreft de intensiteit van de behandeling;
      c. Chronische aandoeningen vergen in het algemeen een langere duur, een lagere frequentie en een hogere dosis (intensiteit);
      d. Progessieve aandoeningen vergen meestal een lange behandelingsduur in een normale frequentie en met een aan de situatie aangepaste dosis.
   D. Bij aangeboren, chronische en progessieve aandoeningen kan een onderhoudskuur met een lage frequentie aangewezen zijn.
   E. Combinatie van behandelingen hebben in vele gevallen een beter en sneller resultaat.

5. In het algemeen kan worden gesteld, dat slechts dan een optimaal resultaat te verwachten is, indien de patiënt, zoveel als in zijn vermogen ligt, aktief aan zijn genezingsproces meewerkt. Fysiotherapeut en behandelend arts dienen dit te stimuleren en eventueel de omgeving van de patiënt hieromtrent voor te lichten.

Wanneer de patiënt zich herhaaldelijk aan de behandeling onttrekt of onvoldoende daaraan medewerkt, dient na overleg tussen de behandelend arts en de adviserend geneeskundige, c.q. de adviserend fysiotherapeut van het ziekenfonds, de hulp te worden beëindigd.

6. De indicaties voor fysiotherapie zijn in het algemeen terug te voeren tot de volgende deelgebieden:
   A. Orthopedie.
      Met name het hiertoe behorende terrein van de statische deformiteiten en houdingsafwijkingen vormt vaak de basis voor een op latere leeftijd optredende scala van klachten, zodat hier zo tijdig mogelijk aan adequate individuele therapie dient te worden ingedeeld.
   B. Traumatologie.
      Therapievorm, dosis en duur van de kuur zijn hier sterk afhankelijk van de volgende factoren: Symptomenbeeld, leeftijd en conditie van de patiënt, lokalisatie, betrokken weefsel, complicaties, bijkomende pathologische toestanden enz.
   C. Rheumatologie.
      Deze aandoeningen dienen meestal langdurig te worden behandeld, eventueel onderbroken met intervallen.
   D. Neurologie.
      Vooral op het terrein van parese/paralyse geldt in het algemeen dat een optimaal resultaat vaak afhankelijk is van een vroegtijdige start van de therapie.
   E. Hart- en vaataandoeningen.
   F. Interne aandoeningen.
      Deze aandoeningen komen in het bijzonder in aanmerking voor een indirecte, meestal perifeer aangrijpende, therapievorm, zoals onder andere de bindweefsel- en periostmassage.
   G. Ademhalingsaandoeningen.
      Gezien de persoonlijke relatie tussen patiënt en fysiotherapeut, die vooral in de therapie bij adenhalingsaandoeningen een belangrijke rol speelt kan de inschakeling van en overname door de omgeving op meer problemen stuiten dan bij andere behandelingen.
   H. Klachten van psychische aard, waarbij het lichaam als een grijpingspunt wordt gekozen.
      Het directe doel zal hier veelal in de ontspanning liggen, waartoe zowel de bewegings- en massagetherapie als de fysische therapie in engere zin mogelijkheden biedt.
   I. Gynaecologie.
   J. Keel- neus- en ooraandoeningen.
   K. Dermatologie.
   L. Algemene en plastische chirurgie.

Bijlage 2.

OVEREENKOMST ZIEKENFONDS - LOGOPEDIST

De ondergetekenden,

1. Het Ziekenfonds ..... hierna te noemen „het ziekenfonds",
   gevestigd te .....
   en
2. De logopedist .....
   wonende te ..... en gevestigd te .....
   hierna te noemen „de logopedist".

In aanmerking nemend de tussen de organisaties van ziekenfondsen en de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie getroffen model-overeenkomst

zijn het volgende overeengekomen:

Artikel 1 In deze overeenkomst wordt verstaan onder „verzekerde" de bij het ziekenfonds krachtens de verplichte verzekering, de bejaardenverzekering of de vrijwillige verzekering ingeschreven persoon, die zich voor het verkrijgen van logopedische en foniatrische behandeling voor rekening van het ziekenfonds tot de logopedist heeft gewend.

Artikel 2 De logopedist is verplicht verzekerden, verblijvende in zijn praktijkgebied logopedische en foniatrische behandelingen te verlenen overeenkomstig het hieromtrent bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet met name in het Besluit Fysiotherapie en Logopedie Ziekenfondsverzekering en met inachtneming van de bepalingen van deze overeenkomst.
Dit praktijkgebied is door partijen in onderling overleg als volgt vastgesteld:
.....
.....
.....

Artikel 3 Behoudens het bepaalde in artikel 4 is de logopedist gehouden persoonlijk de praktijk uit te oefenen. De logopedist zal, indien medisch noodzakelijk, behandelingen ten huize van de patiënt verrichten, dan wel indien medisch noodzakelijk en indien de patiënt is opgenomen in een ziekenhuis, een bejaardencentrum of een andere soortgelijke instelling, aldaar.

Artikel 4 De logopedist zorgt bij afwezigheid of ziekte — zo mogelijk — voor behoorlijke waarneming.

Artikel 5 Voor rekening van het ziekenfonds komen uitsluitend behandelingen waartoe het ziekenfonds een gunstige beslissing heeft afgegeven.
Het ziekenfonds beslist uiterlijk 14 dagen nadat de aanvraag hiertoe bij het ziekenfonds is ingediend en geeft hiervan onverwijld kennis aan de logopedist.

Artikel 6 De in artikel 5 genoemde beslissing bevat tenminste de volgende gegevens:
a. de naam, geboortedatum en woonplaats alsmede het verzekeringsnummer van de verzekerde;
b. de naam en woonplaats van de huisarts, specialist of tandarts-specialist die de behandeling heeft voorgeschreven;
c. de aard der behandeling alsmede het aantal en de frekwentie der behandelingen.
Indien de beslissing niet konform de aanvraag is, stelt het ziekenfonds hiervan de aanvrager en de verzekerde c.q. tevens de logopedist in kennis en bij vervolgaanvragen steeds tevens de logopedist.
De logopedist is bevoegd de behandeling te weigeren indien de door het ziekenfonds genomen beslissing niet in overeenstemming is met de aanvraag hiertoe, tenzij de arts, die de opdracht verstrekte, zich met deze wijziging kan verenigen.

Artikel 7 De logopedist registreert van elke verzekerde op overzichtelijke wijze de navolgende gegevens:
a. de naam, geboortedatum, woonplaats en het verzekeringsnummer, alsmede de naam van het ziekenfonds van de verzekerde;
b. de naam en woonplaats van de huisarts, specialist of tandarts-specialist, die de behandeling voorschrijft;
c. de data waarop de behandelingen hebben plaats gehad.

Artikel 8 Het registratie-systeem dient aan de adviserend-geneeskundige van het ziekenfonds op diens verzoek ter inzage te worden gegeven.
De logopedist geeft aan de adviserend-geneeskundige alle gewenste inlichtingen betreffende het verloop van de behandeling.
Elk van de partijen is bevoegd toezicht te houden op de naleving van de bepalingen van deze overeenkomst. De wederpartij verleent daartoe zijn medewerking.

Artikel 9 De logopedist zal zich bij de uitoefening van zijn beroep gedragen overeenkomstig de normen, die leven in de kring van zijn beroepsgenoten.

Artikel 10 Aan het eind van iedere kalendermaand waarin een in de beslissing, bedoeld in artikel 5, toegestane serie behandelingen een einde neemt, dient de logopedist bij het ziekenfonds een deklaratie betreffende die behandelingen in.

Gelijktijdig legt hij de op deze deklaraties betrekking hebbende beslissingen over.
Hij vermeldt op bedoelde deklaraties de data van de verstrekte behandelingen, alsmede die gegevens, welke in in onderling overleg nader worden overeengekomen.
Indien de patiënt de behandeling eigenmachtig afbreekt, informeert de logopedist de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds.

Artikel 11 Het ziekenfonds is aan de logopedist verschuldigd de tarieven, gebaseerd op een behandelingsduur van 20 minuten, zoals deze op de dag van de behandeling gelden krachtens de overeenkomst tussen de organisaties van ziekenfondsen en de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, die is goedgekeurd door de Ziekenfondsraad.

Artikel 12 Het ziekenfonds betaalt de aan de logopedist toekomende bedragen zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen 4 weken na de indiening van de deklaratie uit.

Artikel 13 a. De logopedist oefent noch direkt noch indirekt invloed uit op de keuze van een ziekenfonds door de verzekerde.
b. Het ziekenfonds maakt de namen van de logopedisten in zijn werkgebied, met wie deze overeenkomst is aangegaan, aan zijn verzekerden bekend.
Het ziekenfonds, dat met meer dan één logopedist deze overeenkomst heeft gesloten oefent noch zelf noch door zijn personeel invloed uit op de keuze tussen die logopedisten door zijn verzekerden.

Artikel 14 Deze overeenkomst treedt in werking op .....

Met ingang van die datum vervallen alle andere tussen partijen gesloten overeenkomsten terzake van logopedie en foniatrie, onverminderd het bepaalde in artikel 11.

Artikel 15 1. Alle geschillen welke tussen partijen zouden kunnen ontstaan naar aanleiding van deze overeenkomst of nadere overeenkomsten, welke daarvan het gevolg mogen zijn, zullen in eerste instantie met uitsluiting van de gewone rechter worden beslist door bindend adviseurs.
2. De partij, die een zodanige beslissing verlangt zal daarvan mededeling doen aan de wederpartij en voorts schriftelijk aanwijzing van drie adviseurs verzoeken en wel:
a. van één adviseur aan de in de aanhef van deze overeenkomst genoemde organisatie van ziekenfondsen;
b. van één adviseur aan de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie;
c. van één adviseur aan genoemde organisatie van ziekenfondsen en de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie gezamenlijk;
3. De adviseur, genoemd in het vorige lid onder c, die als voorzitter van het kollege van adviseurs zal optreden, mag niet voortkomen uit de kring van de ziekenfondsen en de ziekenfondsorganisatie noch uit de kring van de logopedisten en de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
4. Indien de ziekenfondsorganisatie en de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie een maand nadat het verzoek om aanwijzing van een adviseur, als bedoeld lid 2, onder c, bij haar is binnengekomen, niet tot aanwijzing zijn overgegaan, is de meest gerede partij bij het geschil bevoegd aanwijzing van deze adviseur te verzoeken aan de Voorzitter van de Ziekenfondsraad.
5. De bindend adviseurs zullen hun bindend advies geven als goede mannen naar billijkheid, binnen drie maanden nadat zij hun benoeming hebben aanvaard.
Zij zijn bevoegd hun last zonodig met drie maanden te verlengen.
6. De partij, die in het ongelijk wordt gesteld, is verplicht de kosten van het bindend advies, daaronder begrepen de honoraria en de verschotten van de bindend adviseurs, alsmede van de eventuele rechtskundige raadsman van de winnende partij te betalen.
Indien beide partijen ten dele in het ongelijk worden gesteld zijn de bindend adviseurs bevoegd de kosten geheel of gedeeltelijk te compenseren.
7. De bindend adviseurs zijn gerechtigd ter dekking van hun honorarium en verschotten een voorschot te vragen, waarvan ieder der partijen de helft moet voldoen en dat na afloop van het geschil zal worden verrekend op basis van het sub 6 bepaalde.

Artikel 16 Deze overeenkomst is aangegaan voor onbepaalde tijd met dien verstande dat elk der partijen te allen tijde recht heeft haar te beëindigen, met inachtneming van een opzegtermijn van zes maanden.
De opzegging dient per aangetekende brief te geschieden.
Van deze termijn kan worden afgeweken:
a. in onderling overleg;
b. indien de partij die opzegt, dit doet omdat van haar verdere nakoming van de overeenkomst redelijkerwijs niet kan worden gevergd.
Voorts eindigt deze overeenkomst op de dag, waarop onherroepelijk is geworden de uitspraak waarbij de logopedist wordt onderworpen aan de maatregel van schorsing in de uitoefening van zijn beroep, dan wel aan de maatregel van ontzegging van de bevoegdheid het beroep van logopedist uit te oefenen.

Aldus opgemaakt,

Voor het ziekenfonds, De logopedist,

N.B. Overeenkomsten, die, in welk opzicht dan ook, afwijken van de model-overeenkomst behoeven de goedkeuring van de Ziekenfondsraad alvorens zij van kracht kunnen zijn.

TOELICHTING BIJ DE MODEL-OVEREENKOMST ZIEKENFONDS - LOGOPEDIST

Konsiderans
Dit model is bedoeld als een individueel te sluiten overeenkomst tussen een ziekenfonds en een logopedist(e). Voor het geval een logopedist patiënten behandelt, die bij verschillende ziekenfondsen zijn aangesloten, b.v. omdat deze patiënten in een inrichting verblijven, worden die ziekenfondsen geacht zich zoals gebruikelijk te konformeren aan de met het ter plaatse werkende ziekenfonds gesloten overeenkomst.

Artikel 2 In dit artikel is in het algemeen de verplichting van de logopedist opgenomen om verzekerden, die in zijn praktijkgebied verblijven, logopedische en foniatrische hulp te verlenen.
Indien een logopedist(e) slechts in beperkte mate patiënten kan behandelen, b.v. doordat hij/zij een hoofdfunktie elders vervult, strekt deze verplichting zich uiteraard niet verder uit, dan tot de tijd, die buiten die hoofdfunktie voor behandeling beschikbaar is.
Deze bepaling staat niet in de weg aan bestaande usances, dat een logopedist(e) een patiënt, die zich tot hem (haar) heeft gewend, naar een kollega verwijst, omdat dit voor de patiënt beter zou zijn, b.v. omdat deze kollega zich op bepaalde behandelingen heeft gespecialiseerd of een uitgesproken aanleg heeft om bepaalde patiënten te behandelen.
Wel is tussen de Ziekenfondsorganisaties en de Vereniging voor Logopedie en Foniatrie afgesproken, dat het nimmer zo mag zijn, dat een verzekerde van hulp verstoken blijft.

Artikel 3 Het is de logopedist, die opleidingsbevoegdheid bezit, toegestaan, één leerling tegelijk voor het beroep van logopedist in de gelegenheid te stellen zich in zijn praktijk en onder zijn leiding en toezicht voor dat beroep praktisch te bekwamen.

Artikel 5 De ziekenfondsorganisaties zijn, gehoord hun adviserend geneeskundigen, van mening, dat als regel een duur van 3 maanden voor de machtiging niet onredelijk is. Aan de ziekenfondsen is geadviseerd dienovereenkomstig te handelen.

Artikel 9 De ziekenfondsorganisaties zijn, gehoord hun adviserend geneeskundigen van oordeel, dat het bij langduriger behandelingen wenselijk geacht moet worden, dat de adviserend geneeskundige de patiënten b.v. 1 maal per half jaar oproept.
Dit kan een stimulans voor de patiënt betekenen en het kontakt tussen adviserend geneeskundige en logopedist bevorderen.

Artikel 11 Bij de bepaling van het honorarium is uitgegaan van een behandelingsduur van 20 minuten.
In gevallen, waarin op voorschrift van de behandelend arts en mits **geflatteerd door de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds**, een langere behandelingsduur nodig is, wordt op het honorarium een vermenigvuldigingsfaktor toegepast naar evenredigheid van de duur van de behandeling.
Hetzelfde geldt ook voor de behandelingen, ten huize van de patiënt **met dien verstande dat de vermenigvuldigingsfaktor slechts wordt toegepast op het honorariumdeel.**

Bijlage 3.

OVEREENKOMST ZIEKENFONDS — OEFENTHERAPEUT CESAR/MENSENDIECK*)

De ondergetekenden,

1. Het Ziekenfonds ..... , hierna te noemen „het ziekenfonds".
   gevestigd te .....
   en
2. de oefentherapeut Cesar/Mensendieck *) ..... , verder te noemen „de oefentherapeut".
   wonende te .....

— in aanmerking nemend de tussen de Organisaties van Ziekenfondsen en de Vereniging Bewegingsleer Cesar en de Nederlandse Mensendieckbond getroffen model-overeenkomst
— gelet op de Ziekenfondswet
— zijn het volgende overeengekomen:

Artikel 1 In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

„verzekerde" : de bij het ziekenfonds krachtens de verplichte verzekering, de bejaardenverzekering of de vrijwillige verzekering ingeschreven persoon, die zich voor het verkrijgen van oefentherapie voor rekening van het ziekenfonds tot de oefentherapeut heeft gewend.

„oefentherapeut" : een persoon, die in het bezit is van een bewijs van Bevoegdheid voor oefentherapie Cesar/Mensendieck.

„behandeling" : oefentherapie in de zin van artikel 1 sub b en c van het Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering 1974.

„praktijkhouder" : de oefentherapeut, die met behulp van één of meer medewerkers zijn/haar praktijk uitoefent.

„medewerker" : een persoon in het bezit van het bewijs van bevoegdheid voor oefentherapie Cesar/Mensendieck, die al dan niet in loondienst zijn/haar arbeid verricht in de inrichting van de praktijkhouder.

Artikel 2 De oefentherapeut verleent aan verzekerden oefentherapie overeenkomstig het hieromtrent bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet, met name in het Besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfondsverzekering 1974 en met inachtneming van de bepalingen van deze overeenkomst.

Artikel 3 Behoudens het bepaalde in de artikelen 6, 13 en 14 is de oefentherapeut gehouden persoonlijk de praktijk uit te oefenen.
Behandeling van meer dan één patiënt tegelijk is niet toegestaan.

Artikel 4 1. De oefentherapeut verricht zijn/haar behandelingen in een praktijkruimte die tenminste aan de volgende voorwaarden voldoet:
— de mogelijkheid voor het ruimschoots toetreden van licht en lucht
— een goede kunstverlichting
— een verwarming die hygiënisch en effectief is
— een vloerbedekking die hygiënisch en eenvoudig schoon te houden is
— een handenwasgelegenheid en toilet in de nabijheid van de behandelruimte
— een kleedgelegenheid voor de patiënt
— de oefentherapie moet onbelemmerd kunnen worden gegeven.
Tenminste moet aanwezig zijn:
— verplaatsbare achterspiegel, waarin de patiënt zich geheel kan zien (Mensendieck)
— manshoge spiegel(s)
— bank of bed (Cesar)
— stevige oefenkruk
— demonstratie-materiaal (Mensendieck)
— een kussen (Cesar)

2. Bovendien zal de oefentherapeut, indien medisch noodzakelijk, behandelingen ten huize van de patiënt verrichten, dan wel indien medisch noodzakelijk en indien de patiënt is opgenomen in een ziekenhuis, een bejaardencentrum of een andere soortgelijke instelling, aldaar.

Artikel 5 De oefentherapeut houdt tenminste eenmaal per week een vast spreekuur, tenzij anders tussen partijen wordt overeengekomen.
De oefentherapeut geeft van dat spreekuur en eventuele wijzigingen daarvan bericht aan het ziekenfonds.

Artikel 6 De oefentherapeut zorgt bij afwezigheid of ziekte voor behoorlijke waarneming door een oefentherapeut.

Artikel 7 Voor rekening van het ziekenfonds mag de oefentherapeut uitsluitend patiënten behandelen overeenkomstig een schriftelijke gedateerde opdracht van een de praktijk uitoefenende geneeskundige en een gunstige beslissing van het ziekenfonds.
Het ziekenfonds beslist zo spoedig mogelijk doch uiterlijk 14 dagen, nadat de aanvraag hiertoe bij het ziekenfonds is ingediend en geeft hiervan onverwijld kennis aan de oefentherapeut.

*) Doorhalen wat niet van toepassing is.

Artikel 8 1. De in artikel 7 genoemde opdracht dient in elk geval in te houden:
a. de naam en de woonplaats van de arts, die de opdracht verstrekte, alsmede diens handtekening of paraaf;
b. de naam, geboortedatum en de woonplaats, alsmede de naam van het ziekenfonds en het verzekeringsnummer van degene ten aanzien van wie de opdracht wordt verstrekt;
c. de diagnose, al of niet in code;
d. het totaal aantal behandelingen.
De opdracht kan onder meer voorschriften inhouden met betrekking tot de toe te passen behandeling.
2. Indien bij de oefentherapeut twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de opdracht of onderdelen daarvan, stelt deze zich onverwijld in verbinding met de arts die de opdracht verstrekte. De oefentherapeut houdt de arts, die de opdracht verstrekte op de hoogte van het verloop van de behandelingen.

Artikel 9 De in artikel 7 genoemde beslissing bevat tenminste de volgende gegevens:
a. de naam, geboortedatum en woonplaats, alsmede het nummer van de ziekenfondsverzekering van degene ten aanzien van wie de opdracht is verstrekt;
b. de naam van de arts, die de opdracht verstrekt en/of de aanvraag tot de beslissing doet;
c. het aantal en frequentie der behandelingen.
Indien de beslissing niet conform de aanvraag is, stelt het ziekenfonds hiervan de aanvrager en de verzekerde c.q. tevens de oefentherapeut in kennis en bij vervolgaanvragen steeds tevens de oefentherapeut.
De oefentherapeut is bevoegd de behandeling te weigeren indien de door het ziekenfonds genomen beslissing niet in overeenstemming is met de aanvraag hiertoe tenzij de arts, die de opdracht verstrekte, zich met deze wijziging kan verenigen.

Artikel 10 De oefentherapeut registreert op overzichtelijke wijze de gegevens genoemd in de artikelen 8 en 9, alsmede de data, waarop de behandelingen hebben plaatsgevonden.
De oefentherapeut zal zijn/haar medewerking verlenen aan een landelijke registratie van gegevens.

Artikel 11 De oefentherapeut zal zich bij de uitoefening van zijn/haar beroep gedragen overeenkomstig de normen, die leven onder zijn/haar beroepsgenoten.

Artikel 12 Elk van de partijen is bevoegd toezicht te houden op de naleving van de bepalingen van deze overeenkomst. De wederpartij verleent daartoe zijn medewerking.

Artikel 13 a. Wanneer de oefentherapeut zijn/haar praktijk voert met één of meer medewerkers, doet hij/zij als praktijkhoud(st)er hiervan schriftelijk mededeling aan het ziekenfonds, onder opgave van naam en bevoegdheid van de medewerker(s). Het ziekenfonds kan vorderen dat hij/zij met deze medewerker(s) een overeenkomst sluit regelende de behandeling van patiënten welke voor ziekenfondsrekening geschiedt.
Deze overeenkomst dient de hieronder nader omschreven bepaling te bevatten, ter zekerstelling, dat desbetreffende medewerker(s) met betrekking tot aan hem/haar door de praktijkhoud(st)er gedelegeerde behandelingen voor ziekenfondsrekening, gehouden is (zijn) de door de praktijkhoud(st)er met het ziekenfonds per overeenkomst aangegane verplichtingen eveneens voor zich bindend te achten en te aanvaarden.
De hiertoe strekkende uniforme bepaling, voor een dusdanige overeenkomst dient te luiden:
„Voor de medewerker(ster) gelden in de uitoefening der functie de bepalingen van overeenkomsten welke door de praktijkhoud(st)er op grond van landelijke c.q. regionaal voorschrift zijn afgesloten met het (de) ziekenfonds(en), in zoverre de bepalingen uit deze overeenkomsten betrekking hebben op de behandeling van ziekenfondspatiënten voor rekening van het ziekenfonds en deze mede op hem/haar als van toepassing zijn te beschouwen."
Het ziekenfonds kan — ten bewijze hiervan — overlegging vorderen van een gewaarmerkte fotocopie of ander afschrift, waaruit blijkt, dat deze bepaling in de overeenkomst met de medewerker is opgenomen.
b. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de medewerker(s) binnen de met de praktijkhouder aangegane verbintenis, blijft de praktijkhoud(st)er, die de inrichting beheert, ten volle tegenover het ziekenfonds verantwoordelijk en aansprakelijk voor de voor ziekenfondsrekening te verrichten behandelingen.
c. Indien een praktijk in de vorm van een maatschap wordt uitgeoefend, is elk der deelnemers in de maatschap gehouden een overeenkomst met het ziekenfonds te sluiten.
Overeenkomsten met medewerkers verbonden aan een maatschappraktijk, dienen de handtekeningen te bevatten van de participanten in de maatschap.

Artikel 14 Indien de oefentherapeut voldoet aan het vereiste om leiding en toezicht bij een stage uit te oefenen is het de oefentherapeut toegestaan leerlingen voor het beroep van oefentherapeut in de gelegenheid te stellen zich in zijn praktijk en onder zijn leiding en toezicht voor dat beroep praktisch te bekwamen.
Het aantal leerlingen mag niet meer bedragen dan één leerling per bevoegde oefentherapeut, en de periode per stagiaire niet meer dan drie maanden.
In beginsel zal een verzekerde steeds door dezelfde leerling worden behandeld.

Artikel 15 a. Onverminderd het bepaalde in artikel 8, lid 2 en artikel 9, laatste alinea kan de oefentherapeut weigeren een patiënt te behandelen, indien zulks redelijkerwijze niet van hem/haar kan worden gevergd.
In dat geval informeert de oefentherapeut de verzekerde over een of meer oefentherapeuten, die bereid zijn de verzekerde wel te behandelen.
Indien dit niet mogelijk is, geeft de oefentherapeut hiervan kennis aan het ziekenfonds en aan het bestuur van de Vereniging Bewegingsleer Cesar/Nederlandse Mensendieck Bond.
Dit bestuur is bevoegd maatregelen te treffen in een dergelijk geval, zodat de verzekerde toch behandeld wordt.
Indien de verzekerde weigert zich door een andere oefentherapeut te laten behandelen, geeft de oefentherapeut hiervan kennis aan het ziekenfonds.

b. De oefentherapeut is verplicht aan de uitvoering van maatregelen van het bestuur als bedoeld in het voorgaande lid, mee te werken.

Artikel 16 De oefentherapeut dient binnen 10 dagen na afloop van iedere kalendermaand bij het ziekenfonds een declaratie in, betreffende de door hem/haar aan verzekerden verstrekte behandelingen, die in de betrokken maand zijn beëindigd.
Gelijktijdig legt hij/zij de op deze declaraties betrekking hebbende beslissingen over.
Hij/zij dient verder op bedoelde declaraties te vermelden de data van de verstrekte behandelingen alsmede die gegevens, welke in onderling overleg nader worden overeengekomen.
Indien het ziekenfonds zulks wenselijk acht, wordt op de declaratie tevens vermeld door wie de behandelingen, waarop de declaratie betrekking heeft, zijn gegeven.

Artikel 17 Het ziekenfonds is aan de oefentherapeut verschuldigd de tarieven zoals deze op de dag van ondertekening van deze overeenkomst gelden of nadien worden overeengekomen tussen de Organisatie van Ziekenfondsen en de Vereniging Bewegingsleer Cesar/Nederlandse Mensendieck Bond en goedgekeurd door de Ziekenfondsraad.
De tarieven zijn gebaseerd op een behandelingsduur van een half uur.

Artikel 18 Het ziekenfonds betaalt aan de oefentherapeut de verschuldigde bedragen zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen 4 weken na de indiening van de declaratie, uit.
Mocht het ziekenfonds niet in staat zijn zich aan deze termijn te houden, dan zal het medewerking verlenen aan een voorschotregeling.

Artikel 19
1. Alle geschillen welke tussen partijen zullen ontstaan naar aanleiding van deze overeenkomst of nadere overeenkomsten, welke daarvan het gevolg mogen zijn, zullen met uitsluiting van de gewone rechterlijke macht in hoogste ressort worden beslist door bindend adviseurs.
2. De partij, die een zodanige beslissing verlangt, zal daarvan mededeling doen aan de wederpartij en voorts schriftelijk aanwijzing van vijf adviseurs verzoeken en wel:
   a. van twee adviseurs aan de in de aanhef van deze overeenkomst genoemde Organisatie van Ziekenfondsen;
   b. van twee adviseurs aan de Vereniging Bewegingsleer Cesar/Nederlandse Mensendieck Bond en
   c. van één adviseur aangewezen door de sub a en b genoemde organisaties.
3. De adviseur, genoemd in het vorige lid onder c, die als voorzitter van het college van adviseurs zal optreden, mag niet voortkomen uit de kring van de ziekenfondsen en de ziekenfondsorganisatie, noch uit de kring van oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.
4. Indien de ziekenfondsorganisatie en de Vereniging Bewegingsleer Cesar/Nederlandse Mensendieck Bond een maand nadat het verzoek om aanwijzing van een adviseur, als bedoeld in lid 2 onder c, bij haar is binnen gekomen, niet tot aanwijzing zijn overgegaan, is de meest gerede partij bij het geschil bevoegd aanwijzing van deze adviseur te verzoeken aan de Voorzitter van de Ziekenfondsraad.
5. De bindend adviseurs zullen hun bindend advies geven als goede mannen naar billijkheid, binnen drie maanden nadat zij hun benoeming hebben aanvaard, zij zijn bevoegd hun last zonodig met drie maanden te verlengen.
6. De partij, die in het ongelijk wordt gesteld, is verplicht de kosten van het bindend advies, daaronder begrepen de honoraria en de voorschotten van de bindend adviseurs, alsmede van de eventuele rechtskundige raadsman van de winnende partij te betalen; indien beide partijen ten dele in het ongelijk worden gesteld zijn de bindend adviseurs bevoegd de kosten geheel of gedeeltelijk te compenseren.
7. De bindend adviseurs zijn gerechtigd ter dekking van hun honorarium en verschotten een voorschot te vragen, waarvan ieder der partijen de helft moet voldoen en dat na afloop van het geschil zal worden verrekend op basis van het sub 6 bepaalde.

Artikel 20 Deze overeenkomst treedt in werking op .....

Artikel 21 Deze overeenkomst is aangegaan voor onbepaalde tijd met dien verstande, dat elk der partijen te allen tijde het recht heeft haar te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van zes maanden.
De opzegtermijn dient per aangetekend schrijven te geschieden.
Van deze termijn kan worden afgeweken:
a. in onderling overleg;
b. indien de partij die opzegt, dit doet omdat van haar verdere nakoming van de overeenkomst redelijkerwijs niet kan worden gevergd.
Voorts eindigt deze overeenkomst op de dag, waarop onherroepelijk is geworden de uitspraak waarbij de oefentherapeut wordt onderworpen aan de maatregel van schorsing in de uitoefening van zijn beroep, danwel aan de maatregel van ontzegging van de bevoegdheid het beroep van oefentherapeut uit te oefenen.

Aldus opgemaakt

Voor het ziekenfonds, De oefentherapeut.

N.B. Overeenkomsten, die — in welk opzicht dan ook — afwijken van de model-overeenkomst behoeven de goedkeuring van de Ziekenfondsraad, alvorens zij effect kunnen hebben.

Bijlage 4.

Applicaties voor de fysiotherapie bij vrij-gevestigde fysiotherapeuten.

Hoogfrekwente therapie:

Ultra Korte Golf (U.K.G.),

Radar,

Decimeter golf (Decimed),

Thermotherapie:

Paraffine,

IJspakkingen.

Laagfrekwente stroomtherapie:

Diadynamische stroom (D.D),

Continu galvanisatie,

Iontoforese,

Ultra Reiz (U.R.),

Electrostimulatie.

Middenfrekwente stroomtherapie:

Interferentie.

Lichttherapie:

Infra rood (I.R.),

Ultra Violet (U.V.).

Overige:

Ultra geluid (U.G of U.S).

Bijlage 5.

Dagstaat Patiënten Register

	jaar	maand	dag
Datum			

Naam: ..... praktijkhouder, associé
medewerker, leerling

Tijdstip aanvang praktijk..... Tijdstip einde praktijk.....

Naam patiënt	P/Z	Aantal verrichtingen naar soort van behandeling. ZIEKENFONDSCODE												Part. pat.*)
		1.01	1.11	1.12	1.13	1.14	1.15	1.16	1.17	1.18	1.21	1.22	2.01	

Bijlage 6.

Vragenlijst.

1. geslacht (omcirkelen)
   a.vrouw
   b.man

2. geboorte jaar 19_____

3. plaats van afstuderen _____

4. jaar van afstuderen 19_____

5. Bent u (omcirkelen)

a. praktijkhouder
b. stagiere
c. medewerker(ster)
d. maatschapslid
e. overige _____

6. Bent u (omcirkelen)
werkzaam in:

a. particuliere praktijk
b. polikliniek ziekenhuis
c. polikliniek verpleeghuis
d. gezondheidscentrum
e. elders_____

7. Bent u in loondienst (omcirkelen)

a.ja b.nee

De vragen die nu volgen hebben betrekking op de organisatie van de praktijk.

8. Op welke dagdelen werkt u (betreffende dagdelen die meer dan één uur bevatten omcirkelen)

(benadering)	0800-1300	1300-1800	1800-2200
op maandag	a. ochtend	- b. middag	-c. avond
op dinsdag	a. ochtend	- b. middag	-c. avond
op woensdag	a. ochtend	- b. middag	-c. avond
op donderdag	a. ochtend	- b. middag	-c. avond
op vrijdag	a. ochtend	- b. middag	-c. avond
op zaterdag	a. ochtend	- b. middag	-c. avond

9. Hoeveel patienten behandelt u gemiddeld per dagdeel?

_____

Indien het aantal patienten per dagdeel sterk verschilt gaarne ook maximum en minimum aangeven.

10. Draait u mee in een week-end dienst (omcirkelen)

a. ja b. nee

indien ja;
voor welke soort patienten (voorbeeld sportbehandelingen)

---

indien nee
waarom niet

_____
_____
_____
_____

11. Bent u lid van één of meer van de beroeps-verenigingen binnen de fysiotherapie (omcirkelen)

a.ja b. nee

indien ja van welke (bij naam noemen)

---

indien b
waarom niet

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

De volgende vragen hebben betrekking op bij- en nascholing in het beroep.

12. Heeft u een nascholing voor fysio-therapeutische verbizonderingen gedaan (ja geldt uitsluitend indien diploma is behaald)

a.ja b.nee

indien ja voor welke

--- examenjaar_____

--- examenjaar_____

--- examenjaar_____

--- examenjaar_____

13. De Opleidingen voor Fysiotherapie organiseren na-en bijscholingscursussen heeft u (of bezoekt u thans) een dergelijke cursus gevolgd.
(omcirkelen)

a. ja b.nee

indien ja welke cursus(sen)

_____

_____

_____

_____

14. Geef maximaal drie cursussen op waaraan u zelf behoefte heeft en die volgens u nog niet gegeven worden

1_____

2_____

3_____

De volgende vragen hebben betrekking op de administratieve procedures zoals die op dit moment met ziekenfonds SZR bestaan. Velen van u hebben allerlei meningen over die procedures. Door middel van deze vragen kan meer zicht worden verkregen op uw meningen. Nogmaals, de gegevens hierover worden uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt.

15. Houdt u een dagregistratie bij als bedoeld met de zogenaamde dagstaten van het ziekenfonds. (omcirkelen)

a.ja b.nee

indien nee welk soort van administratieve registratie gebruikt u dan wel

---

---

16. Houdt u de dagstaten chronologisch bij (in de volgorde van de komst van de patienten op die dag) (omcirkelen)

a.ja b.nee

17. Vermeldt u ook de particuliere patienten op uw dagstaat (omcirkelen)

a.ja b.nee

18. Wanneer vult u de dagstaat in?

a. direkt na elke behandeling van de patient

b. tijdens de dag

c. aan het einde van iedere dag

d. later namelijk_____

19. Als u een dagregistratie bijhoudt (dagstaten of ander systeem) vermeldt u daar dan op (omcirkelen)

a. wat u feitelijk per keer(zitting) doet

b. wat volgens de machtiging van het ziekenfonds is toegestaan

c. u vermeldt wat u zich later herinnert

20. Wat schat u dat uw percentage van aanvragen is met een frekwentie van (de 100% kan omdat er geschat moet worden overschreden worden)

1 keer per week -------%

2 keer per week -------%

3 keer per week -------%

dagelijks -------%

één keer per 14 dagen -------%

andere frekwenties -------%

Thans volgt een aantal vragen in de vorm van een stelling.

21. De aanvragen fysiotherapie voor ziekenfondsverzekerden teneinde een machtiging te krijgen moeten ook in de toekomst door de verwijzend arts van een diagnose cq indicatie voorzien worden. (omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

Wilt u uw antwoord kort toelichten?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

22. Veranderingen in de eerste aanvraag of in de verlenging moet de fysiotherapeut zelfstandig kunnen aanbrengen zonder ruggespraak met de verwijzer. De arts moet wel op de hoogte gebracht worden van die verandering.
(omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

23. Op het aanvraagformulier kan de ruimte die bestemd is voor "in overleg met" verdwijnen.
(omcircelen)

a.eens b.oneens

24. In de plaats komen van de ruimte "in overleg met", moet een ruimte met als kopje "de behandelend fysiotherapeut stelt voor" komen.(omcirkelen)

a.eens b.oneens

25. Voor aangebrachte veranderingen door de fysiotherapeut op de aanvraagformulieren moet het ziekenfonds zich in eerste instantie wenden tot de behandelend fysiotherapeut
(omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

26. Een adviserend geneeskundige van het ziekenfonds is niet in staat een aanvraag voor; en of een verandering in een fysiotherapeutische behandeling op zijn werkelijke fysiotherapeutische waarde te beoordelen.
(omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

27. Het ziekenfonds moet via de adviserend fysiotherapeut meer patienten ter controle van de gegeven behandeling oproepen.
(omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

Wilt u uw antwoord kort toelichten?

28. Bij meningsverschillen tussen behandelend en adviserend fysiotherapeut over het al dan niet voortzetten van een fysiotherapeutische behandeling is in laatste instantie de gemotiveerde mening van de adviserend fysiotherapeut doorslaggevend.
(omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

Wilt u uw antwoord kort toelichten?

De volgende vragen hebben betrekking op onderdelen van de vakinhoud en de samenwerking.

29. Omdat de huisarts de belangrijkste verwijzer voor de fysiotherapeut is, is het noodzakelijk dat er in zowel de opleiding tot huisarts als die van fysiotherapeut, een deel wordt opgenomen waarin wederzijds van elkaars werk(wijze) kennis kan worden.

a.eens b. oneens

30.Met welke frekwentie heeft u kontakt met de verwijzend huisarts (omcirkelen)

a.dagelijks
b.wekelijks
c.afhankelijk van de patient

31.Groepstherapie moet mogelijk worden binnen de ziekenfondswetgeving
(omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

indien eens

Geef in een volgorde van voorkeur aan voor welke vijf (of minder) indicaties u groepstherapie op beroepsinhoudelijke argumenten noodzakelijk acht.
(1 is meeste, 5 is minste voorkeur)

1_____

2_____

3_____

4_____

5_____

32 .Bij groepstherapie die als verstrekking wordt toegestaan is het redelijk dat er per groep patienten per keer een vergoeding wordt gegeven door de financiers. De individuele vergoeding komt daardoor te vervallen.
(omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

33. Voor welke indicaties geeft u nu al groeptherapie (uitsluitend zo nauwkeurig mogelijke indicatie noemen)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

De volgende vragen hebben te maken met meer op de regio gerichte behoefte.

34. Omdat de fysiotherapeutische zorg per regio kan verschillen moeten met het lokale ziekenfonds afspraken worden gemaakt, die van de landelijke afspraken kuunen afwijken. (omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

Indien u het er mee eens bent aan welke inhoudelijke afspraken denkt u dan.

35 .Het is de taak van het locale ziekenfonds om zich als een partner van de fysiotherapeuten te gedragen, ten einde het hoofd te bieden aan de (komende) problemen. Zoals nieuwe wetgeving, vestigingsbeleid etc. (omcirkelen)

a.mee eens - b. oneens

Wilt u uw antwoord toelichten?

36. Op beroepsinhoudelijke gronden is de meest adequate frekwentie van tappotage/ademhalings-oefeningen (bij acute gevallen van patienten met ademhalingsproblemen)
(één mogelijkheid omcirkelen)

a. 1 maal per week
b. 2 maal per week
c. 3 maal per week
d. 4 maal per week
e. 5 maal per week
f. 6 maal per week

h. dagelijks

i. andere frekwenties

37 .De belangrijkste redenen om te overwegen meer behandelingen te declareren bij het ziekenfonds voor één feitelijk gegeven behandeling bij één patient zijn volgens u

_____
_____
_____
_____
_____
_____

38. Bij de zogenaamde verlengingsaanvraag voor het ziekenfonds moet een behandelplan van de fysiotherapeut worden meegezonden.Geen behandelplan, geen machtiging.(omcirkelen)

a. mee eens b.oneens

Wilt u uw antwoord toelichten?

_____
_____
_____
_____
_____

39. Welk percentage van uw machtigingen maakt u tot en met de laatste behandeling vol. (omcirkelen)

a. 100%

b. 80-100%

c. 60-80%

d. 40-60%

e. 20-40%

f. 0%-20%

De nu komende vragen hebben te maken met de relatie fysiotherapie-wetenschap.

40. Het feit dat thans zo wordt aangedrongen op de wetenschappelijke onderbouwing van de fysiotherapie, is het gevolg van het op dit moment nog onontwikkeld zijn van dit beroep. (omcirkelen)

a.eens b.eens

41. De verwetenschappelijking van de fysiotherapie is een onmisbaar element voor de herkenbaarheid van het produkt dat fysiotherapie heet. Dit produkt is op het ogenblik te slecht herkenbaar is voor andere discplines. (omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

42. Onderdelen van de fysiotherapie die binnenkort wetenschappelijk onderzocht zouden moeten worden zijn.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

43. Behandelonderdelen waarvan wetenschappelijk komt vast te staan dat er geen of onvoldoende behandelingswaarde aan kan worden toegekend moeten niet meer vergoed worden (omcirkelen)

a.mee eens b.oneens

44.In uw dagelijkse praktijkuitoefening houdt u een systematische inhoudelijke registratie van de behandelingsgegevens (effekt, dosering, frekwentie etc) bij. (omcirkelen)

a.ja b.nee

45. Ter ondersteuning van de verwetenschappelijking van de fysiotherapie staan zowel uw inhoudelijke als de administratieve gegevens van de fysiotherapeutische handelingen ter beschikking van de onderzoekers. Mits de noodzakelijke zorgvuldigheid in acht wordt genomen.(omcirkelen)

a.ja b.nee

46. Vijf jaar na het afstuderen als fysiotherapeut is een verplichte inhoudelijke bijscholing (ten aanzien van onderdelen die aangegeven worden door bijvoorbeeld een "landelijke commissie beroepsinhoud") noodzakelijk. (omcirkelen)

a. mee eens b.oneens

47. Het percentage van diagnoses en indicaties voor fysiotherapie is volgens u (omcirkelen)

a. zeer sterk (meer dan 80%) psycho-sociaal geladen

b. sterk (60-80%) psycho-sociaal geladen

c. matig (40-60%) psycho-sociaal geladen

d. weinig (20-40%) psycho-sociaal geladen

e. zeer weinig (minder dan 20%) psycho-sociaal geladen

48. De reden waarom bij het ziekenfonds in aantallen van twaalf wordt aangevraagd is te wijten aan

Bijlage 7.

STICHTING ZIEKENFONDS ROTTERDAM
Sociaal Medische Dienst
Postbus 1311 3000 BH Rotterdam

Aanvraagformulier voor
FYSIOTHERAPIE / MENSENDIECK / CESAR / LOGOPEDIE
uitsluitend bestemd voor **eerste aanvraag**
(zie achterzijde duplicaat voor aanwijzigingen)

IN TE VULLEN DOOR AANVRAGEND ARTS

Naam: ..... M/V

.....

Adres: .....

Geb. datum: .....

Beroep: .....

Inschrijfnr. S.Z.R. .....

Diagnose en doel behandeling: .....

.....

.....

.....

.....

Ongeval Ja / Neen .....

IN TE VULLEN DOOR (FYSIO)THERAPEUT

In overleg met aanvragend arts behandelwijze(n) gewijzigd in:

.....

.....

.....

Datum eerste behandeling: .....

Naamstempel therapie-inrichting Datum: ..... 19.....
Handtekening therapeut

Behandelwijze(n): .....

.....

.....

Duur en frequentie ..... weken ..... x per week / ..... weken

* ☐ in praktijk (fysio)therapeut
☐ ten huize van verzekerde
☐ in tehuis, naam .....
* Aankruisen wat van toepassing is.

Naamstempel arts Datum ..... 19.....
Handtekening arts

Portvrij verzenden in enveloppe antwoordnummer 1828.
Te verkrijgen bij S.Z.R., Postbus 1311, 3000 BH Rotterdam

Datum ontvangst: S457

Voor het afgeven van een machtiging door het ziekenfonds conform art. 5 van het besluit paramedische hulp en logopedie dient de aanvraag tijdig vóór de behandeling te worden ingediend en te omvatten:

a personalia van de verzekerde,
b diagnose,
c doel van de behandeling,
d aard van de therapie en ingeval fysiotherapie wordt aangevraagd tevens een nadere aanduiding inzake de vorm van de therapie,
e duur van de kuur en frequentie,
f in voorkomend geval:
  – bij iontoforese vermelding van het toe te passen geneesmiddel;
  – de motivering, op grond waarvan behandeling ten huize van de verzekerde wordt voorgeschreven;
g datering alsmede naam en handtekening aanvragend arts.

De aanvragend arts gelieve de aanvraag aan de verzekerde te geven met het verzoek deze aan de therapeut van zijn/haar keuze te overhandigen. De therapeut voorziet de aanvraag van de datum 1e behandeling, naamstempel en handtekening en zendt deze onverwijld door aan de sociaal medische dienst van de S.Z.R. Indien de aanvraag aanleiding heeft gegeven tot overleg met de aanvragend arts dient de therapeut het resultaat eveneens te vermelden.

Om een goede beoordeling en snelle afhandeling van de aanvraag te bevorderen is het dringend gewenst:

1 vooral de personalia van de verzekerde duidelijk *leesbaar* te vermelden;
2 naast de diagnose de meest relevante gegevens te vermelden betreffende b.v. resultaat X-foto, tijdsduur klachten, datum ongeval, C.V.A. e.d., voorgaande behandelingen en de medicatie;
3 onder doel van de behandeling aan te geven het resultaat wat beoogd wordt;
4 geen gebruik te maken van een handtekening-stempel en in ieder geval de aanvraag te paraferen.

De therapeut is gehouden:

1 indien twijfel bestaat aan de juistheid of volledigheid van de door de arts gegeven verwijzing, overleg met de arts te plegen;
2 de aanvragend arts en de adviserend geneeskundige op de hoogte te houden van de behandeling. Dit is mogelijk via het kort verslag op de machtiging;
3 voor wijzigingen in de behandeling tijdens de machtiging toestemming te vragen aan de sociaal medische dienst.

Om de continuïteit van de behandeling te waarborgen dienen zowel therapeut als aanvragend arts er zorg voor te dragen de vervolgaanvraag zodanig tijdig in te dienen dat het ziekenfonds deze kan beoordelen voor het einde van de lopende machtiging.

Bijlage 8.

Coderingslijst fysiotherapie S.Z.R.

00100 Bovenste extremiteit
00101 arthrosis
00102 rheumatoïde arthritis
00103 artralgie (gewrichtspijn + banden), instabiliteit, surmenage
00104 atrofie spieren, krachtsvermindering
00105 osteoporose, botafwijkingen
00106 bursitiden
00107 collagene laesie, spierrupturen, hematomen t.g.v. rupturen, littekens
00108 contractuur/bewegingsbeperking, dupuytren
00109 contusie, distorsie, luxatie gewrichtsletsel
00110 bot- en gewrichtsoperatie, doorbewegen onder narcose
00111 status na fractuur (collesfractuur)
00112 myogelosen, myalgieën, hypertonieën, hypotonieën
00113 standsafwijkingen gewrichten
00114 neuralgiën, neuritiden, paraesthesieën, zenuwlaesius, carpale tunnel syndroom, (südeckse) dystrofie
00115 paresen, paralysen
00116 peesletsels, -verkortingen, -operaties, tendinitiden, periostitis
00117 P.H.S., schouder-hand syndroom, frozen shoulder, brachialgie, supra spinatus syndroom
00118 epicondylitis-lateralis humeri, -medialis
00119 amputatie
00121 tumoren B.E.
00150 overigen bovenste extremiteit (schouder t/m hand)

00200 Onderste extremiteit
00201 arthrosis
00202 rheumatoïde artritis
00203 artralgie (gewrichtspijn + banden), instabiliteit, surmenage
00204 atrofie spieren, krachtsvermindering
00205 osteoporose, botafwijkingen
00206 bursitiden
00207 collagene laesie, spierrupturen, hematomen t.g.v. rupturen, blessures, littekens
00208 contracturen/bewegingsbeperking
00209 contusie, distorsie, luxatie, gewrichtsletsel, knie-, enkelbandletsel
00210 bot- en gewrichtsoperaties (total hip), doorbewegen onder narcose
00211 status na fractuur
00212 myogelosen, myalgieën, hypertonieën, hypotonie
00213 standsafwijking gewrichten
00214 neuralgiën, neuritiden, paraesthesieën, zenuwlaesie, dystrofie
00215 paresen, paralysen
00216 peesletsels, -verkortingen, -operaties, tendinitiden, periostitis
00217 hydrops, oedeem
00218 chondromalacie patellae, gonarthrose
00219 amputaties
00221 tumoren, O.E.
00250 overigen onderste extremiteit (heup t/m voet)

00300 Romp, hoofd, wervelkolom.
00301 spondylosis deformans - exostosen, spondylolisthesis orthrosis wk + aanduiding 6, 7 of 8
00302 M. Bechterew
00303 atralgie, instabiliteit, surmenage
00304 atrofie spieren, krachtsvermindering
00305 osteoporose, botafwijkingen
00306 fibrositis spieren
00307 cervicale klachten, discopathie

00308 thoracale klachten, discopathie
00309 lumbale klachten, lumbago L.B.P., discopathie, S.I. blokkade
00310 H.N.P. (geopereerde), andere operaties, chemonucleolysis
00311 status na (wervel)fractuur, bekken
00312 myogelosen, myalgieën, hypertonieën, hyptonie
00313 rugklachten zonder verdere aanduiding lokalisatie/oorzaak, m erector trunci houdingsafwijkingen, statische deformiteiten, algehele WK klachten
00314 neuralgiën, ischialgie, neuritiden, paresthesieën, zenuwlaesies, paresen, paralysen, dystrofie
00315 migraine, cephaleae, vertigo (evenwichtsstoornis, duizeligheid), tens H.P.
00316 vertebrale e.a. letsels, peesletsels, -verk., -operaties, tendinitiden, littekens, whiplash
00317 radiculair syndroom lumbaal, (H.N.P. + uitstraling/uitval)
00318 cervicaal syndroom, cervicobrachialgie, thoracic outlet syndroom, niet geopereerd, CCCS
00319 scoliose
00320 M. Scheuermann
00321 st. na mamma ca operatie
00350 overige romp

00400 Thorax en luchtwegen
00401 C.A.R.A.
00402 asthma, chronische bronchitis, bronchiëctasieën
00403 pneumonie, luchtweginfecties
00405 emfyseem, dyspnoe
00406 hyperventilatie, adempatroon afwijkingen
00407 sinusitis
00408
00409 contusie ribben
00410 status na thorax chirurgie, luchtweg deformiteiten
00411 hartinfarct
00421 Long CA
00450 overigen thorax (- pancreas fibrose) (borst)

00500 Systeem Neurologische aandoeningen
00501 status na C.V.A., status na hersenletsel, hydrocephalus hemi-, para-, quadriplegie, spasticiteit
00502 ataxie, athetose, chorea, motorische retardatie, prematuren
00503 amytrofische lateraal sclerose = A.L.S., extra pyramidale aandoeningen multiple sclerose, Parkinson
00504 progressieve spierdystrofie, dwarslaesie, Guillain Barré, status na polio spina bifida, charcot. marie Tooth
00505 N VII facialisparese, paralyse, laesie, herpes zoster
00506 functie stoornissen t.g.v. hysterie, epilepsie
00550 overige systeem aandoeningen (gehele lichaam)

00600 Aandoeningen zonder specifieke/meerdere lokalisaties
00601 arthrosis generalisata (arthrose met meerdere lokalisaties)
00602 R.A. met meerdere lokalisaties
00603 circulatie stoornissen
00604 osteoporose niet nader omschreven
00605 status na brandwonden, meerdere littekens
00606 spanningssyndroom, vegetatieve stoornissen
00607 aangeboren botgroeistoornissen en botafwijkingen
00608 hemofilie, overige congenitale aandoeningen
00609 incontinentie
00610 overige operaties
00611 status na mult. fracturen of traumata
00612 myalgieën, hypertonieën, myogelosen, hypotontie, alg. malaise, fibrositis
00614 polyneuropathie

00615 dermatologische aandoeningen
00616 aandoeningen van interne aard
00621 Kahler, tumoren
00650 overigen zonder lokalisatie (plaats onbekend)

Bijlage 9.

MACHTIGING AFGEGEVEN DOOR:

S.V.P. DIT NUMMER GEBRUIKEN BIJ DECLAREREN

MACHTIGING: MACHTIGINGSNUMMER:

TEN BEHOEVE VAN:
- NAAM
- GEBOORTEDATUM EN GESLACHT
- ADRES
- WOONPLAATS
- INSCHRIJFNUMMER/GEZINSLIDNUMMER

MACHTIGING VOOR:

BEHANDELINGEN, TE VERLENEN DOOR:
- NAAM
- ADRES
- WOONPLAATS
- CODENR.

BEHANDELING AANGEVRAAGD DOOR:
- DATUM 1e BEHANDELING
- GELDIG TOT EN MET*

* BEHOUDENS SCHRIFTELIJKE BEEINDIGING

Naamstempel inrichting

Indien naar Uw mening nog verlenging nodig is, gelieve U verzekerde met dit formulier en de copie verslag tijdig vóór afloop van de machtiging te verwijzen naar bovengenoemde arts.

Verzekerde werd op deze machtiging ____ X behandeld vanaf ____ tot ____
KORT VERSLAG: _____

Resultaat behandeling*

- ☐ verbeterd
- ☐ onveranderd
- ☐ onttrok zich aan de behandeling
- ☐ behandeling kan beëindigd worden

* Aankruisen wat van toepassing is

Naam behand. therapeut: _____ datum ____ 19 .

Eventuele wijziging tijdens deze machtiging is alleen toegestaan na goedkeuring door het Ziekenfonds en dient in het kort verslag te worden vermeld.

Vervolg aanvraagformulier voor fysiotherapie/mensendieck/cesar/logopedie

betreft de aan ommezijde vermelde verzekerde.

Diagnose:

Resultaat behandeling:

Motivering voortzetting: _____

Ondergetekende verzoekt*

- ☐ voortzetting van de behandeling
- ☐ wijziging van de behandeling
- ☐ voor de laatste keer te behandelen
- ☐ stopzetting van de behandeling

in: _____

Duur en frequentie: _____ weken _____ x per week/weken

Naamstempel arts _____ 19 ...

(Handtekening arts)

* ☐ in praktijk (fysio)therapeut
☐ ten huize van de verzekerde
☐ in tehuis, naam _____

* Aankruisen wat van toepassing is

Waarom acht U een behandeling aan huis noodzakelijk? _____

De therapeut gelieve op dit formulier na terugontvangst de datum in te vullen van de eerste behandeling in de vervolgserie en het formulier daarna op te zenden aan de Medische Dienst van het Ziekenfonds.

Datum 1e behandeling: _____

De aanvragend arts gelieve verzekerde met dit formulier naar de therapie-inrichting terug te verwijzen.

Bijlage 10.

Gevonden opmerkingen in de steekproef van de dossiers op de "Achterkant van de Vervolgaanvragen" die door de huisartsen opgeschreven zijn. Dit alles in relatie tot het "et cetera principe".

-z.o.z;
-herhaling diagnose;
-mee eens fysiotherapeut;
-zie fysiotherapeut;
-onderhoud (bekend);
-akkoord fysiotherapeut;

Bijlage 11.

Resultaten berekening statistische grootheid d. bij de Tweede diagnose lumbale klachten, code 309 ten opzichte van 8 andere codes.

Volgens d=e:v bij een significantieniveau van 0,1=d=1,64 voor dubbelzijdig toetsen.

Bron Tabel voor d. van Fisher R.A. en Yates F. Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical research, 1984 Oliver and Boyd Ltd., Edinburg.

Code	117	d=-0,78 peri-arthritis humero scapularis.
	118	d= 0,24 epicondylitis lateralis.
	307	d=-3,2 cervicale klachten(niet radiculair).
	312	d= 0,58 myogelosen rug.
	313	d=-1,24 rugklachten zonder nadere aanduiding.
	315	d= 2,87 migraine.
	317	d=-1,89 radiculair syndroom lumbaal.
	318	d=-3,99 radiculair syndroom cervicaal.

Bijlage 12.

Enige kenmerken van de respondenten fysiotherapeuten N=94.

Verdeling geslacht respondenten.

Vrouw	54
Man	38
Onbekend	2

Leeftijdsamenstelling.

-0-19	0	45-49	8
20-24	0	50-54	2
25-29	32	55-59	2
30-34	31	60-64	1
35-39	11	65 e.o.	0
40-44	5	onbekend	2

Plaats van afstuderen.

Haarlem	1	Den Haag	9
Amsterdam	6	Rotterdam	59
Breda	2	Heerlen	1
Enschede	1	Leiden	3
Nijmegen	1	Utrecht	7
Overige*	2	Onbekend	2

*Buitenlandse diploma's.

Status bij praktijkuitoefening.

Praktijkhouder	45
Medewerker	12
Maatschapslid	22
Praktijkhouder én maatschapslid	7
Medewerker én maatschapslid	4
Onbekend	4

Jaar van afstuderen.

1947	1	1967	1	1975	5	1983	4
1949	1	1968	3	1976	6	1984	1
1950	1	1969	5	1977	4	1985	1
1960	2	1970	1	1978	8		
1962	2	1971	2	1979	8		
1963	3	1972	1	1980	5		
1965	2	1973	2	1981	9		
1966	6	1974	2	1982	8		

Gemiddeld aantal behandelde patienten per dagdeel per fysiotherapeut.

Aantal pat.	f.fys.
01-03,5	4
04-06,5	19
07-09,5	34
10-12,5	24
13-15,5	2
16-18,5	2
19-21,5	4
onbekend	5

Weekend diensten door fysiotherapeuten.

Ja	31
Nee	60
Onbekend	3

Voor welke indicaties indien "ja" score?

Ademhalingspatienten
Acute (incl. sport) gevallen
Alle patienten die het nodig hebben ongeacht welke indicatie

Bijlage 13.

Stichting Ziekenfonds Rotterdam

Hoofdkantoor: Mathenesserlaan 321 3021 HL Rotterdam
Postbus 1311 3000 BH Rotterdam
Telefoon 010-78 59 11

Bijkantoor: v. Swietenlaan 80 Rotterdam
Telefoon 010-78 54 90

Postgiro: 225978

.....
.....
.....
.....
.....

Onderwerp:	Uw referentie:	Onze referentie:	Rotterdam,
-		.....	.....

Behandeld door: .....
Tel. 010-785 .... (doorkiesnummer)

Betreft uw patient(e): .....
adres: .....
geb.: .....

Weledel....geleerde .....,

Naar aanleiding van uw aanvraag d.d. .....
voor: oefen- en/of massagetherapie met applicatie,
delen wij u mede uitsluitend te kunnen adviseren tot het afgeven van een machtiging voor enkelvoudige behandelwijze op grond van de ons op dit moment ter beschikking staande gegevens.

Dit als gevolg van de sinds 1 april en 1 juni 1980 geldende beperkende maatregelen van het "besluit paramedische hulp en logopedie ziekenfonds-verzekering".

Immers gezien het feit dat de verzekerde zonder een onderbreking van minstens 90 dagen reeds 12 gekombineerde behandelingen gemachtigd heeft gekregen, kan hier slechts geadviseerd worden een machtiging af te geven voor oef/massage.

Hoogachtend,
Stichting Ziekenfonds Rotterdam

p/o

....
adviserend fysiotherapeut..

c.c.
.....

Correspondentie uitsluitend te richten aan het hoofdkantoor, Postbus 1311, 3000 BH Rotterdam

Bijlage 14.

		1984	1983	1982	1981	1980
	eerste aanvraag	39.996	37.659	34.604	31.286	27.038
na 12 zittingen	1e vervolgaanvraag	19.280	18.868	17.648	16.628	14.882
na 24 zittingen	2e vervolgaanvraag	6.861	6.940	5.625	6.117	5.544
na 36 zittingen	3e vervolgaanvraag	3.084	2.895	2.748	2.432	2.322
na 48 zittingen	4e vervolgaanvraag					
na 60 zittingen	5e/6e					
	etc. vervolgaanvraag	7.608	6.973	6.703	5.806	5.901
	Totaal	76.829	73.335	68.328	62.269	55.687
Gemiddeld aantal zittingen bij welke diagnose dan ook		23.35	23,35	23,58	23,44	24,10

Bijlage 15.

Onderwerpen Focused Interviews met de waarneemgroepen van de huisartsen.

Controleprocedure Fysiotherapie door locale ziekenfonds S.Z.R.

Hoeveelheid aanvragen fysiotherapie.

Gegevensverstrekking door fysiotherapeut.

Relatie met fysiotherapeut.

Applicaties, gecombineerde behandelingen.

Standaardprocedure en standaardbrieven.

Inhoud van diagnose en indicatie voor fysiotherapie.

Aantal zittingen per aanvraag voor fysiotherapie.

Frekwentie (dosering) van de fysiotherapeutische zittingen.

Het aantal van twaalf.

Onderhoudsbehandelingen.

Aan huis behandelingen.

Eisende patienten.

Controle patient door S.Z.R.

Kenniscomponent omtrent fysiotherapie.

Samenwerking(sverbanden) in relatie tot fysiotherapie.

Bijlage 16.

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

FACULTEIT DER
GENEESKUNDE
STUDIERICHTING
ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG

onze referentie

uw referentie

rotterdam
maart 1986

doorkiesnr. 63

onderwerp

In 1981 verleende de minister van Onderwijs en Wetenschappen zijn toestemming aan de Erasmus Universiteit Rotterdam om aan de medische faculteit een vierjarige doctoraalopleiding Algemene Gezondheidszorg te starten. Deze opleiding is gericht op beleids- en management-vraagstukken in de gezondheidszorg. Binnen het kader van een aantal onderzoeksprojecten van de studierichting Algemene Gezondheidszorg wordt een onderzoek voorbereid door drs. H.J. Tap, die als (full-time) wetenschappelijk docent aan deze studierichting is verbonden.
De begeleiding van dit onderzoeksproject is in handen van Prof. Dr. R.M. Lapré. Het doel van dit onderzoek is het meer inzichtelijk en herkenbaar maken van het fysiotherapeutisch handelen. Daarbij zal gekeken worden naar zowel inhoudelijke als voorwaardenscheppende aspecten die te zamen dat fysiotherapeutisch handelen vorm geven.

Zoals bekend, speelt de fysiotherapie zich af in een netwerk waarbinnen ook allerlei andere groeperingen werkzaam zijn.
Te denken valt aan de verwijzende artsen, de medische en paramedische opleidingen, de financiers en de inspectie. Ieder van hen speelt zijn specifieke rol en heeft specifieke wensen en ideeën als het om het fysiotherapeutisch product gaat.

Toegespitst op de fysiotherapeuten zelf is er een groot aantal wensen en knelpunten dat de nodige aandacht verdient.

Postadres: Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

College van Bestuur, Bureau van de Universiteit, Faculteit der Economische Wetenschappen, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Centrale Interfaculteit en Computerinstituut Woudestein, Burgemeester Oudlaan 50, tel. 010 - 52 55 11. Faculteit der Geneeskunde en Subfaculteit Maatschappijgeschiedenis t.o., Dr. Molewaterplein 50, tel. 010 - 63 91 11.

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

Zo zullen er met het oog op de toekomst strategische keuzen moeten worden gemaakt door de fysiotherapeuten, die hun positie in de gezondheidszorg garanderen dan wel verstevigen.

De opzet van het onderzoek is er dan ook op gericht waar nodig knelpunten uit de weg te helpen, dan wel nieuwe ideeën de ruimte geven. Gedacht kan worden aan:
- een meer op de regio afgestemde fysiotherapeutische hulp;
- de effecten van de (huidige) wet- en regelgeving in het kader van de paramedische hulp;
- de samenstelling van de beroepsinhoud.

Teneinde tot een uitwerking van de problematiek te komen zijn gegevens noodzakelijk.
Het is om die reden dat u vriendelijk wordt verzocht uw medewerking aan deze enquête te verlenen. Wij stellen het zeer op prijs wanneer u het bijgesloten formulier zou willen invullen en in de, eveneens bijgevoegde, gefrankeerde envelop zou willen terugzenden.
Er wordt uiteraard een strikte anonimiteit gegarandeerd. Dat betekent dat uw gegevens op een wijze worden verwerkt die het onmogelijk maakt dat u als invuller herkenbaar wordt.
De uiteindelijke rapportage van de gegevens zal in een later stadium worden gepubliceerd, op een zodanige wijze dat de beroepsgroep kennis kan nemen van de resultaten.

Uw medewerking aan deze enquête wordt bijzonder op prijs gesteld en wij willen u bij voorbaat voor de te nemen moeite bedanken. Voor nadere informatie over de enquête en het onderzoek kunt u contact opnemen met Drs. H.J. Tap (010-63.5365/63.5151).

Hoogachtend,
STUDIERICHTING ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG

Prof. Dr. R.M. Lapré Drs. H.J. Tap

Bijlagen: enquête
antwoordenveloppe

Bijlage 17.

Diagnosen/indicaties die tot een verlenging aanleiding gaven.*

Diagnose/indicatie	totaal	aantal	%
Peri-arthritis humero scpularis	188	153	81
Epicondylitis lateralis	94	64	68
Contusie knie, enkel	93	46	49
Chondromalacia patellae	122	68	56
Cervicale			
Thoracale			
Lumbale klachten niet radiculair	681	488	72
Myogene rugklachten	56	21	38
Rugklachten zonder nadere aanduiding	48	19	40
Migraine	41	19	44
Cervicaal			
Lumbaal radiculair syndroom	346	184	53
C.A.R.A.	53	46	87
C.V.A.	60	56	93
Arthrosis deformans generalisata	62	49	79
Hyperventilatie	34	19	56
Totaal	1878	gem.%	63

1878 is 70% van het totaal in de steekproef laatst aangetroffen diagnosen/indicaties.
*de norm van meer dan 2% per diagnose/indicatie uit het totaal is arbitrair gekozen.

Kruistabel 18 meest voorkomende eerste en tweede diagnosen/indicaties

1e \ 2e	117	118	201	203	209	218	307	308	309	312	313	314	315	317	318	401	501	601	
117	30	4	3		2		2		7	1	1	1				1			52
118	1	8			3	1	1		1			1	1		3				20
201	1		24									2		1					28
203	3		1	12		1	2		5	1	2				1				28
209				1	16		4	1	4	1					2	1			30
218			1	2	1	28	2		6						1		1	1	43
307	3	4	2		1	1	32		5		2	2	2		4	1		1	60
308							4	3	1		2								10
309	8	10			9	4	7	5	134	7	4	6	7	5	8			2	216
312	3	1	1		1		1		7	9									22
313	1				1		2		1		7				1				14
314							2		3			13			1				19
315	1						1		5		1		6		1				15
317	2	1				1	2		5		1	2		30	2	1			47
318	8	5	3	2	3	1	2		10	1	3	2	5		66	1	1		113
401									1							17		1	19
501	1		1				1		2	1	1	1				2	11		21
601		1	2						2							1		18	24
Totaal	62	34	38	17	37	37	65	9	199	21	24	30	21	36	90	25	13	23	781 (N)

Bijlage 18.

Bijlage 18a. Ingedikte tabel van bijlage 18.

Code	Tweede diagnose/indicatie				
Eerste diagnose/indicatie	117	118+218	307+308+309	317+318	Tot.
117	30	4	9	0	43
118+218	1	37	10	4	52
307+308+309	11	19	191	17	238
317+318	10	8	19	98	135
Totaal	52	68	229	119	468

Bijlage 19.

Geïnterviewde personen.

Mevr. P.Meijer, adviserend fysiotherapeut, Stichting Ziekenfonds Rotterdam

Mr.A.A.Kars, adjunct directeur verstrekkingen, Stichting Ziekenfonds Rotterdam

drs. H. van Amerongen, arts/coördinator huisartsenopleiding te Rotterdam

Dhr. J.A. van den Bergh, directeur Academie voor Fysiotherapie te Rotterdam

CURRICULUM VITAE

1944	Geboren te 's-Gravenhage
1958 - 1963	Economische School, 's-Gravenhage
1964 - 1966	Militaire Dienst
1966 - 1969	Area manager farmaceutische industrie
1970 - 1974	HBO Fysiotherapie, 's-Gravenhage
1975 - 1982	Hoofd paramedische dienst verpleeghuis
1978 - 1982	Doctoraal studie sociologie, Erasmus Universiteit Rotterdam
1982 - 1985	Medewerker Stichting Ziekenfonds Rotterdam, tot 1984 als adviserend fysiotherapeut en tot 1 december 1985 als hoofd afdeling beleid en public relations
1-12-1985	Wetenschappelijk docent, Erasmus Universiteit Rotterdam, Faculteit der Geneeskunde, studierichting Algemene Gezondheidszorg