



**Monitor
Paramedische zorg**
Overzicht van de ontwikkelingen 2012-2018

april 2019



Nederlandse
Zorgautoriteit

Inhoud

Samenvatting

1. Inleiding
2. De paramedische zorg in vogelvlucht
3. Contracten
4. Betaalbaarheid
5. Kwaliteit van paramedische zorg
6. Toegankelijkheid van de paramedische zorg
7. Conclusies en aanbevelingen

Samenvatting

In deze monitor brengen wij de ontwikkelingen over de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid in de paramedische zorg in kaart voor de periode 2012 tot en met 2017. Ook brengen we ontwikkelingen in kaart voor het jaar 2018, indien voldoende betrouwbare gegevens beschikbaar zijn. De monitor is van toepassing op de paramedische sectoren waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de behandelomschrijvingen (prestaties) reguleert: fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. In al deze sectoren gelden vrije tarieven. De monitor geeft een beeld van de paramedische zorg geleverd aan patiënten door eerstelijns paramedische praktijken, die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of via de aanvullende verzekering wordt vergoed en bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.

De NZa ontving in 2017 en 2018 veel klachten, signalen en vragen van paramedici en hun vertegenwoordigers over problemen die zich voordoen bij het sluiten van contracten met zorgverzekeraars. Voor de NZa staat het burgerbelang centraal. Daarom bekijken we in deze monitor wat het effect is van het contracteerproces en de tariefontwikkeling voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg voor patiënten en verzekerden.

De ontwikkelingen in de paramedische zorg zijn in kaart gebracht op basis van kwantitatieve databronnen, zoals declaratiedata van Vektis. Daarnaast hebben we een enquête uitgezet onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De enquête is een aanvulling op en verdere duiding van de informatie uit de kwantitatieve databronnen.

Onvrede over contracteerproces

De contracteergraad in de paramedische zorg is hoog. Toch is er onder paramedische zorgaanbieders veel onvrede over het contracteerproces. Zorgaanbieders kunnen zich niet vinden in de hoogte van de tarieven, de Patiënt Reported Experience Measure (PREM; patiëntervaringsmeting), de behandelindex en hun beperkte onderhandelingspositie. Hiernaast is het niet altijd duidelijk waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om voor een hoger tarief in aanmerking te komen.

Kosten paramedische zorg stijgen door toename patiënten

De tarieven voor de reguliere behandelingen stijgen jaarlijks beperkt. De tarieven stijgen minder dan de sectorbrede indexatiecijfers, met uitzondering van logopedie. Zorgaanbieders uiten hun zorgen over de beperkte stijging in het tarief; zij vinden de tarieven te laag voor een gezonde bedrijfsvoering. 15% van de zorgaanbieders geeft in de enquête aan dat zij verwachten hun praktijk te moeten sluiten binnen vijf jaar.

Ondanks de beperkte stijging van de tarieven zijn in alle paramedische sectoren de zorgkosten in de periode 2012-2018 toegenomen. Deze toename is grotendeels veroorzaakt door een toename van het aantal gedeclareerde behandelingen, welke wordt veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten. Het aantal behandelingen per patiënt neemt in alle sectoren af, met uitzondering van de oefentherapie. Zorgverzekeraars differentiëren beperkt in hun contracten. Ook de spreiding in het tarief is voor de reguliere prestaties in alle sectoren beperkt.

Paramedische zorg is goed toegankelijk

Wie paramedische zorg nodig heeft, kon de afgelopen jaren binnen een redelijke tijd en afstand terecht bij een zorgaanbieder. De huidige, hoge contracteergraad geeft geen aanleiding om aan te nemen dat de zorgplicht in het geding is. Dit wordt ondersteund door de reistijdanalyses. Inwoners van minimaal 94% van de postcodegebieden wonen binnen een kwartier reizen van een paramedische zorgaanbieder. Het aantal declarerende behandelaren en praktijken daalt in de fysiotherapie, oefentherapie en logopedie. In aanvulling hierop geeft geen van de zorgverzekeraars in de enquête aan signalen van wachtlijsten of verzoeken voor zorgbemiddeling te hebben ontvangen. Voor logopedie geeft 18% van de respondenten in de enquête aan dat een nieuwe patiënt langer dan één maand moet wachten voordat hij terecht kan voor de eerste afspraak. Hiernaast ligt het percentage praktijken met een wachtlijst in de logopedie hoger dan in de fysiotherapie en de oefentherapie. Ook in de ergotherapie is het percentage zorgaanbieders met een wachtlijst hoger dan in de

andere sectoren. De zorg aan kinderen is hierbij een aandachtspunt. Patiënten kunnen wellicht wel bij een andere zorgaanbieder terecht. Er zijn geen signalen van patiënten dat zij niet binnen één week bij een paramedische zorgaanbieder terecht kunnen. Het dalende aantal behandelaren en praktijken en de wachtlijsten geven vooralsnog geen acute problemen.

Verbeteren inzicht in kwaliteit paramedische zorgverlening

Paramedici zijn aangesloten bij een kwaliteitsregister, waardoor een borging plaatsvindt van de kwaliteit van de zorgverlener. Diverse eisen worden gesteld aan de zorgaanbieder om opgenomen te zijn in het kwaliteitsregister, bijvoorbeeld op het gebied van scholing en deskundigheidsbevordering.

De kwaliteit van de zorgverlener vormt een element voor de kwaliteit van de zorgverlening. Ontwikkelingen in de kwaliteit van de zorgverlening (positieve of negatieve trends) hebben wij in deze monitor niet in kaart kunnen brengen vanwege het ontbreken van kwaliteitsindicatoren die de kwaliteit van zorgverlening inzichtelijk maken, bijvoorbeeld zorguitkomsten. Er is geen transparantie over de verschillen in kwaliteit en uitkomsten van zorg tussen zorgaanbieders. Door het ontbreken van inzicht in de kwaliteit van de zorgverlening kan de patiënt op basis hiervan geen keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder. Daarnaast kan de zorgverzekeraar door het ontbreken van meetbare en transparante kwaliteitsindicatoren geen onderscheid maken in de inkoop en ook de zorgaanbieder niet belonen voor de kwaliteit van zorgverlening.

De basis voor verbeteringen in de paramedische zorg ligt daarom in het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorgverlening. Wij roepen de zorgaanbieders daarom op om de kwaliteit van de paramedische zorg transparant en meetbaar te maken. Op basis hiervan kunnen partijen afspraken maken over gewenste ontwikkelingen en de te zetten stappen. Om afspraken over kwaliteit van zorg te kunnen maken, moeten zorgaanbieders de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken voor zowel de zorgverzekeraar als de patiënt. De patiënt kan de beschikbare kwaliteitsinformatie gebruiken voor de keuze voor een paramedische zorgaanbieder. Vervolgens moet de zorgverzekeraar de kwaliteitsinformatie gebruiken in de inkoop van paramedische zorg. Op deze manier kan de zorgverzekeraar goede initiatieven ondersteunen. De beloning van paramedici dient aan te sluiten bij de geleverde kwaliteit en het type zorgvraag.

Werken aan relatie en vertrouwen

Het herstel van wederzijds vertrouwen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is cruciaal voor de toekomst van de paramedische zorg in de eerste lijn waarin we zien dat patiënten steeds langer thuis wonen en een groter beroep doen op de paramedische zorg. Wij vragen extra aandacht voor de zorgen van zorgaanbieders, zoals indexering van tarieven, administratieve lasten, PREM en de behandelindex, die een constructieve samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de weg lijken te staan. Wij bevelen partijen aan om met elkaar landelijke afspraken te maken over hoe zij knelpunten op deze thema's kunnen oplossen. Eenduidigheid en transparantie op het gebied van kwaliteit tezamen met een goed georganiseerde afstemming over het inkoopproces kan bijdragen aan een goede, bereikbare en betaalbare paramedische zorg in de toekomst.

Verbeteren van de organisatiegraad zorgaanbieders

Paramedici ervaren een beperkte onderhandelingsruimte. Een verzekeraar kan niet met iedere individuele zorgaanbieder in gesprek gaan gezien de grote hoeveelheid paramedische zorgaanbieders. Om toch meer onderhandelingsruimte te ervaren, zouden paramedici zich meer kunnen verenigen, mits dit in overeenstemming is met de Mededingingswet. De keuze voor het afsluiten van een contract is de verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieder. Maar de concurrentieregels bieden wel enige ruimte voor samenwerking tussen paramedici bij de contractonderhandelingen. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) houdt toezicht op de naleving van deze concurrentieregels.

Faciliteren zorg op de juiste plek

Patiënten wonen steeds langer thuis en ontvangen dus ook steeds meer zorg dichtbij huis. Hierdoor neemt de complexiteit van de zorg in de eerste lijn toe. Paramedische zorg is vaak onderdeel van multidisciplinaire zorg aan de patiënt. Wij roepen verzekeraars op om in hun inkoopbeleid rekening te houden met deze ontwikkeling.

Ook de organisatiegraad van zorgaanbieders kan bijdragen aan het faciliteren van de juiste zorg op de juiste plek. In deze ontwikkeling ligt een belangrijke kans voor de paramedische sector. Het is voor zorgaanbieders van belang om meer en meer focus te leggen op hun positie en de toegevoegde waarde in de regionale netwerken. Ook kan het behulpzaam zijn om voor de paramedische zorg een aanspreekpunt per regio of wijk op te zetten. Het is dan voor verzekeraars mogelijk om het gesprek met één partij aan te gaan. Op deze manier kan de paramedische zorg regionaal gericht worden ingekocht om zorg op de juiste plek te stimuleren.

Verbeteren van de transparantie zorginkoop en tarief

Zorgaanbieders melden bij de NZa dat zij het tarief te laag vinden en dat zij de wijze van inkoop door zorgverzekeraars niet duidelijk vinden.

Het is bijvoorbeeld voor hen niet duidelijk wat zij moeten doen om voor een hoger tarief in aanmerking te komen. Om deze onduidelijkheid weg te nemen moeten zorgverzekeraars transparant zijn over de inkoop van paramedische zorg. Bijvoorbeeld door aan te geven wanneer een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een contract met een hoger tarief en welke stappen hiervoor gezet moeten worden. Daarnaast helpt het als zorgverzekeraars transparant zijn over hoe het tarief is opgebouwd, bijvoorbeeld door uitleg te geven uit welke elementen het tarief bestaat.

Zorgaanbieders moeten vervolgens wel kunnen aantonen waarom het huidige tarief niet toereikend is en welke (kwaliteit van) zorg voor het tarief wordt geleverd.

Monitoren toegankelijkheid door zorgverzekeraars

Wij vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars trends in het aantal behandelaren monitoren, zodat zij ook naar de toekomst voldoende paramedische zorg kunnen inkopen. Daarnaast kunnen zij aanvullend onderzoek doen naar gesignaleerde wachtlijsten van zorgaanbieders en redenen waarom patiënten moeten wachten. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders kunnen knelpunten in de toegang tot de paramedische zorg voorkomen door patiënten actief te wijzen op zorgbemiddeling.

Vervolg

In het belang van de burger blijft de NZa monitoren of de hierboven geschetste verbeteringen in de paramedische zorg worden opgepakt. We zullen interveniëren waar er zichtbaar belemmeringen zijn in de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg voor de burger.

1. Inleiding

1.1 Doel

1.2 Aanleiding monitor

1.3 Afbakening

1.4 Onderzoeksopzet en proces

1.5 Leeswijzer

1. Inleiding

De paramedische zorg kent vijf sectoren waarvoor de NZa de behandelomschrijvingen (prestaties) reguleert: fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. In al deze sectoren gelden vrije tarieven. In deze monitor brengen we de ontwikkelingen in de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van deze vijf paramedische sectoren in kaart.

1.1 Doel

Deze monitor geeft inzicht in de ontwikkelingen van de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg voor de periode 2012 tot en met 2017. Ook brengen we ontwikkelingen in kaart voor het jaar 2018, indien voldoende betrouwbare gegevens beschikbaar zijn. We rapporteren de resultaten in deze monitor zoveel mogelijk als totaalbeeld van de paramedische zorg en maken hiernaast verschillen per sector inzichtelijk. Voor logopedie en ergotherapie leggen we extra focus op de ontwikkeling van 2016 naar 2017 om de invloed van de introductie van vrije prijsvorming in de logopedie en de introductie van prestatieregulering voor de eerstelijns ergotherapie in beeld te brengen.

Voor de NZa staat het burgerbelang centraal en daarmee de vraag wat het effect is van bijvoorbeeld het contracteerproces en de tariefontwikkeling op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg voor patiënten en verzekerden.

1.2 Aanleiding monitor

De NZa monitort regelmatig de ontwikkelingen op het gebied van de betaalbaarheid, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid in de diverse zorgsectoren.

Hiernaast ontving de NZa in 2017 en 2018 veel klachten, signalen en vragen van paramedici en hun vertegenwoordigers over problemen die zich voordoen bij het sluiten van contracten met zorgverzekeraars. Paramedici geven aan hierbij weinig onderhandelingsruimte te ervaren. Zij vinden de tarieven te laag en geven aan dat deze tarieven niet of nauwelijks geïndexeerd worden. Hiernaast signaleren zij dat zorgverzekeraars beperkt inkopen op basis van kwaliteit en dat door de lage tarieven de gevraagde kwaliteit niet geleverd kan worden en er geen ruimte is voor innovatie in de zorg. Ook de toepassing van de behandelindex door zorgverzekeraars leidt tot klachten en vragen van paramedici. Daarnaast gaan recente signalen van paramedici over de wijze waarop zorgverzekeraars de Patiënt Reported Experience Measure (PREM; patiëntervaringsmeting) gebruiken in de zorginkoop.

1.3 Afbakening

We brengen de ontwikkelingen in kaart van de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van paramedische zorg door eerstelijnspraktijken. We kijken naar de zorg die vanuit de basisverzekering wordt geleverd in de periode 2012-2017 en deels 2018. Daarnaast beschrijven we ook relevante ontwikkelingen van de paramedische zorg, die wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering.

Paramedische zorg die de zorgaanbieder direct bij de patiënt in rekening brengt en niet door de zorgverzekeraar wordt vergoed, de zogenaamde eigen betaling, wordt in deze monitor niet meegenomen. Hiervan zijn geen cijfers beschikbaar. Ook de paramedische zorg geleverd door ziekenhuizen en instellingen voor langdurige zorg (Wlz-zorg) valt buiten de scope van deze

monitor. Daarnaast nemen we de paramedische zorg die onderdeel vormt van en gedeclareerd wordt via een andere zorgsector niet mee in deze monitor, zoals paramedische zorg geleverd in het kader van eerstelijnsverblijf of de diabetes zorgketen.

De monitor geeft een beeld van een deel van de paramedische zorg geleverd aan patiënten, namelijk de paramedische zorg die geleverd wordt aan patiënten door eerstelijns paramedische praktijken, die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of via de aanvullende verzekering wordt vergoed en bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.

1.4 Onderzoekopzet en proces

Voor deze monitor maken wij gebruik van onder andere Vektis-data en cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De kwantitatieve databronnen behelzen de basis van deze monitor. Met behulp van uitgebreide kwantitatieve analyses hebben wij diverse indicatoren en trends inzichtelijk gemaakt. Allereerst hebben wij de kwantitatieve databronnen bruikbaar moeten maken. Vervolgens hebben wij gedegen en diepgaande data-analyses uitgevoerd.

Daarnaast hebben we een enquête uitgezet bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De enquête is een aanvulling op en verdere duiding van de informatie uit de kwantitatieve databronnen.

De enquêtes zijn online beschikbaar gesteld voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de periode 20 augustus tot en met 11 september 2018. In totaal kregen we 1.859 ingevulde enquêtes terug van de zorgaanbieders en 30 van de zorgverzekeraars. Zes van de tien zorgverzekeraars hebben per paramedische sector een enquête ingevuld. De respons van verzekeraars is daarmee 60%.

De zorgaanbieders hebben per praktijk één enquête ingevuld. Hieronder vindt u het overzicht van het aantal ingevulde enquêtes per sector en de respons ten opzichte van het aantal declarerende praktijken in 2017.

Tabel 1.1 Aantal ingevulde enquêtes per sector

Sector	Aantal respondenten	Aantal declarerende praktijken 2017	Respons
Fysiotherapie	1.109	9.020	12%
Logopedie	331	1.800	18%
Oefentherapie	152	1.485	10%
Diëtetiek	117	1.651	7%
Multidisciplinaire praktijk	113	-	-
Ergotherapie	37	894	4%

Bron: enquête zorgaanbieders

De respons van de enquête is voor de NZa voldoende om een beeld te geven van ervaringen van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars en voor verdere duiding van de kwantitatieve data voor de vijf sectoren.

In de bijlage bij deze monitor vindt u meer informatie over de gebruikte bronnen en de onderzoeksmethode.

Branchepartijen van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten zijn actief betrokken en hebben input kunnen leveren op het plan van aanpak voor deze monitor. Deze partijen zijn uitgebreid geconsulteerd tijdens verschillende fasen van het traject. In reacties vroegen de vertegenwoordigers van de zorgaanbieders om aanvullende analyses bijvoorbeeld het

meenemen van gegevens uit 2018 in de monitor. Dergelijke verzoeken tot analyses hebben wij indien relevant, haalbaar en mogelijk toegevoegd.

Deze uitgebreide afstemming en consultatie met de branchepartijen was nodig voor de interpretatie en het bruikbaar maken van de kwantitatieve databronnen. De consultatie vond bij alle relevante branchepartijen plaats om af te stemmen of de cijfers herkenbaar zijn, vragen oproepen, of dat er nog andere indicatoren interessant zijn om te analyseren. Daarnaast is de betrokkenheid van partijen bij de totstandkoming van de monitor noodzakelijk voor het creëren van draagvlak. De consultatie vond plaats bij alle relevante branchepartijen, omdat wij niet met iedere afzonderlijke zorgverzekeraar, zorgverlener en patiënt kunnen afstemmen.

1.5 Leeswijzer

In deze monitor vindt u een algemene beschrijving van de paramedische zorg met informatie over de bekostiging, vergoeding en het werkgebied van de eerstelijns paramedische zorgaanbieder. Daarna gaan wij in op de ontwikkelingen in de contracten, betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg. Op basis van de in kaart gebrachte ontwikkelingen geven wij een aantal aanbevelingen.

In de bijlage (los bestand bij deze monitor) vindt u een verantwoording en toelichting van de onderzoeksmethode en gebruikte databronnen. Per hoofdstuk benoemen we welke bronnen we hebben gebruikt voor de totstandkoming van deze monitor.

2. De paramedische zorg in vogelvlucht

2.1 Positie paramedische zorg in de eerste lijn

2.2 De paramedische zorgsectoren in cijfers

2.3 Kenmerken paramedische zorg

2.4 Praktijkeigenschappen paramedische zorgaanbieders

2.5 Recente ontwikkelingen in de paramedische zorg

2. De paramedische zorg in vogelvlucht

In dit hoofdstuk beschrijven we de positie van de paramedische zorg in de eerste lijn, de meest recente cijfers van de paramedische zorg, vergoedingen, bekostiging, praktische eigenschappen en het speelveld waar paramedische zorgaanbieders zich in bevinden.

2.1 Positie paramedische zorg in de eerste lijn

Paramedische zorg die effectief en efficiënt is, kan waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven van de patiënt. Paramedische zorg kan ertoe bijdragen dat het gewenste en haalbare niveau van functioneren en participeren van de patiënt wordt bereikt. Paramedische zorg vormt in veel gevallen een onderdeel van multidisciplinaire zorg aan de patiënt dichtbij huis. Een patiënt wil op het juiste moment de meest passende zorg bij zijn persoonlijke omstandigheden ontvangen. Daarnaast werkt de sector toe naar integrale en patiëntgerichte zorg waarbij de patiënt keuzes kan maken en zorgaanbieders op het juiste moment een bijdrage leveren aan de gezondheid van de patiënt. Patiënten blijven steeds langer thuis wonen waardoor ook de complexiteit van de zorg toeneemt. Afstemming en samenwerking tussen zorgverleners is van essentieel belang voor patiëntgerichte zorg op de juiste plek.

2.2 De paramedische zorgsectoren in cijfers

In deze paragraaf beschrijven we de kenmerken van de paramedische zorgsectoren in cijfers.

- Fysiotherapie en oefentherapie
Het doel van de behandeling is het voorkomen, opheffen of verminderen van beperkingen gerelateerd aan het

bewegingsapparaat. De behandeling is onder andere gericht op pijnbestrijding, het verbeteren van mobiliteit en gedrag- en leefstijlverandering op het gebied van bewegen.

- Fysiotherapie
Aantal declarerende fysiotherapeuten 2017: 25.229
Aantal patiënten fysiotherapie 2017: 3.838.595
Totale uitgaven basisverzekering fysiotherapie 2017: € 488 mln.
Totale uitgaven aanvullende verzekering fysiotherapie in 2017: € 1.038 mln.
- Oefentherapie
Aantal declarerende oefentherapeuten 2017: 1.866
Aantal patiënten oefentherapie 2017: 167.223
Totale uitgaven basisverzekering oefentherapie 2017: € 21,5 mln.
Totale uitgaven aanvullende verzekering oefentherapie in 2017: € 30,3 mln.
- Ergotherapie
Ergotherapie heeft als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van een persoon te bevorderen of te herstellen. De behandeling is gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van lichamelijke of psychische stoornissen, beperkingen of handicaps. De patiënt krijgt advies, instructie, training of behandeling om weer algemene dagelijkse of arbeidsgerelateerde handelingen te kunnen doen en om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren in zijn leefomgeving.

Aantal declarerende ergotherapeuten in 2017: 1.824
Aantal patiënten in 2017: 161.546
Totale uitgaven basisverzekering in 2017: € 43,3 mln.
Totale uitgaven aanvullende verzekering in 2017: € 0,7 mln.

- **Logopedie**
Het doel van de behandeling is het herstellen, verbeteren of onderhouden van het functioneren van de organen voor gehoor, stem of spraak, of het noodzakelijke reguleren van de ademhaling voor de stemgeving.

Aantal declarerende logopedisten in 2017: 3.814
Aantal patiënten in 2017: 251.824
Totale uitgaven basisverzekering in 2017: € 133,5 mln.
Totale uitgaven aanvullende verzekering in 2017: € 6.000

- **Diëtetiek**
Diëtetiek is de voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Daarnaast gaat het om het behandelen met dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

Aantal declarerende diëtisten in 2017: 2.038
Aantal patiënten in 2017: 342.648
Totale uitgaven basisverzekering in 2017: € 40,9 mln.
Totale uitgaven aanvullende verzekering in 2017: € 1,7 mln.

Zorggebruik ontwikkeling

In onderstaande figuren staat per sector en per leeftijdscategorie het zorggebruik in het jaar 2012, 2015 en 2017 weergegeven. Voor diëtetiek is het jaar 2013 in plaats van 2012 gebruikt, omdat diëtetiek vanaf 2013 in de basisverzekering is opgenomen en de data vanaf dat moment beter bruikbaar is. Het totaal aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van de paramedische zorg staat in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 2.1 Aantal patiënten 2012 - 2017

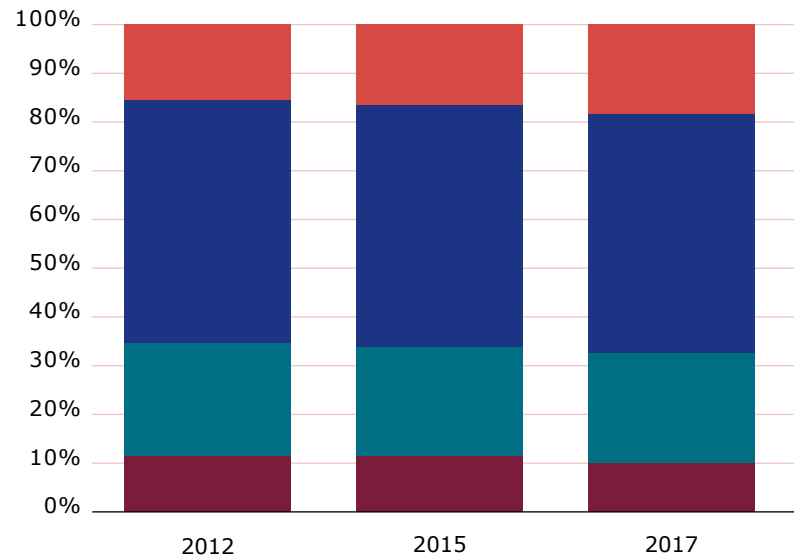
Sectoren	2012	2015	2017
Fysiotherapie	3.268.448	3.516.343	3.838.595
Oefentherapie	159.907	158.815	167.223
Logopedie	224.509	227.148	251.824
Ergotherapie	72.589	113.440	161.546
Diëtetiek	230.768*	263.081	342.648

Bron: Vektis

* Dit betreft 2013.

Het zorggebruik is hieronder weergegeven als percentage per leeftijdscategorie van het totaal aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van de paramedische zorg.

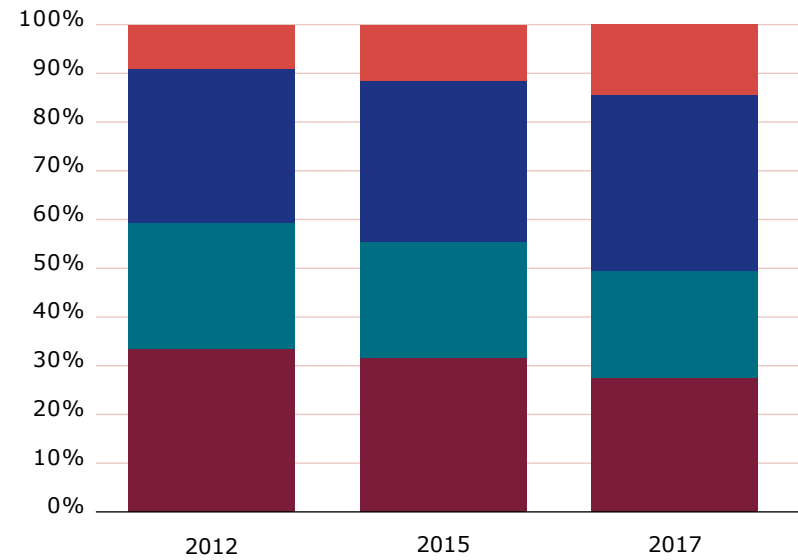
Figuur 2.2 Zorggebruik fysiotherapie 2012-2017



- 71 jaar en ouder
- 41 - 70 jaar
- 19 - 40 jaar
- 0 - 18 jaar

Bron: Vektis

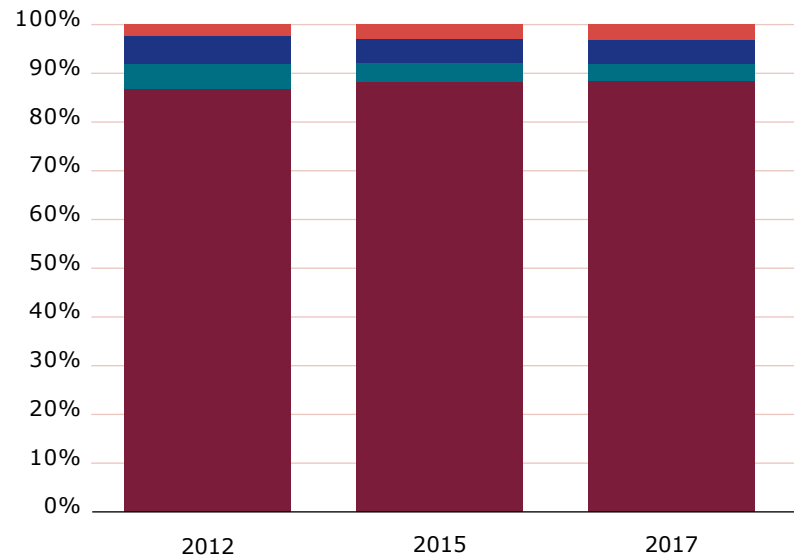
Figuur 2.3 Zorggebruik oefentherapie 2012-2017



- 71 jaar en ouder
- 41 - 70 jaar
- 19 - 40 jaar
- 0 - 18 jaar

Bron: Vektis

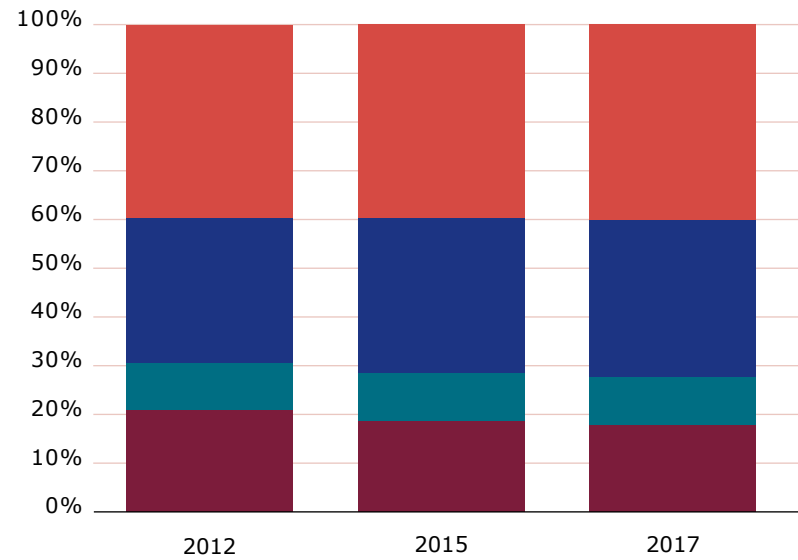
Figuur 2.4 Zorggebruik logopedie 2012-2017



- 71 jaar en ouder
- 41 - 70 jaar
- 19 - 40 jaar
- 0 - 18 jaar

Bron: Vektis

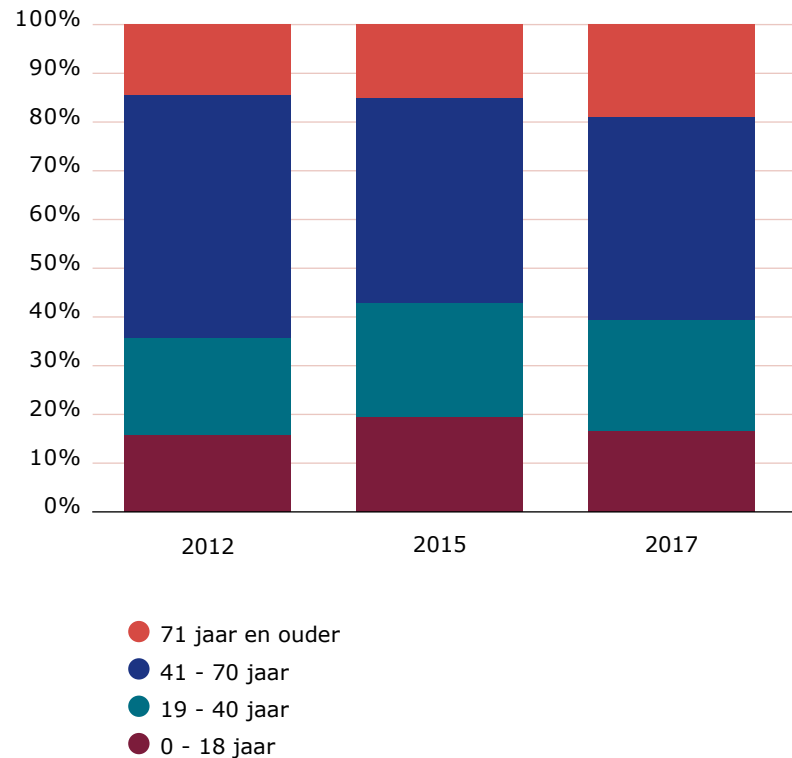
Figuur 2.5 Zorggebruik ergotherapie 2012-2017



- 71 jaar en ouder
- 41 - 70 jaar
- 19 - 40 jaar
- 0 - 18 jaar

Bron: Vektis

Figuur 2.6 Zorggebruik diëtetiek 2013-2017



Bron: Vektis

Het totaal aantal patiënten dat diëtetische en ergotherapeutische zorg krijgt, verdubbelt in 2017. Voor alle paramedische zorgsectoren geldt dat in de periode 2012 tot 2017 meer patiënten zijn behandeld. Het aandeel ouderen dat in behandeling is bij een paramedische zorgverlener neemt toe over de jaren vanaf de leeftijd van 71 jaar. Dit geldt niet voor ergotherapie in de leeftijdsklasse van 81 tot 90 jaar waar een lichte daling is te zien van de ontwikkeling in het zorggebruik.

2.3 Kenmerken paramedische zorg

In deze paragraaf beschrijven we kenmerken van de paramedische zorgsectoren waarvan wij in deze monitor de ontwikkelingen op het gebied van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid in kaart brengen.

Opleiding

Voor het uitoefenen van het paramedische beroep moet een vierjarige Hbo-opleiding zijn afgerond. Voor een enkele specialisatie, zoals bekkenfysiotherapie, is een master-opleiding beschikbaar.

Fysiotherapeuten moeten in het bezit zijn van een Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-registratie. Voor de andere vier paramedische beroepen waarover deze monitor gaat (diëtetiek, ergotherapie, logopedie, oefentherapie) geldt de BIG-registratie niet. Deze beroepen staan wel in de Wet BIG genoemd en hebben een beschermde opleidingstitel.

Directe toegang

De paramedische zorg is direct toegankelijk. De wet- en regelgeving vereist niet dat de patiënt een verwijzing nodig heeft van een arts voor behandeling door een paramedische zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan in de polisvoorwaarden nadere eisen stellen die de directe toegang inperken.

Vergoeding

De paramedische sectoren hebben een verschillende wijze van vergoeding. Afhankelijk van de sector wordt in meer of mindere mate zorg vanuit de basisverzekering of de aanvullende verzekering vergoed. De zorg die niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering of aanvullende verzekering, betaalt de patiënt zelf. De zorgkosten die via de basisverzekering worden vergoed, komen ten laste van het eigen risico.

De wijze van vergoeding vanuit de basisverzekering per sector is als volgt:

- **Fysiotherapie en oefentherapie**
De klachten of aandoeningen die worden vergoed vanuit de basisverzekering vanaf de 21e behandeling, staan vermeld op de zogenaamde chronische lijst bijlage 1 van het [Besluit zorgverzekering](#). Daarnaast kan vergoeding plaatsvinden van bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie (maximaal 9 behandelingen) en van oefentherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen, maximaal 37 behandelingen). Per 1 januari 2018 wordt de behandeling van artrose aan heup of knie vergoed (maximaal 12 behandelingen). Vanaf 1 januari 2019 wordt oefentherapie bij COPD vergoed (variabel maximum afhankelijk van zorgzwaarte). In de vergoeding van fysiotherapie wordt onderscheid gemaakt tussen jongeren tot 18 jaar en verzekerden vanaf 18 jaar.
- **Logopedie**
Logopedie is opgenomen in het basispakket.
- **Diëtetiek**
De basisverzekering dekt de kosten voor maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar. Diëtetiek kan ook als onderdeel van ketenzorg geleverd worden, bijvoorbeeld diabetes ketenzorg. Indien de dieetadvisering onderdeel is van de ketenzorg geldt er geen maximum van het aantal behandeluren dat vergoed wordt vanuit de basisverzekering en vallen de kosten voor diëtetiek niet onder het eigen risico.
- **Ergotherapie**
De basisverzekering dekt de kosten voor maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

Bekostiging

De wijze van vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) zoals hierboven beschreven, bepaalt de bekostiging in deze sectoren. Zorginstituut Nederland adviseert de minister van VWS over de aanspraak van deze zorg en over de vraag of de zorg tot het basisverzekerde pakket behoort of niet. De minister van VWS stelt deze aanspraak vast.

Ergotherapie en diëtetiek kennen een aanspraak van een maximum aantal uren en worden gedeclareerd per tijdseenheid van vijftien minuten. Fysiotherapie, oefentherapie en logopedie worden vanuit de Zvw vergoed per behandeling en worden per patiëntcontact ongeacht de tijdsduur in rekening gebracht.

Voor alle paramedische sectoren gelden vrije tarieven. Logopedie is de laatste sector waarvan de tarieven zijn vrijgegeven per 1 januari 2017. In hoofdstuk 4 'Betaalbaarheid' gaan we nader in op de overgang naar vrije tarieven. Fysiotherapie en oefentherapie kennen vanaf 2008 vrije tarieven, en diëtetiek vanaf 2009.

De NZa stelt de prestaties (de behandelomschrijvingen) vast voor de vijf paramedische sectoren in de eerste lijn. Daarnaast is er ook een vrije prestatie – de zogenoemde facultatieve prestatie – voor deze vijf sectoren, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf afspraken kunnen maken over nieuwe vormen van paramedische zorg. Per 1 januari 2017 stelt de NZa ook prestaties vast voor de extramurale ergotherapie. Voorheen golden hier vrije prestaties. In hoofdstuk 3 'Contracteren' gaan we hier nader op in.

2.4 Praktijkeigenschappen paramedische zorgaanbieders

De monitor gaat over de paramedische zorgverleners die werkzaam zijn in een praktijk of bij patiënten aan huis. In een praktijk kan de zorgverlener met meerdere paramedische zorgverleners samenwerken van zowel dezelfde paramedische sector als een andere (paramedische) zorgsector, een zogenaamde multidisciplinaire praktijk. Als de zorgverlener als enige zorgverlener werkzaam is in een praktijk wordt gesproken over een solopraktijk.

Tabel 2.7 Aantal declarerende praktijken paramedische zorg 2017

Sectoren	Aantal praktijken
Diëtetiek	1.651
Ergotherapie	894
Fysiotherapie	9.020
Logopedie	1.800
Oefentherapie	1.485

Bron: Vektis

Aantal zorgverleners per praktijk

Van de diëtetiek-, ergotherapie- en logopediepraktijken die de enquête hebben ingevuld, is ongeveer de helft een solopraktijk. De fysiotherapiepraktijken geven in 22% van de gevallen aan een solopraktijk te zijn. De oefentherapiepraktijken zijn in 76% van de gevallen een solopraktijk.

Meer dan de helft van fysiotherapiepraktijken (64%) heeft maximaal vijf zorgverleners in de praktijk en 23% van de fysiotherapiepraktijken heeft zes tot tien zorgverleners in dienst. De multidisciplinaire praktijken hebben over het algemeen de meeste zorgverleners in dienst; 35% heeft tien of meer zorgverleners in dienst.

Naarmate de praktijken meer zorgverleners in dienst hebben, werken minder zorgaanbieders fulltime.

Parttime werkzaam

De meerderheid van de afgestudeerde paramedici heeft geen fulltime baan (meer dan 32 uur per week). In onderstaande tabel wordt het percentage afgestudeerden uit 2015/2016 met een fulltime baan per studie weergegeven en het gemiddeld aantal uren dat afgestudeerden gemiddeld per week werken.

Tabel 2.8 Arbeidsuren per week afgestudeerden 2015/2016

	Fulltime baan	Gemiddeld aantal uren per week
Opleiding tot oefentherapeut		
• Cesar	9%	23,8
• Mensendieck	37%	29,5
Opleiding tot fysiotherapeut	34%	28,5
Opleiding tot ergotherapeut	39%	29,5
Opleiding tot logopedist	21%	26,4
Opleiding tot diëtist	29%	25,6

Bron: ROA

Openingstijden praktijk

Paramedische praktijken zijn gedurende de week en soms ook in het weekend geopend.

De praktijken voor diëtetiek en oefentherapie zijn het kortste open, zij zijn gemiddeld 21 tot 40 uur per week geopend. De praktijken voor ergotherapie en logopedie zijn gemiddeld 31 tot 50 uur open per week. Fysiotherapie en multidisciplinaire praktijken zijn het langst geopend; vaak tussen de 51 en 60 uur per week.

Samenwerking met andere zorgaanbieders

Paramedische zorgaanbieders kunnen samenwerken met andere zorgverleners om de patiënt optimaal te behandelen.

Meer dan de helft van de paramedische praktijken geeft aan dat zij een samenwerking heeft met andere paramedische zorgaanbieders. Rond de 35% van de zorgaanbieders gaat een samenwerking aan met andere zorgaanbieders in de eerste lijn. 14% van de zorgaanbieders heeft aangegeven dat zij een samenwerking heeft met zorgaanbieders in de tweede lijn.

Resultaat per praktijk

Tabel 2.9 bevat de ontwikkeling in de gemiddelde bedrijfsresultaten, de rentabiliteit en het weerstandsvermogen weergegeven voor fysiotherapie- en oefentherapiepraktijken. Voor de andere sectoren zijn deze cijfers niet beschikbaar.

De cijferreeksen betreffen een analyse van de belastingaangiften (winst- en verliesrekening) van alle bedrijven van ondernemers in de zorg, aangevuld met belastingaangiften van overige bedrijven in de zorg.

In de CBS-cijfers over bedrijfsopbrengsten van paramedische praktijken worden alle opbrengsten meegenomen. Dit betreft de som van gedeclareerde bedragen (in het kader van Zvw en aanvullende verzekering), eigen betalingen van patiënten en overige opbrengsten.

Het bedrijfsresultaat is vervolgens door het CBS bepaald als de totale bedrijfsopbrengsten minus de totale bedrijfskosten. Het CBS heeft de rentabiliteit berekend door de bedrijfsresultaten af te zetten tegen het totaal aan bedrijfsopbrengsten. Tot slot is het weerstandsvermogen bepaald door het eigen vermogen te delen door de bedrijfsopbrengsten.

Tabel 2.9 Ontwikkeling resultaat per praktijk 2012 - 2016

Bedrijfseconomische grootheid	Fysiotherapie	Oefentherapie
Gemiddelde bedrijfsresultaat 2012 (x €1000)	51,8	21,4
Gemiddelde bedrijfsresultaat 2016 (x €1000)	55,5	22,9
Ontwikkeling	+7,1%	+7,0%
Gemiddelde rentabiliteit 2012	41,0%	57,0%
Gemiddelde rentabiliteit 2016	39,9%	55,4%
Ontwikkeling	-2,7%	-2,8%
Gemiddeld weerstandsvermogen 2013	38,6%	31,3%
Gemiddeld weerstandsvermogen 2016	43,0%	37,0%
Ontwikkeling	+11,4%	+18,2%

Bron: CBS

In beide sectoren stijgen de gemiddelde bedrijfsresultaten in 2016 ten opzichte van 2012 met 7%. De gemiddelde rentabiliteit daalt in 2016 ten opzichte van 2012 met 3%, terwijl het gemiddelde weerstandsvermogen tussen 2013 en 2016 is gestegen.

Wat een goede norm voor rentabiliteit is, hangt af van de branche en de markt. Gemiddeld mag worden uitgegaan van 5% tot 10%, terwijl kleine bedrijven (eenmanszaken) streven naar 15% of meer. De gemiddelde rentabiliteit van praktijken in de sectoren fysiotherapie en oefentherapie ligt hierboven.

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) acht voor zorginstellingen een (weerstands)vermogen van minimaal 15% wenselijk. Het gemiddelde weerstandsvermogen van praktijken in de sectoren fysiotherapie en oefentherapie ligt hierboven.

We zien dat het gemiddelde resultaat in beide sectoren is toegenomen tussen 2012 en 2016. Tegelijkertijd zijn de gemiddelde bedrijfsopbrengsten in diezelfde periode relatief sneller toegenomen dan het gemiddelde resultaat. Dit komt tot uitdrukking in de daling van de rentabiliteit. De gemiddelde marge per behandeling is tussen 2012 en 2016 positief, maar lijkt licht te dalen.

Bruto maandinkomen afgestudeerde paramedici

Het bruto maandinkomen van afgestudeerde paramedici wordt in tabel 2.10 weergegeven en is gebaseerd op een schoolverlatersonderzoek van het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) van de Universiteit van Maastricht. Het inkomen is ongeacht het aantal gewerkte uren en dus niet als een voltijd uitvoering van het beroep weergegeven. Het gemiddeld aantal arbeidsuren per week van de schoolverlaters staat achter het bruto maandinkomen weergegeven.

Tabel 2.10 Bruto maandinkomen huidige functie

	Afgestudeerden in 2011/2012	Afgestudeerden in 2015/2016
Opleiding tot oefentherapeut		
• Cesar	€1.166 (19,8 uur)	€1.586 (+36%) (23,8 uur)
• Mensendieck (2012/2013)	€1.389 (21,6 uur)	€1.850 (+33%) (29,5 uur)
Opleiding tot fysiotherapeut	€1.813 (25,4 uur)	€2.094 (+15%) (28,5 uur)
Opleiding tot ergotherapeut	€1.939 (30 uur)	€1.988 (+3%) (29,5 uur)
Opleiding tot logopedist	€1.507 (26 uur)	€1.563 (+4%) (26,4 uur)
Opleiding tot diëtist	€1.236 (23,9 uur)	€1.508 (+22%) (25,6 uur)

Bron: ROA

Werkloosheid onder afgestudeerde paramedici

Afgestudeerde paramedici vinden over het algemeen snel een baan volgens het schoolverlatersonderzoek van het ROA. In alle sectoren zijn afgestudeerden maximaal 3 maanden werkloos, voordat zij starten met hun eerste baan. Het werkloosheidspercentage is het hoogst voor de opleiding oefentherapie Cesar, namelijk 4,5%. Voor fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek ligt het werkloosheidspercentage onder de 3%. Het werkloosheidspercentage is dan ook relatief laag ten opzichte van het landelijke gemiddelde van 5,7% (september 2017).

2.5 Recente ontwikkelingen in de paramedische zorg

In de zorg spelen diverse veranderingen en ontwikkelingen zoals de juiste zorg op de juiste plek, waardegedreven zorg en multidisciplinaire zorg. Paramedische zorg speelt bij deze ontwikkelingen een belangrijke rol. Er zijn diverse initiatieven om de toegevoegde waarde van paramedische zorg inzichtelijk te maken. Zo hebben branchepartijen bijvoorbeeld gewerkt aan kennisagenda's, die kennisbehoeften uit de praktijk inzichtelijk maken. Ook is er een hoofdlijnenakkoord paramedische zorg ondertekend en heeft het Zorginstituut Nederland een advies uitgebracht over de huidige omschrijving van de te verzekeren zorg van fysiotherapie en oefentherapie.

Hoofdlijnenakkoord paramedische zorg

Op 17 juni 2017 ondertekenden partijen het 'Hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2017-2018'. Het doel is om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de administratieve lasten te verminderen en het vertrouwen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te vergroten. Uit dit akkoord komen diverse actiepunten voort die worden of reeds zijn opgepakt.

Systemadvies vergoeding fysiotherapie en oefentherapie

Eind 2016 bracht het Zorginstituut Nederland het 'Systemadvies fysiotherapie en oefentherapie' uit. In dit advies omschrijft het Zorginstituut Nederland een aantal knelpunten die (mede) het gevolg zijn van de huidige omschrijving van de te verzekeren zorg van fysiotherapie en oefentherapie en stelt acties voor om deze op te lossen. Het uitvoeren van de acties is inmiddels gestart.

Het Zorginstituut Nederland beoordeelt voor een aantal aandoeningen of de behandelingen vergoed moeten worden

vanuit de basisverzekering en brengt daarover advies uit. Voor de behandelingen bij etalagebenen (claudicatio intermittens), artrose aan heup en knie en COPD heeft het Zorginstituut Nederland al advies uitgebracht. Dit advies heeft geleid tot opname van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische behandelingen van deze aandoeningen in het basisverzekerde pakket vanaf de eerste behandeling met een maximum aantal behandelingen.

Visie zorgverzekeraar op paramedische zorg

We vroegen zorgverzekeraars naar hun visie op paramedische zorg in het veranderende zorglandschap (denk bijvoorbeeld aan mensen die langer thuis blijven wonen, vergrijzing, meer chronisch zieken).

Zorgverzekeraars geven aan dat de druk op de eerste lijn groter wordt door de vergrijzing en het feit dat mensen langer thuis blijven wonen.

De complexiteit van de zorgvraag in de eerste lijn wordt hierdoor groter. Dit stelt andere eisen aan de zorgaanbieders in de eerste lijn en vergt meer multidisciplinaire afstemming. Specifiek voor de paramedische zorg vraagt dit om meer zorg en behandeling op het gebied van onder andere voeding, beweging en participatie. Bij ergotherapie en fysiotherapie geven alle zorgverzekeraars aan dat ze een grotere rol voor de paramedische zorg zien weggelegd, bij de andere sectoren geven vijf van de zes zorgverzekeraars dit aan.

In de toekomst zal meer substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn mogelijk zijn, met als doel de juiste zorg op de juiste plek. Om dat op een zinnige manier te kunnen bereiken, moeten volgens zorgverzekeraars diverse randvoorwaarden nog worden ingevuld, onder andere transparantie op het gebied van kwaliteit.

3. Contracten

3.1 Contracteergraad

3.2 Contracteerproces

3.3 Zorginkoop en inhoud contracten

3.4 Ervaringen zorgaanbieders met het zorginkoopbeleid

3.5 Prestatieregulering in de ergotherapie

3.6 Conclusie

3. Contracten

Zorgverzekeraars kopen zorg in zodat hun verzekerden de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Voor deze zorginkoop sluiten zorgverzekeraars contracten met zorgaanbieders. Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden, maar zijn niet verplicht om met iedere zorgaanbieder een contract af te sluiten. De zorgplicht van zorgverzekeraars is van toepassing op de basisverzekerde zorg en dus niet de aanvullend verzekerde zorg. Een goed contracteerproces draagt bij aan afspraken in het belang van de patiënt en daarmee aan de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

In dit hoofdstuk brengen we de ontwikkelingen op het gebied van contractering van de paramedische zorg in kaart. Hierbij komen onderwerpen aan bod die gaan over de contracteergraad, het contracteerproces, de zorginkoop en de inhoud van contracten.

3.1 Contracteergraad

Aantal gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Op basis van de declaratiecijfers over 2017 wordt duidelijk dat een hoog aandeel van de praktijken één of meerdere contracten afsluit met zorgverzekeraars. Slechts 2,5% van de fysiotherapiepraktijken lijkt geen contract te hebben gesloten met een verzekeraar. Binnen de overige sectoren diëtetiek, oefentherapie, logopedie en ergotherapie ligt dit aandeel lager dan 1,5%.

Aantal getekende t.o.v. aantal verzonden contracten

De zorgverzekeraars die de enquête hebben ingevuld hanteren het aantal getekende contracten ten opzichte van het totaal aantal verzonden contracten door verzekeraars als definitie voor de contracteergraad. In de enquêteresultaten van zorgverzekeraars zien we dat in de periode 2014 tot en met 2018 de contracteergraad in de paramedische sector stabiel en hoog is. In alle sectoren is er sprake van een gemiddelde contracteergraad van circa 90%.

Aantal contracten paramedici met zorgverzekeraars

Van de geënquêteerde oefentherapeuten, diëtisten en ergotherapeuten geeft ongeveer 85% aan dat zij in 2018 met tien of meer zorgverzekeraars een contract hebben afgesloten. Slechts 3% van de diëtisten en 2% van de oefentherapeuten, die de enquête hebben ingevuld, geeft aan dat zij met geen enkele zorgverzekeraar een overeenkomst hebben afgesloten.

De fysiotherapeuten en logopedisten sluiten minder vaak een contract af. Zo geeft 74% van de fysiotherapeuten en 70% van de logopedisten aan dat zij met tien of meer zorgverzekeraars een contract hebben afgesloten. Van hen geeft 4% (fysiotherapeuten) en 3% (logopedisten) aan dat zij met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben afgesloten. De antwoorden van de respondenten uit de enquête wijken iets af van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders dat kwantitatief is bepaald op basis van de declaratiecijfers.

Bewust geen contract afsluiten

Ondanks de hoge contracteergraad geeft circa de helft van de zorgverzekeraars aan dat zij soms merken dat paramedici bewust geen contracten met hen willen aangaan.

Zo hebben vijf zorgverzekeraars aangegeven dat zij merken dat er fysiotherapeuten zijn die bewust geen contract met hen aangaan. Onder de ergotherapeuten en diëtisten is dat aantal lager. Daar hebben twee zorgverzekeraars aangegeven dat er bewust geen contracten worden aangegaan door ergotherapeuten en diëtisten.

Het aantal paramedici dat geen overeenkomst wil afsluiten is volgens de helft van de zorgverzekeraars in de afgelopen vijf jaar stabiel gebleven.

Zorgverzekeraars bieden geen contract aan als niet kan worden voldaan aan de contractvoorwaarden en/of als zij van mening zijn dat de zorg bij de betreffende zorgaanbieder niet van voldoende kwaliteit is.

Redenen voor afsluiten contract

Paramedici geven als voornaamste redenen voor het sluiten van een contract aan dat zij extra kosten voor de patiënt willen voorkomen en zekerheid van hun eigen inkomen willen. Andere redenen waarom paramedici contracten met zorgverzekeraars afsluiten zijn verlaging van de administratieve lasten en zekerheid van betaling voor de geleverde zorg.

3.2 Contracteerproces

Paramedici en zorgverzekeraars zijn bevraagd over hun tevredenheid over het contracteerproces. Het gaat dan bijvoorbeeld om de gevoerde gesprekken, informatievoorziening, keuzemogelijkheid en het tijdschema dat wordt doorlopen om te komen tot een contract.

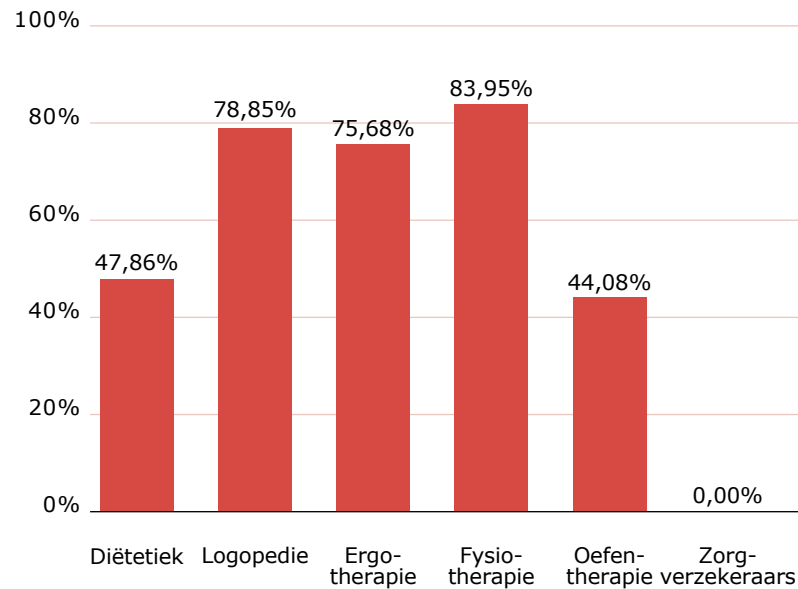
Onderhandelingspositie

Tussen de 94% en 98% van de paramedici geeft aan dat er nauwelijks ruimte is voor onderhandelingen met zorgverzekeraars. Per sector zijn hier nauwelijks verschillen zichtbaar. Slechts enkele paramedici zien wél ruimte om te onderhandelen.

Tevredenheid contracteerproces

Voor wat betreft het contracteerproces lopen de ervaringen van paramedici en zorgverzekeraars uiteen. Van de geënquêteerde paramedici geeft een groot deel aan ontevreden of zeer ontevreden te zijn over het contracteerproces, zie hiervoor figuur 3.1.

Figuur 3.1 Ontevredenheid contracteerproces



Bron: enquête zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Fysiotherapeuten geven met 84% het vaakst aan ontevreden te zijn. Oefentherapeuten en diëtisten zijn minder vaak ontevreden over het contracteerproces. Zorgverzekeraars zijn daarentegen overwegend tevreden met de wijze waarop het contracteerproces verloopt.

Contracteerproces 2018 t.o.v. 2017

We vroegen paramedici hoe zij het contracteerproces 2018 beoordelen ten opzichte van het jaar 2017. De meeste ergotherapeuten (76%), oefentherapeuten (75%), diëtisten (71%) en logopedisten (65%) zien geen verschil tussen het contracteerproces 2018 en 2017. Fysiotherapeuten (50%) en multidisciplinaire praktijken (48%) vinden het contracteerproces in 2018 verslechterd ten opzichte van 2017.

Verbeteringen contracteerproces

Ten aanzien van het contracteerproces hebben paramedici en zorgverzekeraars veel verbeterpunten benoemd. Een ruime meerderheid van de paramedici geeft aan vooral minder voorwaarden en eisen in de contracten te willen. Ook willen zij minder administratieve lasten. De verbeterpunten van paramedici raken daardoor vooral de zorginkoop en de inhoud van contracten. Meer informatie over de zorginkoop en de inhoud van contracten vindt u in paragraaf 3.3. Ook geven paramedici aan dat zij graag een mogelijkheid krijgen om in gesprek te gaan met zorgverzekeraars. Bij paramedici is daarnaast behoefte aan maatwerk en eenvoudige contracten.

Zorgverzekeraars vinden dat de aandacht voor de kwaliteit van zorg het voornaamste aandachtspunt zou moeten zijn in het contracteerproces. Paramedici geven juist in iets mindere mate aan behoefte te hebben aan meer aandacht voor de kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars vinden verbetering in de kwaliteit van zorg het meest nodig in de fysiotherapie en logopedie.

Bij zorgverzekeraars bestaat nauwelijks behoefte aan minder voorwaarden, eisen en administratieve lasten. Ook hier is sprake van een verschil in beleving tussen paramedici en zorgverzekeraars.

3.3 Zorginkoop en inhoud contracten

Zorgverzekeraars streven ernaar om tijdig, betaalbare en kwalitatief goede zorg in te kopen. In deze paragraaf staan we aan de hand van verschillende thema's stil bij de manier waarop zorgverzekeraars vorm geven aan de contracten.

Praktijkenmerken bij contractering

Geen enkele zorgverzekeraar heeft in de enquête aangegeven dat zij in de contractering stuurt op een minimale praktijkomvang van een zorgaanbieder. Zorgverzekeraars geven aan dat (zowel bestaande als nieuwe) solopraktijken, duopraktijken, meermanspraktijken en ketens in aanmerking komen voor een contract.

Nieuwe zorgaanbieders

Alle zorgverzekeraars contracteerden voor alle paramedische sectoren nieuwe zorgaanbieders in 2018. Voor fysiotherapeutische zorg hebben twee zorgverzekeraars tweejarige contracten afgesloten, waardoor zij voor 2018 geen nieuwe praktijken contracteerden.

Selectieve inkoop van zorg

Zorgverzekeraars kunnen paramedische zorg selectief inkopen. Dit betekent dat zij bepaalde behandelingen inkopen en andere niet, of dat zij met bepaalde praktijken een contract afsluiten en met andere niet. Selectief inkopen kan de concurrentie tussen paramedici bevorderen en kan leiden tot een betere prijs/kwaliteit verhouding.

Kleine zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij geen paramedische behandelingen selectief inkopen. De reden waarom kleine zorgverzekeraars geen behandelingen selectief inkopen bij gecontracteerde zorgaanbieders is onbekend. Grote zorgverzekeraars kopen behandelingen wel selectief in. Dit doen

zij op verschillende manieren. Grote zorgverzekeraars kopen zorg selectief in door niet alle paramedici te contracteren, niet alle prestaties bij een gecontracteerde zorgaanbieder in te kopen of zorg voor een bepaalde aandoening bij specifieke aanbieders in te kopen. De zorgverzekeraar vergoedt de zorg deels of niet bij zorgaanbieders waar zij geen contract mee hebben voor de gedeclareerde zorg.

Met name bij de inkoop van fysiotherapie, logopedie en oefen-therapie kopen zorgverzekeraars selectief in. Het gaat daarbij vooral om de door de NZa vastgestelde gespecialiseerde prestaties zoals 'individuele zittingen bekkenfysiotherapie' en 'geriatrie fysiotherapie'. Andere prestaties zijn bijvoorbeeld, 'individuele zittingen telelogopedie stotteren' en 'telelogopedie afasie' en het 'eenmalig kinderoefentherapeutisch rapport'. In een enkel geval worden ook prestaties groepszittingen selectief ingekocht bij diëtisten.

Inhoud contracten

Zorgverzekeraars maken naast de afspraken over de hoogte van het tarief voor de zorg ook andere afspraken die aan bod komen in het contract. Zorgverzekeraars en paramedici geven aan dat de voornaamste punten die aan bod komen in de contractafspraken betrekking hebben op kwaliteit van de zorginhoud, patiënttevredenheid en de wijze van administreren en declareren. Ook serviceaspecten zoals openingstijden vormen een belangrijk onderdeel van het contract. Door diëtisten is aangegeven dat de aandacht voor de wijze van administreren en declareren in de contracten die zij afsluiten met zorgverzekeraars aanmerkelijk groter is dan de aandacht voor de patiënttevredenheid. Dit in tegenstelling tot de overige sectoren waarbij paramedici hebben aangegeven dat de aandacht voor beide onderdelen redelijk gelijk is.

Voor zorgverzekeraars komt de kwaliteit van zorg op verschillende manieren terug in de zorginkoop en de inhoud van contracten. Dit gebeurt onder meer op basis van waarde voor de patiënt, die zorgverzekeraars in de paramedische zorg graag willen meten met bijvoorbeeld de PREM.

Uit de door zorgverzekeraars aangeleverde gegevens valt op te maken dat zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid gebruik maken van een behandelindex. De behandelindex geeft aan hoe een paramedicus bij vergelijkbare patiëntengroepen presteert op het gebied van het aantal benodigde behandelingen vergeleken met andere paramedici. Daarbij houden zorgverzekeraars rekening met de verschillende soorten patiënten en aandoeningen. Steeds vaker gebruiken zorgverzekeraars meetinstrumenten zoals de PREM en de behandelindex als onderdeel van het contracteerbeleid.

Contractdifferentiatie

Zorgverzekeraars kunnen verschillende typen contracten aanbieden aan paramedici. De voorwaarden en de contractafspraken verschillen per zorgverzekeraar. Vaak is er dan sprake van een 'basiscontract' met veelal het laagste gecontracteerde tarief, en een maatwerkcontract of een plus contract met een hoger tarief. Als sprake is van een contract met een hoger tarief, geven zorgverzekeraars aan dat de voornaamste afspraken die in dat kader gemaakt worden betrekking hebben op de onderdelen kwaliteit van de zorginhoud, patiënttevredenheid en de wijze van administreren en declareren. Bij de fysiotherapeuten vormen facultatieve prestaties en doelmatigheidsafspraken ook een belangrijke rol in maatwerkcontracten. In geen van de gevallen vormen plafondafspraken (volume/omzet) een onderdeel van de maatwerkcontracten.

Het aantal contracten met een hoger tarief (plus contract) is voor fysiotherapie toegenomen in de afgelopen jaren. Met name doordat in 2017 een grote zorgverzekeraar verschillende contracten is gaan afsluiten met fysiotherapeuten. Voor logopedie en oefentherapie zien we ook een lichte toename in het aantal plus contracten.

Bij de contractering van ergotherapie en diëtetiek passen de zorgverzekeraars geen contractdifferentiatie toe, dat wil zeggen dat alle zorgaanbieders in het geval van een contract met de verzekeraar ook hetzelfde tarief ontvangen. Een zorgaanbieder moet daarentegen wel voldoen aan de minimale inkoop-eisen (bijvoorbeeld de eisen van de beroepsgroep) om in aanmerking te komen voor een contract.

Bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie wordt iets vaker contractdifferentiatie toegepast, met uitzondering van de kleine zorgverzekeraars. De grote zorgverzekeraars nemen specifieke voorwaarden op in de verschillende contracten om in aanmerking te komen voor een hoger tarief. Sommige zorgverzekeraars vermelden op hun website de voorwaarden om voor een contract met een hoger tarief in aanmerking te komen. Het gaat over eisen en inspanningsverplichtingen die raken aan de kwaliteit van zorg, zoals visitatie, intervisie, doelmatigheid, dataverzameling en transparantie, klanttevredenheid of de ontwikkeling als zorgverlener.

Verschiedende zorgverzekeraars vragen paramedici om een vragenlijst in Vecozo in te vullen. Vecozo is een digitale omgeving waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders administratieve gegevens kunnen uitwisselen. Op basis van de antwoorden in Vecozo wordt (automatisch) bepaald wat voor soort contract de zorgaanbieder aangeboden krijgt. Niet altijd is het voor zorgaanbieders duidelijk welke criteria hierbij in acht zijn genomen.

Afwijken standaardinkoopbeleid

Naast het toepassen van contractdifferentiatie op landelijk niveau, kunnen verzekeraars ook op lokaal niveau afspraken maken met specifieke zorgaanbieders. Verzekeraars wijken dan af van het standaardinkoopbeleid en de standaard contracten die zij aanbieden.

Voor de inkoop van diëtetische zorg heeft geen enkele zorgverzekeraar aangegeven dat het noodzakelijk was om af te wijken van het standaard inkoopbeleid.

Voor logopedie, ergotherapie en oefentherapie was het voor één zorgverzekeraar noodzakelijk om af te wijken van het standaard inkoopbeleid, omdat het ging om een specifieke doelgroep of om specifieke afspraken in de regio. Dit gebeurde in enkele uitzonderingsgevallen, omdat het standaard geboden tarief voor deze aanbieder niet toereikend was.

Voor fysiotherapie hebben drie zorgverzekeraars aangegeven dat het noodzakelijk was om af te wijken van hun standaard inkoopbeleid. Dit gebeurde in enkele uitzonderingsgevallen voor een specialistische zorgaanbieder, een specifieke doelgroep of op verzoek van een zorgaanbieder. Er werd afgeweken in tariefstelling, kwaliteitseisen en doelmatigheidseisen.

Ontwikkeling zorgvraag in tariefstelling

Aan zorgverzekeraars is gevraagd of en hoe zij in de tariefstelling rekening houden met de veranderende zorgvraag van patiënten, bijvoorbeeld omdat ouderen steeds langer thuis blijven wonen waarmee de complexiteit van patiënten in de eerste lijn kan toenemen.

Zorgverzekeraars geven aan dat dit voor een deel samenhangt met de prestatiestructuur in een markt. Zo vindt declaratie van diëtetiek en ergotherapie plaats op basis van tijd. Als de complexiteit van de zorgvraag toeneemt, dan wordt er vaak langer behandeld. In deze sectoren hoeft de veranderende zorgvraag volgens de zorgverzekeraars dus geen invloed te hebben op het uurtarief. Daarentegen heeft de veranderde zorgvraag wel invloed op de aanspraak in deze sectoren, omdat wanneer er langer behandeld wordt, de aanspraak in de paramedische zorg niet altijd toereikend is.

Bij logopedie, fysiotherapie en oefentherapie houden zorgverzekeraars rekening met een veranderende zorgvraag door voor bepaalde specialisaties hogere tarieven te hanteren. Ze geven aan dat de doelgroep niet direct leidend is voor het tarief, maar wel de specialisatie. Voor de specialisatie geriatrie in de fysiotherapie is bijvoorbeeld rekening gehouden met een langere zittingsduur en extra opleidingseisen. Een aantal verzekeraars geeft aan dat de impact van de veranderende zorgvraag naar verwachting het grootst is bij logopedie en ergotherapie.

3.4 Ervaringen zorgaanbieders met het zorginkoopbeleid

Via diverse kanalen uiten zorgaanbieders hun ontevredenheid over het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars. In deze paragraaf schetsen we de ervaringen van zorgaanbieders over de zorginkoop van verzekeraars.

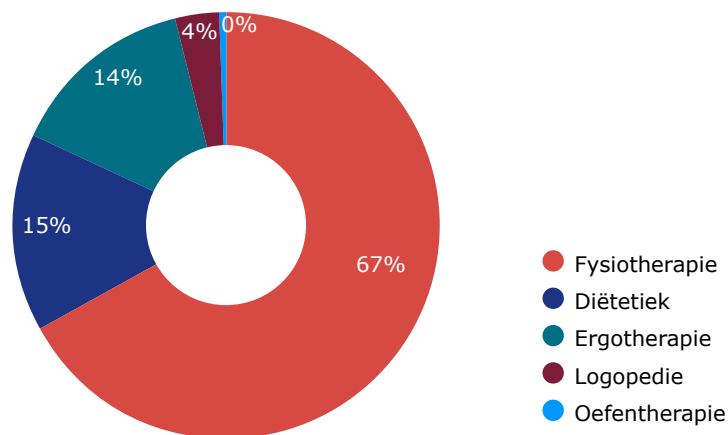
Meldingen zorginkoop bij de NZa

Het aantal meldingen en vragen bij de NZa over de zorginkoop van paramedische zorg door zorgverzekeraars is de afgelopen jaren toegenomen. In 2016 ontvingen we 152 meldingen van zorgaanbieders over de zorginkoop in de paramedische zorg, in 2017 waren dit 202 meldingen en in 2018 533 meldingen.

We ontvingen in 2018 in totaal bijna 800 meldingen van zorgaanbieders over de zorginkoop paramedische zorg 2019. Het aantal meldingen over zorgverzekeraars wijkt af van het aantal meldingen van zorgaanbieders (533) hierboven. Dit komt omdat een zorgaanbieder over meerdere zorgverzekeraars een melding kan hebben ingediend. Deze meldingen zijn in het totaal van de bijna 800 meldingen daarom meerdere keren meegenomen.

We hebben voor de paramedische zorg de meeste meldingen over de zorginkoop ontvangen vergeleken met de andere Zorgverzekeringswet zorgsectoren. In onderstaande figuur vindt u vanuit welke beroepsgroep de meldingen afkomstig zijn. Deze meldingen zijn afkomstig van 385 unieke zorgaanbieders.

Figuur 3.2 Meldingen zorginkoop paramedische zorg



Bron: NZa meldingen

De belangrijkste thema's van meldingen die bij alle verzekeraars terugkomen zijn de hoogte van de tarieven, de PREM, de behandelindex en de onderhandelingspositie van de zorgaanbieder.

In onderstaande tabel geven we het aantal meldingen per thema weer.

Tabel 3.3 Aantal meldingen per thema

Thema meldingen	Aantal
Tarief	258
PREM	155
Behandelindex	100
Onderhandelingspositie	109
Selectieve inkoop	77
Contractdifferentiatie	73
Transparantie	31
Service aspecten zorgaanbieder	55
Uitkomsten schrapsessies administratieve lasten	43
Anders	143

Bron: NZa meldingen

Veruit de meeste melders spreken hun ontevredenheid uit over de hoogte van de tarieven. Bijna de helft van de melders ervaart de PREM als een groot struikelblok, omdat dit geen geschikt middel zou zijn om kwaliteit te meten, de administratieve lasten voor de zorgaanbieder zijn hoog en de kosten voor het uitzetten van de PREM moeten zorgaanbieders zelf dragen. Het is daarnaast volgens de melders onterecht dat de PREM wordt gebruikt voor contractdifferentiatie.

Andere meldingen over de zorginkoop gaan bijvoorbeeld over de ontevredenheid over selectieve inkoop op basis van bijvoorbeeld specifieke opleidingen die gevolgd moeten zijn of het verplicht aangesloten zijn bij een netwerk. Daarnaast wordt de zorginkoop

door bepaalde verzekeraars als niet transparant ervaren, bijvoorbeeld doordat tarieven niet openbaar worden gemaakt of het niet duidelijk is waaraan voldaan moet worden om voor een hoger tarief in aanmerking te komen.

Wij hebben de meldingen die we hebben ontvangen bij iedere zorgverzekeraar teruggelegd. De zorgverzekeraars hebben toegezegd dat zij de NZa informeren over de manier waarop zij deze meldingen hebben gebruikt om het zorginkoopproces te verbeteren.

Tarieven

Het overgrote merendeel van de paramedici (95%) vindt het tarief niet toereikend voor een gezonde praktijkvoering. De onvrede daarover is het grootst bij de logopedisten en fysiotherapeuten. Van de paramedici die de enquête hebben ingevuld, geeft 90% aan dat de tarieven in 2018 niet zijn geïndexeerd. Het merendeel van de zorgverzekeraars geeft echter aan dat er wel degelijk een indexatie heeft plaatsgevonden.

Paramedici geven met name aan dat het tarief voor behandeling aan huis niet toereikend is, terwijl de trend is dat ouderen steeds langer thuis wonen.

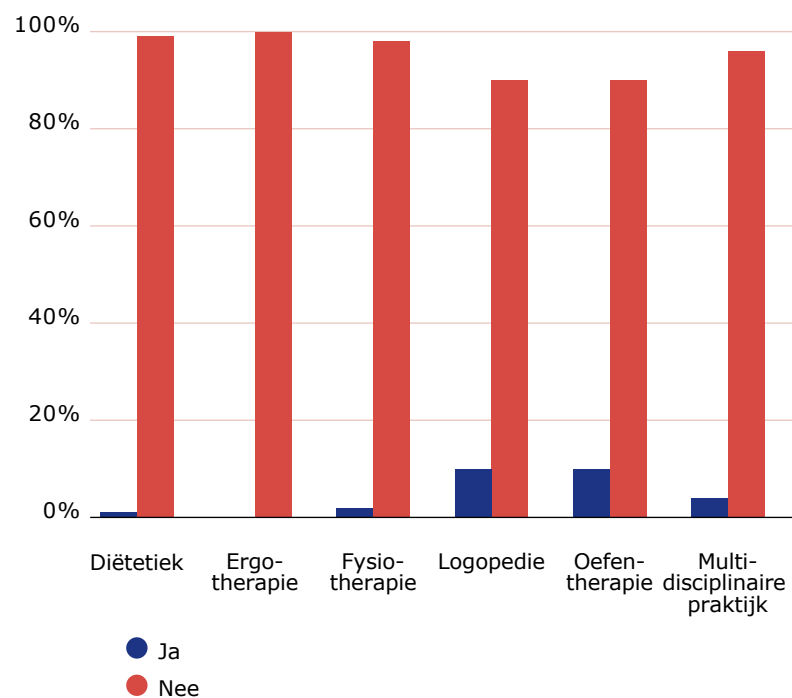
In de enquête hebben we zorgaanbieders gevraagd naar welk bedrag de aanbieder per jaar geïnvesteerd heeft. Ten algemene kunnen we concluderen dat de bedragen voor investeringen veelal met de jaren toenemen. Praktijkinrichting is een belangrijke kostenpost voor investeringen, daarna ook automatisering en opleiden van personeel.

Paramedici geven aan dat het huidige tarief gevolgen heeft voor de mogelijkheden om te investeren in de praktijk en dat het inkomen als te laag wordt ervaren. Ook heeft het negatieve gevolgen voor de bij- en nascholing van paramedici en worden daardoor lagere salarissen aangeboden dan door paramedici wenselijk worden geacht. Circa 15% van de paramedici geeft aan dat zij verwachten hun praktijk binnen nu en vijf jaar te moeten stopzetten vanwege het ontoereikend tarief. Een kwart van de diëtisten merkt op dat een niet toereikend tarief er toe leidt dat zij geen arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenvoorziening afsluiten.

Ontwikkelingen zorgvraag in relatie tot tarieven

Aan de zorgaanbieders is gevraagd of zij vinden dat zorgverzekeraars in de tarieven voldoende rekening houden met de veranderende zorgvraag van de patiënt. De antwoorden staan in onderstaand figuur weergegeven.

Figuur 3.4 Houden verzekeraars voldoende rekening met de veranderende zorgvraag van de patiënt? (in %)



Bron: enquête zorgaanbieders

Bijna alle zorgaanbieders (gemiddeld 96%) zijn van mening dat zorgverzekeraars in de tarieven onvoldoende rekening houden met veranderende zorgvraag van de patiënt. Opvallend is dat 10% van de zorgaanbieders van logopedie en oefen-therapie vinden dat zorgverzekeraars dit wel doen.

Ook is aan de zorgaanbieders (96%) gevraagd waar ze tegenaan lopen, omdat zorgverzekeraars in hun ogen onvoldoende rekening houden met een veranderende zorgvraag. De paramedici geven in algemene zin aan dat de tarieven ontoereikend zijn en bovendien niet mee stijgen met het groeiend aantal eisen dat aan hen wordt gesteld. Voorbeelden van deze eisen zijn het overleg met derden, verslaglegging van de geleverde zorg en multidisciplinair overleg.

Fysiotherapeuten, oefen-therapeuten en logopedisten hebben het gevoel dat het aantal behandelingen dat aan de patiënt kan worden besteed, wordt beperkt door de behandelindex. De zorgaanbieders vinden dat de kwaliteit van de zorg daarmee onder druk komt te staan. Zij vinden dat de behandelindex vooral het beperken van de zorgkosten dient, maar niet de kwaliteit van de zorg verbetert.

4% van de zorgaanbieders geeft aan dat zorgverzekeraars voldoende rekening houden met de veranderende zorgvraag in de tarieven. Zij geven aan dit bijvoorbeeld te merken aan het hogere tarief dat voor zorg aan huis wordt gerekend en doordat de duur van de zorg kan worden afgestemd op wat de patiënt nodig heeft bijvoorbeeld via de vergoeding voor de prestatie lange zitting.

Vergoeding

Paramedici hebben diverse andere knelpunten benoemd in het huidige zorgsysteem.

Paramedici zien een knelpunt in de vergoeding van zorg doordat patiënten zelf niet kunnen of willen bijbetalen en volgens paramedici de aanvullende verzekering te beperkt is. Patiënten stoppen de behandeling voortijdig als de aanvullende verzekering is opgebruikt, zonder dat de klachten zijn verholpen.

Oefentherapeuten vinden het daarbij problematisch dat in de aanvullende verzekering de behandelingen voor fysiotherapie en oefentherapie in één 'potje' zitten. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering raakt daardoor sneller op.

Diëtisten en ergotherapeuten geven aan dat vooral de aanspraak te beperkt is, mede gezien de toename van de complexiteit van de zorgvraag.

Logopedisten geven aan dat doordat het eigen risico van toepassing is patiënten voortijdig stoppen met de behandeling. Tot slot geven de aanbieders van alle sectoren aan dat ondanks de taakverschuiving van tweedelijnszorg (ook vanuit de polikliniek) richting de eerstelijnszorg, er in de eerste lijn op macroniveau geen ruimte wordt geboden om met de stijgende vraag mee te groeien.

3.5 Prestatieregulering in de ergotherapie

Per 2017 stelt de NZa prestaties vast voor de ergotherapie. In de jaren vóór 2017 waren de prestaties vrij en werden de declaratietitels in overleg tussen verzekeraar en zorgaanbieder bepaald. In de praktijk werden de declaratietitels vanuit de tweede lijn gebruikt waar de NZa de prestaties wel reguleerde. In deze paragraaf bespreken we de effecten van de invoering van prestatieregulering in de ergotherapie op basis van ervaringen met de prestatiebeschrijvingen.

Ervaren invloed ingevoerde prestatiebeschrijvingen 2017

Aan zorgaanbieders van ergotherapie vroegen wij wat zij hebben gemerkt van de per 1 januari 2017 ingevoerde omschrijving van de behandelingen (prestatiebeschrijvingen) door de NZa. In tabel 3.4 staan hun reacties. De percentages tellen niet op tot 100%, omdat respondenten meerdere antwoorden konden geven op deze vraag. De percentages zijn weergegeven voor zowel de monodisciplinaire praktijken als multidisciplinaire praktijken waarin ergotherapeuten actief zijn.

Tabel 3.5 Mening ergotherapeuten over de prestatiebeschrijvingen per 2017

	% van ergotherapiepraktijken	% van de multidisciplinaire praktijken	% van totaal
Toename van de administratieve lasten t.o.v. 2016	67,6%	59,5%	63,3%
Ik weet sinds de NZa prestaties heeft vastgesteld beter welke zorg ik kan declareren	37,8%	26,2%	31,6%
Sinds de NZa prestaties reguleert, ervaar ik meer verwarring	27,0%	9,5%	17,7%
De verhouding met verzekeraars is in negatieve zin veranderd	13,5%	23,8%	19,0%
Meer contact met de verzekeraars	5,4%	11,9%	8,9%
Afname van de administratieve lasten t.o.v. 2016	2,7%	7,1%	5,1%
Minder contact met de verzekeraars	2,7%	11,9%	7,6%
De verhouding met verzekeraars is in positieve zin veranderd	2,7%	0,0%	1,3%

Bron: enquête zorgaanbieders

Van de respondenten geeft 63% aan een toename van de administratieve lasten te ervaren sinds de vaststelling van prestaties door de NZa. 32% van de respondenten geeft aan dat de vastgestelde prestaties er wel toe leiden dat er meer duidelijkheid is over welke zorg er gedeclareerd kan worden. Daartegenover staat dat bijna 18% juist meer verwarring ervaart sinds de prestaties zijn vastgesteld. Van de praktijken ervaart 9% nu meer contact met zorgverzekeraars, terwijl 8% van de praktijken juist minder contact met zorgverzekeraars ervaart. De verhouding tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is volgens 19% verslechterd.

Bovenstaande cijfers zijn gebaseerd op de enquête onder aanbieders. De enquête is door 37 ergotherapeuten ingevuld en daarnaast nog door 42 multidisciplinaire praktijken waar ook ergotherapie wordt aangeboden. Deze relatief kleine respons, tezamen met de korte periode waarop de ervaringen zich baseren, geeft slechts een eerste indruk van de ervaringen met de prestatieregulering in de ergotherapie.

Prestaties als basis voor onderhandeling

Zowel aan zorgaanbieders als aan zorgverzekeraars is gevraagd of de vastgestelde prestaties een goede basis zijn om met elkaar te onderhandelen. Zorgaanbieders geven in meerderheid, namelijk 72%, aan dat dit niet het geval is.

De kleinere zorgverzekeraars geven aan dat de prestaties inderdaad behulpzaam zijn in de contractonderhandelingen. Grotere zorgverzekeraars zijn hierover verdeeld (50% om 50%).

Op de vragen in de enquête over de ervaren voor- en nadelen van de prestatieregulering in de ergotherapie, zijn de zorgverzekeraars in meerderheid positief. Slechts één verzekeraar ervaart een nadeel. Dit betreft met name de toegenomen onduidelijkheid bij zorgaanbieders over welke prestatie gedeclareerd mag worden en de daarmee gepaard gaande vragen aan de zorgverzekeraar.

83% van de zorgverzekeraars noemt ervaren voordelen van prestatieregulering. Genoemde voordelen zijn: meer inzicht en duidelijkheid over de geleverde prestatie; meer aansluiting en uniformiteit met de andere paramedische zorgsoorten; en vereenvoudiging van processen.

3.6 Conclusie

De contracteergraad in de paramedische zorg is hoog. Desalniettemin ervaren zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders knelpunten bij de totstandkoming van contracten. Zorgverzekeraars vinden dat er in het contracteerproces meer aandacht voor kwaliteit van zorg moet zijn. Er is een grote ontevredenheid bij zorgaanbieders over de zorginkoop van zorgverzekeraars. De belangrijkste thema's

waarover ontevredenheid ontstaat, is de hoogte van de tarieven, de PREM, de behandelindex en de onderhandelingspositie van de zorgaanbieder. De zorginkoop door bepaalde verzekeraars wordt als niet transparant ervaren, bijvoorbeeld doordat de tarieven niet openbaar worden gemaakt of het niet duidelijk is waaraan voldaan moet worden om voor een hoger tarief in aanmerking te komen.

Zorgverzekeraars bieden één type contract aan voor ergotherapie en diëtetiek. In de fysiotherapie, oefentherapie en logopedie wordt contractdifferentiatie wel toegepast, met uitzondering van de kleine zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars wijken in uitzonderlijke gevallen af van hun standaardinkoopbeleid.

Zorgverzekeraars houden in de hoogte van het tarief geen rekening met de complexiteit van de zorgvraag voor diëtetiek en ergotherapie. Zorgverzekeraars vinden dat niet nodig omdat de diëtetische en ergotherapeutische zorg in tijdseenheden wordt gedeclareerd. De zorgvraag is daarmee volgens hen gerelateerd aan de direct patiëntgebonden tijd.

Bij logopedie, fysiotherapie en oefentherapie houden zorgverzekeraars rekening met een veranderende zorgvraag door voor bepaalde gespecialiseerde prestaties hogere tarieven te hanteren.

De NZa reguleert de prestaties in de ergotherapie sinds 2017. Volgens zorgaanbieders en verzekeraars dienen de door de NZa vastgestelde prestaties als een goede onderhandelingstaal. Uit de enquête blijkt echter ook dat het merendeel van de ergotherapeuten door de prestatieregulering meer administratieve lasten ervaart.

4. Betaalbaarheid

4.1 Zorgkosten

4.2 Aantal patiënten en behandelingen

4.3 Tarieven

4.4 De overgang naar vrije tarieven in de logopedie

4.5 Conclusie

4. Betaalbaarheid

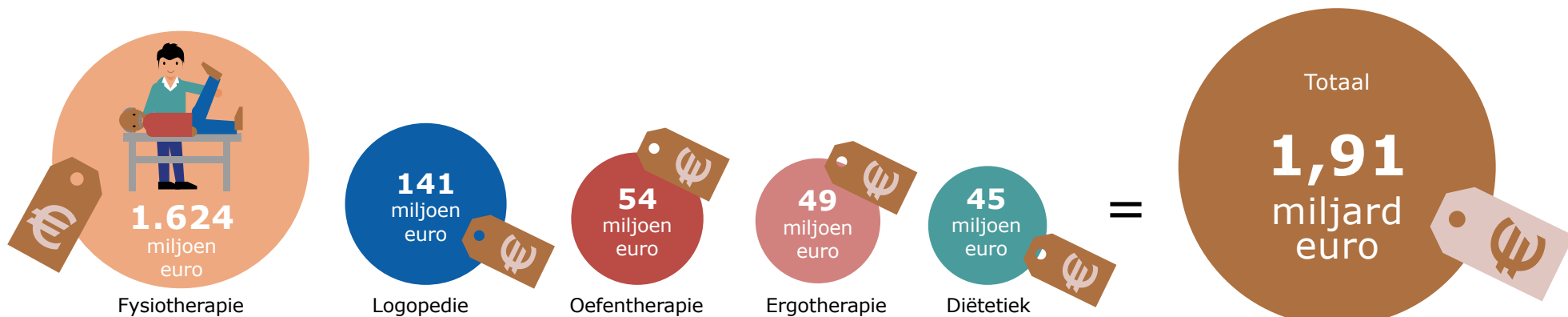
Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in de betaalbaarheid van de paramedische zorg. Verschillende indicatoren kunnen invloed hebben op de betaalbaarheid van zorg, deze komen in dit hoofdstuk per paragraaf aan bod. Denk hierbij aan de ontwikkelingen in zorgkosten, aantal patiënten, aantal behandelingen en tarieven.

4.1 Zorgkosten

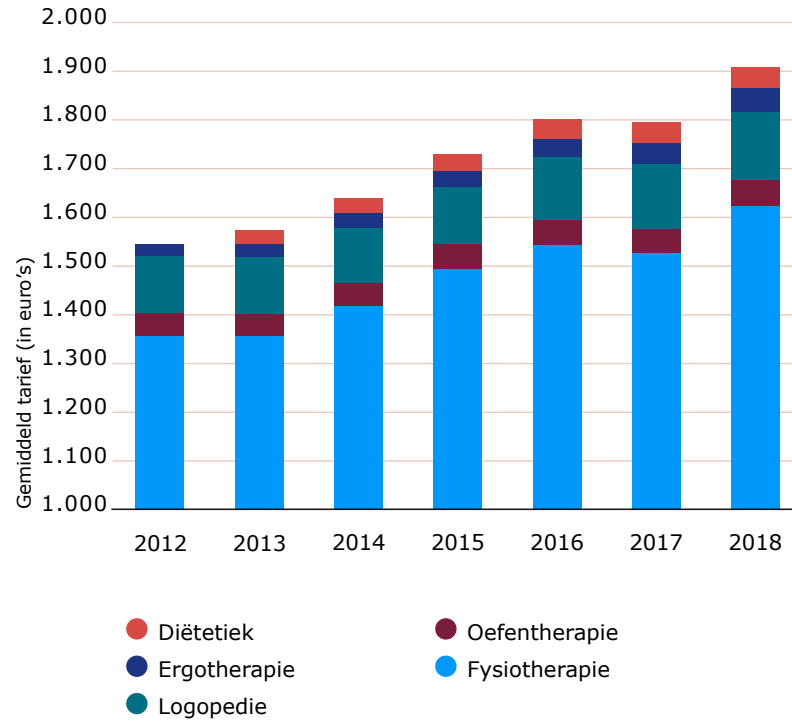
Onderstaande figuren geven de ontwikkeling in zorgkosten weer naar paramedische sector voor de jaren 2012-2018. Hierbij hebben we in figuur 4.1 de kosten ten laste van de basisverzekerde zorg (BV) en kosten ten laste van de aanvullende verzekering (AV) samen genomen en in figuur 4.2 alleen de zorgkosten ten laste van de basisverzekerde zorg. Beide overzichten van de zorgkosten paramedische zorg zijn exclusief eigen betalingen en kosten paramedische zorg die gemaakt worden buiten eerstelijnspraktijken (bijvoorbeeld vanuit ziekenhuizen).

De zorgkosten voor de paramedische zorg in 2018 betreft in volgorde van grootte fysiotherapie (€ 1.624 miljoen), logopedie (€ 141 miljoen), oefentherapie (€ 54 miljoen), ergotherapie (€ 49 miljoen) en diëtetiek (€ 45 miljoen).

Wat gaven we uit aan paramedische zorg in 2018?



Figuur 4.1 Zorgkosten paramedische zorg basisverzekering + aanvullende verzekering 2012-2018 (in miljoen euro's)



Bron: Vektis en Zorginstituut Nederland

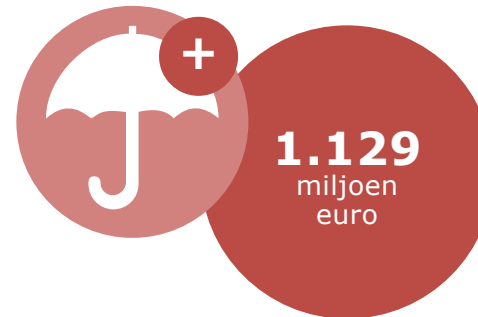
Kosten paramedische zorg **basisverzekering** 2018:



21,1%

↑
Stijging kosten paramedische zorg 2012-2018

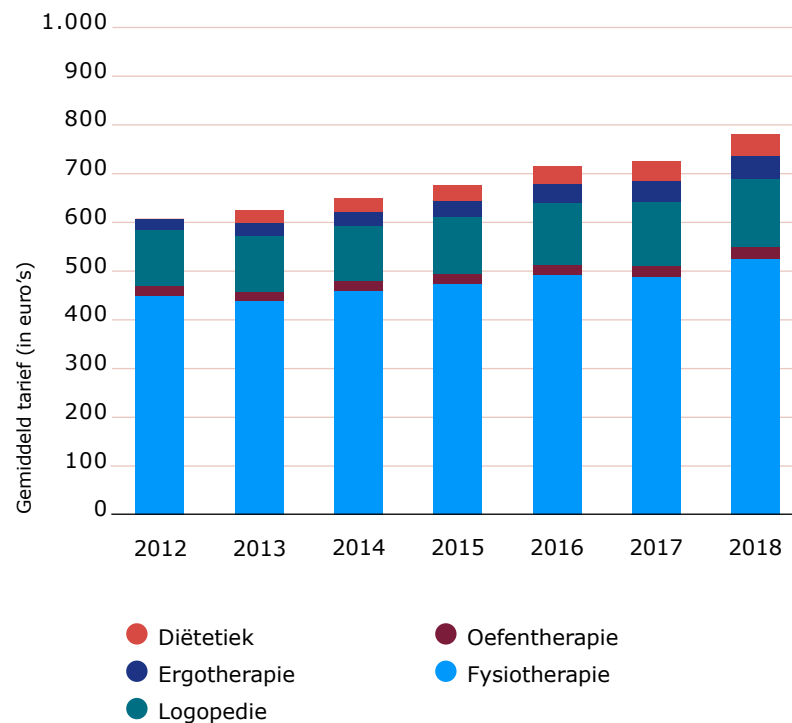
Kosten paramedische zorg **aanvullende verzekering** 2018:



21,4%

↑
Stijging kosten paramedische zorg 2012-2018

Figuur 4.2 Zorgkosten paramedische zorg basisverzekering 2012-2018 (in miljoen euro's)

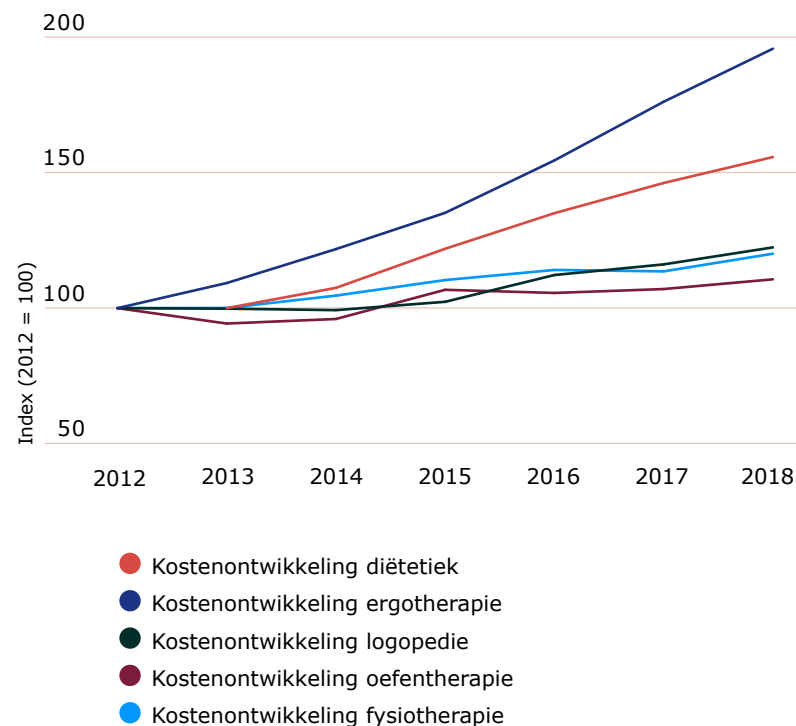


Bron: Vektis en Zorginstituut Nederland

In alle sectoren zijn de zorgkosten met de jaren toegenomen. In absolute zin zijn de kosten voor fysiotherapie in de periode 2012-2018 het sterkst toegenomen; € 267 miljoen. Dit is een groot verschil met de overige sectoren, waar de toename varieert tussen de € 5 miljoen en € 25 miljoen. Deze ontwikkeling zien we ook terug in de informatie die zorgverzekeraars in de enquête hebben ingevuld.

Om de relatieve toename in kosten te kunnen zien, hebben we de cijfers in twee grafieken omgezet. Hierbij is de toename in zorgkosten afgezet tegen een index (2012 = 100). De eerste figuur geeft de ontwikkeling van de totale zorgkosten weer. De tweede figuur geeft de ontwikkeling van de kosten in alleen de basisverzekering weer. Daarbij merken we op dat diëtetiek sinds 2013 (weer) in het basispakket zit. Om deze reden wordt diëtetiek in beide figuren vanaf 2013 weergegeven.

Figuur 4.3 Zorgkosten paramedische zorg basisverzekering + aanvullende verzekering, naar sector 2012-2018

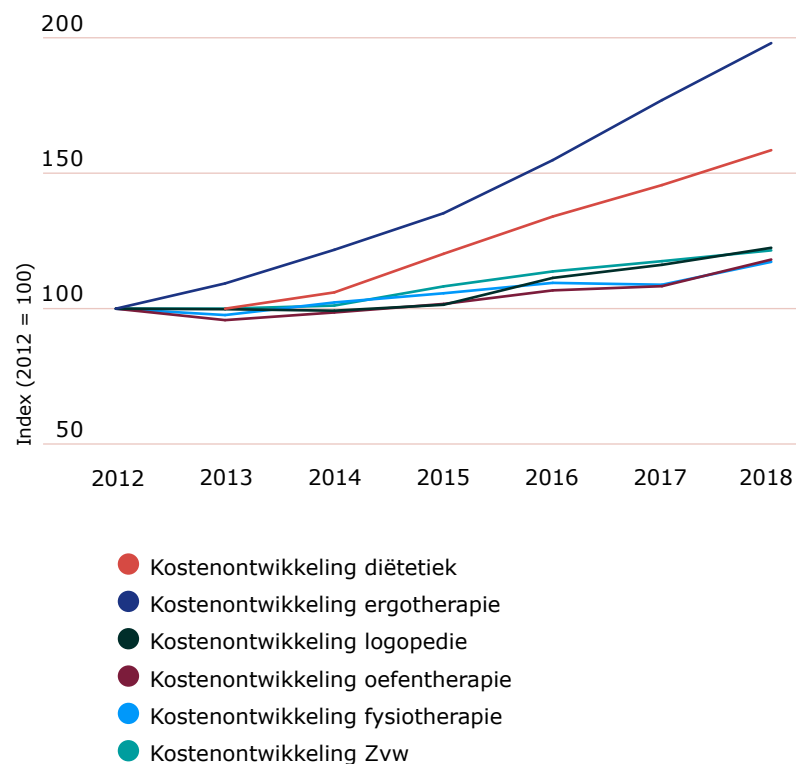


Bron: Vektis

NB: De cijfers voor 2018 zijn gebaseerd op een schatting op basis van de eerste twee kwartalen.

De totale kosten (BV en AV) zijn door de jaren heen voor diëtetiek (+55%) en ergotherapie (+94%) relatief gezien het sterkst toegenomen. Daarna volgen de totale kosten voor logopedie (+22%) en fysiotherapie (+20%). De totale kosten voor oefen therapie (+10%) nemen relatief gezien het minst toe.

Figuur 4.4 Zorgkosten paramedische zorg in de basisverzekering totaal en per sector, 2012-2018



Bron: Vektis en Zorginstituut Nederland

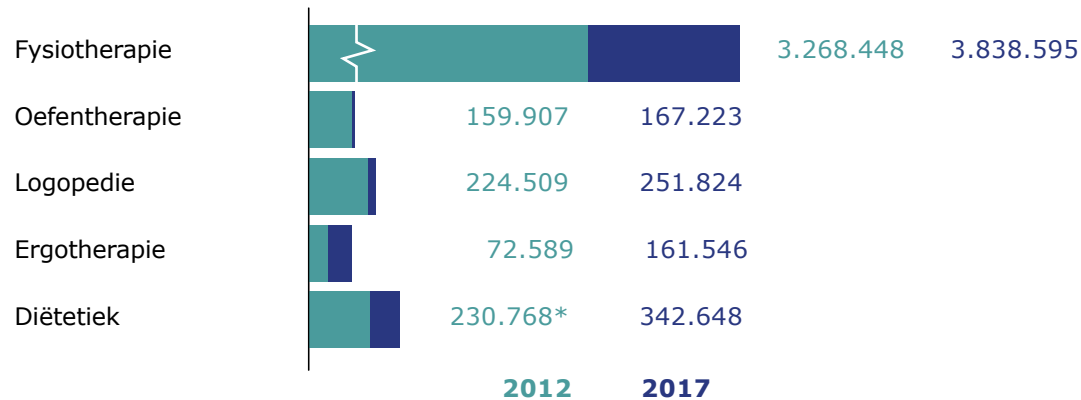
Naast de totale zorgkosten paramedische zorg geldt ook voor de kosten in de basisverzekering dat deze voor ergotherapie (+96%) en diëtetiek (+57%) relatief gezien het sterkst zijn toegenomen. Deze kosten groeien harder dan de gemiddelde ontwikkeling van de kosten in de Zvw als totaal (+21%). Dit geldt niet voor de andere sectoren; logopedie (+22%), fysiotherapie (+17%) en oefen therapie (+18%) blijven iets achter op dit gemiddelde.

4.2 Aantal patiënten en behandelingen

In deze paragraaf geven we de ontwikkeling in volume per sector weer. In de volgende tabel staan de absolute aantallen patiënten en het aantal behandelingen per patiënt per jaar en per sector.

Voor de sectoren fysiotherapie, oefen therapie en logopedie sluit het aantal prestaties aan op het aantal behandelingen, omdat declaratie in deze sectoren per zitting plaatsvindt. Om het aantal behandelingen voor de sectoren ergotherapie en diëtetiek vergelijkbaar te maken, is voor ieder jaar het gemiddeld aantal prestaties (van een kwartier) per patiënt tijdens een zitting bepaald.

Aantal patiënten paramedische zorg 2012-2017



*bij diëtetiek is 2013 het basisjaar

Tabel 4.5 Aantal patiënten en aantal paramedische prestaties basisverzekering + aanvullende verzekering 2012-2017

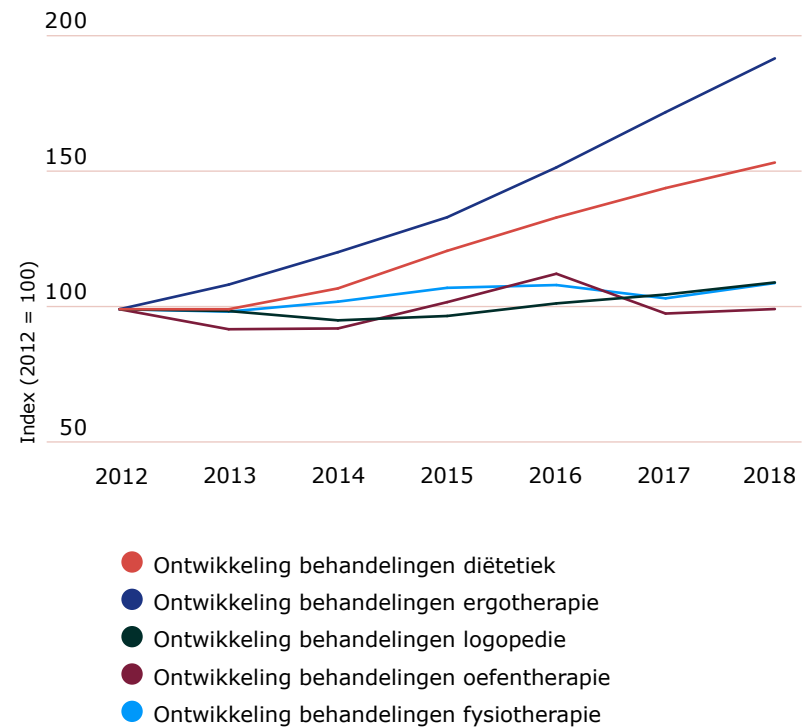
Jaar		Fysiotherapie	Oefentherapie	Logopedie	Ergotherapie	Diëtetiek
2012	Aantal patiënten	3.268.448	159.907	224.509	72.589	
	Behandelingen per patiënt	13,7	10,2	17,0	11,4	
2013	Aantal patiënten	3.191.801	147.032	222.397	78.926	230.768
	Behandelingen per patiënt	14,0	10,3	17,0	11,3	4,9
2014	Aantal patiënten	3.359.090	149.543	219.652	96.967	243.000
	Behandelingen per patiënt	13,7	10,1	16,6	10,1	4,8
2015	Aantal patiënten	3.516.343	158.815	227.148	113.440	263.081
	Behandelingen per patiënt	13,7	10,5	16,4	9,5	4,5
2016	Aantal patiënten	3.715.570	163.288	242.590	140.994	305.229
	Behandelingen per patiënt	13,1	11,4	16,0	8,8	4,3
2017	Aantal patiënten	3.838.595	167.223	251.824	161.546	342.648
	Behandelingen per patiënt	12,2	9,6	16,0	8,5	4,2

Bron: Vektis

In de tabel zien we dat het totaal aantal patiënten dat binnen de basisverzekering en aanvullende verzekering gebruik maakt van paramedische zorg, in alle sectoren is toegenomen. Het aantal behandelingen stijgt echter minder hard; dit zien we terug in de afname van het aantal behandelingen per patiënt. Uitzondering hierop vormt de oefentherapie; daar zien we per jaar een wisselend beeld met pas een daling in het jaar 2017. Voor de fysiotherapie en de logopedie geldt dat de behandelindex daar een mogelijke rol in speelt. Binnen de logopedie is het aantal behandelingen per patiënt het hoogst; in 2017 worden gemiddeld 16,0 behandelingen per patiënt in rekening gebracht. In de diëtetiek is dit gemiddelde het laagst; in 2017 worden gemiddeld 4,2 behandelingen per patiënt gedeclareerd.

Figuur 4.6 geeft de relatieve toename in het aantal behandelingen per sector weer.

Figuur 4.6 Aantal behandelingen paramedische zorg 2012-2018



Bron: Vektis

De grafiek laat zien dat de toename van de zorgkosten bij ergotherapie en diëtetiek grotendeels is veroorzaakt door een toename in het aantal gedeclareerde prestaties. Deze toename in prestaties wordt weer veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten, aangezien het aantal prestaties per patiënt juist afneemt (zie tabel 4.5). Daarnaast versterkt de prestatie-structuur bij ergotherapie en diëtetiek de stijging in het aantal prestaties, aangezien in deze sectoren per kwartier wordt gedeclareerd, en niet per patiënt contact zoals in de andere sectoren. Bij de overige sectoren zien we dat in 2018 het totaal aantal gedeclareerde prestaties gestaag is toegenomen (10% meer dan in 2012), behalve voor de sector oefentherapie waar het aantal behandelingen in 2018 nagenoeg gelijk blijft ten opzichte van 2012. Wel zien we in deze sector een verschuiving in de mix van prestaties ontstaan (relatief meer kinderoefentherapie).

4.3 Tarieven

Deze paragraaf beschrijft de ontwikkeling van de tarieven in de paramedische zorg. We starten met een beschrijving over hoe de tarieven voor het contractjaar 2018 tot stand zijn gekomen. Vervolgens geven we de ontwikkeling in tarieven weer van de reguliere en de meer specialistische prestaties en maken we onderscheid tussen type contracten. De paragraaf vervolgt met het beeld vanuit verzekeraars en aanbieders op de tarieven in relatie tot indexatie en de veranderende zorgvraag. Tot slot beschrijven we hoe zorgaanbieders de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg vaststellen.

Totstandkoming tarieven

In de enquête is aan zorgverzekeraars gevraagd hoe de tarieven voor het contractjaar 2018 tot stand zijn gekomen. Zorgverzekeraars gebruiken hiervoor verschillende bronnen. Twee grote zorgverzekeraars geven aan dat zij tweejarige contracten afsluiten. De tarieven in deze contracten zijn voor 2018 gelijk aan de tarieven 2017, waarbij op basis van markt-omstandigheden is gekeken naar een passende hoogte voor indexatie. Andere zorgverzekeraars noemen de volgende bronnen:

- kostprijsberekening (inkomensbestanddeel, kostenbestanddeel (praktijkkosten) en rekennorm, bijvoorbeeld het aantal zittingen). Ingrediënten zoals verhouding indirecte tijd en directe tijd, beschikbare werkdagen, vakantie, ziekte, nascholing zijn hierin verwerkt;
- analyse schadelastontwikkeling;
- tarieven voorgaande jaren, overige zorgsoorten en overige verzekeraars;
- tarieven die zorgaanbieders hanteren voor niet-gecontracteerde zorg;
- inflatie;
- signalen uit de markt;
- marktinformatie van diverse bronnen, zoals de Rabobank.

Ontwikkelingen reguliere prestaties

In de meeste sectoren beslaat de reguliere (en dus de meest voorkomende) prestatie ruim 70% van het totale marktaandeel van de sector. Tabel 4.7 geeft het gemiddelde tarief per reguliere prestatie over de jaren 2012–2018 weer. De tarieven voor fysiotherapie, oefentherapie en logopedie worden per behandeling in rekening gebracht (vaak een half uur) en de tarieven voor diëtetiek en ergotherapie per kwartier.

Tarieven reguliere behandelingen
paramedische zorg



2012 - 2018

Tarieven landelijke
indexering zorg



2012 - 2018

Tabel 4.7 Tariefontwikkeling meest voorkomende behandeling paramedische zorg 2012-2018 in euro's.

Jaar	Fysiotherapie (per zitting)	Oefentherapie (per zitting)	Logopedie (per zitting)	Ergotherapie (per kwartier)	Diëtetiek (per kwartier)
2012	28,00	28,07	29,16	14,66	14,42
2013	28,09	28,22	29,52	14,69	14,57
2014	28,25	28,47	30,31	14,79	14,67
2015	28,53	28,64	30,70	14,93	14,92
2016	28,99	28,87	31,22	15,03	14,95
2017	29,27	29,15	31,32	15,22	15,02
2018	29,78	29,34	31,69	15,20	15,10

Bron: Vektis

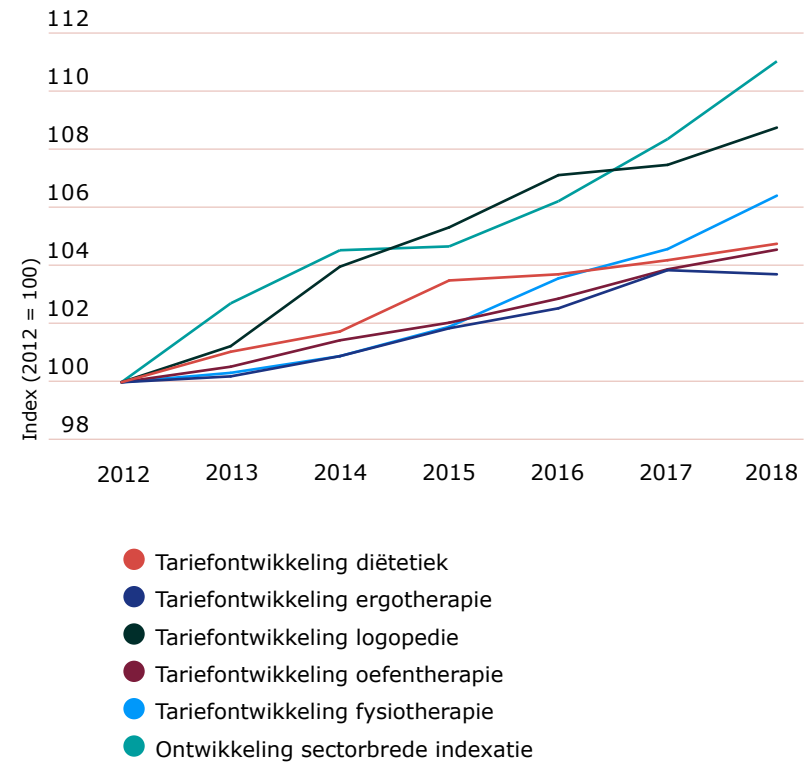
Uit onze data-analyses blijkt dat de spreiding in het tarief voor de reguliere prestaties in alle sectoren heel beperkt is. Daarnaast valt op dat de tarieven die gelden in de BV en de AV nagenoeg gelijk zijn.

In de periode 2012-2018 gelden voor alle sectoren, met uitzondering van de logopedie, vrije tarieven. De tarieven voor de logopedie zijn per 1 januari 2017 vrij. In 2016 stelde de NZa nog een maximumtarief vast op € 40,53 per zitting.

Uit de tabel blijkt dat het gemiddeld gedeclareerde tarief daar in de jaren ervoor ook onder ligt. In de volgende paragraaf gaan we nader in op de ervaringen vanuit het veld met de vrije tarieven in de logopedie.

Figuur 4.8 geeft de tariefontwikkeling van alle sectoren weer, waarbij we het jaar 2012 als basisjaar hanteren. Deze ontwikkeling is afgezet tegen de sectorbrede indexatiecijfers, opgebouwd uit een index voor de personele kosten (de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling) en een index voor de materiële kosten. Dit zijn de indexatiecijfers die de NZa hanteert in sectoren waar we tarieven reguleren.

Figuur 4.8 Tariefontwikkeling reguliere prestatie paramedische zorg over de jaren 2012-2018

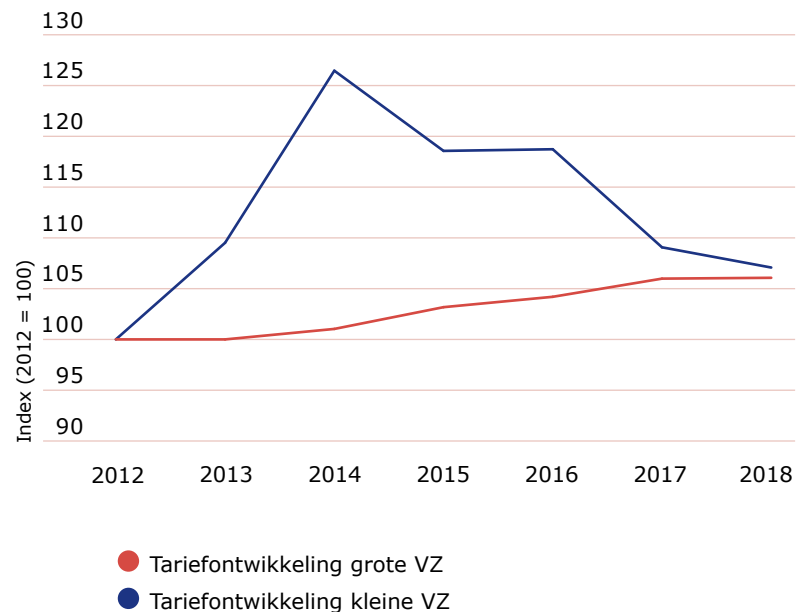


Bron: Vektis

Alleen voor de logopedie geldt dat de ontwikkeling van het tarief (ongeveer) meeloopt met de ontwikkeling van de sectorbrede indexatiecijfers. Op basis van de eerste kwartalen in 2018 zien we een trendbreuk. Bij de andere sectoren loopt deze ontwikkeling in mindere mate mee.

Opvallend daarbij is dat de ontwikkeling van het tarief voor de reguliere prestatie logopedie in de periode 2012-2014 vooral oploopt bij twee kleine verzekeraars. Dit blijkt ook uit de referentiecijfers van de branche. In 2018 is de hoogte van het tarief weer bijna op een gelijk niveau met de grote verzekeraars, net als in het jaar 2012.

Figuur 4.9 Prestatie 4000, Individuele zitting reguliere logopedie



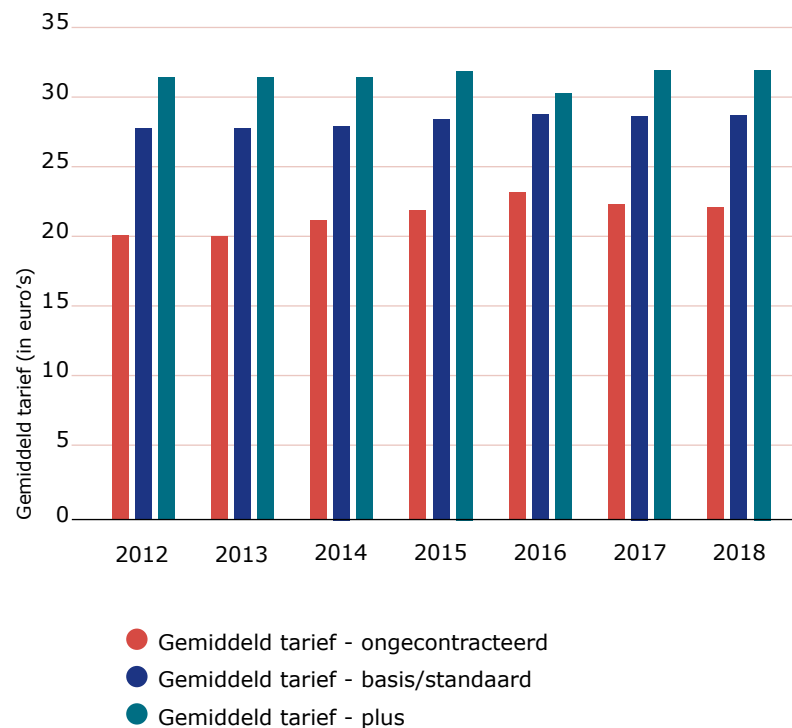
Bron: Vektis

Tariefontwikkeling gecontracteerde zorg (basis en plus contracten) en vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Verzekeraars geven aan dat zij binnen de sectoren fysiotherapie, oefentherapie en logopedie in tarieven onderscheid maken tussen het type contract: basis of plus. Ook voor niet-gecontracteerde zorg wordt een vergoeding gerekend. In de declaratiecijfers hebben we op basis van de hoogte van het tarief een onderscheid gemaakt naar de verschillende contractvormen. Alle combinaties van praktijk en zorgverzekeraar zijn in de verschillende jaren ingedeeld naar de drie type vergoedingen: een basis-/standaardcontract, pluscontract of niet-gecontracteerde zorg. Over de indeling van de door verzekeraars gehanteerde modelovereenkomsten naar bovengenoemde drie type vergoedingen, is door de betreffende zorgverzekeraars zelf informatie aangeleverd. Wanneer het tarief in een bepaalde mate onder het laagste tarief ligt (bij natura polissen vaak 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, maar dat verschilt per verzekeraar), is de combinatie van praktijk en zorgverzekeraar ingedeeld in niet-gecontracteerde zorg.

De volgende figuren geven inzicht in de ontwikkelingen tussen gemiddelde tarieven van plus- en basiscontracten binnen elk van de drie sectoren voor de belangrijkste prestatie, en de gemiddelde vergoeding voor de niet-gecontracteerde zorg.

Figuur 4.10 Tariefontwikkeling individuele zitting reguliere fysiotherapie per contractvorm

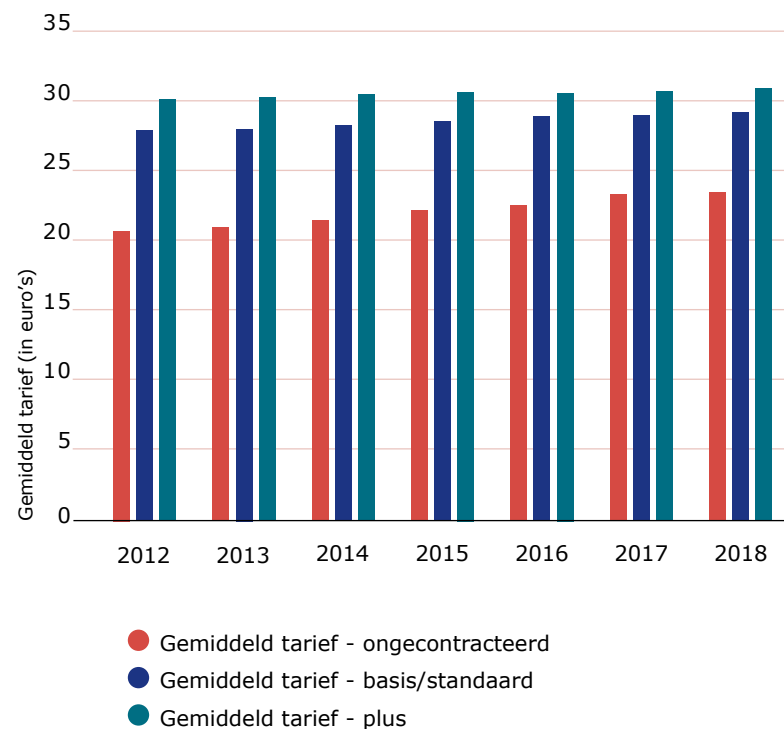


Bron: Vektis

Uit de analyse blijkt dat het gemiddelde tarief voor een reguliere zitting fysiotherapie (prestatie 1000) binnen een pluscontract ongeveer 3 euro hoger ligt dan het gemiddelde tarief in een basiscontract. Het beeld is consistent over de jaren 2012-2018. De vergoeding voor nietgecontracteerde zorg ligt rond 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Hetzelfde beeld volgt in de tariefontwikkeling van de individuele zitting reguliere oefentherapie Cesar/Mensendieck, al lijken gemiddeld genomen de verschillen tussen de tarieven van basis- en pluscontracten naar elkaar toe te groeien in de periode 2012-2018.

Figuur 4.11 Tariefontwikkeling individuele zitting reguliere oefentherapie Cesar/Mensendieck per contractvorm



Bron: Vektis

Uit de analyses volgt dat pluscontracten bij logopedie vooral vanaf 2015 voorkomen. Hier zien we ook een vergelijkbaar beeld voor een individuele zitting logopedie: het gemiddelde tarief bij een pluscontract ligt twee euro hoger dan het gemiddelde tarief bij een basiscontract.

Figuur 4.12 Tariefontwikkeling Individuele zitting reguliere logopedie per contractvorm

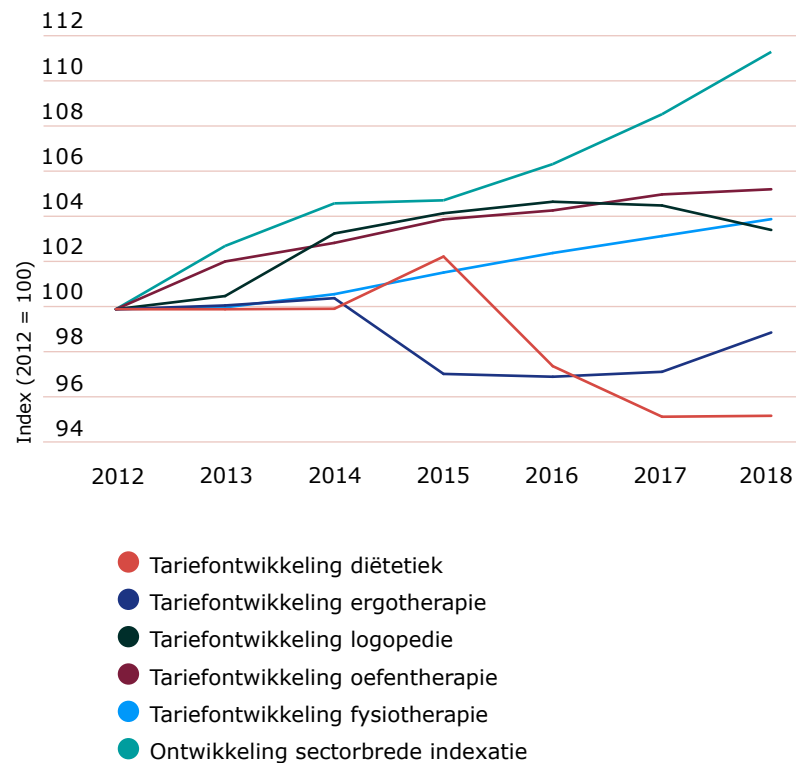


Bron: Vektis

Tariefontwikkeling behandeling aan huis

Vooraf in de prestaties met toeslag voor thuisbehandeling zien we meer spreiding in het tarief, zowel tussen sectoren (zie figuur 4.13) als tussen de tarieven van verzekeraars binnen een sector (zie figuren 4.14 en 4.15). Dit komt overeen met de informatie die we van de branchepartijen hebben gekregen. Uit verdiepende analyses voor deze monitor blijkt dat de tarieven voor behandelingen aan huis vaak in een bandbreedte van 20% rondom het gemiddelde tarief liggen.

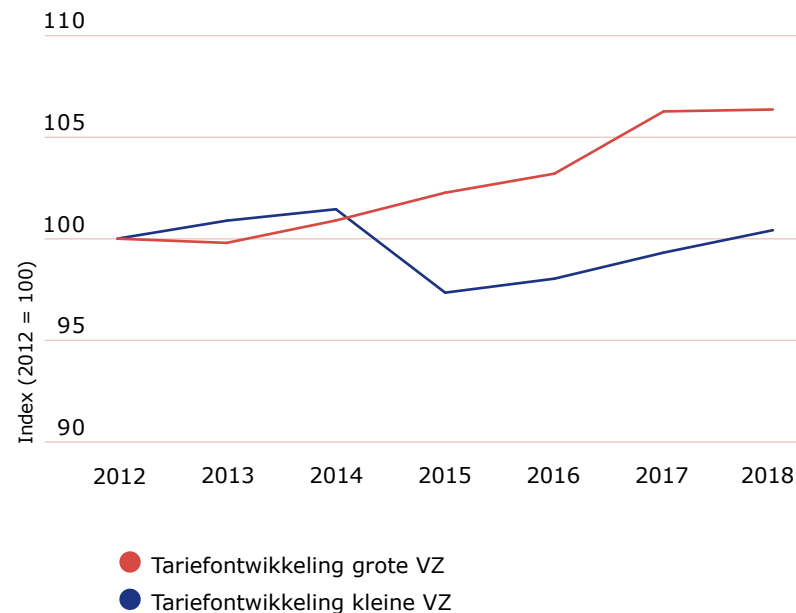
Figuur 4.13 Tariefontwikkelingen behandelingen aan huis per sector



Bron: Vektis

Vooral de ontwikkeling van het tarief voor diëtetiek aan huis valt op; het gemiddelde tarief in 2018 ligt lager dan het tarief in 2012.

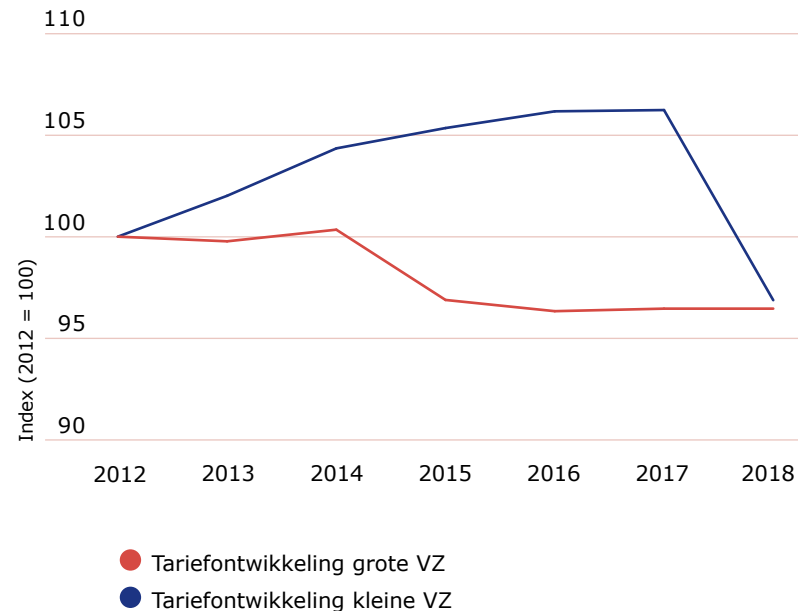
Figuur 4.14 Prestatie 1001, Individuele zitting reguliere fysiotherapie met toeslag voor behandeling aan huis



Bron: Vektis

Bij het tarief voor behandeling fysiotherapie aan huis valt op dat grote verzekeraars in 2017 relatief meer zijn gaan betalen dan dat zij in 2012 deden. Bij kleine verzekeraars is het gemiddelde tarief vergelijkbaar gebleven met het tarief in 2012. Figuur 4.15 toont de toeslag voor behandeling ergotherapie aan huis.

Figuur 4.15 Prestatie 5001, Toeslag voor behandeling ergotherapie aan huis



Bron: Vektis

Bij dit tarief valt op dat twee kleine verzekeraars de toeslag voor ergotherapie aan huis in 2018 met bijna drie euro verlagen ten opzichte van 2017.

Tariefontwikkeling gespecialiseerde prestaties

Binnen de sectoren fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie heeft de NZa naast reguliere prestaties ook gespecialiseerde prestaties vastgesteld, bijvoorbeeld bekkenfysiotherapie of de logopedische behandeling van stotteren. We hebben onderzocht of verzekeraars ook onderscheid maken in tarieven tussen reguliere- en gespecialiseerde (of meer specifieke) prestaties.

In de volgende tabellen hebben we voor alle sectoren (behalve diëtetiek, deze sector kent geen gespecialiseerde prestaties) in de periode 2012-2018 de gemiddelde tarieven van gespecialiseerde prestaties vergeleken met het tarief van de meest voorkomende reguliere prestatie. In de eerste kolom is het (naar schadelast gewogen) gemiddelde tarief van gespecialiseerde prestaties opgenomen. Vervolgens staan de tarieven van de reguliere prestaties vermeld en de verhouding in tarief tussen de reguliere- en gespecialiseerde prestatie.

Voor fysiotherapie en oefentherapie liggen de tarieven voor gespecialiseerde prestaties tussen de 30-40% hoger dan het tarief voor de reguliere prestatie. Wel valt op dat deze verschillen in tarief voor fysiotherapie met de jaren kleiner worden. Voor oefentherapie zien we dit beeld vanaf 2017.

Tabel 4.16 Tarief gespecialiseerde prestaties – fysiotherapie (in euro's)

Jaar	Gemiddeld tarief gespecialiseerde prestatie	Gemiddeld tarief reguliere prestatie	Verhouding
2012	38,83	28,00	1,39
2013	38,74	28,09	1,38
2014	39,11	28,25	1,38
2015	38,97	28,53	1,37
2016	39,84	28,99	1,37
2017	39,28	29,27	1,34
2018	39,49	29,78	1,33

Bron: Vektis

Tabel 4.17 Tarief gespecialiseerde prestaties – oefen therapie (in euro's)

Jaar	Gemiddeld tarief gespecialiseerde prestatie	Gemiddeld tarief reguliere prestatie	Verhouding
2012	38,28	28,07	1,36
2013	38,48	28,22	1,36
2014	38,99	28,47	1,37
2015	39,27	28,64	1,37
2016	39,84	28,87	1,38
2017	39,20	29,15	1,35
2018	39,55	29,34	1,35

Bron: Vektis

Voor logopedie liggen de tarieven voor gespecialiseerde prestaties ruim twee keer zo hoog als de tarieven voor de reguliere zitting. Deze prestaties worden per uur gedeclareerd, in tegenstelling tot de reguliere prestaties die per half uur worden gedeclareerd. Dat beeld blijft ook constant gedurende de gehele periode 2012-2018.

Tabel 4.18 Tarief gespecialiseerde prestaties – logopedie (in euro's)

Jaar	Gemiddeld tarief specifieke prestatie	Gemiddeld tarief reguliere prestatie	Verhouding
2012	63,96	29,16	2,19
2013	64,77	29,52	2,19
2014	66,41	30,31	2,19
2015	67,09	30,70	2,19
2016	68,23	31,22	2,19
2017	67,86	31,32	2,17
2018	68,80	31,69	2,17

Bron: Vektis

Voor de sector ergotherapie geldt dat de gespecialiseerde prestaties pas sinds 2017 bestaan. Tevens bestaan er geen grote verschillen tussen de gemiddelde tarieven van de reguliere prestatie en de gespecialiseerde prestaties.

Tabel 4.19 Tarief gespecialiseerde prestaties – ergotherapie (in euro's)

Jaar	Gemiddeld tarief gespecialiseerde prestatie	Gemiddeld tarief reguliere prestatie	Verhouding
2017	15,93	15,22	1,05
2018	16,17	15,20	1,06

Bron: Vektis

We hebben zorgverzekeraars in de enquête ook gevraagd of zij onderscheid maken in tarieven tussen algemene en gespecialiseerde zorgaanbieders. Eén grote zorgverzekeraar maakt wel voor ergotherapie een onderscheid. Dit geldt ook voor drie (twee kleine, één grote) zorgverzekeraars voor logopedie en vijf zorgverzekeraars voor fysiotherapie en oefentherapie. Dit onderscheid wordt bij al deze sectoren gemaakt vanwege de verbijzonderingen in de prestatiestructuur, bijvoorbeeld voor de doelgroep kinderen. Dit doen zij ongeacht de omvang van een zorgaanbieder.

Indexatie tarieven

Eerder in dit hoofdstuk hebben we de tariefontwikkeling van het gemiddelde tarief voor de reguliere zitting per sector weergegeven. In onderstaande tabel is de ontwikkeling in procenten weergegeven.

Tabel 4.20 Ontwikkeling gemiddeld tarief voor reguliere zitting (in %)

Jaar	Fysiotherapie (per zitting)	Oefentherapie (per zitting)	Logopedie (per zitting)	Ergotherapie (per kwartier)	Diëtetiek (per kwartier)
2013	0,32%	0,53%	1,23%	0,20%	1,04%
2014	0,57%	0,89%	2,68%	0,68%	0,69%
2015	0,99%	0,60%	1,29%	0,95%	1,70%
2016	1,61%	0,80%	1,69%	0,67%	0,20%
2017	0,97%	0,97%	0,32%	1,26%	0,47%
2018	1,74%	0,65%	1,18%	-0,13%	0,53%

Bron: Vektis

We hebben ook aan verzekeraars in de enquête gevraagd of zij indexatie toepassen. In tabel 4.21 is per sector weergegeven hoeveel zorgverzekeraars aangeven de tarieven voor het contractjaar 2018 te hebben geïndexeerd ten opzichte van het tarief voor 2017. Het gemiddelde indexatie percentage in de tabel is gebaseerd op de antwoorden van verzekeraars die aangeven wel indexatie toe te passen.

Tabel 4.21 Indexatie tarief volgens zorgverzekeraars

Sector	Geen indexatie	Wel indexatie	Gemiddelde indexatie
Diëtetiek	5	1	2,7%
Ergotherapie	5	1	2,0%
Fysiotherapie	3	3	1,2%
Logopedie	2	4	2,1%
Oefentherapie	3	3	2,8%

Bron: enquête verzekeraars

De gemiddelde indexatie percentages voor de tarieven in 2018 voor ergotherapie en diëtetiek zijn het laagst, respectievelijk -0,13% en 0,53%. Dit komt overeen met het beeld van verzekeraars dat de meeste verzekeraars in deze sectoren geen indexatie toepassen. Voor fysiotherapie is het gemiddelde indexatie percentage voor het tarief in 2018 het hoogst; gemiddeld 1,74%. Dit percentage lijkt op basis van de antwoorden van verzekeraars lager, maar dit hangt sterk samen met het marktaandeel van de verzekeraars die wel aangeven indexatie toe te passen.

Uit de antwoorden van verzekeraars valt op dat de kleine verzekeraars bijna altijd indexatie toepassen, terwijl de grote zorgverzekeraars dit in mindere mate doen. Een deel van de grote zorgverzekeraars (twee) die in geen enkele sector indexatie hebben toegepast, geven als reden aan dat zij meerjarige contracten afsluiten. Andere zorgverzekeraars zien de marktomstandigheden of een gebrek aan transparantie als redenen om geen indexatie toe te passen. Eén grote zorgverzekeraar noemt specifiek bij fysio- en oefentherapie

en logopedie dat gekeken is naar de Consumentenprijsindex (CPI), maar dat de tarieven al vrij hoog waren ten opzichte van de tarieven van andere zorgverzekeraars. Weer een andere grote zorgverzekeraar noemt dat alleen het hoogste tarief voor fysiotherapie is geïndexeerd.

Ook aan de zorgaanbieders is gevraagd of het tarief voor 2018 ten opzichte van het tarief voor 2017 is geïndexeerd. Het gemiddelde indexatie percentage in onderstaande tabel is gebaseerd op de antwoorden van zorgaanbieders die aangeven dat het tarief wel geïndexeerd is.

Tabel 4.22 indexatie tarief volgens paramedici

Sector	Nee	Ja	Gemiddelde indexatie
Diëtetiek	110 (96%)	4 (4%)	1,18%
Ergotherapie	31 (84%)	6 (16%)	1,27%
Fysiotherapie	975 (92%)	89 (8%)	2,68%
Logopedie	277 (87%)	43 (13%)	1,80%
Oefentherapie	125 (84%)	24 (16%)	2,63%
Multidisciplinair	91 (82%)	20 (18%)	3,01%
Totaal	1.609 (90%)	186 (10%)	2,43%

Bron: enquête zorgaanbieders

Uit onze data-analyses blijkt dat in alle sectoren het gemiddelde tarief voor een reguliere zitting in 2018 is geïndexeerd ten opzichte van het tarief in 2017, met uitzondering van de ergotherapie. Toch blijkt uit de antwoorden van zorgaanbieders dat zij deze toename in het tarief vaak niet als indexatie ervaren.

Totstandkoming tarieven niet-gecontracteerde zorg

Voor niet-gecontracteerde zorg kunnen zorgaanbieders zelf de tarieven bepalen. De hoogte van de vergoeding die een patiënt ontvangt voor deze zorg is afhankelijk van zijn of haar polis en het gemiddeld gecontracteerde tarief van de zorgverzekeraar. Het verschil tussen het niet-gecontracteerde tarief van de zorgaanbieder en de vergoeding van de verzekeraar is voor rekening van de patiënt dan wel de zorgaanbieder zelf. In de enquête is aan zorgaanbieders gevraagd hoe de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg tot stand zijn gekomen.

Ruim een derde van de zorgaanbieders geeft aan dat zij het tarief voor niet-gecontracteerde zorg op basis van een zelfberekende kostprijs bepalen. Een kleiner deel doet dit op basis van de vergoeding die de patiënt krijgt van de verzekeraar (8%) of stelt het tarief gelijk aan het gecontracteerde tarief (7%). Op een derde van de zorgaanbieders is de vraag niet van toepassing, omdat zij met alle zorgverzekeraars een contract hebben. Bij de categorie 'anders, namelijk' geven zorgaanbieders vaak aan:

- een tarief dat wij redelijk vinden (kostprijs en winstmarge);
- hoger dan het gecontracteerde tarief van de zorgverzekeraar (bijvoorbeeld een percentage);
- een tarief wat de patiënt bereid is te betalen;
- het tarief van de grootste/ best betalende zorgverzekeraar;
- (oud) NZa maximumtarief;
- een marktconform tarief;
- andere bronnen zoals de gemeente voor ambulante zorg (Jeugdwet contract bijergotherapie), GGMD (logopedie) en cao ziekenhuizen.

4.4 De overgang naar vrije tarieven in de logopedie

Zoals in de vorige paragraaf beschreven zijn per 2017 de maximumtarieven voor logopedie prestaties losgelaten en is er sprake van vrije tarieven. Het vrijlaten van tarieven is mogelijk wanneer marktwerking het consumentenbelang voldoende borgt. Eén van de belangrijke criteria is goede markttoegang. Daarvan is onder andere sprake wanneer er voldoende aanbieders zijn en voldoende overstapmogelijkheden voor consumenten. Ook marktgedrag is een criterium. Daarbij kijken we of de contracteergraad voldoende is, maar ook of verzekeraars en consumenten voldoende prikkel hebben om goed in te kopen. In 2016 was aan deze criteria voldaan en zijn de tarieven vrijgelaten. Nu kijken we naar de ervaringen en feitelijke effecten van vrije tarieven in de logopedie.

Het is belangrijk om te vermelden dat op basis van twee jaar de invloed van vrije tarieven niet bepaald kan worden. Daarom geeft deze monitor een eerste indruk van de invloed van de vrije tarieven. Eerder in dit hoofdstuk laten we trends zien in de tariefontwikkeling van verschillende prestaties. We kijken in deze paragraaf specifieker naar de trends in de logopedie rondom het jaar 2017 waarin de tarieven werden vrijgelaten en we bespreken de eerste ervaringen met vrije tarieven vanuit het perspectief van aanbieders en van verzekeraars.

Ervaren invloed overgang vrije tarieven op tariefontwikkeling 2016 naar 2017 en 2018

In de enquêtes van zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders vroegen we naar de ontwikkeling van het tarief van 2016 naar 2017 en 2018. Drie zorgverzekeraars geven aan dat de tarieven gemiddeld gelijk zijn gebleven, één zorgverzekeraar geeft aan dat tarieven gemiddeld gedaald zijn en één zorgverzekeraar ervaart een gemiddelde stijging van de tarieven. Ook de antwoorden van de zorgaanbieders laten een beeld zien van gelijkblijvende of dalende gecontracteerde tarieven sinds de overgang naar vrije tarieven: minder dan 1% geeft aan dat de overgang heeft geresulteerd in hogere tarieven, 49% geeft lagere tarieven aan, en de overige 50% geeft aan dat de tarieven gelijk zijn gebleven. De feitelijke ontwikkelingen worden hieronder geanalyseerd.

Tariefontwikkeling drie meest voorkomende prestaties

De drie meest gedeclareerde prestaties in de logopedie zijn:

- Prestatie 4000: zitting reguliere logopedie;
- Prestatie 4001: zitting met toeslag behandeling aan huis;
- Prestatie 4301: zitting logopedie stotteren.

Deze drie prestaties nemen samen 92% van de omzet in de logopedie voor hun rekening en 95% van de gedeclareerde prestaties.

In onderstaande tabel staat het gemiddelde tarief voor de meest voorkomende prestaties weergegeven.

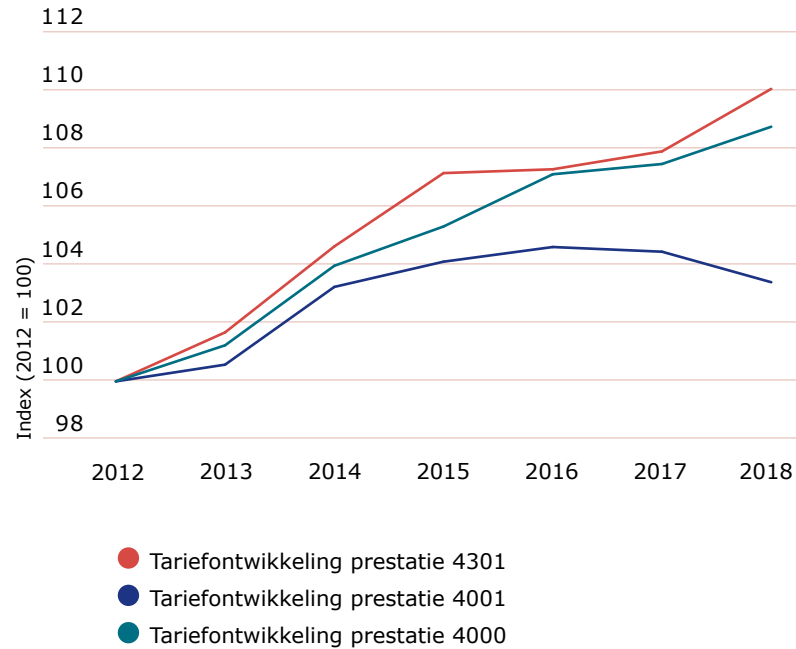
Tabel 4.23 Gemiddeld tarief voor meest voorkomende prestaties logopedie 2012–2018 (in euro's)

Sector	Prestatie 4000	Prestatie 4001	Prestatie 4301
2012	29,16	44,12	58,06
2013	29,52	44,37	59,03
2014	30,31	45,54	60,73
2015	30,70	45,92	62,18
2016	31,22	46,14	62,26
2017	31,32	46,07	62,61
2018	31,69	45,61	63,85

Bron: Vektis

In onderstaande figuur is de relatieve ontwikkeling in het gemiddelde tarief weergegeven.

Figuur 4.24 Ontwikkeling gemiddeld tarief voor meest voorkomende prestaties logopedie 2012-2018



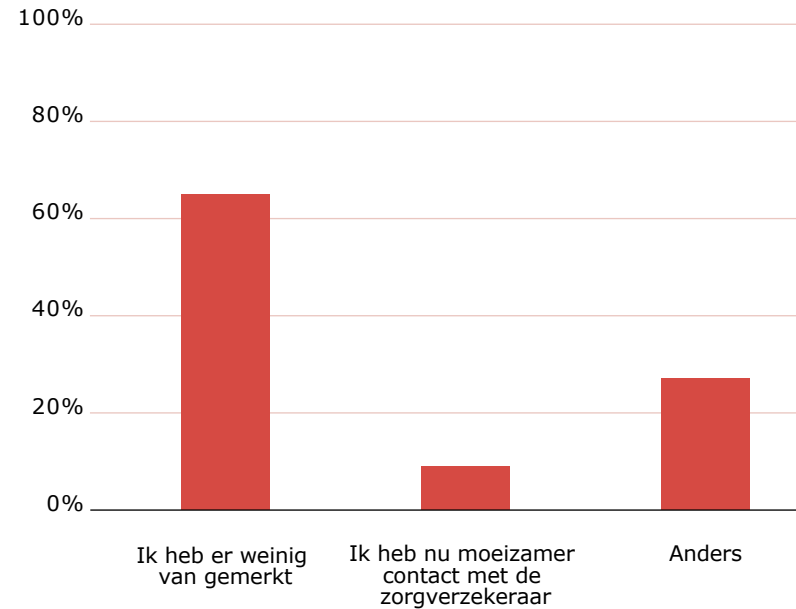
Bron: Vektis

Voor de reguliere zitting logopedie (4000) en de zitting logopedie stotteren (4301) zien we een lichte trendmatige stijging van de gemiddelde tarieven tussen 2012 en 2018. We zien geen trendbreuk optreden vanaf 2017. De daling van het gemiddelde tarief voor een zitting met toeslag behandeling aan huis (4001) tussen 2017 en 2018 zien we bij meerdere sectoren terugkomen.

Ervaringen zorgaanbieders logopedie

In de enquête hebben wij aan logopedisten gevraagd hoe zij de overgang naar vrije tarieven hebben ervaren.

Figuur 4.25 Hoe heeft u de overgang naar vrije tarieven ervaren? (%)



Bron: enquête zorgaanbieders

In Figuur 4.25 is te zien dat een ruime meerderheid van de logopedisten weinig heeft gemerkt van de overgang naar vrije prijzen. Een kleiner deel (9%) zegt nu een moeizamer contact te hebben met de zorgverzekeraar. De resterende 27% heeft de 'anders, namelijk' optie gekozen. Uit de toelichtingen blijkt dat zij merken dat sinds de overgang naar vrije tarieven, de tarieven zijn gedaald of gelijk zijn gebleven. Anderen hebben sterker dan voorheen het gevoel dat er geen gesprek of contact met de verzekeraar mogelijk is en dat de tarieven dan ook eenzijdig tot stand komen.

Ervaringen zorgverzekeraars

Twee zorgverzekeraars hebben aangegeven weinig effect te merken van de overgang naar vrije tarieven. Andere zorgverzekeraars geven aan dat er nu meer ruimte is om afspraken te maken met zorgaanbieders, het tarief meer in lijn ligt met de overige paramedische zorgsoorten en er nu de mogelijkheid is van een eigen tariefstelling, waarbij de NZa maximumtarieven niet langer als ervaren 'norm' gelden en zo voor discussie zorgen.

Verzekeraars merken daarnaast op dat de beroepsgroep het niet prettig of zelfs onwenselijk vindt dat het principe niet langer geldt dat de NZa de (maximum) tarieven vaststelt. Daarnaast moeten zorgverzekeraars onduidelijkheid wegnemen over de redenen en noodzaak van differentiatie en het sluiten van meerdere contracten per praktijk.

4.5 Conclusie

In alle paramedische sectoren zijn de zorgkosten in de jaren 2012-2018 toegenomen. De toename van de zorgkosten is grotendeels veroorzaakt door een toename in het aantal gedeclareerde behandelingen. Dit wordt weer veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten, aangezien het aantal prestaties per patiënt juist afneemt. Uitzondering hierop vormt de oefentherapie, waar het aantal behandelingen in 2018 nagenoeg gelijk blijft ten opzichte van 2012. Wel zien we in deze sector een verschuiving in de mix van prestaties ontstaan (relatief meer kinderoefentherapie). In absolute zin zijn de kosten voor fysiotherapie het sterkst toegenomen (€ 267 miljoen vs. € 334 miljoen in totaal).

De tarieven voor de reguliere prestaties (ruim 70% van het totale marktaandeel van de sector) stijgen jaarlijks beperkt. Alleen voor de logopedie geldt dat de ontwikkeling van het tarief tot 2018 (ongeveer) meeloopt met de ontwikkeling van de sectorbrede indexatiecijfers.

De sectorbrede indexatiecijfers hanteert de NZa in sectoren waar ze de tarieven reguleert, bijvoorbeeld de huisartsenzorg. In de andere paramedische sectoren ontwikkelen de tarieven zich in mindere mate ten opzichte van deze sectorbrede index. Een meerderheid van de aanbieders ervaart de beperkte stijging in het tarief niet als indexatie.

De spreiding in het tarief voor de reguliere prestaties is in alle sectoren beperkt. Voor de sectoren fysiotherapie, oefentherapie en logopedie maken de verzekeraars wel onderscheid in type contract: basis of plus. Het gemiddeld gecontracteerde tarief ligt in deze sectoren bij een plus contract vaak één tot drie euro hoger dan het tarief in een basis contract.

Voor ergotherapie en diëtetiek passen verzekeraars geen tariefdifferentiatie toe.

Bij de overige prestaties zien we meer spreiding in het tarief, bijvoorbeeld voor de behandeling aan huis of de prestaties voor specialisaties. De verschillen in tarief tussen verzekeraars zijn hier groter.

We hebben ook specifiek gekeken naar de ervaringen van de zorgaanbieders en verzekeraars met het vrijgeven van de tarieven in de logopedie per 1 januari 2017. De meeste logopedisten merken weinig van de overgang naar vrije tarieven. Een even grote meerderheid van de zorgverzekeraars ziet juist wel een verandering; ze ervaren nu meer ruimte om afspraken te maken met de zorgaanbieders. Beide partijen geven aan dat de tarieven sinds ze vrij gegeven zijn, gelijk blijven of dalen. In declaratiecijfers zien we echter dat de tarieven ook na 2017 nog jaarlijks (beperkt) stijgen.

5. Kwaliteit van paramedische zorg

5.1 Kwaliteit van de zorgverlening

5.2 Paramedische zorgverlener en specialisatie

5.3 Transparantie over kwaliteit van zorg

5.4 Conclusie

5. Kwaliteit van paramedische zorg

Iedere Nederlander moet erop kunnen vertrouwen dat de zorg, naast tijdig en betaalbaar, ook van voldoende kwaliteit is. In dit hoofdstuk bespreken we ontwikkelingen en ervaringen voor wat betreft de kwaliteit van de paramedische zorg vanuit het perspectief van de patiënt, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

Voor de paramedische zorg zijn geen algemene kwaliteitskaders beschikbaar in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland. Pogingen om kwaliteit een rol te geven en inzichtelijk te maken, komen niet goed van de grond. Het doel was concrete kwaliteits-indicatoren inzichtelijk te maken om trends door de jaren heen in kaart te brengen. Deze zoektocht heeft niet tot het gewenste resultaat geleid, waardoor we in dit hoofdstuk een beschrijving van kwaliteit geven in plaats van de kwaliteit door indicatoren inzichtelijk maken. Door het ontbreken van kwaliteitsindicatoren is het niet mogelijk om een koppeling te leggen tussen bijvoorbeeld ontwikkelingen in tarieven en de ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg.

We belichten in dit hoofdstuk verschillende dimensies van kwaliteit van zorg vanuit de verschillende perspectieven. We beschrijven allereerst de kwaliteit van de paramedische zorgverlening waarna de kwaliteit van de paramedische zorgverlener aan bod komt.

5.1 Kwaliteit van de zorgverlening

In het kader van het Hoofdlijnen Akkoord Paramedische Zorg zijn er uitgangspunten geformuleerd over de kwaliteit van zorg, namelijk: de paramedicus levert (meer)waarde voor de patiënt, informatie over de kwaliteit is beschikbaar en onderzoek is nodig. Deze uitgangspunten zijn omgezet in een doelstelling. De afspraken moeten de toegevoegde waarde van de paramedische zorg inzichtelijk maken en de kwaliteit van de zorg verbeteren. De afspraken in het voormelde hoofdlijnenakkoord hebben geleid tot het uitwerken van een meerjarig onderzoeksprogramma bij ZonMw en er zijn kennisagenda's opgesteld ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Ook KPMG voert een onderzoek uit naar beschikbare kwaliteitssystemen in de paramedische zorg.

Patiënten perspectief op kwaliteit

Iedere patiënt ervaart volgens Patiëntenfederatie Nederland de kwaliteit van zorg op zijn/haar manier. Deze ervaring is afhankelijk van wat de patiënt belangrijk vindt in de zorg en welke definitie de patiënt geeft aan kwaliteit van zorg. In het algemeen en te zien als ondergrens van kwaliteit, verwachten patiënten dat er gewerkt wordt volgens de laatste stand van wetenschap en praktijk. Daar horen toezicht, ervaringseisen en goede en voldoende bij- en nascholing van de zorgaanbieder bij.

Vanuit de visie van de Patiëntenfederatie Nederland zijn meerdere onderwerpen belangrijk voor het bereiken van kwaliteit van zorg, zoals samenwerking tussen zorgverleners onderling én met de patiënt, transparantie over de kwaliteit van zorg, innovatie in de vorm van werkwijzen alsook technologische toepassingen en persoonsgerichte zorg.

Onderzoeksbureau ARGO onderzocht welke factoren patiënten afwegen bij het maken van hun keuze voor een paramedicus. Dat leverde diverse factoren op waarin het vertrouwen van de patiënt in de deskundigheid van de zorgverlener, de zorgverlener neemt de patiënt serieus en de patiënt voelt zich op zijn/ haar gemak de belangrijkste factoren waren voor het afwegen van een keuze voor een paramedicus.

Kwaliteitsinstrumenten

Kwaliteitsinstrumenten kunnen worden ingezet om diverse aspecten van de kwaliteit van de paramedische zorg te meten of inzichtelijk te maken.

Algemeen toegepaste kwaliteitsinstrumenten zijn de patiënt-ervaringsonderzoeken. Zorgkaart Nederland is een instrument die een open 'reviews & ratings' platform biedt waar patiënten hun mening over en ervaringen met de zorg kunnen delen met andere patiënten. De aanpak is vergelijkbaar met websites als Booking.com of Iens.nl. Het doel is: het ophalen en presenteren van ervaringsinformatie om de keuze voor een zorgaanbieder te ondersteunen. Daarnaast is de PREM een korte vragenlijst voor de patiënt die vraagt naar ervaringen van het zorgproces. De vragenlijst combineert de vragen over de ervaring met 'ratings' (aanbevelingsvragen) en 'reviews' (open vragen: complimenten en verbeterpunten). De PREM wordt voor drie doelen ingezet:

kwaliteitsverbetering van paramedische praktijk, keuze van zorgaanbieder door de patiënt en zorginkoop door de verzekeraar.

Tijdens de behandeling worden kwaliteitsinstrumenten ook ingezet ten behoeve van het optimaliseren van de behandeling. Dergelijke kwaliteitsinstrumenten zijn vaak sectorspecifiek. De NIVEL zorgregistratie voor oefentherapie geeft bijvoorbeeld aan dat oefentherapeuten bij ruim 30% van de patiënten een meetinstrument inzetten bij de behandeling. De 'Patiënt Specifieke Klachten Lijst' wordt in 50% van de gevallen gebruikt tijdens de behandeling. Fysiotherapeuten hebben geregistreerd dat zij bij 56% van de patiënten een meetinstrument gebruiken tijdens te behandeling. In 87% van de gevallen was dit de 'Patiënt Specifieke Klachten Lijst'.

Ontwikkeling patiëntervaring

De patiëntervaring met paramedische zorg blijkt onder meer uit de uitkomsten van de PREM vragenlijsten. Deze zijn niet eenvoudig in te zien voor patiënten. De uitkomsten van de PREM vragenlijsten zijn bijvoorbeeld niet beschikbaar via de zorgzoekers van zorgverzekeraars. De ontwikkeling in patiëntervaring is op basis van de PREM vragenlijsten nog niet te achterhalen.

In 2017 heeft de Patiëntenfederatie Nederland onderzoek gedaan naar de patiënttevredenheid over de fysiotherapeut en oefentherapeut. Dit onderzoek laat zien dat mensen overwegend tevreden zijn over hun fysiotherapeut of oefentherapeut. Aan het onderzoek deden bijna achtduizend mensen mee die nagenoeg allemaal in het afgelopen jaar een behandeling ondergingen. De deelnemers waardeerden de fysiotherapeut gemiddeld met een 8,5 en de oefentherapeut gemiddeld met een 8,1. De respondenten geven de praktijk gemiddeld een 8,2.

Er waren desalniettemin 336 mensen die hun therapeut een 6 of lager gaven. De redenen daarvoor bleken te zijn dat de therapeut beter zou kunnen luisteren, meer persoonlijke aandacht zou kunnen geven of beter een andere behandeling had kunnen starten, omdat het gewenste effect uitbleef.

Kwaliteitsbeleid beroepsverenigingen

Beroepsverenigingen spelen een cruciale rol in het bevorderen van kwaliteit van de zorg. Wij hebben zorgaanbieders in de enquête gevraagd wat zij van hun beroepsvereniging en het kwaliteitsbeleid vinden. Over het algemeen zijn zorgaanbieders aangesloten bij hun beroepsvereniging. Slechts 4% van de zorgaanbieders geeft aan niet aangesloten te zijn bij hun beroepsvereniging. Van degene die bewust niet lid is van de beroepsvereniging is de reden dat zij dit te duur vinden in verhouding tot de toegevoegde waarde van het lidmaatschap. Van de zorgaanbieders die aangesloten is bij hun beroepsvereniging heeft 80% aangegeven dat het kwaliteitsbeleid helpt om kwaliteit te bevorderen.

Daarnaast hebben we de beroepsverenigingen gevraagd naar welke ontwikkelingen zij zien in het kwaliteitsbeleid de afgelopen jaren. De beroepsverenigingen geven aan dat de aandacht in het kwaliteitsbeleid meer is komen te liggen op intervisie, professionele ontwikkeling van de zorgaanbieder, richtlijnontwikkeling, patiënt-ervaringsonderzoeken, afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders (in de vorm van netwerken), transparantie van informatie over praktijk en de behandeling.

Kansen voor kwaliteit van zorg

Driekwart van de zorgaanbieders geeft in de enquête aan kansen te zien in de kwaliteit van zorg. Een kans die zorgaanbieders zien, is bijvoorbeeld het verder ontwikkelen van specifieke

expertise of specialisatie zoals voor de patiëntgroep ouderen. Daarnaast zien zorgaanbieders kansen in samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld door de deelname in netwerken. Ook zien zorgaanbieders kansen om meer in te gaan zetten op preventie en noemen een aantal zorgaanbieders dat de transparantie over de kwaliteit aan de patiënt van belang is.

Zorgverzekeraars geven in de enquête aan dat ze graag de uitkomsten van de zorg inzichtelijk en meetbaar willen hebben zodat ze op deze uitkomsten kunnen inkopen. Daar ligt volgens verzekeraars ook de grootste kans voor de paramedische sectoren voor de kwaliteit van zorg. Als kans voor de bevordering van de kwaliteit van zorg worden daarnaast ook meer samenwerking met andere zorgaanbieders en het ontwikkelen van kwaliteitstandaarden benoemd.

Risico voor kwaliteit zorg

De Patiëntenfederatie Nederland geeft aan dat de risico's voor de kwaliteit van zorg onder andere zitten in achterblijvende ontwikkeling van richtlijnen en professionele standaarden in vergelijking met andere sectoren. Dit zien zij samen met een gebrek aan inzicht in de geleverde kwaliteit. Daarnaast ziet de Patiëntenfederatie Nederland ook in de beperkte organisatiestructuur van de paramedici in de eerstelijnszorg een risico. De stimulerende en ondersteunende werking die een samenwerkingsverband kan hebben voor samenwerking, kwaliteitsverbetering en continuïteit kan daarmee ook achterblijven.

81% van de zorgaanbieders geeft in de enquête aan risico's te zien voor de kwaliteit van zorg. Dit aantal is groter voor fysiotherapeuten (84%) en logopedisten (88%) dan voor oefen-therapeuten (64%), ergotherapeuten (65%) en diëtisten (69%).

De risico's voor de kwaliteit van zorg die vaak worden genoemd zijn de lage tarieven, de hoge eisen van verzekeraars voor een contract en de administratieve lasten.

Veel minder vaak worden andere risico's genoemd, zoals het risico op vermindering in de wil om te blijven leren en verbeteren, zonder vooroordelen naar een klacht blijven kijken, teveel werken vanuit een protocol en de focus op de klacht in plaats van de patiënt in zijn context.

Zorgverzekeraars hebben in de enquête aangegeven een risico te zien dat er te weinig erkenning is bij de beroepsgroep dat er een verschil zit in het kwaliteitsniveau tussen paramedici, waardoor de vooruitgang in bijvoorbeeld kwaliteit van zorg wordt geremd. Daarnaast wordt het ontbreken van zorgstandaarden door zorgverzekeraars genoemd als risico voor de kwaliteit van zorg waardoor teveel behandeld wordt door met name aanbieders met basiscontracten. Het ontbreken van eenduidige registratie van de zorg wordt ook genoemd door zorgverzekeraars als risico voor de ontwikkelingen op de kwaliteit van zorg.

Voorbeeld van afspraken met zorgverzekeraar over kwaliteit van zorg

Naast het reguliere inkoopbeleid en contractafspraken kunnen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook onderling op individueel niveau contractafspraken maken die de kwaliteit van zorg bevorderen. Hieronder lichten we twee voorbeelden van individuele contractafspraken ter bevordering van kwaliteit van zorg toe.

Een vereniging van samenwerkende fysiotherapiepraktijken heeft zorgplannen ontwikkeld voor de behandeling van specifieke aandoeningen die hoge maatschappelijke kosten (kosten voor de gehele maatschappij bijvoorbeeld door arbeidsongeschiktheid) met zich meebrengen. Op basis daarvan heeft een aantal zorgverzekeraars met de praktijken die deze zorgplannen gebruiken, individuele afspraken gemaakt over het verlenen en declareren van zinnige zorg zoals in de zorgplannen is uitgewerkt. De door deze praktijken toegepaste zorgplannen zijn gebaseerd op inhoudelijke richtlijnen en houden daarnaast rekening met de zorgzwaarte van de patiënt, waartoe voor specifieke aandoening specifieke kwaliteitsindicatoren opgenomen zijn. Een behandeling conform een zorgplan levert inzicht op in de doelmatigheid van de in het kader van het plan verleende fysiotherapeutische zorg.

Een gezondheidscentrum heeft een aparte stichting opgericht die samenwerking tussen de eerste lijn, tweede lijn en met andere ketenpartners stimuleert en faciliteert. Er is bijvoorbeeld een maandelijks spreekuur van de huisarts, orthopeed en fysiotherapeut in het gezondheidscentrum. Het doel is om door deze wijze van samenwerking zorg dichtbij de patiënt te organiseren. Een zorgverzekeraar ondersteunt op dit moment de ontwikkeling en realisatie van het project.

5.2 Paramedische zorgverlener en specialisatie

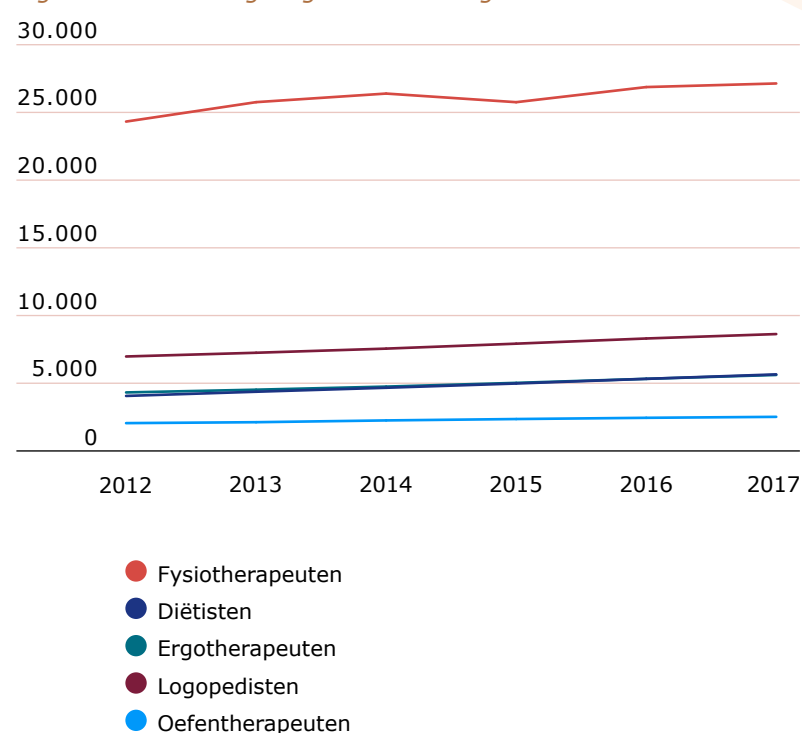
Een zorgverlener moet bevoegd en bekwaam zijn om de zorg te leveren door de opleiding tot zorgverlener te hebben gevolgd (zie voor meer informatie de [Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg](#)). Vervolgens kunnen zorgverleners zich verder specialiseren in het toepassen van een bepaalde behandeling of de behandeling van een bepaalde patiëntengroep. De kwaliteit van de zorgverlening die de zorgverlener levert verschilt tussen de zorgverleners en moet worden gemeten aan de hand van kwaliteitsindicatoren.

Registraties

Paramedische zorgaanbieders kunnen zich registreren in een kwaliteitsregister. Het register zorgt voor registratie en herregistratie van paramedische zorgverleners en toetst daarbij of de zorgverlener voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep. Alle paramedici gebruiken het Kwaliteitsregister paramedici, behalve de fysiotherapeuten die een eigen kwaliteitsregister hebben onder de naam Centraal kwaliteitsregister fysiotherapie. Daarnaast bestaat ook de Stichting Keurmerk Fysiotherapie waar fysiotherapeuten zich kunnen registreren.

In figuur 5.1 is per jaar het aantal geregistreerde zorgverleners in het kwaliteitsregister weergegeven. Voor alle beroepsgroepen geldt dat er een licht stijgende trend is in het aantal geregistreerde zorgverleners.

Figuur 5.1 Aantal geregistreerde zorgverleners 2012-2017



Bron: Kwaliteitsregister paramedici en Centraal kwaliteitsregister fysiotherapie

Alle zorgaanbieders geven in de enquête aan ingeschreven te staan bij een kwaliteitsregister.

In de fysiotherapie is de Stichting Keurmerk Fysiotherapie vijf jaar geleden gestart met een kwaliteitsinitiatief. Het Keurmerk Fysiotherapie richt zich op praktijken en fysiotherapeuten die actief werken aan de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg, transparant willen zijn en voorop willen lopen in ontwikkelingen. Naar eigen zeggen belonen meerdere zorgverzekeraars het kwaliteitsinitiatief van de bij het Keurmerk Fysiotherapie aangesloten fysiotherapie praktijken met een beter contract. Dit keurmerk is in bovenstaande grafiek niet opgenomen. Het aantal fysiotherapeuten dat aangesloten is bij het Keurmerk Fysiotherapie is toegenomen van 1.059 ingeschreven fysiotherapeuten in 2015 naar 3.336 fysiotherapeuten in 2018.

Onderscheiden ten opzichte van collega's

Zorgaanbieders kunnen zich op verschillende wijzen onderscheiden van hun collega's. Het onderscheiden van zorgaanbieders kan er voor zorgen dat de kwaliteit van zorg verbetert. Zorgaanbieders geven in de enquête aan zich te onderscheiden door deelname aan specifieke netwerken (58%). Daarnaast onderscheiden zorgaanbieders zich door te specialiseren (61%).

Verder is certificatie voor ongeveer 29% van de paramedici een manier om zich te kunnen onderscheiden van collega's. Opvallend is het relatief hoge percentage (21%) diëtetiek praktijken die aangeeft zich niet te onderscheiden van collega's.

Van de zorgaanbieders geeft 33% aan zich (ook) op een andere manier te onderscheiden. Bijvoorbeeld onderscheid in service aspecten zoals openingstijden en locatie waar de zorg wordt geleverd, andere specialisaties zoals sportfysiotherapie, specialiseren in bepaalde patiëntgroepen zoals kinderen, extra opleiding zoals een wetenschappelijke master en cursussen. Ook wordt in een enkel geval contract vrij werken genoemd als een vorm om zich te onderscheiden van collega's.

Specialisaties

De NZa heeft voor de paramedische zorgverleners gespecialiseerde prestaties vastgesteld, met uitzondering van de diëtetiek. De gespecialiseerde zorgprestaties kunnen door de zorgverzekeraar bij een specifieke groep van zorgaanbieders worden ingekocht die aan een bepaald kwaliteitsniveau voldoen waardoor deze prestaties ruimte geven voor inkoop op kwaliteit van zorg. Voor fysiotherapie, oefentherapie en logopedie staan in de volgende tabellen weergegeven welk aandeel het aantal gedeclareerde gespecialiseerde behandelingen heeft ten opzichte van de reguliere prestatie zitting en de overige prestaties.

Figuur 5.2 Aandeel gespecialiseerde prestaties fysiotherapie 2012-2017

Categorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bekken-fysiotherapie	1,38%	1,45%	1,54%	1,64%	1,67%	1,63%
Geriatric	0,36%	0,45%	0,55%	0,69%	0,80%	0,92%
Kinder-fysiotherapie	4,21%	4,34%	4,39%	4,07%	4,33%	4,25%
Manuele therapie	10,18%	10,26%	10,26%	10,47%	10,47%	10,49%
Oedeemtherapie	2,39%	2,47%	2,54%	2,44%	2,35%	2,26%
Psychosomatische fysiotherapie	0,47%	0,53%	0,57%	0,57%	0,55%	0,57%

Bron: Vektis

Figuur 5.3 Aandeel gespecialiseerde prestaties oefentherapie 2012-2017

Categorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kinder-oefentherapie	14,50%	16,13%	17,02%	15,71%	18,51%	18,55%
Psychosomatische oefentherapie	2,75%	3,06%	3,21%	3,68%	3,97%	4,36%

Bron: Vektis

Figuur 5.4 Aandeel gespecialiseerde prestaties logopedie 2012-2017

Categorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Afasie	0,81%	0,80%	0,92%	0,95%	1,21%	1,40%
Stotteren	1,70%	1,73%	1,77%	1,82%	1,82%	1,87%
Preverbaal	1,69%	1,68%	1,68%	1,37%	1,47%	1,71%

Bron: Vektis

Voor fysiotherapie, oefentherapie en logopedie is een stijgende trend te zien in het aandeel gedeclareerde gespecialiseerde prestaties ten opzichte van de reguliere prestatie zitting.

De prestaties ergotherapie worden per 1 januari 2017 door de NZa gereguleerd. De gespecialiseerde prestaties handergotherapie en kinderergotherapie worden om deze reden ook per 2017 in rekening gebracht. Het aandeel van deze gespecialiseerde prestaties ten opzichte van de reguliere prestatie zitting was 1% voor handergotherapie en 2% voor kinderergotherapie in 2017.

Naast de door de NZa vastgestelde gespecialiseerde prestaties kent iedere sector beroepsgroep specifieke specialisaties waarvoor geen aparte declarabele prestatie is vastgesteld door de NZa, zoals sportfysiotherapie.

Keuze vervolgopleiding

Het ROA onderzoekt de overgang van studeren naar werken. Dit hebben zij voor het schooljaar 2011/2012 tot en met 2015/2016 in kaart gebracht. Ongeveer een kwart van de afgestudeerde fysiotherapeuten, oefentherapeuten (mensendieck), logopedisten en diëtisten kiezen voor een vervolgopleiding. Bijna de helft van de afgestudeerde oefentherapeuten (cesar) kiest voor een vervolgopleiding. Van de afgestudeerde ergotherapeuten kiest 9% voor een vervolgopleiding. Hierbij kiezen deze paramedische zorgverleners die zijn afgestudeerd in het schooljaar 2015/2016 vaker voor een vervolgopleiding op Wetenschappelijk Onderwijs(WO)-niveau dan in 2011/2012. Voor oefentherapie is deze ontwikkeling niet inzichtelijk in de data van het ROA.

5.3 Transparantie over kwaliteit van zorg

Voor het kiezen van een goede zorgverlener, het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg en voor het inkopen van kwaliteit is het voor de patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar relevant dat de kwaliteit van de zorg inzichtelijk is.

Patiënten

De Patiëntenfederatie Nederland vindt dat er te weinig inzicht is in de kwaliteit van de geleverde zorg. Er zijn ontwikkelingen die dat kunnen helpen verbeteren, bijvoorbeeld afspraken naar aanleiding van het voormelde hoofdlijnenakkoord paramedische zorg. Het is in dit stadium niet duidelijk of die ontwikkelingen voldoende doorzetten. Een verbeterd diagnoseclassificatiesysteem kan bijdragen aan de mogelijkheden van goede kwaliteits-systemen in de praktijk en vervolgens eenduidige en eenvoudige metingen van patiëntervaringen. De uitkomsten van de zorg in de vorm van bijvoorbeeld patiëntervaringen dienen vervolgens openbaar beschikbaar te zijn. Op dit moment zijn deze uitkomsten van zorg niet openbaar beschikbaar.

Bereidheid transparantie zorgaanbieders

Van de zorgaanbieders geeft 97% in de enquête aan dat zij transparant willen zijn over de kwaliteit van de zorgverlening. Opvallend is dat in verhouding veel diëtisten (9%) aangeven dat zij niet bereid zijn om transparant te zijn over de kwaliteit.

Gegevens die zorgaanbieders inzichtelijk maken

De meeste zorgaanbieders geven in de enquête aan dat zij service aspecten inzichtelijk maken voor eigen gebruik of voor anderen. Vooral diëtisten geven aan service aspecten inzichtelijk te maken. Terwijl diëtisten juist patiëntervaringen nauwelijks inzichtelijk maken vergeleken met andere sectoren.

In totaal geeft 81% van de paramedici aan dat patiëntervaringen, zoals de PREM, inzichtelijk wordt gemaakt voor eigen gebruik of voor anderen. Andere gegevens die inzichtelijk worden gemaakt zijn volgens zorgaanbieders de uitkomsten van zorg en het aantal behandelingen per diagnose. Andere gegevens die zorgaanbieders inzichtelijk maken zijn bijvoorbeeld: de certificering van de praktijk, de zelf uitgezette enquêtes, het kwaliteitsjaarverslag en de zorgregistratie aanlevering aan NIVEL.

Vergeleken met andere sectoren geven diëtisten (14%) en ergotherapeuten (8%) relatief vaak aan dat zij geen informatie inzichtelijk maken voor eigen gebruik of voor anderen.

Wijze waarop zorgaanbieders transparant zijn

Zorgaanbieders geven in de enquête aan dat service aspecten via de website van de zorgaanbieder inzichtelijk worden gemaakt. Ook worden service aspecten in minder dan de helft van de gevallen gedeeld met zorgverzekeraars en/of patiënten.

Patiëntervaringen worden door ergotherapeuten vooral voor eigen doeleinden gebruikt. Terwijl fysiotherapeuten, logopedisten en oefentherapeuten deze meer delen met zorgverzekeraars en in mindere mate delen met patiënten en inzichtelijke maken op de website.

Wat verder opvalt is dat diëtisten maar ook ergotherapeuten de gegevens vooral inzichtelijk maken voor eigen gebruik, met uitzondering van service aspecten. Fysiotherapeuten geven juist aan dat zij de gegevens delen met anderen en niet zozeer zelf benutten.

Informatie over kwaliteit van zorg volgens zorgaanbieders

Van de zorgaanbieders geeft 53% in de enquête aan dat de gegevens die inzichtelijk worden gemaakt, aansluiten op wat zij onder kwaliteit van zorg verstaan. Vooral diëtisten geven in verhouding vaak aan dat de gegevens die inzichtelijk worden gemaakt aansluiten op wat zij onder kwaliteit van zorg verstaan (75%).

De zorgaanbieders (47%) die vinden dat de inzichtelijk gemaakte gegevens niet aansluiten op wat zij onder kwaliteit van zorg verstaan, geven over het algemeen aan dat kwaliteit van zorg meer is dan datgene inzichtelijk wordt gemaakt. Kwaliteit van zorg is in hun ogen meer dan alleen zaken als patiëntervaringen. Patiëntervaringen worden als een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg gezien, maar is subjectief omdat het op zichzelf staand niet iets zegt over de inhoudelijk behandeling. Andere zaken die een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg vormen, zijn bijvoorbeeld kwaliteit van leven, bereiken van behandeldoelen en zorg dichtbij huis. Over het algemeen worden service aspecten zoals openingstijden niet als kwaliteit van zorg gezien door deze zorgaanbieders.

Daarentegen geven deze zorgaanbieders aan dat zij het moeilijk vinden om kwaliteit van zorg te definiëren en dat dit dan ook moeilijk te meten is. Volgens andere zorgaanbieders zit kwaliteit van zorg in een combinatie van zaken zoals kennis, expertise, vaardigheden, ervaring, compassie en empathie.

De zorgaanbieders die vinden dat de inzichtelijk gemaakte gegevens niet aansluiten op wat zij onder kwaliteit van zorg verstaan, hebben verwijten voor de inkoop van kwaliteit van zorg door zorgverzekeraars. Het gaat in de inkoop van zorgverzekeraars meer over kwantiteit dan over kwaliteit van zorg, namelijk het aantal behandelingen en aantal ingevulde enquêtes door patiënten. Deze zorgaanbieders vinden dat zorgverzekeraars niet op de stoel van paramedici moeten gaan zitten, want de kwaliteit van de inhoud van de behandeling is niet administratief te bepalen, of voorafgaand op te leggen hoeveel behandelingen nodig zijn. Zorgaanbieders geven ook aan wel meer te willen investeren in de kwaliteit van zorg maar daar geen tijd voor te hebben.

Zorgverzekeraars over de transparantie van zorgaanbieders

De helft van de zorgverzekeraars vindt dat de meeste zorgaanbieders bereid zijn transparant te zijn over de kwaliteit van zorg en de andere helft geeft aan dat enkele zorgaanbieders bereid zijn om transparant te zijn over de kwaliteit van zorg. Opvallend hierin is dat de grote zorgverzekeraars vooral aangeven dat enkele zorgaanbieders bereid zijn om transparant te zijn, terwijl kleine zorgverzekeraars aangeven dat de meeste zorgaanbieders bereid zijn om transparant te zijn over de kwaliteit van zorg.

Zorgverzekeraars lichten toe dat zij als redenen zien dat zorgaanbieders bereid zijn transparant te zijn voor een beter contract en om hun meerwaarde te willen aantonen. Zorgverzekeraars geven daarbij aan dat zorgaanbieders de verantwoording over kwaliteit zien als een administratieve last en dat eenduidige informatie en middelen ontbreken om informatie inzichtelijk te maken.

Een vergelijkbaar beeld geven zorgverzekeraars over het daadwerkelijk delen van informatie over de kwaliteit van zorg. De informatie die de zorgaanbieders delen met zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld: klanttevredenheid onderzoeken, kostenontwikkeling, aantal patiënten en behandelgemiddelden. De zorgverzekeraars delen vooral spiegelinformatie en de behandelindex met de zorgaanbieders. De zorgverzekeraars delen met hun verzekerden informatie over wie gecontracteerd is en de specialisaties van de zorgaanbieder.

5.4 Conclusie

Paramedici zijn aangesloten bij een kwaliteitsregister, waardoor een borging plaatsvindt van de kwaliteit van de zorgverlener. Diverse eisen worden gesteld aan de zorgaanbieder om opgenomen te zijn in het kwaliteitsregister, bijvoorbeeld op het gebied van scholing en deskundigheidsbevordering. Er wordt in de paramedische sectoren dus geïnvesteerd in de kwaliteit van de zorgverlener.

Ontwikkelingen in de kwaliteit van de zorgverlening (positieve of negatieve trends) hebben wij in deze monitor niet in kaart kunnen brengen vanwege het ontbreken van kwaliteits-indicatoren die de kwaliteit van zorgverlening inzichtelijk maken, bijvoorbeeld zorguitkomsten. Er is geen transparantie over de verschillen in kwaliteit en uitkomsten van zorg tussen zorgaanbieders. Daardoor ontbreekt de informatie over de kwaliteit van de zorgverlening op basis waarvan verzekeraars kunnen inkopen of patiënten een keuze kunnen maken. Pogingen van zorgverzekeraars om kwaliteit een rol te geven, zoals PREM en de behandelindex, stuiten dikwijls op verzet van de aanbieders. Er zijn wel al initiatieven voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorgverlening die uiteindelijk kunnen leiden tot betere contractafspraken. Zo is de Stichting Keurmerk Fysiotherapie voornemens om de uitkomsten van de PREM inzichtelijk te maken voor de patiënt.

6. Toegankelijkheid van de paramedische zorg

6.1 Zorgplicht

6.2 Ontwikkeling aanbod paramedische zorgaanbieders

6.3 Wachlijsten

6.4 Ontwikkelingen aanbod paramedische zorg

6.5 Conclusie

6 Toegankelijkheid van de paramedische zorg

Iedereen in Nederland heeft recht op goede, betaalbare zorg uit het basispakket, binnen een redelijke tijd en binnen een redelijke afstand. In dit hoofdstuk bespreken wij de ontwikkelingen in de toegankelijkheid van de paramedische zorg.

Verschillende indicatoren kunnen hier invloed op hebben. Hoe geven zorgverzekeraars bijvoorbeeld invulling aan hun zorgplicht? Hoe lang moet een patiënt reizen naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder? Wat is de ontwikkeling in het aanbod van paramedische zorgverleners? Zijn er wachtlijsten? Deze vragen komen in de verschillende paragrafen van dit hoofdstuk aan bod.

6.1 Zorgplicht

Zorgverzekeraars hebben voor de basisverzekering een wettelijke zorgplicht. Dit betekent dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende zorg inkopen of bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan.

Wij vroegen zorgverzekeraars hoe zij hun zorgplicht in de paramedische sector borgen. Zorgverzekeraars geven aan dat zij monitoren of zij voldoende zorg hebben ingekocht voor hun verzekerden. De meeste zorgverzekeraars vullen dit in door de reistijd van een verzekerde naar een gecontracteerde praktijk te bepalen. Hiernaast monitoren verschillende zorgverzekeraars de contracteergraad en de signalen van verzekerden en zorgaanbieders die zij binnenkrijgen.

Voor diëtetiek, logopedie en oefentherapie ziet geen enkele zorgverzekeraar risico's voor de toegankelijkheid van deze zorg. Voor zowel ergotherapie als voor fysiotherapie zien twee zorgverzekeraars risico's.

Voor ergotherapie merkt één zorgverzekeraar op dat er een afname is in het aantal ergotherapeuten, waardoor vacatures langer open staan. Uit de Vektis data blijkt echter dat het aantal declarerende behandelaren ergotherapie toeneemt met 27%. In paragraaf 6.2 wordt de ontwikkeling in het aantal aanbieders in kaart gebracht. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat veel ergotherapeuten een praktijk starten in de buurt van hun opleiding. Dit leidt ertoe dat er voldoende (mogelijk zelfs te veel) praktijken rondom deze steden zijn, maar buiten deze steden een tekort. In Figuur 6.7 wordt het aantal ergotherapeuten per 1.000 inwoners in 2017 in kaart gebracht. In deze figuur is echter niet zichtbaar dat ergotherapeuten zich alleen vestigen rondom steden, waar de opleiding tot ergotherapeut is gevolgd.

Voor fysiotherapie stelt één zorgverzekeraar dat het overaanbod een risico is voor de betaalbaarheid van fysiotherapie; gezien aanbod vraag scheidt. De andere zorgverzekeraar merkt op dat er wachtlijsten zijn bij gespecialiseerde centra voor fysiotherapie.

6.2 Ontwikkeling aanbod paramedische zorgaanbieders

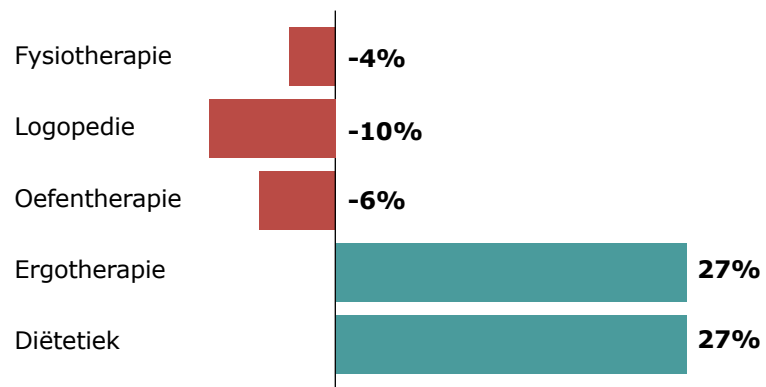
In deze paragraaf brengen we de ontwikkelingen in het aanbod van paramedische zorgaanbieders in kaart. Met behulp van verschillende indicatoren laten we zien hoe het aanbod van paramedische zorg zich tussen 2012 en 2017 heeft ontwikkeld.

We beschrijven het aantal aanbieders van paramedische zorg tussen 2012 en 2017, hoe deze aanbieders over Nederland zijn verdeeld en welke gevolgen dit heeft voor de reistijd van de patiënt.

Ten eerste bekijken we de ontwikkeling van het aantal declarerende behandelaren en praktijken in 2017 ten opzichte van 2012. In onderstaande tabel zijn deze ontwikkelingen weergegeven. Voor de praktijken maken we onderscheid in de ontwikkeling van het totaal aantal praktijken en het aantal solopraktijken.

Het aantal declarerende behandelaren omvat het aantal behandelaren dat zelfstandig (op agb-code) declareert. Dit aantal is een mogelijke onderschatting van het aantal behandelaren, aangezien niet alle behandelaren zelfstandig declareren, maar bijvoorbeeld via de agb-code van de praktijk.

Aantal behandelaren paramedische zorg 2012-2017



Bron: Vektis

Tabel 6.1 Ontwikkeling aantal declarerende behandelaren en praktijken 2017 ten opzichte van 2012

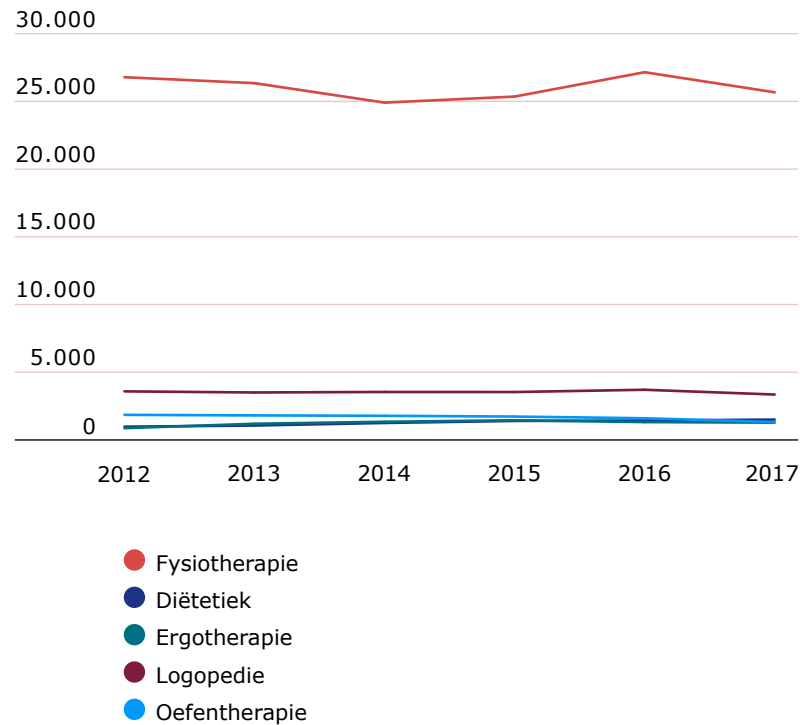
	Aantal declarerende behandelaren	Aantal praktijken	Aantal solopraktijken
Fysiotherapie	-4%	-11%	-32%
Oefentherapie	-10%	-10%	-27%
Logopedie	-6%	-6%	-33%
Ergotherapie	+27%	+42%	0%
Diëtetiek	+27%	+16%	-2%

Bron: Vektis

In de fysiotherapie, oefentherapie en logopedie neemt het aantal declarerende behandelaren af. Deze ontwikkeling is in lijn met de ontwikkeling in het aantal declarerende praktijken. Het aantal solopraktijken neemt in deze sectoren behoorlijk af. In de ergotherapie en diëtetiek neemt het aantal declarerende behandelaren toe. Ook het aantal praktijken stijgt in deze twee sectoren. In de ergotherapie stijgt het aantal praktijken fors met 42%. Het aantal solopraktijken blijft in beide sectoren ongeveer gelijk.

Figuur 6.2 laat in aanvulling op bovenstaande tabel de ontwikkeling van het aantal declarerende behandelaren tussen 2012 en 2017 zien.

Figuur 6.2 Ontwikkeling aantal declarerende behandelaren 2012-2017



Bron: Vektis

Om de ontwikkeling in het aantal solopraktijken beter te kunnen duiden, hebben we ook het aandeel solopraktijken ten opzichte van het totale aantal praktijken berekend. In onderstaande tabel wordt het aandeel solopraktijken voor 2012 en 2017 weergegeven.

Tabel 6.3 Aandeel solopraktijken 2012 en 2017

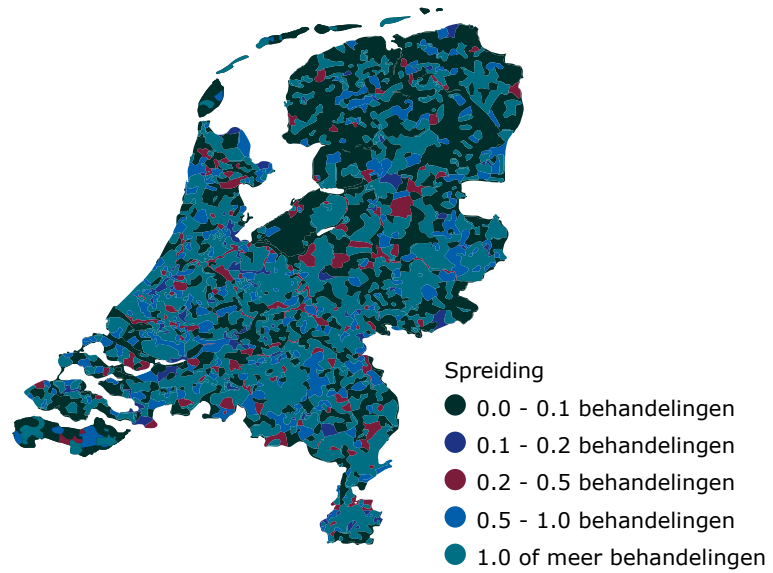
	Aandeel solopraktijken 2012	Aandeel solopraktijken 2017
Fysiotherapie	51%	39%
Oefentherapie	69%	57%
Logopedie	54%	38%
Ergotherapie	55%	39%
Diëtetiek	69%	46%

Bron: Vektis

In de oefentherapie is het aandeel solopraktijken in 2017 het hoogst. Het aandeel solopraktijken neemt in 2017 ten opzichte van 2012 in alle paramedische sectoren af. De manier waarop paramedische zorgverleners zich organiseren verandert dus. Paramedische zorgverleners kiezen er minder vaak voor om alleen een praktijk op te zetten.

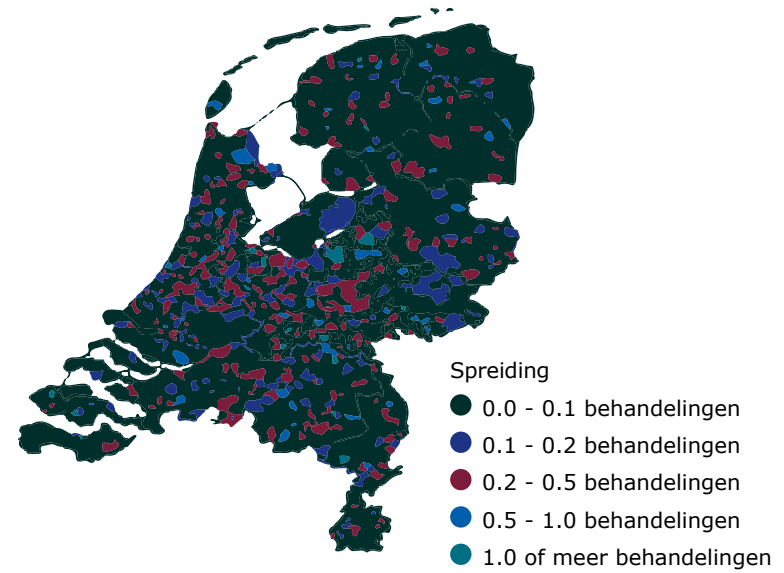
In onderstaande figuren hebben we het aantal declarerende behandelaren per 1.000 inwoners per paramedische sector voor 2017 in kaart gebracht.

Figuur 6.4 Fysiotherapie: aantal declarerende behandelaren per 1.000 inwoners in 2017



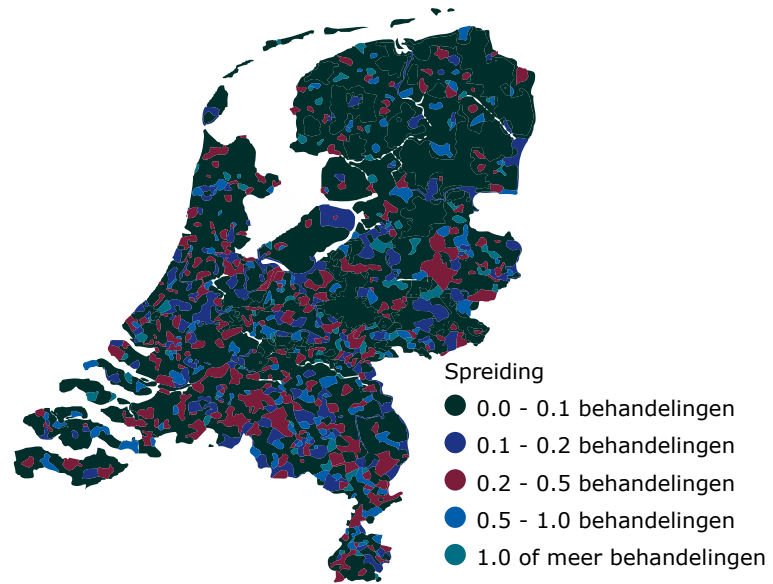
Bron: Vektis en CBS

Figuur 6.5 Oefentherapie: aantal declarerende behandelaren per 1.000 inwoners in 2017



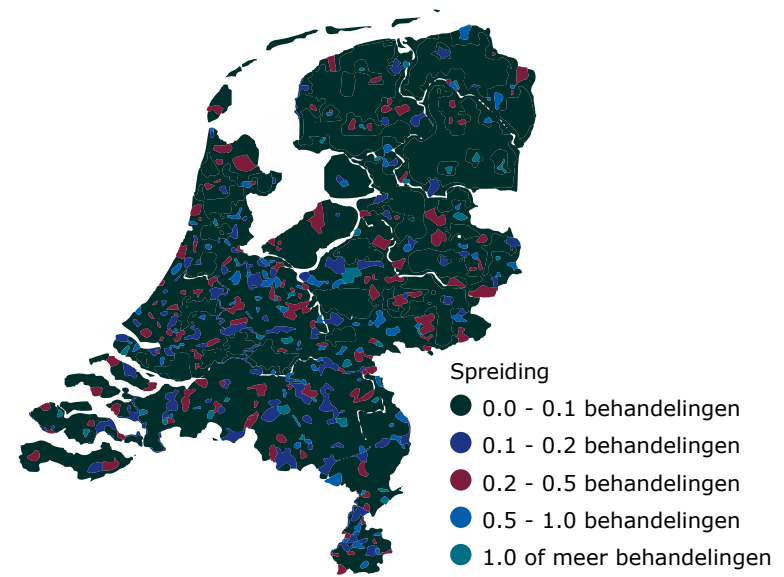
Bron: Vektis en CBS

Figuur 6.6 Logopedie: aantal declarerende behandelaren per 1.000 inwoners in 2017



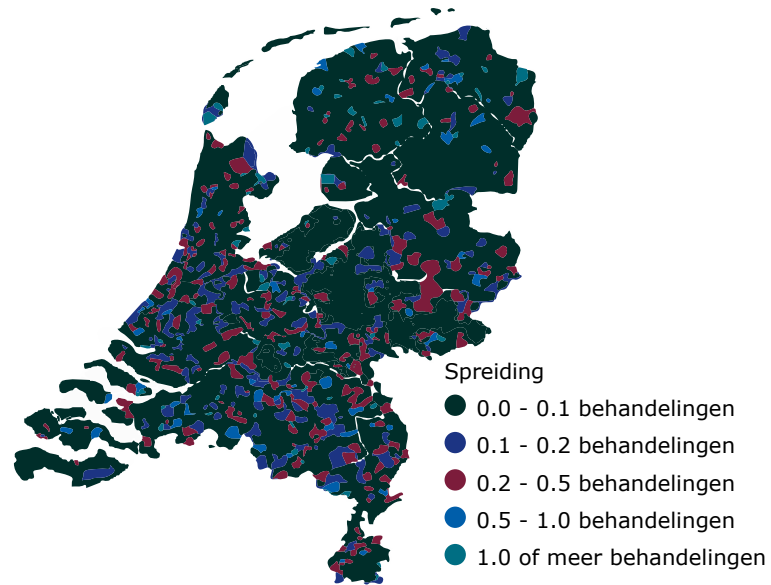
Bron: Vektis en CBS

Figuur 6.7 Ergotherapie: aantal declarerende behandelaren per 1.000 inwoners in 2017



Bron: Vektis en CBS

Figuur 6.8 Diëtetiek: aantal declarerende behandelaren per 1.000 inwoners



Bron: Vektis en CBS

Daarnaast hebben wij het gemiddelde aantal behandelaren per 1.000 inwoners in 2012 en 2017 berekend.

Tabel 6.9 Gemiddeld aantal behandelaren per 1.000 inwoners in 2012 en 2017

	2012	2017
Fysiotherapie	1,58	1,48
Oefentherapie	0,14	0,11
Logopedie	0,24	0,22
Ergotherapie	0,09	0,11
Diëtetiek	0,09	0,12

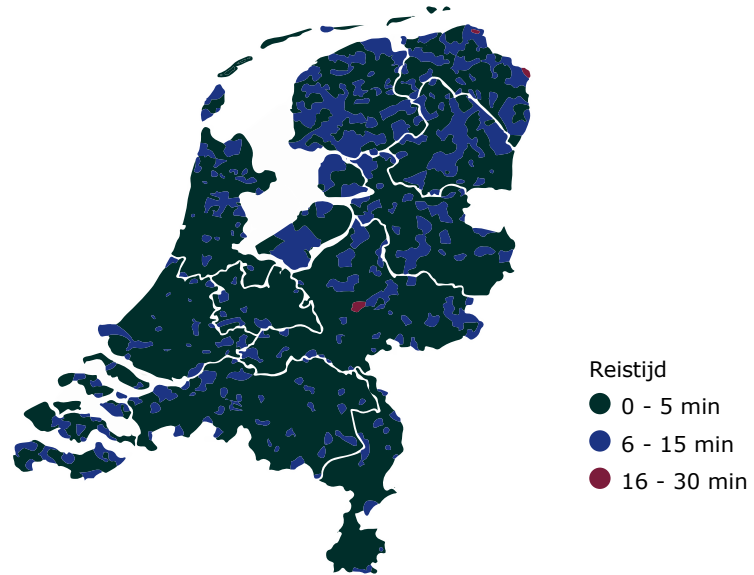
Bron: Vektis en CBS

Er zijn aanzienlijk meer fysiotherapeuten dan andere paramedische zorgverleners in Nederland. Het gemiddeld aantal fysiotherapeuten per 1.000 inwoners ligt een factor 10 hoger dan het gemiddeld aantal behandelaren in de andere paramedische sectoren.

Oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten zijn vergelijkbaar verdeeld over het land. Het gemiddeld aantal behandelaren per 1.000 inwoners neemt in de fysiotherapie, oefentherapie en logopedie af. Dit is voor een deel te verklaren door de groei van de bevolking. Voor fysiotherapie, oefentherapie en logopedie ligt de verklaring anderzijds ook in de afname van het aantal declarerende behandelaren en het aantal praktijken.

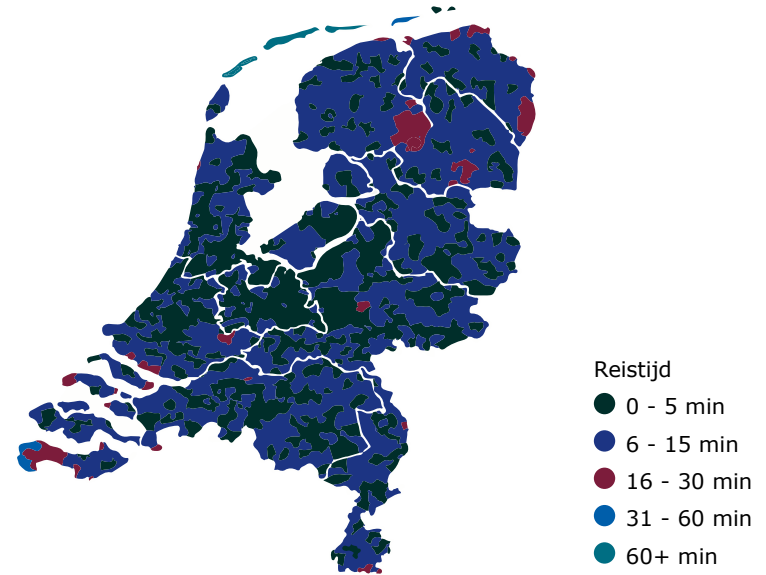
Als verdieping op de spreiding van het aantal behandelaren over Nederland, hebben we ook de reistijd van inwoners naar de dichtstbijzijnde praktijk geanalyseerd. De analyses voor 2017 geven we in de figuren hieronder weer.

Figuur 6.10 Fysiotherapie: Reistijd tot dichtstbijzijnde praktijk 2017



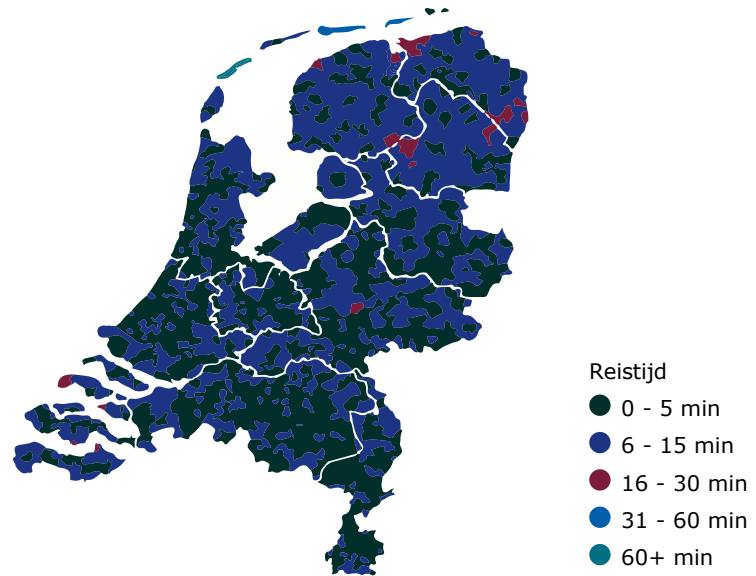
Bron: Vektis en CBS

Figuur 6.11 Oefentherapie: Reistijd tot dichtstbijzijnde praktijk 2017



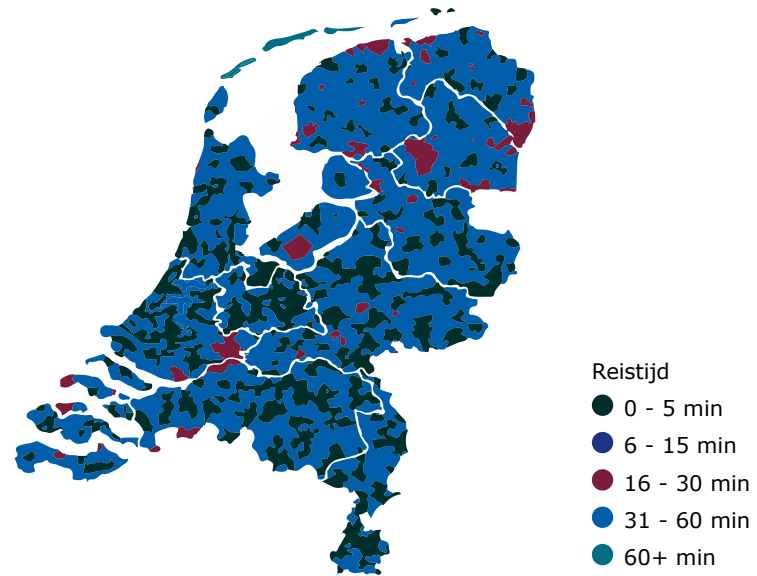
Bron: Vektis en CBS

Figuur 6.12 Logopedie: Reistijd tot dichtstbijzijnde praktijk 2017



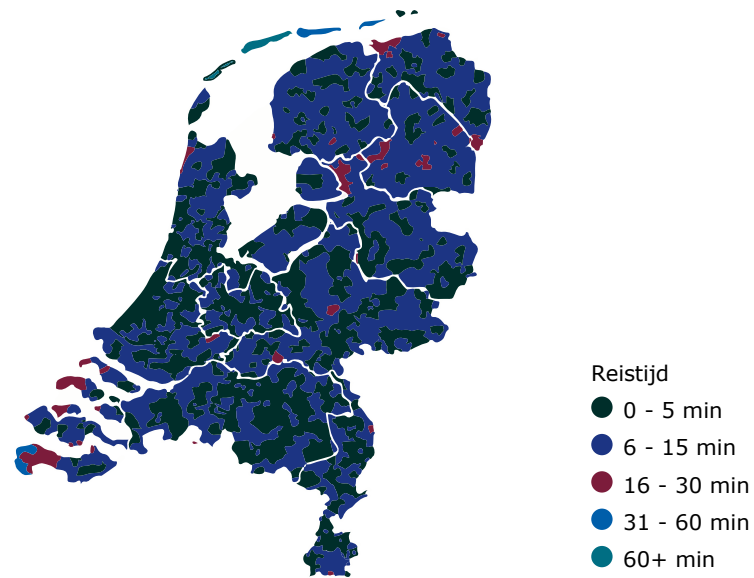
Bron: Vektis en CBS

Figuur 6.13 Ergotherapie: Reistijd tot dichtstbijzijnde praktijk 2017



Bron: Vektis en CBS

Figuur 6.14 Diëtetiek: Reistijd tot dichtstbijzijnde praktijk 2017



Bron: Vektis en CBS

Voor alle paramedische sectoren geldt dat inwoners van minimaal 94% van de postcodegebieden binnen een kwartier reizen van hun paramedische zorgaanbieder wonen. Ook als de dichtstbijzijnde zorgaanbieder wegvalt, is voor alle sectoren in minimaal 93% van de postcodegebieden een andere zorgaanbieder binnen tien minuten extra reistijd te bereiken. Dit beeld is tussen 2012 en 2017 nauwelijks veranderd.

6.3 Wachlijsten

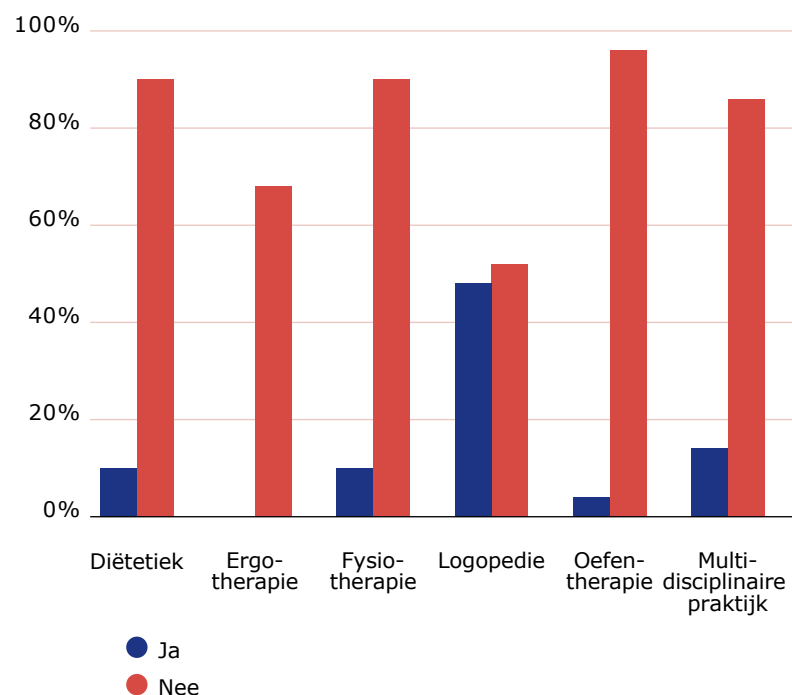
In deze paragraaf zoomen we in op wachtlijsten. Hierover hebben we in zowel de enquête voor verzekeraars als de enquête voor aanbieders meerdere vragen gesteld. Voor de paramedische zorg hebben zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk normen afgesproken over maximaal aanvaardbare wachttijden. De toegangstijd tot paramedische zorg bedraagt voor burgers maximaal één week.

Zoals in paragraaf 6.1 is benoemd, borgen zorgverzekeraars dat zij voldoende zorg hebben ingekocht door onder andere signalen te monitoren. Eén zorgverzekeraar ontving signalen dat er wachtlijsten zijn voor bekkenfysiotherapie. Voor de andere paramedische sectoren ontving geen enkele zorgverzekeraar in 2017 en/of 2018 signalen van wachtlijsten. Ook kregen de zorgverzekeraars in 2017 en/of 2018 geen verzoeken voor zorgbemiddeling.

Bij het overgrote deel van de zorgaanbieders van fysiotherapie (96%), oefentherapie (94%) en bij multidisciplinaire praktijken (95%) kan een nieuwe patiënt binnen één week terecht voor de eerste afspraak. Bij zorgaanbieders van diëtetiek, ergotherapie en logopedie ligt dit percentage een stuk lager. In deze sectoren geeft ongeveer de helft van de respondenten aan dat een patiënt binnen één week terecht kan voor de eerste afspraak. Voor diëtetiek en ergotherapie kunnen nieuwe patiënten vervolgens in de meeste gevallen wel binnen twee weken terecht voor de eerste afspraak. Voor logopedische zorg geldt dit niet. Van de respondenten antwoordt 18% dat een nieuwe patiënt langer dan één maand moet wachten voordat hij terecht kan voor de eerste afspraak. Dit betekent echter niet dat niet aan de afgesproken norm van maximaal aanvaardbare wachttijden wordt voldaan. Patiënten kunnen namelijk wellicht wel bij een andere zorgaanbieder terecht. Er zijn geen signalen van patiënten dat zij niet binnen één week bij een paramedische zorgaanbieder terecht kunnen.

In onderstaande figuur staat per sector het percentage zorgaanbieders die in de enquête aangaven dat zij in 2017 of in 2018 een wachtlijst hadden.

Figuur 6.15 Reacties op enquêtevraag: had u een wachtlijst in 2017 of 2018?



Bron: enquête zorgaanbieders

Bij de meeste zorgaanbieders van diëtetiek, fysiotherapie, oefen-therapie en bij multidisciplinaire praktijken is geen sprake van een wachtlijst geweest. Bij praktijken met een wachtlijst duurde deze in de meeste gevallen maximaal één maand. Zorgaanbieders van ergotherapie en logopedie hebben vaker te maken gehad met een wachtlijst. Alle zorgaanbieders van ergotherapie met een wachtlijst geven aan dat de wachtlijsten maximaal drie maanden duren. Ook bij zorgaanbieders van logopedie is dit in de meeste gevallen zo (68%).

Praktijken die een wachtlijst hadden, gaven vaak aan dat deze gold voor behandeling van kinderen. Zorgaanbieders van fysiotherapie en multidisciplinaire praktijken noemen hiernaast ook vaak manuele therapie en bekken-therapie als behandelingen waarvoor een wachtlijst geldt. Zorgaanbieders van logopedie noemen het meest patiënten die stotteren als doelgroep waarvoor een wachtlijst voorkomt. Zorgaanbieders van diëtetiek noemen verschillende doelgroepen.

Wachtlijsten ontstaan bij deze zorgaanbieders veelal omdat er te veel vraag is en de praktijkuren vol zijn. Veel zorgaanbieders geven aan dat de wachtlijsten gedurende bepaalde periodes in het jaar voorkomen, bijvoorbeeld tegen het einde van het jaar. Hiernaast ontstaan wachtlijsten doordat de patiënt specifieke wensen heeft met betrekking tot de tijd waarop, of de zorgverlener waardoor, hij behandeld wil worden. Ook personeelskrapte leidt tot wachtlijsten. Enerzijds speelt dit door vakanties, uitval of opleidingen van werknemers, anderzijds door het specialisme

van bepaalde werknemers. Voornamelijk zorgaanbieders van logopedie geven aan dat het lastig is om vacatures in te vullen. Eén aanbieder legt hierbij uit niet te kunnen concurreren met de betere arbeidsvoorwaarden van instellingen, in het onderwijs en ziekenhuizen. Door systeemwijzigingen in het onderwijs, komen er meer patiënten terecht bij de vrij gevestigde logopedist.

Slechts enkele zorgaanbieders (12% van de respondenten) met een wachtlijst verwijzen patiënten door naar de zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling. De zorgverzekeraars, die hebben deelgenomen aan de enquête, hebben echter geen verzoeken voor zorgbemiddeling ontvangen.

Van een cliëntenstop is zelden sprake geweest. In alle sectoren geeft minimaal 95% van de zorgaanbieders aan dat hier in 2017 of 2018 geen sprake van is geweest.

6.4 Ontwikkelingen aanbod paramedische zorg

In deze paragraaf brengen we ontwikkelingen in het aanbod paramedische zorg in kaart. Met behulp van verschillende indicatoren laten we zien hoe het aanbod van paramedische zorgverleners zich tussen 2012 en 2017 heeft ontwikkeld en waar paramedische zorgaanbieders knelpunten zien in hun bedrijfsvoering. We beschrijven onder andere of er openstaande vacatures zijn, hoeveel studenten in- en uitstromen vanuit paramedische studies en hoe lang een paramedicus zijn beroep gemiddeld uitoefent.

In onderstaande tabel geven we per paramedische sector weer hoeveel respondenten in de enquête hebben aangegeven dat zij op het moment van invullen openstaande vacatures hebben.

Tabel 6.16 Openstaande vacatures

	Ja		Nee	
Diëtetiek	8	(7%)	109	(93%)
Ergotherapie	12	(32%)	25	(68%)
Fysiotherapie	150	(14%)	959	(86%)
Logopedie	73	(22%)	258	(78%)
Oefentherapie	4	(3%)	148	(97%)
Multidisciplinaire praktijken	32	(28%)	81	(72%)

Bron: enquête zorgaanbieders

De meeste paramedici hebben op het moment van invullen van de enquête geen vacature openstaan voor een paramedische zorgverlener. Zorgaanbieders van ergotherapie, logopedie en multidisciplinaire praktijken geven het vaakst aan dat zij een openstaande vacature hebben. Slechts één aanbieder van ergotherapie heeft de vacature echter langer dan drie maanden openstaan. De ergotherapeuten met een openstaande vacature geven hiervoor verschillende redenen. De meeste ergotherapeuten geven het tekort aan zorgverleners als reden voor het feit dat de vacature nog niet gevuld is. Ook logopedisten en multidisciplinaire praktijken geven dit in de meeste gevallen als reden. Hiernaast geven ergotherapeuten en logopedisten ook het niet kunnen voldoen aan de arbeidsvoorwaarden en salarisconcurrentie met zorginstellingen als reden voor openstaande vacatures. Praktijken met openstaande vacatures geven meestal aan dat cliënten hierdoor langer moeten wachten op een afspraak. Hiernaast geven zorgaanbieders aan dat zij de openstaande vacature binnen de praktijk opvangen door bijvoorbeeld zelf meer te werken.

De volgende indicator omvat de ontwikkeling van het aantal studenten dat voor een paramedische studie kiest en deze heeft afgerond. In tabel 6.17 wordt het aantal eerstejaars in 2013 en 2017 en de ontwikkeling van 2017 ten opzichte van 2013 weergegeven.

Tabel 6.17 Ontwikkeling aantal eerstejaars 2017 ten opzichte van 2013

	Aantal eerstejaars 2013	Aantal eerstejaars 2017	Ontwikkeling
Opleiding tot oefentherapeut	169	77	-54%
Opleiding tot fysiotherapeut	1899	1990	+5%
Opleiding tot ergotherapeut	592	444	-25%
Opleiding tot logopedist	582	397	-32%
Opleiding tot diëtist	782	577	-26%

Bron: DUO

In de meeste opleidingen is een forse daling van het aantal eerstejaars in 2017 ten opzichte van 2013 zichtbaar. Alleen voor de opleiding tot fysiotherapeut is een lichte stijging in het aantal eerstejaars zichtbaar.

In onderstaande tabel wordt het aantal afgestudeerden in 2012 en 2016 en de ontwikkeling van 2016 ten opzichte van 2012 weergegeven.

Tabel 6.18 Ontwikkeling aantal afgestudeerden 2016 ten opzichte van 2012

	Aantal afgestudeerden 2012	Aantal afgestudeerden 2016	Ontwikkeling
Opleiding tot oefentherapeut	124	144	+16%
Opleiding tot fysiotherapeut	1693	1582	-7%
Opleiding tot ergotherapeut	329	412	+25%
Opleiding tot logopedist	409	429	+5%
Opleiding tot diëtist	452	557	+23%

Bron: DUO

Het aantal afgestudeerden neemt in alle sectoren toe, behalve in de fysiotherapie. Gezien de daling in het aantal eerstejaars is de verwachting dat het aantal afgestudeerden na 2016 afneemt.

6.5 Conclusie

Op grond van onze analyses zijn er geen acute problemen in de toegankelijkheid van paramedische zorg geconstateerd. De huidige hoge contracteergraad geeft geen aanleiding om aan te nemen dat de zorgplicht in het geding is. Dit wordt ondersteund door de reistijdanalyses.

Inwoners van minimaal 94% van de postcodegebieden wonen binnen een kwartier reizen van een paramedische zorgaanbieder. Ten opzichte van 2012 zijn hier nauwelijks veranderingen in. In aanvulling hierop heeft geen van de zorgverzekeraars in de enquête aangegeven signalen van wachtlijsten of verzoeken voor zorgbemiddeling te hebben ontvangen. Ook is er geen sprake van langdurig openstaande vacatures bij zorgaanbieders. Wel blijkt uit de data dat paramedische zorgaanbieders zich gedurende de periode 2012 tot en met 2017 anders zijn gaan organiseren. Het aandeel solopraktijken ten opzichte van het totaal aantal praktijken daalt namelijk in alle paramedische sectoren.

De toegangstijd voor paramedische zorg is één week. In de oefentherapie en fysiotherapie geven respondenten vaak aan hier aan te kunnen voldoen. In de logopedie, diëtetiek en ergotherapie ligt dit percentage een stuk lager. Hiernaast is het percentage aanbieders met een wachtlijst in de logopedie en ergotherapie een stuk hoger dan in de andere sectoren. De zorg aan kinderen is hierbij een aandachtspunt. Er is geen sprake van acute knelpunten. Patiënten kunnen wellicht wel bij een andere zorgaanbieder terecht. Er zijn geen signalen van patiënten dat zij niet binnen één week bij een paramedische zorgaanbieder terecht kunnen.

Alhoewel er geen acute problemen zijn, zijn er wel een aantal aandachtspunten die gemonitord moeten worden om te borgen dat er ook in de toekomst geen problemen in de toegankelijkheid van paramedische zorg ontstaan. Het aantal declarerende behandelaren en praktijken daalt in de fysiotherapie, oefen therapie en logopedie. In de fysiotherapie en oefen therapie geeft dit vooralsnog geen problemen. Nieuwe patiënten kunnen bij de meeste aanbieders binnen één week terecht voor een eerste afspraak. Ook geeft minimaal 90% van de aanbieders in deze paramedische sectoren aan geen wachtlijst te hebben. Voor de logopedie geldt dit niet; 18% van de respondenten geeft in de enquête aan dat een nieuwe patiënt langer dan één maand moet wachten voordat hij terecht kan voor de eerste afspraak. Ook het percentage praktijken met een wachtlijst ligt in de logopedie een stuk hoger dan in de fysiotherapie en de oefen therapie.

7. Conclusies en aanbevelingen

7.1 Conclusies

7.2 Aanbevelingen

7 Conclusies en aanbevelingen

In deze monitor hebben wij de ontwikkelingen in de paramedische zorg voor de periode 2012-2017 in kaart gebracht. Voor de NZa staat hierbij het burgerbelang centraal en daarmee de vraag wat het effect is van het contracteerproces en de tariefontwikkelingen voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg voor patiënten en verzekerden. Een goed contracteerproces leidt ertoe dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken in het belang van de patiënt. Hieronder schetsen wij de belangrijkste conclusies van de monitor en doen we aanbevelingen om te zorgen dat de paramedische zorg ook in de toekomst betaalbaar, van goede kwaliteit en toegankelijk blijft.

7.1 Conclusies

De contracteergraad in de paramedische zorg is hoog. Toch is er onder paramedische zorgaanbieders veel onvrede over het contracteerproces. Zorgaanbieders kunnen zich niet vinden in de hoogte van de tarieven, de PREM, de behandelindex en hun onderhandelingspositie. Hiernaast is het niet altijd duidelijk waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om voor een hoger tarief in aanmerking te komen.

De tarieven voor de reguliere prestaties (ruim 70% van het totale marktaandeel van de sector) stijgen jaarlijks beperkt. Alleen voor de logopedie volgt de ontwikkeling van het tarief tot 2018 de ontwikkeling van de sectorbrede indexatiecijfers. De tarieven in de andere paramedische sectoren stijgen dus minder dan de sectorbrede indexatiecijfers. Zorgaanbieders uiten hun zorgen over deze beperkte stijging in het tarief; zij vinden de

tarieven te laag voor een gezonde bedrijfsvoering. Van de zorgaanbieders geeft 15% in de enquête aan dat zij verwachten hun praktijk binnen vijf jaar te moeten sluiten.

Ondanks de beperkte stijging van de tarieven zijn in alle paramedische sectoren de zorgkosten in de jaren 2012-2018 toegenomen. Deze toename is grotendeels veroorzaakt door een toename van het aantal gedeclareerde prestaties, welke weer wordt veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten. Het aantal prestaties per patiënt neemt in alle sectoren af, met uitzondering van de oefentherapie.

Zorgverzekeraars differentiëren beperkt in hun contracten. Zorgverzekeraars vinden dit voor ergotherapie en diëtetiek niet nodig, omdat deze zorg in tijdseenheden wordt gedeclareerd. Bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie differentiëren alleen grote verzekeraars in hun contracten. Ook de mate van differentiatie is beperkt. De spreiding in het tarief voor de reguliere prestaties is in alle sectoren klein. Het gemiddeld gecontracteerde tarief bij een pluscontract ligt vaak één tot drie euro hoger dan het tarief in een basiscontract. Bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie houden zorgverzekeraars naast contractdifferentiatie rekening met een veranderende zorgvraag door voor bepaalde gespecialiseerde prestaties hogere tarieven te hanteren.

De beperkte stijging en spreiding in de tarieven heeft niet geleid tot problemen op het gebied van toegankelijkheid. De huidige, hoge contracteergraad geeft geen aanleiding om aan te nemen dat de zorgplicht in het geding is. Dit wordt ondersteund door de reistijdanalyses. Inwoners van minimaal 94% van de postcodegebieden

wonen binnen een kwartier reizen van een paramedische zorgaanbieder. In aanvulling hierop heeft geen van de zorgverzekeraars in de enquête aangegeven signalen van wachtlijsten of verzoeken voor zorgbemiddeling te hebben ontvangen.

Het aantal declarerende behandelaren en praktijken daalt in de fysiotherapie, oefentherapie en logopedie. In de fysiotherapie en oefentherapie geeft dit vooralsnog geen problemen. Nieuwe patiënten kunnen snel terecht en het merendeel van de zorgaanbieders heeft geen wachtlijst. Voor logopedie geldt dit niet; 18% van de respondenten geeft in de enquête aan, dat een nieuwe patiënt langer dan één maand moet wachten voordat hij terecht kan voor de eerste afspraak. Hiernaast ligt het percentage praktijken met een wachtlijst in de logopedie hoger dan in de fysiotherapie en de oefentherapie. Ook in de ergotherapie is het percentage aanbieders met een wachtlijst hoger dan in de andere sectoren. De zorg aan kinderen is hierbij een aandachtspunt. Er is geen sprake van acute knelpunten. Er zijn geen signalen van patiënten dat zij niet binnen één week bij een paramedische zorgaanbieder terecht kunnen.

Paramedici zijn aangesloten bij een kwaliteitsregister, dit borgt de kwaliteit van de zorgverlener. Er worden diverse eisen gesteld aan de zorgaanbieder om toegelaten te worden tot het kwaliteitsregister, bijvoorbeeld op het gebied van scholing en deskundigheidsbevordering. Zorgverzekeraars maken in hun inkoop gebruik van de kwaliteitsregisters van paramedici. Er wordt in de paramedische sectoren dus geïnvesteerd in de kwaliteit van de zorgverlener. De kwaliteit van de zorgverlener vormt een element voor de kwaliteit van de zorgverlening. Ontwikkelingen in de kwaliteit van de zorgverlening (positieve of negatieve trends) hebben wij in deze monitor niet in kaart kunnen brengen vanwege het ontbreken van kwaliteitsindicatoren die de

kwaliteit van zorgverlening inzichtelijk maken, bijvoorbeeld zorguitkomsten. Er is geen transparantie over de verschillen in kwaliteit en uitkomsten van zorg tussen zorgaanbieders. Door het ontbreken van inzicht in de kwaliteit van de zorgverlening kan de patiënt op basis hiervan geen keuze maken voor een zorgaanbieder. Daarnaast kan de zorgverzekeraar door het ontbreken van meetbare en transparante kwaliteitsindicatoren geen onderscheid maken in de inkoop en ook de zorgaanbieder niet belonen voor de kwaliteit van zorgverlening. Er zijn wel al initiatieven voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorgverlening, die uiteindelijk kunnen leiden tot betere contractafspraken. Zo is de Stichting Keurmerk Fysiotherapie voornemens om de uitkomsten van de PREM inzichtelijk te maken voor de patiënt.

De link tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg kan op basis van de beschikbare data en analyses in deze monitor niet worden gelegd. Zoals gezegd, is er in de paramedische zorg geen eenduidig beeld omtrent kwaliteits- of uitkomstindicatoren. Zorgverzekeraars vinden dat er in het contracteerproces meer aandacht voor dergelijke indicatoren moet zijn. Zorgaanbieders kunnen zich echter niet vinden in pogingen van zorgverzekeraars om kwaliteit op deze manier een rol te geven, zoals via invoering van de PREM en de behandelindex.

Prestatieregulering ergotherapie

De NZa reguleert de prestaties in de ergotherapie sinds 2017. Volgens zorgaanbieders en verzekeraars dienen de door de NZa vastgestelde prestaties als een goede onderhandelingstaal. Uit de enquête blijkt echter ook dat het merendeel van de ergotherapeuten door de prestatieregulering meer administratieve lasten ervaart.

Vrije prijzen logopedie

De prijzen in de logopedie zijn per 2017 vrijgegeven. De meeste aanbieders hebben weinig gemerkt van de overgang naar vrije tarieven. De meeste zorgverzekeraars zien juist wel een verandering; ze ervaren meer ruimte om afspraken te maken met de zorgaanbieders. Zowel zorgverzekeraars als aanbieders geven in de meeste gevallen aan dat de tarieven sinds ze zijn vrijgegeven gelijk blijven of dalen. In declaratiecijfers zien we echter dat de tarieven ook na 2017 nog jaarlijks (beperkt) stijgen.

7.2 Aanbevelingen

De basis voor verbeteringen in de paramedische zorg ligt in het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg. Het ontbreken van een eenduidig beeld over hoe kwaliteit inzichtelijk gemaakt kan worden, leidt ertoe dat de focus in de inkoop door zorgverzekeraars ligt op prijs en volume. Het is wenselijk dat de nadruk van de zorginkoop meer komt te liggen op de kwaliteit van de zorgverlening. Daarnaast is er voor zorgaanbieders nauwelijks onderhandelingsruimte en zien we weinig contractdifferentiatie en innovatieve contractafspraken. Deze wijze van inkopen leidt tot ontevredenheid onder zorgaanbieders en brengt risico's met zich mee voor de kwaliteit van zorg.

Inzicht in kwaliteit van zorg

Het ontbreken van inzicht in de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders is de basis waardoor knelpunten ontstaan bij de totstandkoming van de contracten in de paramedische zorg. Wij roepen de zorgaanbieders daarom op om de kwaliteit van de paramedische zorg transparant en meetbaar te maken. Op basis hiervan kunnen partijen afspraken maken over gewenste ontwikkelingen en de te zetten stappen. Om afspraken over kwaliteit van zorg te kunnen maken, moeten zorgaanbieders

de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken voor zowel de zorgverzekeraar als de patiënt. De patiënt kan de beschikbare kwaliteitsinformatie gebruiken voor de keuze voor een paramedische zorgaanbieder. Vervolgens moet de zorgverzekeraar de kwaliteitsinformatie gebruiken in de inkoop van de paramedische zorg. Op deze manier kan de zorgverzekeraar goede initiatieven ondersteunen. De beloning van paramedici dient aan te sluiten bij de geleverde kwaliteit en het type zorgvraag. Eenduidigheid en transparantie op het gebied van kwaliteit tezamen met een goed georganiseerde afstemming over het inkoopproces kan bijdragen aan een goede, bereikbare en betaalbare paramedische zorg in de toekomst.

Werken aan relatie en vertrouwen

Het herstel van wederzijds vertrouwen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is cruciaal voor de toekomst van de paramedische zorg in de eerste lijn, waarin we zien dat patiënten steeds langer thuis wonen en een groter beroep doen op de paramedische zorg. Wij vragen extra aandacht voor de zorgen van zorgaanbieders, zoals indexering van tarieven, administratieve lasten, PREM en de behandelindex, die een constructieve samenwerking tussen aanbieders en verzekeraars in de weg lijken te staan. Wij bevelen partijen aan om met elkaar landelijke afspraken te maken over hoe zij knelpunten op deze thema's kunnen oplossen.

Gezien de vele signalen van paramedische zorgaanbieders gaat de NZa ook in de volgende contracteerronde signalen over de zorginkoop paramedische zorg terugleggen bij de zorgverzekeraars. Op deze manier zijn zorgverzekeraars van deze signalen op de hoogte en kunnen zij verbeteringen in hun inkoopproces doorvoeren.

Verbeteren van de organisatiegraad zorgaanbieders

Paramedici ervaren een beperkte onderhandelingsruimte. Een verzekeraar kan niet met iedere individuele zorgaanbieder in gesprek treden gezien de grote hoeveelheid van paramedische zorgaanbieders.

Om hun positie te versterken, kunnen paramedici zich meer verenigen, zolang dat in overeenstemming is met de Mededingingswet. De keuze voor het afsluiten van een contract is de verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieder. Maar de concurrentieregels bieden wel enige ruimte voor samenwerking tussen paramedici bij de contractonderhandelingen. Deze samenwerking kan zowel regionaal, als landelijk worden vormgegeven. Een samenwerkingsmodel dat paramedici kunnen gebruiken tijdens het contracteerproces is het zogenoemde **Pact-model**. In dit samenwerkingsmodel onderhandelen zelfstandige apotheken, die geen concurrenten van elkaar zijn, gezamenlijk met zorgverzekeraars. Het resultaat kan na afloop ook gedeeld worden met concurrerende apotheken, als de zorgverzekeraar daarmee instemt. De concurrerende zorgaanbieders kunnen desgewenst dan aansluiten bij het contract. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft over dit samenwerkingsmodel aangegeven dat de onderliggende systematiek van het model ook toepasbaar zou kunnen zijn in andere sectoren van de zorg en in beginsel niet in strijd is met het kartelverbod.

Faciliteren van zorg op juiste plek

Patiënten wonen steeds langer thuis en ontvangen dus ook steeds meer zorg dichtbij huis. Hierdoor neemt de complexiteit van zorg in de eerste lijn toe. Paramedische zorg is vaak onderdeel van multidisciplinaire zorg aan de patiënt. Wij roepen verzekeraars op om in hun inkoopbeleid rekening te houden met deze ontwikkeling. Ook de organisatiegraad van zorgaanbieders kan bijdragen aan het faciliteren van de juiste zorg op de juiste plek. In deze

ontwikkeling ligt een belangrijke kans voor de paramedische sector. Het is voor zorgaanbieders van belang om meer en meer hun focus te leggen op hun positie en de toegevoegde waarde in de regionale netwerken. Ook kan het behulpzaam zijn om voor de paramedische zorg een aanspreekpunt per regio of wijk op te zetten. Het is voor verzekeraars dan mogelijk om het gesprek met één partij aan te gaan. Op deze manier kan de paramedische zorg regionaal gericht worden ingekocht om zorg op de juiste plek te stimuleren.

Verbeteren van de transparantie zorginkoop en tarief

Zorgaanbieders melden bij de NZa dat zij het tarief dat zorgverzekeraars met hen willen afspreken te laag vinden en dat zij de wijze van inkoop door zorgverzekeraars niet duidelijk vinden. Sommige zorgaanbieders hebben aangegeven dat het voor hen niet duidelijk is wat zij moeten doen om voor een hoger tarief in aanmerking te komen. Om deze onduidelijkheid weg te nemen moeten zorgverzekeraars transparant zijn over de inkoop van de paramedische zorg. Bijvoorbeeld door aan te geven wanneer een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een contract met een hoger tarief en welke stappen hiervoor gezet moeten worden. Daarnaast helpt het als zorgverzekeraars transparant zijn over hoe het tarief is opgebouwd, bijvoorbeeld door uitleg te geven uit welke elementen het tarief bestaat. Zorgaanbieders moeten dan wel aan zorgverzekeraars kunnen aantonen waarom het huidige tarief niet toereikend is en welke (kwaliteit van) zorg voor het tarief wordt geleverd. De NZa mengt zich niet in de totstandkoming van de contracten tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar, zoals de hoogte van het tarief, zolang er geen zichtbare belemmeringen zijn in de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg voor de burger.

In gesprek over prestatieregulering ergotherapie

We kunnen de resultaten van de effecten van prestatieregulering in de ergotherapie lastig duiden. Het aantal ergotherapeuten dat de enquête heeft ingevuld was laag en tezamen met de korte periode waarop de ervaringen zich baseren, geeft dit slechts een eerste indruk van de ervaringen met de prestatieregulering in de ergotherapie. We willen nader in gesprek met de sector over de prestatieregulering in de ergotherapie om te bezien op welke aspecten een eventuele verbetering kan worden doorgevoerd.

Monitoren toegankelijkheid door zorgverzekeraars

Deze monitor is een weergave van de ontwikkelingen over de afgelopen jaren. Er is een dalende trend zichtbaar in het aantal declarerende behandelaren en praktijken in de fysiotherapie, oefentherapie en logopedie. Wij vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars deze trend monitoren, zodat zij ook naar de toekomst voldoende paramedische zorg kunnen inkopen. Zorgverzekeraars kunnen knelpunten in de toegang tot de paramedische zorg voorkomen door patiënten actief te wijzen op zorgbemiddeling. Daarnaast kunnen zij aanvullend onderzoek doen naar gesignaleerde wachtlijsten van zorgaanbieders en redenen waarom patiënten moeten wachten.

Monitoring door de NZa

In het belang van de burger blijft de NZa monitoren of de hierboven geschetste verbeteringen in de paramedische zorg worden opgepakt. We zullen interveniëren waar er zichtbaar belemmeringen zijn in de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg voor de burger. De NZa zal daartoe jaarlijks een monitor contracteerproces paramedische zorg uitvoeren.