

Hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2017-2018

19 juni 2017

Partijen:

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Stichting Keurmerk Fysiotherapie
Paramedisch Platform Nederland (PPN)¹
Patiëntenfederatie Nederland
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Inleiding

De wereld om ons heen verandert snel; mensen werken langer, we weten steeds meer over (on)gezonde leefstijlen en worden steeds ouder met meerdere aandoeningen. We kijken anders naar ziekte en gezondheid; de blik verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Ook de algemene kijk op gezondheid is veranderd met het concept van 'positieve gezondheid' (Huber et al. 2011), waarbij wordt ingezet op participatie, persoonlijke veerkracht en zelfregie. Het vermogen van het individu om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden staat centraal. Mensen dragen daarbij in eerste instantie zelf verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Indien zorg nodig is, is het noodzakelijk om uit te gaan van de mogelijkheden van de patiënt en die te versterken. Een patiënt wil op het juiste moment de beste zorg passend bij zijn persoonlijke omstandigheden. Partijen willen daarom toe naar integrale, patiëntgerichte zorg, waarbij de patiënt eigen keuzes kan maken en zorgverleners op het juiste moment een bijdrage leveren aan het verbeteren/behouden/minder snel verslechteren van de gezondheid. Afstemming en samenwerking tussen zorgverleners is voorwaardelijk om deze paradigmashift in denken, handelen en organiseren mogelijk te maken. Het vertrouwensbeginsel, zowel tussen zorgverleners en patiënten als tussen zorgverzekeraars en zorgverleners als tussen zorgverleners onderling, blijft een belangrijk uitgangspunt van afspraken.

Dit hoofdlijnenakkoord stelt partijen in staat hun rol nog beter op te pakken: professionele zorgverleners die zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit leveren, zorgverzekeraars die voor hun verzekerden zorg inkopen op basis van kwaliteit, service en prijs, goed geïnformeerde verzekerden die gefundeerde keuzes kunnen maken, en effectieve toezichthouders die normen stellen en optreden wanneer dat nodig is. Voor een houdbaar stelsel is kwaliteit essentieel. Voor zorgverleners, voor zorgverzekeraars, maar bovenal: voor de patiënt.

In november 2016 hebben partijen de afspraak gemaakt om te komen tot een hoofdlijnenakkoord voor de paramedische zorg. Dit vanuit de gedachte dat het opbouwen van het wederzijds vertrouwen de basis zal zijn voor een constructieve aanpak van de problemen in de sector.

1. Algemene overwegingen

- a. Met het afsluiten van een hoofdlijnenakkoord paramedische zorg spreken partijen uit bij te willen dragen aan de continue verbetering van de paramedische zorg en de beheersbaarheid van de zorgkosten. Partijen hebben daarbij ieder een eigen rol in het zorgstelsel, partijen zien en accepteren elkaars rol en ondersteunen elkaar in die rol. Er is veel draagvlak bij partijen om gezamenlijk de doelstellingen uit dit akkoord te realiseren. Partijen nemen de uitvoering van het akkoord dan ook met voortvarendheid ter hand.
- b. Het akkoord paramedische zorg, is in de kern een 'kwaliteitsakkoord', heeft de ambitie de waarde van paramedische zorg merkbaar, zichtbaar en toetsbaar te maken voor zowel de patiënt die van deze zorg gebruik maakt als voor de maatschappij (o.a. burgers/verzekerden, zorgverzekeraars en andere zorgverleners). Tegelijkertijd wordt met

¹ Ergotherapie Nederland, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVL) en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

- het sluiten van het hoofdlijnenakkoord de problematiek met het contracteren en met de administratieve lasten aangepakt.
- c. Zorgverzekeraars, zorgverleners, patiënten en overheid hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een beheerste uitgavenontwikkeling in de (paramedische) zorg. Daarbij rekening houdend met verschuiving van de zorgvraag, en dus de kosten, van de tweede- naar de eerstelijnszorg
 - d. Partijen delen de opvatting dat effectieve en efficiënte paramedische zorg waarde toevoegt aan de kwaliteit van leven van de patiënt. Paramedische zorg draagt eraan bij dat de patiënt het door hem gewenste en haalbare niveau van functioneren en participeren bereikt met inachtneming van de aandoening(en) die aan de beperking ten grondslag ligt.
 - e. Paramedische zorg is zinvol en zuinig, dichtbij de patiënt. Bovendien levert paramedische zorg door substitutie een bijdrage aan de beheersing van de totale zorgkosten. Paramedici werken samen met de huisarts, de wijkverpleging, medisch specialisten in het ziekenhuis en met andere paramedici om kwaliteit van leven, participatie en zelfredzaamheid te verbeteren in relatie tot de aandoening(en) die aan de beperking ten grondslag ligt (interprofessioneel handelen).
 - f. Er zijn verschillende deelsectoren paramedische zorg die ieder vanuit hun vakgebied een bijdrage zullen leveren aan de ambitie om dit akkoord te verwezenlijken. Deze bijdrage zal per deelsector verschillend (kunnen) zijn. Het startniveau is verschillend, het speelveld is verschillend en derhalve zal het te bereiken resultaat per deelsector verschillend (kunnen) zijn.
 - g. Paramedische zorg maakt deels onderdeel uit van het basispakket en deels van diverse aanvullende verzekeringen van individuele zorgverzekeraars. Partijen onderkennen dat dit onderscheid invloed heeft op de reikwijdte van afspraken in het ene of andere speelveld.
 - h. Alle partijen zijn verantwoordelijk voor het beheersbaar houden en verder terugdringen van overbodige regeldruk. Partijen toetsen voorafgaand aan de invoering van nieuwe wet- en regelgeving en andere regels of eisen de gevolgen daarvan voor de administratieve lasten.
 - i. Het transitieproces dat doorlopen moet worden om de ambities te realiseren vraagt van partijen dat zij met elkaar in gesprek blijven, in gezamenlijkheid naar werkbare oplossingen zoeken en het bredere belang van de doelstellingen van dit akkoord voor ogen houden. Deze transitie vraagt draagvlak en een enorme inzet van partijen.
 - j. Het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg heeft een looptijd tot eind 2018. De acties die met dit akkoord in gang zijn gezet kennen evenwel een langere scope en zullen dan ook na 2018 doorlopen en worden uiterlijk voor de zomer 2017 uitgewerkt in een meerjarenagenda, een implementatieparagraaf, een planning, een begroting en een procesafspraken over de te volgen handelwijze als de ambities van dit hoofdlijnenakkoord niet worden waargemaakt.
 - k. De stuurgroep monitort de voortgang van het hoofdlijnenakkoord en komt minimaal 1 keer per jaar en zonodig vaker bijeen om knelpunten te beslechten en bij te sturen.
 - l. Er is een relatie van dit akkoord met de afspraken in het Informatieberaad over de implementatie van de informatiestandaard. Het Informatieberaad stuurt het proces aan om op korte termijn te komen tot implementatie van deze informatiestandaard.
 - m. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) werkt voor 1 augustus 2017 een plan van aanpak uit over het systeemadvies fysio- en oefen therapie. Dit plan is relevant voor het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg maar niet voor alle deelsectoren.
 - n. De paramedische zorg maakt onderdeel uit van de zorg (zowel preventief, curatief als langdurig) en van de ontwikkelingen daarin. De samenhang van dit hoofdlijnenakkoord met de andere hoofdlijnenakkoorden zal dan ook worden bewaakt. Zowel voor de huidige als toekomstige hoofdlijnenakkoorden.

Partijen spreken het volgende af:

2. Inhoudelijke afspraken: kwaliteit, contractering en regeldruk

A- Kwaliteit

De zorgverlener zet zich in voor doelmatige, zinvolle en kwalitatief goede zorg, dichtbij de patiënt, met als doel de patiënt optimaal (naar vermogen) te laten functioneren en participeren. De zorgverlener richt zich daarbij nadrukkelijk op eigen regie, zelfredzaamheid en zelfmanagement van de patiënt. De inzet van de juiste zorg op het juiste moment kan niet los worden gezien van kosten (is het kosteneffectief) en bekostiging (leidt het bekostigingssysteem tot de meest adequate keuze). Hierbij wordt uitgegaan van het principe dat de zorg aantoonbaar waarde toevoegt. De te verlenen zorg wordt vastgesteld in samenspraak met de patiënt in relatie tot diens belevingswereld, persoonlijke doelstellingen en voorkeuren.

Uitgangspunt: (meer)waarde bieden

De paramedische beroepsgroepen kunnen vanuit een integrale benadering, waarbij goede samenwerking met andere zorgdisciplines een voorwaarde is, (meer)waarde toevoegen aan een 'optimale patiënten reis'. Hierbij behoren ook vroegsignalering en risicostratificatie. Zorg dichtbij huis als het kan en in de tweede- of derde lijn als het moet. Effectiviteit en/of bekostiging gaan we onderzoeken; zie ook bij 'onderzoek is nodig'.

Uitgangspunt: informatie over kwaliteit is beschikbaar

De patiënt heeft behoefte aan adequate betrouwbare informatie over zorg. De vragen daarbij zijn:

1. Welke zorg is waar beschikbaar?
2. Wat vinden anderen ervan?
3. Van welke kwaliteit is de zorg?

Betrouwbare en toegankelijke informatie (digitaal) beschikbaar

Voor patiënten wordt inzichtelijk wat de aandoening/beperking inhoudt, wat de patiënt er zelf aan kan doen, bij welke zorgdiscipline hij waarvoor terecht kan, welke invloed van de verschillende behandelingen te verwachten is en hoe de bekostiging is geregeld.

Informatie over kwaliteit en patiëntenervaringen van zorg

Het kwaliteitsprogramma van beroepsgroepen richt zich op de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals patiëntenversies en kwaliteitsindicatoren. De kwaliteit wordt tripartiet (patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars) vastgesteld onder meer op basis van waarde voor de patiënt, die onder andere worden gemeten met de PROMs en de PREM in relatie tot de kosten. Transparantie over uitkomsten van zorg is een tripartiete verantwoordelijkheid en zal in gezamenlijkheid worden gerealiseerd.

Informatie over kwaliteit zorgprofessional

De basis voor kwaliteit is dat de paramedische zorgverlener is ingeschreven in een kwaliteitsregister dat de kwaliteit borgt. Dit kwaliteitsregister is betrouwbaar van opzet en transparant voor andere partijen. Het kwaliteitsregister wordt op een zodanige manier ingericht dat patiënten en zorgverzekeraars hieraan hun vertrouwen kunnen geven.

Uitgangspunt: onderzoek is nodig

Om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren en zowel gezondheidswinst als winst in termen van kostenreductie te behalen is gericht wetenschappelijk onderzoek nodig, waaronder onderzoek naar effectiviteit. Hiervoor is onderzoek in een interprofessionele setting noodzakelijk, waarbij de focus is gericht op patiëntvoorkeuren en uitkomsten van zorg.

Afspraken:

1. De patiënt is optimaal geïnformeerd en wordt waar nodig ondersteund om regie te voeren over het eigen zorgtraject. Daartoe zal een digitaal patiëntplatform worden ingericht met informatie over klachten, aandoeningen, opties voor zorg en zelfmanagement en ervaringen van andere patiënten met de verschillende behandelmogelijkheden. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij reeds bestaande initiatieven in andere sectoren teneinde de vindbaarheid voor patiënten te verbeteren.

2. De kwaliteit van zorgverleners is transparant en wordt geborgd door de kwaliteitsregisters.
3. Partijen zetten zich optimaal in om de juiste zorg aan de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plaats te realiseren door een optimale samenhangende organisatie van zorg (systeem, proces, inhoud) en gebruik van tripartiet erkende en/of ontwikkelde uitkomstmetingen.
4. Onderzoek levert onderbouwing voor zorg die er toe doet, zorg die patiëntgericht is waarbij de kwaliteit van leven voorop staat. Hiertoe zal een meerjarig onderzoeksprogramma bij ZonMw worden gestart. Tevens zal projectondersteuning komen voor de uitwerking van het systeemadvies fysio- en oefentherapie.
5. Partijen zetten zich optimaal in om de mogelijkheden en opbrengsten van substitutie inzichtelijk te maken en voorwaarden te creëren om deze te realiseren. Na de zomer van 2017 zal een uitgewerkte notitie over te realiseren substitutiemogelijkheden worden opgeleverd.

Deze afspraken staan in bijlage 1 nader uitgewerkt.

B- Contractering

Het contracteerproces en de bekostiging dienen doelmatig ingericht te zijn en zodanig dat het zorgverleners ondersteunt om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren en dat het zorgverzekeraars ondersteunt om voor hun verzekerden de beste zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Om dit doel beter te ondersteunen zullen de partijen de volgende verbeterpunten oppakken

Uitgangspunt: behandelindex uniformeren en valideren

De behandelindex is een cijfer waarmee een praktijk fysiotherapie, logopedie en oefentherapie kan zien hoeveel wordt behandeld ten opzichte van andere praktijken in Nederland. Hierbij wordt rekening gehouden met het soort klachten en patiënten die worden behandeld (case mix correctie).

Uitgangspunt: Good Contracting Practices zijn basis voor het contracteerproces

Het contracteerproces is doelmatig en zodanig ingericht dat het zorgverleners ondersteunt om zorg van goede kwaliteit te leveren en dat het zorgverzekeraars ondersteunt om voor hun verzekerden de beste zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen.

Uitgangspunt: directe toegankelijkheid / verwijzing uniformeren

Voor alle paramedische zorgverleners geldt directe toegankelijkheid. Vanwege wet- en regelgeving en individueel beleid van zorgverzekeraars, is er geen sprake van uniforme toepassing.

Uitgangspunt: bekostiging moet kwaliteit stimuleren

Via de bekostiging zou kwaliteitsverbetering en transparantie gestimuleerd moeten worden en aantoonbaar betere zorg beloond moeten worden.

Afspraken:

1. In 2017 wordt door zorgverzekeraars die zijn aangesloten bij SKMZ, een geüniformeerde en gevalideerde behandelindex voor fysiotherapie ontwikkeld. In 2017 wordt binnen ZN-verband besproken of deze behandelindex ook door andere zorgverzekeraars, die niet zijn aangesloten bij het SKMZ, zal worden gebruikt. Vanaf heden zullen zorgverzekeraars hun (non-concurrentiële) ervaringen met het gebruik van de geüniformeerde behandelindex delen, conform het advies van SIRM. Dit betreft de rekenmethode en de toepassing van de behandelindex in de praktijk. Onderzocht wordt of op basis van de uniforme methodiek voor de fysiotherapie, een uniforme behandelindex voor de oefentherapeuten en logopedisten moet en kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd.
2. In 2017 worden ervaringen met het inkoop-/contracteerproces gedeeld door zorgverzekeraars en paramedici. Er wordt mede gebruik gemaakt van de ervaringen bij andere beroepsgroepen en in andere sectoren. De ervaringen worden gedeeld met de NZa inclusief eventuele oplossingen. De door partijen gezamenlijk geformuleerde oplossingen worden waar mogelijk verwerkt in het volgende contracteringsproces (Good Contracting Practices). Signalen over het contracteerproces kunnen worden ingediend bij de NZa en de

NZa bespreekt dit eventueel op individueel niveau met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. VWS zal de NZa vragen een monitor contracteerproces voor de paramedische zorg op te stellen indien daartoe aanleiding is.

3. In 2017 wordt onderzocht of en zo ja, op welke wijze de toepassing van directe toegang en verwijzing geüniformeerd kan worden.
4. De verschillende lopende projecten van lokale samenwerking tussen patiëntenorganisaties, paramedische zorgverleners en zorgverzekeraars waarbij sprake is van o.a. 'shared savings' en prestatiebekostiging worden geïventariseerd. Deze worden waar mogelijk gedeeld en verder uitgerold. Als onderdeel van het systeemadvies (fysio- en oefentherapie) vraagt VWS de NZa in 2017 om onderzoek te doen naar een bekostigingsmethode die bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen van het systeemadvies. Waar mogelijk en nodig wordt deze methode geharmoniseerd voor de overige paramedische beroepen.

Deze afspraken staan in bijlage 2 nader uitgewerkt.

C- Regeldruk, administratieve lasten

Paramedici willen primair zorg bieden aan patiënten. Daar zijn ze voor opgeleid en ligt hun deskundigheid. Registreren en het bijhouden van administratie zijn onvermijdelijk. Overbodige en onnodige regeldruk kan echter een bron van frustratie zijn, omdat dit ten koste gaat van de tijd die besteed kan worden aan de zorg voor patiënten. In 2016 is daarom ingezet op het verminderen van de administratieve lasten in de paramedische zorg. Op basis van een top 15 met knelpunten is een werkgroep Administratieve Lasten Paramedische zorg (hierna: werkgroep) aan de slag gegaan met het verminderen van administratieve lasten. Partijen spreken af dat de resultaten van de merkbaarheidsscan naar ervaren regeldruk paramedische zorg door de werkgroep worden meegenomen bij de uitwerking van de lijst met knelpunten. Een aantal van deze knelpunten is expliciet opgenomen in het hoofdlijnenakkoord (DSCPH, (uniforme rekenmethode) behandelindex en uniforme klantervaringsonderzoeken (PREM)). Deze knelpunten blijken in de praktijk zeer weerbarstig en vragen daarom om een extra inspanning. De overige knelpunten zijn niet afzonderlijk benoemd in het akkoord maar zullen evenwel met alle relevante partners verder worden opgepakt om in 2017 te komen tot een (voorstel tot) oplossing met tijdspad. In bijlage 3 staat de top 15 beschreven.

Uitgangspunt: uniformering opzet contractbepalingen

In 2017 wordt fasegewijs gewerkt aan de uniformering van de algemene bepalingen van de contracten inclusief declaratieparagraaf voor de paramedische zorg. De resultaten van de eerste fase worden meegenomen in de eerstvolgende contracteringsronde. Bij eenjarige contracten is dat in 2018, in het geval van meerjarige contracten op het moment dat een nieuw contract wordt opgesteld. In de verdere uitwerking (voor de contracteringsronde 2019) wordt ook de uniformering van de structuur van de individuele contracten (tussen zorgverzekeraars en zorgverleners) opgepakt. Een (tijds) evaluatie van het resultaat van fase 1 dient als basis hiervoor.

Uitgangspunt: Diagnose Coderingssysteem Paramedische Hulp (DCSPH) veroorzaakt zo min mogelijk administratieve lasten

Partijen hebben geconstateerd dat de DCSPH een administratieve last veroorzaakt.

Afspraken:

1. In 2017 wordt een voorstel voor uniformering van het gebruik van DCSPH-codes uitgewerkt, inclusief een impactanalyse voor betrokken partijen (zorgverleners en zorgverzekeraars).
2. In 2017 worden afspraken gemaakt over beheer van het systeem.
3. In 2017 wordt een onderzoekstraject gestart naar de vraag of DCSPH het meest geschikte instrument is voor de langere termijn (waarbij aansluiting wordt gezocht bij het systeemadvies van het Zorginstituut over oefen- en fysiotherapie). Indien dat niet het geval is, word(t)(en) (een) alternatie(f)(ven) voorgesteld. De wenselijkheid en toepasbaarheid ervan voor de diëtetiek, ergotherapie, huidtherapie en logopedie (die, behoudens huidtherapie, niet werken met de DCSPH en waarvoor het systeemadvies niet is

geschreven) maakt hier onderdeel van uit, evenals een impactanalyse voor betrokken partijen.

4. In 2017 besluiten partijen aan de hand van de impactanalyse en tijdsplanning van het uniforme gebruik van de DCSPH-codes (stap 1) of dit geïmplementeerd gaat worden of dat direct wordt overgegaan naar een mogelijk alternatief systeem (stap 3).
5. In 2017 worden, afhankelijk van de uitkomst van voorgaande stappen, afspraken gemaakt over het beheer en eigenaarschap van het systeem.

Doelstelling 1:

De patiënt is optimaal geïnformeerd en wordt waar nodig ondersteund om regie te voeren over het eigen zorgtraject

Uitgangspunt:

Informatie over de beschikbare zorg moet onafhankelijk, betrouwbaar en toegankelijk zijn en tripartiet tot stand komen. Voor het ontwikkelen van het platform om deze informatie te ontsluiten, wordt gebruik gemaakt van datgene wat al is ontwikkeld en wat aan systemen al bestaat.

Te realiseren:

Ontwikkeling en inrichting van een digitaal patiëntplatform is erop gericht om antwoord te geven op de vragen van de patiënt met informatie over:

- klachten, aandoeningen, opties voor zorg en zelfmanagement;
- ervaring van andere patiënten met de verschillende behandelmogelijkheden.

Tijdspad:

Nu starten en uiterlijk 2020 afronden.

Randvoorwaarden:

Financiering en projectondersteuning. Aanspreekpunt Patiëntenfederatie.

Doelstelling 2:

De kwaliteit van zorgverleners is transparant en wordt geborgd

Uitgangspunt:

Patiënten en zorgverzekeraars kunnen erop vertrouwen dat het kwaliteitsregister en het kwaliteitssysteem van de beroepsgroepen zorgen voor goede kwaliteit van zorgverleners en deze borgt.

Te realiseren:

Patiënten en andere betrokkenen hebben toegang tot een kwaliteitsregister en de vigerende voorwaarden (registratie-eisen) waarin transparant is welke zorgverleners voldoen aan de beroepsstandaarden.

Tijdspad:

2018-2020

Randvoorwaarden:

Op basis van datgene wat al per beroepsgroep is ontwikkeld, zal de beroepsgroep voor zover nodig een nader ontwikkel- en implementatietraject opstellen.

Doelstelling 3:

Partijen zetten zich optimaal in om de juiste zorg aan de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plaats te realiseren.

Uitgangspunt:

Zorgverleners werken volgens de stand van de wetenschap en praktijk, waarbij een vertaalslag is gemaakt in onder andere richtlijnen en/of beroepsstandaarden en leveren doelmatige zorg. Transparantie over outcome van zorg is een tripartiete verantwoordelijkheid.

Te realiseren:

Optimale samenhangende organisatie van zorg (systeem, proces en inhoud) gericht op gepaste zorg en gepast zorggebruik en transparantie daarover, door middel van tripartiet erkende en/of ontwikkelde uitkomstmetingen. Betekenisvolle informatie wordt voor partijen beschikbaar gesteld.

Tijdspad:

2018/2019

Randvoorwaarden:

Er is sprake van een systeem van vakinhoudelijke ontwikkeling, kwaliteitsmeting en borging, waarbij governance een belangrijk aandachtspunt is. Partijen zullen met elkaar in gesprek gaan om tot goede afspraken te komen. Partijen stimuleren eigen verantwoordelijkheid door voorlichting en motivering. Financiering van de ontwikkeling van valide outcome metingen.

Doelstelling 4:

Onderzoek levert onderbouwing voor zorg die er toe doet, zorg die patiëntgericht is waarbij de kwaliteit van leven voorop staat.

Uitgangspunt:

Praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek is nodig om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren, gezondheidswinst te bereiken, kosteneffectiviteit aan te tonen en substitutiemogelijkheden in kaart te brengen.

Te realiseren:

1. Een meerjarig ZonMw onderzoeksprogramma paramedische zorg op basis van een door partijen gezamenlijk op te stellen voorstel dat november 2017 gereed zal zijn. Het onderzoek zal waar mogelijk aansluiten op/uitgaan van het concept positieve gezondheid.
2. Ondersteuning voor de uitwerking van het systeemadvies fysio- en oefentherapie.

Tijdspad:

Vorbereiding gedegen geconcretiseerd onderzoekprogramma: nu - november 2017. Start meerjaren onderzoekprogramma: 2018. Tijdspad voor uitwerking van het systeemadvies volgt uit het plan van aanpak van het Zorginstituut.

Randvoorwaarden:

1. Financiering voor onderzoek beschikbaar stellen. Onderzoeksinfrastructuur realiseren inclusief patiëntenparticipatie.
2. Financiering en projectuitvoering voor de uitwerking van het systeemadvies, conform het nog op te stellen plan van aanpak van het Zorginstituut (gereed voor 1 augustus 2017).

Doelstelling 5:

Partijen zetten zich optimaal in om de mogelijkheden en opbrengsten van substitutie inzichtelijk te maken en voorwaarden te creëren om deze te realiseren.

Uitgangspunt:

De paramedische zorg biedt mogelijkheden voor substitutie (in de 1e, 2e en 3e lijn en het sociaal domein). De mogelijkheden en opbrengsten van substitutie worden in beeld gebracht en dienen ter voorbereiding op gesprekken met huisartsen en medisch specialisten.

Te realiseren:

Een met onderzoek onderbouwde gespreksnotitie over te realiseren substitutiemogelijkheden. Partijen zijn gesprekspartner voor huisartsen en medisch specialisten als het gaat om substitutie.

Tijdspad:

Notitie gereed na zomer 2017

Randvoorwaarden:

Financiering en projectondersteuning. Bij substitutie moet het budget de zorg volgen en moet de doorzettingsmacht van alle partijen worden toegepast.

Activiteiten behandelindex

- Overleg over toepassing nieuwe uniforme behandelindex Fysiotherapie in relatie tot bestaande afzonderlijke behandelindexen in 2017.
- Afspraken over toepassing van de uniforme behandelindex Fysiotherapie in 2018 (die non-concurrentieel zijn) op basis van de resultaten van het validatieonderzoek.
- Ontwikkelen en verstrekken van informatie en verlenen van ondersteuning bij de interpretatie van de spiegelrapportage en de behandelindex Fysiotherapie.
- Afspraken over verdere uniformering van de behandelindex door zorgverzekeraars Fysiotherapie en tripartiet opstellen (door)ontwikkelagenda voor een resultaatindex Fysiotherapie, waarin o.a. opgenomen een aanpassing van de casemixcorrectie en DCSPH.
- Onderzoeken of op basis van de uniforme methodiek voor de fysiotherapie, een uniforme behandelindex voor de oefentherapeuten en logopedisten kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

Begroting: kosten nader te bepalen

Activiteiten Good Contracting Practices:

- De beroepsgroepen informeren hun leden dat zij signalen over het contracteerproces kunnen indienen bij over het meldpunt van de NZa.
- De NZa informeert en bespreekt de signalen die zij ontvangen op individueel niveau met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en informeert indien van belang via het meldpunt, op frequente basis met de beroepsverenigingen en zorgverzekeraars.
- In gezamenlijk overleg kan voor 2018 besloten worden dat aanpassingen in het contracteringsproces 2018 gewenst zijn.

Begroting: kosten nader te bepalen

Activiteiten directe toegankelijkheid/verwijzing:

VWS zal de volgende activiteiten in kaart brengen of laten onderzoeken:

- Hoe de directe toegang in wet- en regelgeving en in het beleid van de zorgverzekeraars is opgenomen en wordt toegepast in de praktijk.
- Mogelijkheden voor uniforme toepassing door alle zorgverzekeraars, in lijn met de bedoeling en de wet- en regelgeving.
- Implementatieplan wordt opgesteld

Begroting: kosten nader te bepalen

Activiteiten alternatieve bekostiging:

- VWS vraagt de NZa onderzoek te doen naar bekostigingsmethoden die zinnige en zuinige zorg stimuleren en belonen.
- Aan de hand van de ervaringen met lopende en nieuwe pilots in de praktijk, wordt inzicht verkregen in de effecten en de voorwaarden die de implementatie van de methodiek(en) vraagt ten einde de best passende methodiek te kunnen selecteren.
- Een implementatieplan wordt opgesteld.

Begroting: kosten nader te bepalen

Kosten programmamanagement voor de pilots: ontwikkeling begeleiding monitoring en presenteren resultaten; out of pocket organisatie en vergoeding voor deelname aan de pilots.

Top 15 administratieve lasten paramedische zorg

Gesignaleerde knelpunten en bereikte resultaten:

Gerealiseerd:

1. Herhaalverwijzing vervalt

Partijen hebben afgesproken dat per 1 januari 2017 een herhaalverwijzing niet meer nodig is als het gaat om een behandeling die langer duurt dan twaalf maanden. In dat geval stuurt de paramedicus een tussentijdse rapportage aan de verwijzer/behandelend arts. Deze verplichting is opgenomen in de richtlijnen van de betreffende paramedische beroepsgroepen (diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, huidtherapie, logopedie en oefentherapie).

2. Items op de verwijzing zijn uniform (1) (zie ook knelpunt 9)

Vanwege de verschillende eisen die zorgverzekeraars stellen aan verwijzingen, worden deze door een arts vaak onvolledig ingevuld. Dit leidt tot problemen bij de formele en materiële controle. De eerste stap is gezet; paramedici en zorgverzekeraars hebben een uniforme dataset van verwijzingsgegevens opgesteld.

Status: deels gerealiseerd

3. CSI-code 002 vervalt

Binnen het declaratieproces waren de voorwaarden – die specifiek in de declaratiestandaard voor fysiotherapie en oefentherapie gesteld werden bij het gebruik van de CodeSoortIndicatie (CSI) 001/002 – niet eenduidig. Per 1 januari 2017 is de CSI-code 002 'Tweede of vervolgaandoening die voorkomt op de lijst' afgeschaft. De wijzigingen zijn door Vektis (beheerder van de declaratiestandaard) eind 2016 gepubliceerd op basis waarvan (softwarematige) aanpassingen door partijen zelf gedaan kunnen worden.

4. Standaard doorlooptijd machtigingen ingevoerd

Machtigingen die zorgverzekeraars individueel afgeven voor aanvang van de behandeling(en) leverden in de uitvoering problemen op. Dat komt doordat zorgverzekeraars verschillende doorlooptijden hanteerden. Per 1 januari 2017 hanteren zorgverzekeraars een maximale doorlooptijd van 10 werkdagen voor het afgeven van een machtiging indien de aanvraag juist en volledig door de zorgverlener is aangeleverd.

5. Uniforme formulieren verbandmiddelen

Er is een uniform formulier voor verbandmiddelen gepubliceerd. Hiermee zijn de administratieve lasten voortkomend uit de grote hoeveelheid verschillende formulieren voor 'verbandmiddelen' komen te vervallen.

6. Uniforme rekenmethode behandelindex (1) (zie ook knelpunt 14)

Er is in 2017 door zorgverzekeraars, aangesloten bij SKMZ, een geüniformeerde en gevalideerde behandelindex voor de fysiotherapie ontwikkeld.

Status: deels gerealiseerd

Continue acties:

7. Prestatiebeschrijvingen verduidelijkt

Door onduidelijkheden in de prestatiebeschrijvingen is sprake van onnodige uitval bij de verwerking van de declaraties, vooraf dan wel achteraf. Dit leidt tot administratieve lasten bij alle ketenpartijen. Zorgverleners, zorgverzekeraars en de NZa zijn jaarlijks bezig onduidelijkheden in prestatiebeschrijvingen en toegestane combinaties op te helderen. De NZa heeft deze aanpassingen in de beleidsregels verwerkt. De toetsing van prestatiebeschrijvingen door betrokken ketenpartijen op onder andere helderheid is een continu proces bij oplevering van nieuwe prestatiebeschrijvingen door de NZa.

Lopende acties:

8. Uniforme formulieren dieetpreparaten

Zorgverleners in de werkgroep Paramedische zorg zien de verschillende formulieren voor 'dieetpreparaten' als een groot knelpunt. Er wordt gewerkt aan een uniform formulier dieetpreparaten.

9. Items op de verwijzing zijn uniform (2)

De beschikbaarheid van een uniforme dataset van verwijzingsgegevens bij de behandelaar en de verantwoordelijkheid voor het (correct) beschikbaar stellen c.q. uitwisselen van de verwijzingsgegevens (de verwijzer of de paramedicus) gaat verder dan alleen paramedische zorg; afstemming met de verwijzers, zoals huisartsen en medisch specialisten, is hiervoor noodzakelijk en zal zo snel mogelijk plaatsvinden. Vervolgens zal de uitkomst hiervan worden meegenomen in het Informatieberaad om (verdere) ontwikkeling en implementatie van de uniforme dataset te faciliteren. De werkgroep zet daarvoor zo snel als mogelijk vervolgstappen.

10. . Ondersteuning door ICT

De werkgroep Paramedische zorg heeft geconstateerd dat veel van de administratieve lasten verminderd kunnen worden door betere en slimmere ondersteuning door middel van ICT. Een voorbeeld is de restitutenota. Veel van de benoemde punten op de knelpuntenlijst kennen dan ook een mogelijke (deel-)oplossing vanuit de ICT-leverancier. Dit door alle partijen onderkende probleem is belegd bij een aparte deelwerkgroep ICT om in 2017 te komen tot een voorstel.

11. . Uniformeren en eventueel vervangen DCSPH-classificatiesysteem

Partijen hebben geconstateerd dat de DCSPH² een administratieve last veroorzaakt. In 2017:

1. wordt een voorstel voor uniformering van het gebruik van DCSPH-codes uitgewerkt, inclusief een impactanalyse voor betrokken partijen (zorgverleners en zorgverzekeraars);
2. worden afspraken gemaakt over beheer van het systeem in 2017;
3. wordt een onderzoekstraject gestart naar de vraag of DCSPH het meest geschikte instrument is voor de langere termijn (waarbij aansluiting wordt gezocht bij het systeemadvies van het Zorginstituut over oefen- en fysiotherapie). Indien dat niet het geval is, word(t)(en) (een) alternatie(f)(ven) voorgesteld. De wenselijkheid en toepasbaarheid ervan voor de diëtetiek, ergotherapie, huidtherapie en logopedie (die, behoudens huidtherapie, niet werken met de DCSPH en waarvoor het systeemadvies niet is geschreven) maakt hier onderdeel van uit. Evenals een impactanalyse voor betrokken partijen;
4. besluiten partijen aan de hand van de impactanalyse en tijdsplanning van het uniforme gebruik van de DCSPH-codes (stap 1) of dit geïmplementeerd gaat worden of dat direct wordt overgegaan naar een mogelijk alternatief systeem (stap 3);
5. worden, afhankelijk van de uitkomst van voorgaande stappen, afspraken gemaakt over het beheer en eigenaarschap van het systeem.

² DiagnoseCoderingsSysteem Paramedische Hulp

12. Verbetering communicatie patiënt-zorgverlener-zorgverzekeraar

De werkgroep Paramedische zorg heeft geconstateerd dat administratieve lasten kunnen worden verminderd door betere communicatie onderling (tussen zorgverzekeraars/ zorgverleners/ verzekerden, maar ook tussen zorgverzekeraars/beroepsgroepen/VWS/NZa/ZIN en tussen zorgverleners/verzekerden). Een aantal van de benoemde punten op de knelpuntenlijst kent dan ook een mogelijke (deel)oplossing vanuit communicatie. Voorbeelden zijn foutieve informatieverstrekking door zorgverzekeraar aan verzekerde of van zorgverlener aan patiënt. Dit door partijen onderkende probleem is belegd bij een aparte deelwerkgroep Communicatie om in 2017 te komen tot een voorstel.

13. . Uniforme aanvraagprocedure hulpmiddelen

Er is behoefte aan een uniforme aanvraagprocedure voor hulpmiddelen. Deze wens wordt gedeeld met de sector Hulpmiddelen en de sector Farmacie. Het voorstel is om in het tweede kwartaal van 2017 een eerste overleg te voeren met vertegenwoordigers van zorginkoop hulpmiddelen en materiedeskundigen van de beroepsvereniging PPN. Vanwege de diversiteit van de sector hulpmiddelen dient eerst de scope van de domeinen en hulpmiddelen helder te zijn

14. . Uniforme rekenmethode behandelindex

Er is in 2017 door zorgverzekeraars, aangesloten bij SKMZ, een geüniformeerde en gevalideerde behandelindex voor de fysiotherapie ontwikkeld. In 2017 wordt besproken of deze behandelindex ook door de andere zorgverzekeraars, die niet zijn aangesloten bij de SKMZ, gebruikt kan gaan worden. Er wordt onderzocht of op basis van de uniforme methodiek voor de fysiotherapie, een uniforme behandelindex voor de oefentherapeuten en logopedie kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

15. . Uniforme klantervaringsonderzoeken (PREM)

Zorgverleners in de werkgroep Paramedie hebben aangegeven dat het hanteren van verschillende klantervaringsonderzoeken tot administratieve last leidt. Vanuit ZN is met Stichting Miletus een aparte werkgroep gestart om te komen tot een 'korte' uniforme PREM-vragenlijst. Realisatie voor fysiotherapie staat gepland voor het tweede kwartaal 2017. De andere paramedische beroepsgroepen volgen hierna.

Werkgroep Paramedie blijft

Ook voor de langere termijn zijn belangrijke punten verzameld. Mede daarom blijft de werkgroep Paramedie in elk geval in 2017 bestaan. In deze werkgroep worden aangekaarte lasten besproken en acties onderling uitgezet.

Aanspraak fysio- en oefentherapie

In brede zin wordt de administratieve uitvoering van de aanspraak fysio- en oefentherapie vanwege wet- en regelgeving als zeer complex ervaren. Vereenvoudiging van de regeling zou zeker bijdragen aan verdere administratieve lastenverlichting. Hier wordt momenteel aan gewerkt in termen van het systeemadvies onder leiding van ZIN.