

Vergaderjaar 2010–2011

29 247

Acute zorg

Nr. 142

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 23 maart 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 7 december 2010 inzake Directe toegang paramedische beroepen (Kamerstuk 29 247, nr. 136).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 22 maart 2011. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsmma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Vacature GL.

1

Uitgaande van de situatie waarin de directe toegang voor genoemde paramedische beroepen is geregeld: op welke wijze vinden de declaraties van deze beroepsgroepen plaats in algemene zin? Hoe vinden deze declaraties plaats wanneer werkzaamheden worden uitgevoerd in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): declareren zij bij de betreffende gemeente of bij de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt?

Het declareren van paramedische zorg kan op verschillende manieren geschieden. Als het gaat om zorg die verzekerd is staat in de polisvoorwaarden van de betreffende verzekering op welke manier kan worden gedeclareerd. Voor zorg die deel uitmaakt van het pakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) komen in hoofdzaak twee manieren van declareren voor. Bij een natura-polis dient de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener zijn declaratie rechtstreeks bij de zorgverzekeraar in; de zorgverzekeraar betaalt de declaratie aan de zorgverlener. Indien geen sprake is van een natura-polis ontvangt de patiënt de rekening van zijn zorgverlener en dient deze bij zijn of haar zorgverzekeraar in. Als het gaat om paramedische zorg die niet verzekerd is, ook niet via een aanvullende verzekering, krijgt de patiënt de declaratie altijd zelf.

Specifiek ten aanzien van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), geldt dat paramedische zorg in beginsel niet ten laste komt van deze wet.

2

Is de minister voornemens om in de huidige kabinetsperiode directe toegang te verlenen voor andere beroepsgroepen? Zo ja, welke termijn heeft de minister hierbij voor ogen?

Met het uitbreiden van directe toegang tot de genoemde beroepen, is deze van toepassing op alle paramedische beroepen die onder de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) vallen. De fysiotherapeuten, oefentherapeuten, huidtherapeuten en mondhygiënist zijn reeds direct toegankelijk. Derhalve bestaat er geen aanleiding voor het breder invoeren van de directe toegang.

3

Worden de betreffende beroepsgroepen aan wie directe toegang is/wordt verleend gemonitord – bijvoorbeeld ten aanzien van het gebruik van deze directe toegang en/of de randvoorwaarden waaraan de beroepsgroepen moeten voldoen?

Over de randvoorwaarden waaraan de beroepsgroepen moeten voldoen om voor directe toegang in aanmerking te komen, is uitvoerig met de genoemde beroepsgroepen gesproken. Daarbij gaat het in de eerste plaats om de deskundigheid om onderscheid te kunnen maken tussen ziekten of aandoeningen waarvan de behandeling in het eigen deskundigheidsgebied valt en welke moeten worden doorverwezen. Gelet op de inspanningen die de betrokken beroepsgroepen op het gebied van na- en bijscholing hebben gedaan, heb ik er vertrouwen in dat aan deze randvoorwaarde is voldaan. Belangrijker is evenwel mijn overtuiging (en die van mijn voorganger) dat de betreffende beroepsgroepen zich in de afgelopen jaren dusdanig binnen hun vakgebied hebben ontwikkeld, dat zij zich tot de eerste deskundigen op hun zorggebied hebben geëmancipeerd. Daardoor heb ik er vertrouwen in dat deze zorgprofessionals in staat zijn om op een adequate wijze verantwoorde zorg te bieden. Ik zie derhalve geen aanleiding om deze beroepsgroepen apart te monitoren, anders dan het reguliere toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit.

4

Kan de minister een overzicht geven hoeveel patiënten de afgelopen jaren zijn doorverwezen naar genoemde beroepsgroepen?

Hoeveel patiënten zullen naar verwachting gebruik maken van de directe toegang?

Volgens gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) van het NIVEL waren er in 2009:

8,1 verwijzingen per 1 000 ingeschreven huisartsenpatiënten naar diëtetiek;

3,5 verwijzingen per 1 000 ingeschreven huisartsenpatiënten naar logopedie;

0,9 verwijzingen per 1 000 ingeschreven huisartsenpatiënten voor ergotherapie.

Vermeld dient te worden dat de huisartsen niet verplicht zijn verwijzingen naar logopedisten, diëtisten of ergotherapeuten te registreren.

Binnen de samenleving bestaat een grote behoefte aan directe toegang.

De burger is steeds beter geïnformeerd over de behandel mogelijkheden van de diverse paramedische zorgverleners, en begrijpt steeds minder

waarvoor hij of zij daarvoor eerst naar een huisarts moet. Mijn verwachting is dan ook dat de invoering van de directe toegang op een

verantwoorde wijze aansluit op de behoeften binnen de samenleving en de maatschappelijke kosten van onnodig huisartsenbezoek terugdringt.

Met de invoering van de directe toegang naar paramedische beroepen, beoog ik een verdere stap te zetten binnen het traject van deregulering in de zorg.

Daarmee komt de overheid gewild en bewust op meer afstand te staan van de wijze waarop de zorg in ons land vorm krijgt, zonder afbreuk

te doen aan de rol van de overheid op het gebied van kwaliteitshandhaving. Vanuit deze nieuwe rol ontbreekt het mij aan de mogelijkheid om

exacte cijfers over aantallen patiënten die wel of niet zijn doorverwezen te kunnen geven cq te monitoren.

5, 6 en 7

Kan de minister een inschatting geven van de verwachting van het aantal patiënten dat gebruik zal maken van de directe toegang dat anders geen verwijzing had gevraagd?

Kan de minister een inschatting geven van de verwachting van het aantal patiënten dat gebruik zal maken van de directe toegang dat anders geen verwijzing had gekregen?

Wat is de verwachting van het percentage patiënten dat zich direct bij de juiste beroepsgroep aanmeldt? Met andere woorden, hoe vaak heeft de patiënt bij zichzelf de goede diagnose gesteld?

Zoals aangegeven bij het antwoord op vraag 4 ontbreekt het mij, vanwege de veranderde rol van de overheid, aan mogelijkheden om hoogspecifieke schattingen te kunnen geven over verwachtingen met betrekking tot verschuivingen in de zorgvraag als gevolg van de invoering van directe toegang. Hooguit kan ik mij baseren op eerdere ervaringen die zijn opgedaan met de directe toegang voor fysiotherapie. Uit gegevens van het NIVEL blijkt dat de directe toegang fysiotherapie heeft geleid tot een lichte verschuiving in de patiëntenpopulatie. Zo komt een groter aandeel van de patiënten met kortdurende klachten in de fysiotherapiepraktijk en betreft het veelal patiënten die al eerder fysiotherapie hebben gehad of de specifieke klacht al eerder hebben ervaren. Daarnaast blijkt uit onderzoek van het NIVEL dat ongeveer tien procent van de patiënten die via directe toegang bij de fysiotherapeut komt na het eerste behandelcontact geen vervolgbehandeling krijgt. Dit is bij verwezen patiënten ongeveer drie procent. Fysiotherapeuten kijken dus kritisch naar de vraag of fysiotherapie geïndiceerd is en nemen niet alle patiënten in behandeling.

Het lijkt er dus op dat de invoering van directe toegang voor de fysiotherapie geen aanzuigende werking heeft gehad. Ik kan in deze fase geen uitspraak doen over in hoeverre dit ook gaat gelden voor de nieuw toe te voegen beroepsgroepen. Dat geldt tevens voor gegevens over het percentage patiënten dat zich direct bij de juiste beroepsgroep zal aanmelden (vraag 7). Gelet op het specifieke en herkenbare karakter van de betrokken beroepsgroepen, verwacht ik echter niet snel dat patiënten een verkeerde keus zullen maken. Zo is het gevaar op verwisseling van logopedisten met bijvoorbeeld diëtisten en podotherapeuten marginaal. Mocht zich dit toch voordoen dan zullen de betreffende beroepsgroepen onderling doorverwijzen.

8

Zijn er cijfers beschikbaar van het aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van de directe toegang tot eerder vrijgelaten beroepsgroepen?

Ja, deze zijn beschikbaar voor fysiotherapie en oefentherapie. Uit gegevens van het NIVEL blijkt dat in 2009 38% van de patiënten bij de fysiotherapeut kwam zonder tussenkomst van een verwijzer en 22% van de patiënten bij de oefentherapeut. Een ruwe schatting naar absolute aantallen geeft de volgende informatie: CBS-cijfers laten zien dat 20% van de bevolking jaarlijks de fysiotherapeut bezoekt, dit zijn ruim 3 miljoen Nederlanders. Hiervan komt ruim 1 miljoen via directe toegang bij de fysiotherapeut.

9

Is er een evaluatie uitgevoerd naar de gevolgen van het laten vervallen van de wettelijk verplichte verwijsrelatie bij eerder vrijgelaten beroepen, waarbij is gekeken naar aantal verwijzingen, aantal aanmeldingen zonder verwijzing, aantal verkeerd gestelde diagnoses door de patiënt, toename of afname van het aantal behandelingen, en terugkoppeling tussen behandelaars?

Zo ja, wat zijn de resultaten?

Als een deel van de punten geëvalueerd is, zijn die resultaten dan beschikbaar? Is er een evaluatie gepland van de overige punten?

Zo nee, staat er een evaluatie gepland?

Het NIVEL heeft enkele evaluaties uitgevoerd naar aanleiding van het vervallen van de wettelijk verplichte verwijsrelatie bij fysiotherapie en oefentherapie. Deze gegevens laten zien dat het aantal verwijzingen fysiotherapie sinds de invoering van directe toegang afgenomen is van 67 naar 49 per 1 000 ingeschreven huisartsenpatiënten. Een daling van verwijzingen naar oefentherapie was in 2009 nog niet duidelijk zichtbaar. Uit gegevens van het NIVEL blijkt voorts dat in 2009 42% van de nieuw aangemelde patiënten bij de fysiotherapeut gebruik maakte van de directe toegankelijkheid en dus zonder tussenkomst van een arts naar de fysiotherapeut ging. In het eerste jaar na invoering (2006) was dit 28%. Bij de patiënten van de oefentherapeut, waar de directe toegang medio 2008 is ingevoerd, kwam in 2009 circa 22% via directe toegang in de praktijk. Uit de cijfers blijkt tevens dat fysiotherapiepatiënten die via directe toegang binnenkomen gemiddeld twee behandelingen minder krijgen dan patiënten die verwezen worden, ook als gecorrigeerd wordt voor verschillen in patiëntkenmerken.

Ook heeft NIVEL-onderzoek aangetoond dat driekwart van de fysiotherapeuten verslag uitbrengt aan de huisarts. Het Landelijk informatienetwerk eerstelijns (LINEL) van het NIVEL kan in de toekomst meer informatie geven omtrent terugkoppeling tussen behandelaars.

10

Verwacht de minister een vergroting van de zorgvraag, of een verplaatsing ervan naar een duurdere zorgvorm, nu de poortwachterfunctie van de huisarts wordt verkleind?

Van de invoering van directe toegang verwacht ik op zichzelf geen vergroting van de objectieve zorgvraag. Wel is het zo dat de drempel naar de paramedische beroepen wordt verlaagd. Ik verwacht geen verschuivingen naar duurdere zorgvormen, maar eerder een meer doelmatig gebruik van steeds schaarser wordende capaciteit in de zorg.

11

Hoe wordt gewaarborgd dat de genoemde beroepsgroepen op een effectieve en efficiënte wijze triageren, zoals voorheen de huisarts deed?

Met alle betrokken beroepsgroepen is in het voortraject door mijn ambtenaren gesproken. Uit deze gesprekken is gebleken dat alle betrokken beroepsgroepen zich terdege hebben voorbereid op de invoering van de directe toegang. Zo hebben alle beroepsgroepen specifieke na- en bijscholingsmodules ontwikkeld gericht op het omgaan met de eisen die de directe toegang stelt. Het overgrote deel van de betrokken professionals heeft deze modules gevolgd. Vanwege het feit dat de paramedische zorgaanbieders op hun eigen deskundigheidsgebied «triëren», verwacht ik een minstens zo grote mate van effectiviteit en efficiëntie als van de huisarts, en in gevallen zelfs meer.

12

Het oorspronkelijke voorstel voor de taakherschikking in de eerstelijnszorg was grotendeels gebaseerd op het Elektronisch Patiëntendossier (EPD), zoals gesteld in de brief van juli 2008. Hoe verwacht de minister dat terugkoppeling tussen en overzicht van verschillende behandelaars vorm krijgen nu het EPD nog niet landelijk is ingevoerd? Hoe wil de minister het toezicht op de terugkoppeling en informatie-uitwisseling tussen behandelaars waarborgen?

Er bestaan ook nu al goede functionele contacten tussen de paramedische beroepsbeoefenaren met de huisartsen en overige (vroegere) verwijzers. Diverse paramedische beroepsgroepen hebben speciale handleidingen («artsenwijzers») ontwikkeld om de samenwerking met de (voormalige) verwijzers te structureren en te stroomlijnen. Ik heb er daarom vertrouwen in dat de onderlinge samenwerking tussen paramedische beroepsbeoefenaren en overige zorgverleners verantwoord zal verlopen.

13 t/m 16

Kan de minister de kostenontwikkeling aangeven sinds de invoering van de directe toegang voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten en mondhygiënisten?

Hoe verhoudt zich deze kostenontwikkeling tot die voor de invoering van de directe toegang paramedische beroepen?

Hoe verklaart de minister de toename van de kosten voor de verschillende paramedische beroepen? Zijn er aanwijzingen dat de directe toegang paramedische beroepen leidt tot onnodige toename van de zorgconsumptie? Kan de minister dit nader toelichten?

In hoeverre betreft het hier verzekerde zorg?

Ik beschik uitsluitend over cijfers van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en daarmee dus cijfers met betrekking tot de verzekerde zorg (Zvw). Het CVZ hanteert geen afzonderlijke cijfers voor oefentherapie, maar vat deze samen met fysiotherapie. Voor fysiotherapie is de directe toegang per 1 januari 2008 ingevoerd (oefentherapie per 1 januari 2008), gelijk met

de invoering van de vrije prijsvorming. Met dit laatste werd voor de fysiotherapie al sinds 2005 geëxperimenteerd (en niet met de oefentherapie). De kostenontwikkeling is als volgt (cijfers Budgettair Kader Zorg)
2007: € 403, 6
2008: € 465, 8 (ingang directe toegang oefentherapie)
2009: € 532, 5
2010: € 543, 9

De invoering van de directe toegang per 2008 gaat vergezeld met een kostentoename van circa € 62 miljoen. Deze zet zich in enigszins afgevlakte vorm voort in 2009. Het is echter te eenvoudig om deze kostentoename uitsluitend aan de invoering van directe toegang toe te schrijven. Immers voor beide beroepsgroepen gelden vrije prijzen die conjunctureel schommelen. Bovendien kwam de oefentherapie in 2008 voor het eerst onder de vrije prijsvorming met een inhaalslag vanwege de tariefachterstand die onder de toenmalige Wet tarieven gezondheidszorg was ontstaan.

Ik heb geen zicht op de kostenontwikkeling binnen de mondhygiëne, omdat het CVZ deze cijfers vervat binnen de totale mondzorg.

17

Op welke wijze komt thans de verwijzing naar de logopedist, diëtist, ergotherapeut, orthoptist, huidtherapeut en podotherapeut tot stand? Kan de minister aangeven in hoeverre het per paramedisch beroep gaat om verzekerde zorg?

De verwijzing naar de genoemde beroepsgroepen geschiedt op verwijzing van een arts. De paramedische zorg valt als volgt onder de verzekerde zorg:

fysiotherapie en oefentherapie:

Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden voor de jeugd tot achttien jaar (maximaal achttien behandelingen per aandoening per jaar); zorg voor specifiek omschreven chronische aandoeningen vanaf de dertiende behandeling; bekkenfysiotherapie.

logopedie:

Zorg die logopedisten plegen te bieden, gericht op herstel of verbetering van spraakfunctie of spraakvermogen.

ergotherapie:

Zorg die ergotherapeuten die plegen te bieden, om de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per jaar.

dieetadvisering:

Voorlichting over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandeluren per jaar.

18

Zijn er personele tekorten bij paramedische beroepen? Zo ja, om welke paramedische beroepen gaat het dan en hoe groot zijn deze tekorten?

Ik heb geen signalen ontvangen over tekorten bij genoemde beroepsgroepen.

19

Wat zijn de potentiële risico's als de wettelijk verplichte verwijsrelatie voor de paramedische beroepen komt te vervallen? Hoe worden deze ondervangen?

Vooralsnog zie ik geen risico's bij het laten vervallen van de wettelijk verplichte verwijsrelatie. Zoals gemeld bij het antwoord op vraag 3 hebben de betrokken beroepsgroepen zich ontwikkeld tot volwaardige professionals op hun vakgebied. Zorginhoudelijk verwacht ik geen

problemen. Als zich in gevallen toch problemen voordoen, kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, net als binnen de overige zorg, ingrijpen.

20

Welke mogelijkheden heeft de minister om de directe toegang weer terug te draaien als deze maatregel nadelig uitpakt?

Ik verwacht niet dat de invoering van de directe toegang nadelig uitpakt. Mocht dat wel zo zijn dan kan ik via de Wet BIG de maatregel terugdraaien.