

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

405

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de noodkreet over de nieuwe contracteerronde fysiotherapie* (ingezonden 7 oktober 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 4 november 2016). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2016–2017, nr. 342.

Vraag 1

Wat is uw reactie op de noodkreet van de fysiotherapeut dat het contracteringsproces niet goed verloopt en de fysiotherapeut geen gelijkwaardige positie heeft in de onderhandeling met de zorgverzekeraars?¹

Antwoord 1

In onderstaande antwoorden ga ik hierop in.

Vraag 2

Wat vindt u ervan dat er in de contractering van fysiotherapie door de zorgverzekeraars in feite alleen nog maar gestuurd wordt op de behandelindex? Vindt u dit de juiste insteek om de volledige inkoop op te baseren?

Antwoord 2

Uit navraag is gebleken dat zorgverzekeraars de inkoop vooral baseren op de kwaliteitsindicatoren van de beroepsgroep, de prijs van te leveren zorg en soms op klantervaringen. Ze gebruiken naar eigen zeggen de behandelindex niet voor de contractering maar als spiegelinformatie, om zorgaanbieders inzicht te geven in hoe de door hen geleverde en gedeclareerde zorg zich verhoudt tot het gemiddelde in de sector.

Vraag 3

Is het waar dat de behandelindex niet transparant is, zodat voor de fysiotherapeut niet duidelijk is welke regels de verzekeraar daarbij hanteert? Is het waar dat verzekeraars voor de behandelindex verschillende regels, bijvoorbeeld het behandelgemiddelde als indicator voor doelmatigheid, hanteren en deze ook per jaar wisselen? Vindt u niet dat deze regels transparant en

¹ Noodkreet fysiotherapeut onderhands meegestuurd.

eenduidig zouden moeten zijn? Zo ja, wat gaat u doen om dit te bewerkstelligen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

De behandelindex is een cijfermatig gewogen weergave van de door de fysiotherapeut ingediende declaraties. Het is een maatstaf voor praktijkvariatie. Een behandelindex van 100 betekent dat een praktijk verzekerden gemiddeld even vaak behandelt als het gemiddelde van andere praktijken in Nederland. Een behandelindex van 90 betekent dat een praktijk gemiddeld 10% minder behandelingen geeft. Een behandelindex van 200 betekent dat een praktijk gemiddeld verzekerden twee keer meer behandelt dan andere praktijken. Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat er meer transparantie komt over de behandelindex.

Het klopt dat de weging van praktijkvariatie niet bij elke zorgverzekeraar op dezelfde manier wordt meegenomen. Daarom zijn de zorgverzekeraars binnen de stichting kwaliteitsmonitoring zorg (SKMZ) begonnen om een eenduidige rekenmethode op te leveren, zodat dit voor het veld bij elke zorgverzekeraar gelijk is. Deze exercitie is naar verwachting eind 2016 gerealiseerd.

Vraag 4, 5 en 6

Wat vindt u er vervolgens van dat fysiotherapeuten hun patiënten eigenlijk moeten dwingen om deel te nemen aan een kwaliteitsonderzoek omdat zij bij te weinig deelnemers vanuit hun praktijk worden gestraft met een tariefskorting en een terugzetting van het contract naar een standaardcontract?

Hoeveel zorgverzekeraars stellen dit soort voorwaarden in hun contractering van fysiotherapie?

Vindt u het terecht dat fysiotherapeuten gevraagd wordt om de klantervaringen te meten voor de zorgverzekeraars zonder compensatie daarvoor zodat het ten koste gaat van de tijd die aan de patiënt kan worden besteed?

Kunt u aangeven of hier sprake is van een inspannings- dan wel resultaatverplichting? Zijn hier verschillen tussen de verzekeraars? Zo ja, welke? Wat is uw oordeel daarover?

Antwoord 4, 5 en 6

Ik vind het heel belangrijk dat de ervaringen van klanten worden uitgevraagd, zodat verzekerden en patiënten inzicht hebben in deze klantervaringen en zodat zorgverzekeraars klantervaringen kunnen betrekken bij de contractering. Zorgverzekeraars stellen het meten van klantervaringen niet verplicht maar betrekken dit soms wel bij hun zorginkoop, bijvoorbeeld door een hoger tarief aan te bieden aan zorgaanbieders die klantervaringen meten.

Vraag 7

Kunt u inzicht geven in de benchmark 2016 aan de hand waarvan zorgverzekeraar Achmea de fysiotherapeuten wil afrekenen in 2017? Zo nee, hoe moet men dan de vrijheid interpreteren die zorgverzekeraar Achmea voor zichzelf inbouwt om middenin het contractjaar een overeenkomst te verbreken omdat de benchmark 2016 is overschreden? Zo ja, hoe ziet deze benchmark er precies uit en vindt u de mogelijkheid halverwege het jaar het contract op te zeggen een wenselijke ontwikkeling voor de patiënten die op dat moment onder behandeling zijn bij een bepaalde fysiotherapeut en dus gedwongen worden zelf bij te betalen of halverwege een behandeling over te stappen naar een andere fysiotherapeut?

Antwoord 7

Ik heb dit uitgevraagd bij Zilveren Kruis (onderdeel Achmea). De behandelindex heeft voor Zilveren Kruis als doel het doelmatig handelen bij fysiotherapeuten te stimuleren en hier inzicht in te geven. Zilveren Kruis kijkt naar de behandelindex van alle praktijken om daarmee de doelmatigheid van praktijken met elkaar te kunnen vergelijken. Zilveren Kruis hanteert daarbij al enkele jaren dezelfde norm. Indien praktijken ruim boven deze norm komen, kan het zijn dat na consultatie bij de praktijk Zilveren Kruis besluit het daaropvolgende jaar geen contractaanbod te doen. Zilveren Kruis stelt dat dit echter bij hoge uitzondering gebeurt. Halverwege een contractjaar wordt de samenwerking niet onderbroken omdat dat niet in het belang is van de verzekerden. Patiënten worden dus ook niet gedwongen om halverwege het jaar naar een andere zorgaanbieder over te stappen.

Vraag 8 en 9

Is er sprake van dat fysiotherapeuten in 2017 van de zorgverzekeraars moeten behandelen onder de kostprijs? Kunt u de tariefontwikkeling schetsen vanaf 2012 tot 2016? Zijn deze prijzen in lijn met de kostenontwikkeling en inflatie? Hoe was de ontwikkeling van de administratieve lasten bij fysiotherapeuten in deze periode?

Zou in de fysiotherapie ook niet «het roer om gaan», met onder andere eerlijkere onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten? Zo ja, hoe beoordeelt u dan het feit dat fysiotherapeuten blijkbaar wederom een contract voorgelegd krijgen van de zorgverzekeraars waarbij het in de praktijk niet mogelijk is daarover te onderhandelen en zij moeten «tekenen bij het kruisje»?

Antwoord 8 en 9

De totstandkoming van afspraken over de kwaliteit en prijs van de zorg is een proces dat plaatsvindt tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft in dit proces de plicht om kwalitatief goede zorg in te kopen voor patiënten die betaalbaar en toegankelijk is. De zorgaanbieder is uiteraard verantwoordelijk voor zijn eigen bedrijfsvoering. De tarieven zijn de afgelopen jaren gelijk gebleven of licht gestegen.

De NZa houdt toezicht op dit proces. In het in 2015 verschenen rapport van de NZa «Uitkomsten van het tweede deel onderzoek zorginkoop eerste lijn»², blijkt dat de meeste zorgverzekeraars bijna alle fysiotherapeuten contracteren die een contract zouden willen aangaan met de betreffende zorgverzekeraar. Er zijn geen knelpunten gevonden rondom de tijdigheid en bereikbaarheid van zorg.

In de afgelopen periode zijn veel inspanningen gedaan om het contracteerproces in de eerste lijn te verbeteren. Door partijen is gewerkt aan het tot stand brengen van «good contracting practices»; de NZa heeft haar regelgeving voor de zorginkoop hierop aangepast. Zo is per 1 januari 2016 de transparantieregeling van de NZa van kracht geworden. Daarin wordt voorgeschreven dat zorgverzekeraars hun zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar voor de zorginkoop bekend maken en daarin informatie verstrekken over het proces van de zorginkoop, de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar gedurende de zorginkoop, het kwaliteitsbeleid dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop hanteert en de minimumeisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract.

Ook is voorgeschreven dat de zorgverzekeraar in het tijdspad voor het zorginkoopproces een redelijke termijn opneemt voor de zorgaanbieders om het voorstel te bestuderen en vragen te stellen. Hierbij vind ik het ook belangrijk dat verzekeraars hun contractpartners op fatsoenlijke manier te woord moeten staan en goed bereikbaar zijn voor vragen over het contract. Dit is in mijn ogen pas het begin van meer evenwichtige verhoudingen. Bereikbaar zijn voor vragen over het contract is niet hetzelfde als een gesprek over de inhoud van het contract. Gezien de omvang van de groep is het onmogelijk om met iedere individuele fysiotherapeut te onderhandelen over de inhoud van het contract. Het is dus nodig om de contracteringsmodellen aan te passen opdat het inhoudelijke, kwalitatieve gesprek wel tot stand komt. Ik verwacht dat deze vervolgstappen de komende periode verder worden uitgewerkt.

In de werkgroep Paramedie die gestart is in het verlengde van «het roer gaat om» wordt gewerkt aan oplossingen voor knelpunten in de contractering. Zo wordt er bijvoorbeeld gewerkt aan het uniformeren van contracten en de verschillende eisen die door verzekeraars worden gesteld. Deze gesprekken lopen nog. Daarnaast kunnen partijen sinds kort gebruik maken van de «Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering». Als partijen er onderling niet uitkomen kan geschilbeslechting een eventuele impasse in het contracteerproces of naleving van het contract doorbreken.

Voor wat betreft het meerjarig contracteren van fysiotherapeuten, zijn nog stappen te zetten. Meerjarige contractering kan een krachtig instrument zijn om investeringen in kwaliteit van zorg beter van de grond te krijgen. In mijn

² https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_uitkomsten_van_het_tweede_deel_onderzoek_zorginkoop_eerste_lijn.pdf

brief van 30 juni jl. heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken bij meerjarig contracteren. In deze brief is te lezen de helft van de verzekeraars werkt met meerjarige contracten voor fysiotherapeuten. Uiteindelijk zijn het de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf die lokaal verantwoordelijk zijn voor een goed verlopen contracteerproces. Ik ga er daarbij vanuit dat de partijen hun contractering verbeteren op basis van leerervaringen. Van Zilveren Kruis heb ik bijvoorbeeld vernomen dat zij voor de inkoop van fysiotherapie 2017 een nauwe samenwerking met het veld hebben opgezocht. Om gedifferentieerd in te kopen en kwaliteit zichtbaar te maken, werkt Zilveren Kruis samen met de registers Het Keurmerk en KNGF Plusprogramma. Deze registers selecteren de top van de fysiotherapeuten in Nederland. Dit doen zij op drie pijlers: intervisie en visitatie, klantervaringen en dataverzameling. Zilveren Kruis sluit hierbij aan.

Vraag 10

Zijn er al resultaten te melden van de werkgroep Paramedie van «het roer gaat om», waarvan u de voortgang zou monitoren? Zijn eventuele resultaten hiervan al zichtbaar bij de contractering voor 2017?

Antwoord 10

De tussenresultaten van de werkgroep Paramedie vindt u op de website <http://www.minderlastenmeerzorg.nl/>. De betrokken partijen werken momenteel verder aan de implementatie van deze resultaten en aan nieuwe oplossingen voor knelpunten. De monitoring bestaat eerst uit een 0-meting waarna bijvoorbeeld over een jaar de 1-meting plaats kan vinden. Ik verwacht dat de 0-meting nog dit jaar wordt afgerond. Een deel van de afspraken zal meelopen in de contractering van 2017. Ik heb op 25 oktober met alle partijen de stand van zaken besproken en afspraken gemaakt om het proces te versnellen.

Vraag 11

Vindt u het toelaatbaar dat fysiotherapeuten door de zorgverzekeraars gedwongen worden om «trusted third parties» toegang te geven tot de elektronische patiëntendossiers? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 11

Dit zijn afspraken die worden gemaakt tussen een zorgverzekeraar en een fysiotherapeut. Ik vind het in deze van belang dat wordt gehandeld volgens de privacywetgeving.

Vraag 12

Bent u bekend met stichting Miletus, een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars? Klopt het dat deze stichting in opdracht van zorgverzekeraars onderzoek doet naar nieuwe meetinstrumenten bij fysiotherapeuten?

Antwoord 12

Ik ben bekend met de Stichting Miletus. Dit is een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars voor het meten van de ervaringen van de patiënt in de zorg. Het gaat daarbij om het ontwikkelen van meetinstrumenten en vragenlijsten. De meetinstrumenten/vragenlijsten worden altijd tripartiet met de betrokken partijen (zorgaanbieders, wetenschappelijke organisaties en patiëntenorganisaties) ontwikkeld. Het doel daarvan is, ten behoeve van verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties informatie te verkrijgen om de kwaliteit van de zorgverlening te bevorderen. Zorgverzekeraars gebruiken deze informatie voor zorginkoop en voorlichting aan verzekerden. De opdrachtgever is een zestal verzekeraars (zie www.stichtingmiletus.nl).

Vraag 13

Is hier sprake van een dubbelopsituatie en verspilling van publieke middelen aangezien het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) zelf meetinstrumenten heeft ontwikkeld en in een landelijke database gegevens verzamelt?³

³ <https://www.kngf.nl/vereniging/Programmas+en+projecten/mkib.html>

Antwoord 13

Zorgverzekeraars Nederland heeft mij laten weten dat het KNGF één van de betrokken partijen is bij de ontwikkeling van de PREM-vragenlijst als meetinstrument voor de fysiotherapie (voorheen de CQI-vragenlijst). Om te komen tot een tripartiet gedragen PREM heeft het Nivel in het ontwikkeltraject de bestaande meetinstrumenten meegenomen.

Het KNGF heeft mij laten weten dat zij deelnemen aan de begeleidingsgroep van Miletus. Het KNGF heeft in het kader van het Masterplan Kwaliteit in Beweging een eigen meetinstrument ontwikkeld gebaseerd op de PROM (patient reported outcome measures) en de Nelson Beatty vragenlijst. Hiermee kunnen de huidige instrumenten worden vervangen. Het KNGF geeft aan dit te hebben ingebracht bij Miletus maar het heeft (nog) niet geleid tot het gebruik van deze lijsten.

Er is op dit moment geen sprake van een dubbelopsituatie omdat gebruik wordt gemaakt van één instrument. Ik roep partijen wel op om te komen tot een gezamenlijk instrument dat op draagvlak kan rekenen bij alle partijen.

Vraag 14

Klopt het dat zorgverzekeraars via stichting Miletus patiënten rechtstreeks kunnen benaderen om hen te vragen naar hun ervaringen met een bepaalde fysiotherapeut? Zo ja, hoe komen zorgverzekeraars aan die contactgegevens? Gaan ze daarbij inderdaad gebruikmaken van de huisstijl van de zorgverlener? In hoeverre is de keuze voor deelname aan het onderzoek daadwerkelijk vrijblijvend en welke invloed heeft het besluit om niet aan het onderzoek deel te nemen op het tarief/het contract enzovoorts van de fysiotherapeut? Zo nee, hoe zit het dan precies?

Antwoord 14

Zorgverzekeraars benaderen patiënten niet rechtstreeks maar via de fysiotherapeut. Patiëntervaringen worden via de zorgaanbieders gemeten. Zorgaanbieders maken hiervoor gebruik van een onafhankelijk geaccrediteerd/gecertificeerd meetbureau. Deelname aan het onderzoek door patiënten is vrijwillig en heeft geen invloed op de behandeling. Verwerking van de gegevens is anoniem en aanbieders hebben een informatieplicht over de meting. Patiënten worden benaderd via hun e-mailadres. Deze adressen zijn verzameld met onder andere als doel om patiënten uit te nodigen voor onderzoek naar kwaliteit van de zorg. De patiënt kan ook hier vooraf aangeven of het emailadres mag worden gebruikt.

Vraag 15

Klopt het dat fysiotherapeuten in hun contracten worden verplicht gebruik te maken van bepaalde vragenlijsten, zoals bijvoorbeeld de Patient Related Experience Measure (PREM), zonder dat de fysiotherapeuten weten wat die vragenlijsten inhouden? Wat is het oordeel van de KNGF over deze vragenlijsten?

Antwoord 15

Zoals ik al aangaf stellen zorgverzekeraars het meten van klantervaringen niet verplicht maar betrekken dit soms wel bij hun zorginkoop.

Vraag 16

In hoeverre is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de hoogte van de voorwaarden die gesteld worden aan fysiotherapeuten? Gelden deze voorwaarden ook op een vergelijkbare wijze voor andere paramedici of aanbieders van eerstelijnszorg?

Antwoord 16

De contractvoorwaarden maken onderdeel uit van een contract tussen twee private partijen, hier heeft de NZa niet zonder meer inzage in. De NZa vraagt deze informatie niet structureel op. Voor de NZa is vooral een rol weggelegd bij het monitoren van het contracteerproces.

De NZa neemt signalen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het verloop van het contracteerproces serieus en houdt toezicht op de randvoorwaarden waarbinnen onderhandelingen in het veld plaatsvinden. Sinds 2016 stelt de NZa regels voor een transparant contracteerproces. Zaken die in het

contract worden afgesproken (zoals tarieven en kwaliteitseisen) vallen onder de contracteervrijheid tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.