Nederlandse Zorgautoriteit

Monitor contractering paramedische zorg 2020

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc-acc.overheid.nl/doc/PUC_227316_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:
Citeertitel: Monitor contractering paramedische zorg 2020
Permalink: http://puc-acc.overheid.nl/doc/PUC_227316_22

Soort document:
Type: Onderzoek en analyse - Marktscan - monitor
Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:
Versie: 1
Laatste wijziging: 26-03-2020

Publicatiegegevens:
Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit
Kanaal: NZa
Vorm: origineel PUC document
Referentienummer: PUC_227316_22
Toegankelijkheid: Intern
Publicatiedatum: 26-03-2020
Taal: nl

Inhoudsopgave

Samenvatting. . . . 4
1 Inleiding. . . . 8
1.1 Scope. . . . 8
1.2 Onderzoeksopzet en proces. . . . 9
1.3 Kenmerken paramedische zorg. . . . 9
1.4 Leeswijzer. . . . 9
2 Zorginkoop: Juiste Zorg Op de Juiste Plek. . . . 10
2.1 Patiënt centraal. . . . 10
2.2 Kwaliteit. . . . 10
2.3 Differentiatie contracten. . . . 10
2.4 Vervangen van zorg. . . . 11
2.5 Voorkomen van (duurdere) zorg. . . . 12
2.6 Verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. . . . 13
2.7 Regioplannen. . . . 13
2.8 Samenwerking met andere zorgverleners en het sociaal domein. . . . 14
2.9 Contractafspraken Juiste Zorg Op de Juiste Plek. . . . 15
2.10 Beloning. . . . 15
2.11 Meerjarencontracten. . . . 15
2.12 Behandelindex in relatie tot Juiste Zorg Op de Juiste Plek. . . . 16
3 Contracteerproces. . . . 17
3.1 Omgangsvormen. . . . 17
3.2 Contact tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. . . . 17
3.3 Termijnen. . . . 18
3.4 Transparantie tariefopbouw. . . . 19
3.5 Transparantie zorginkoop. . . . 19
3.6 Meldingen over contracteerproces. . . . 20
4 Conclusies en aanbevelingen. . . . 22
4.1 Conclusies. . . . 22
4.2 Aanbevelingen. . . . 24
Bijlage: Bronnen en methoden. . . . 27

Samenvatting

We staan voor grote uitdagingen in de zorg. De betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit staan onder druk door vergrijzing, toenemende complexiteit en daarmee gepaard gaande werkdruk.

Verandering en versnelling is nodig om de zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Dit komt neer op samenwerking en gezamenlijke visie vanuit de zorgvraag in de regio tussen zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders. Dit kan gerealiseerd worden door middel van contracten die bijdragen aan de Juiste Zorg Op de Juiste Plek.

Juiste Zorg Op de Juiste Plek stimuleert dat patiënten zoveel mogelijk zorg dichtbij huis ontvangen. Zorg zal waar mogelijk verschuiven vanuit de tweede lijn, bijvoorbeeld ziekenhuizen, naar de eerste lijn. Voor de paramedische zorg betekent dit dat steeds meer mensen van deze zorg gebruik zullen maken: het aantal patiënten stijgt nu al snel. Het is dan ook aan zorgverleners en zorgverzekeraars om gezamenlijk afspraken te maken om Juiste Zorg Op de Juiste Plek in de regio te organiseren. Ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dragen we hier aan bij. Zo kijken we kritisch naar onze regels en luisteren we naar zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als de NZa-regels goede ontwikkelingen in de weg staan, schrappen we ze of passen we ze aan. In ons toezicht gaan we na of de afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken, bijdragen aan de beweging die moet worden ingezet. We grijpen in waar er zichtbaar belemmeringen zijn in de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg.

Doel van deze monitor

Met deze monitor brengen wij de zorginkoop van paramedische zorg voor het jaar 2020 in kaart. We gaan specifiek in op het veranderende zorglandschap en de gevolgen die dat heeft voor de contractafspraken paramedische zorg over Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 gemaakt die moeten bijdragen aan Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Deze bestuurlijke afspraken zijn gemaakt na de publicatie van het inkoopbeleid door zorgverzekeraars voor de contractering 2020. Zorgverzekeraars hebben deze bestuurlijke afspraken daardoor nog niet mee kunnen nemen in de contracten voor 2020.

We hebben voor deze monitor onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders een vragenlijst uitgezet. Daarnaast hebben we het inkoopbeleid en de standaardcontracten van zorgverzekeraars voor het contractjaar 2020 geanalyseerd. Ten slotte hebben we 61 meldingen geanalyseerd die de NZa heeft ontvangen van paramedici over het contracteerproces.

Samenvattend kunnen we zeggen dat uit de monitor blijkt dat zorgaanbieders zich regionaal sterker moeten organiseren en zorgverzekeraars in de contractering Juiste Zorg Op de Juiste Plek meer moeten stimuleren. Daarnaast zien we dat de belevingswerelden van paramedici en zorgverzekeraars uiteen lopen: dat vormt een belemmering om te komen tot een gezamenlijke visie.

1. Gezamenlijke visie van zorgverzekeraars en paramedici voor Juiste Zorg Op de Juiste Plek is nodig

Zorgverleners en zorgverzekeraars maken nog geen afspraken om Juiste Zorg Op de Juiste Plek in de regio te organiseren. Bovendien hebben zorgverleners en zorgverzekeraars een verschillende beleving van het contracteerproces. Zolang het ontbreekt aan een gezamenlijke visie, zal er geen verandering plaatsvinden.

Aanbeveling: Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken een gezamenlijke visie om Juiste Zorg Op de Juiste Plek in de regio te organiseren.

2. Meer differentiatie in contractafspraken en inzicht in toegevoegde waarde zorg is vereist

De differentiatie in contractafspraken is beperkt. Voor diëtetiek en ergotherapie bieden zorgverzekeraars alleen een standaardcontract aan, zonder de mogelijkheid van differentiatie in afspraken of tarief. Voor fysiotherapie, oefentherapie en logopedie zijn er naast standaardcontracten ook pluscontracten met een hoger tarief. Om in aanmerking te komen voor een pluscontract moet een zorgaanbieder aan aanvullende

eisen voldoen. Zorgaanbieders geven aan dat de criteria om in aanmerking te komen voor een contract en plusmodule duidelijk zijn.

Zorgaanbieders willen dat zorgverzekeraars eenduidige criteria hanteren om voor een contract en een eventuele plusmodule in aanmerking te komen. Bovendien zien zorgaanbieders graag dat de criteria meer zijn gerelateerd aan de kwaliteit van de zorg, wat in hun ogen niet altijd het geval is.

Doordat er weinig differentiatie in contractafspraken is, is er ook weinig ruimte voor een zorgverlener om afspraken te maken en te worden beloond door de zorgverzekeraar voor bijvoorbeeld innovatie, kwaliteit, preventie en digitale zorg. Het is aan de zorgaanbieder om de toegevoegde waarde van bijvoorbeeld een innovatie of de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken. Zolang zorgaanbieders de kwaliteit van zorg niet aantonen, kunnen zorgverzekeraars de criteria om voor een contract in aanmerking te komen niet baseren op de kwaliteit van zorg.

Aanbeveling: Zorgaanbieders, maak de toegevoegde waarde van de paramedische zorg inzichtelijk.

Zorgverzekeraars, maak afspraken die goede initiatieven van paramedische zorg ondersteunen. De beloning van paramedici dient aan te sluiten bij de geleverde kwaliteit van zorg.

3. Kostenonderzoek uitgevoerd voor tarief en betaalbaarheid

Zorgaanbieders wensen veelal een hoger tarief. Een van de afspraken in de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 is het uitvoeren van een kostenonderzoek. De paramedische beroepsgroepen en Zorgverzekeraars Nederland zijn hiervan de gezamenlijke opdrachtgever. Een onafhankelijk onderzoeksbureau voert het kostenonderzoek uit. De bestuurlijke afspraak is dat zorgverzekeraars de uitkomsten ter harte nemen. De beroepsgroepen gaan zich maximaal inspannen voor een doelmatige en efficiënte zorgverlening om de zorg betaalbaar te houden. Bij de publicatie van deze monitor zijn de uitkomsten van het kostenonderzoek bekend. Het kostenonderzoek biedt voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders de basis om samenhangende afspraken te maken over een passende en toekomstbestendige tariefontwikkeling, kwaliteit, innovatie en betaalbaarheid.

Aanbeveling: Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten samenhangende afspraken maken over passende en toekomstbestendige tariefontwikkeling, kwaliteit, innovatie en betaalbaarheid.

4. Duidelijkheid over tariefopbouw en toegevoegde waarde van zorg

Het is voor zorgaanbieders niet duidelijk hoe het tarief is opgebouwd. Zorgaanbieders willen duidelijkheid van de zorgverzekeraar hoe het geboden tarief in relatie staat tot de geleverde zorg en de daaraan gestelde eisen. Zorgverzekeraars kunnen hierover meer duidelijkheid geven aan zorgaanbieders, bijvoorbeeld door uitleg te geven uit welke elementen het tarief bestaat. Duidelijkheid over de tariefopbouw helpt zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor het maken van contractafspraken en de hoogte van het tarief. Zorgaanbieders moeten wel kunnen aantonen welke (kwaliteit van) zorg voor het tarief wordt geleverd. Zorgverzekeraars moeten aangeven op welke wijze zorgaanbieders daarvoor worden beloond in het tarief.

Wij hebben zorgverzekeraars om een toelichting op de tariefopbouw gevraagd. Wij zullen zorgverzekeraars individueel beoordelen op hun transparantie over de tariefopbouw. Ook gaan wij zorgverzekeraars vragen om een verbeterplan op te stellen voor de communicatie over de tariefopbouw naar zorgaanbieders. Een vervolgstap kan zijn dat we de regeling transparantie zorginkoopproces aanpassen om regels op te leggen aan zorgverzekeraars over de transparantie van de tariefopbouw.

Aanbeveling: Zorgaanbieders, toon aan welke (kwaliteit van) zorg voor het tarief wordt geleverd.

Zorgverzekeraars, geef aan hoe het tarief is opgebouwd.

De NZa gaat zorgverzekeraars beoordelen op hun transparantie over de tariefopbouw.

5. Stimuleren Juiste Zorg Op de Juiste Plek in zorginkoop en verbeteren van organisatiegraad

Zorgverzekeraars stimuleren in hun zorginkoop nauwelijks het voorkomen van duurdere zorg, het verplaatsen van tweedelijnszorg naar eerstelijns paramedische zorg of het vervangen van bestaande paramedische zorg door innovatieve zorg.

In de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 hebben partijen afgesproken een plan van aanpak op te stellen voor het verhogen van de regionale organisatiegraad. We vinden het goed dat er bestuurlijke afspraken zijn gemaakt voor het versterken van de organisatiegraad van paramedici in de regio.

Juiste Zorg Op de Juiste Plek vereist van zorgaanbieders dat zij zich regionaal organiseren. Ook zijn zorgaanbieders die zich georganiseerd hebben een meer volwaardige gesprekspartner voor zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen.

Aanbeveling: Zorgverzekeraars moeten in de zorginkoop Juiste Zorg Op de Juiste Plek meer stimuleren.

Paramedici moeten zich beter organiseren in de regio, zodat zij een volwaardige gesprekspartner zijn.

6. Verbeter samenwerking in de regio

Om Juiste Zorg Op de Juiste Plek te bevorderen is het voor patiënten met multidisciplinaire problematiek van belang dat zorgaanbieders uit verschillende sectoren samenwerken, ook met het sociaal domein. Maar paramedici geven aan dat nog maar weinig te doen. Daarnaast stellen zorgverzekeraars regioplannen op, maar betrekken ze paramedici daar nog beperkt bij.

Aanbeveling: Paramedici, verbeter de samenwerking met andere zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars, betrek paramedici bij het opstellen van regioplannen.

7. Behandelindex in relatie tot Juiste Zorg Op de Juiste Plek

De behandelindex is een inkoopinstrument waarmee zorgverzekeraars de praktijkvariatie van zorgaanbieders in beeld brengen. De behandelindex is het behandelgemiddelde van een praktijk ten opzichte van het landelijk behandelgemiddelde. Zorgverzekeraars stimuleren met de behandelindex doelmatige zorgverlening en het voorkomen van onnodige zorg. De behandelindex wordt ingezet bij fysiotherapie, oefentherapie en/of logopedie.

Juiste Zorg Op de Juiste Plek beoogt zorg te verplaatsen naar de eerste lijn, waar dat kan. De verwachting is dat paramedici dan meer en complexere patiënten in de eerste lijn gaan behandelen. Zorgaanbieders ervaren dat de behandelindex geen ruimte biedt voor patiënten die meer zorg nodig hebben, omdat zij onder het behandelgemiddelde willen blijven. Het risico is dat de behandelindex ervoor zorgt dat een zorgaanbieder minder gaat behandelen dan nodig of geen complexe patiënten in behandeling neemt.

Met de behandelindex willen zorgverzekeraars onnodige behandelingen voorkomen. Tegelijkertijd constateren we dat de behandelindex voor paramedici een belemmering vormt voor het verplaatsen van zorg. In de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 zijn afspraken gemaakt over de doorontwikkeling van de behandelindex. Wij roepen daarom op in de doorontwikkeling van deze behandelindex de zorgzwaarte van de patiënt nadrukkelijker mee te nemen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars meer sturen op het resultaat van de behandeling om onderbehandeling te voorkomen. Zorgaanbieders moeten dan wel inzichtelijk maken wat het resultaat van de behandeling is.

Aanbeveling: Partijen moeten in de doorontwikkeling van de behandelindex de zorgzwaarte van de patiënt meenemen en sturen op het resultaat van de behandeling.

8. Beperking van de aanspraak op paramedische zorg

De paramedische sectoren kennen een verschillende aanspraak. Afhankelijk van de sector wordt in meer of mindere mate zorg vanuit de basisverzekering vergoed. Patiënten kunnen zich voor fysiotherapie en oefentherapie aanvullend verzekeren.

Paramedische zorg als onderdeel van de medisch-specialistische zorg wordt wel vergoed vanuit de basisverzekering. Het verplaatsen van (duurdere) zorg uit de tweede lijn kan worden belemmerd doordat patiënten de paramedische zorg in de eerste lijn niet altijd vergoed krijgen vanuit de basisverzekering. Het kan voor de zorgaanbieder en patiënt voordelig zijn om de paramedische zorg zo lang mogelijk onder de noemer medisch-specialistische zorg te leveren en ontvangen. Daarnaast kan het wel of niet hebben van een aanvullende verzekering van invloed zijn op het ontvangen van paramedische zorg in de eerste lijn.

Zorgverzekeraars dragen de verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de aanvullende verzekering. Het verplaatsen van complexere en vaak duurdere zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn kan leiden tot een toename van het aantal behandelingen per patiënt. Als deze paramedische zorg niet vanuit de basisverzekering, maar aanvullend verzekerd is dan heeft deze complexere zorg een grotere impact op de betaalbaarheid van de aanvullende verzekering voor zorgverzekeraars.

De Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 hebben als doel Juiste Zorg Op de Juiste Plek te versnellen. De beperking van de aanspraak kan het verplaatsen van complexere en vaak duurdere zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn belemmeren. Deze zorg wordt niet altijd vergoed vanuit de basisverzekering.

Aanbeveling: Partijen moeten rekening houden met de beperking van de aanspraak op paramedische zorg bij de uitwerking van de bestuurlijke afspraak om Juiste Zorg Op de Juiste Plek te versnellen.

9. Twee verschillende belevingswerelden van het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en paramedici

Er lijken twee verschillende belevingswerelden te bestaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het contracteerproces. Illustratief is dat zorgverzekeraars het contracteerproces beoordelen met gemiddeld een 8,2 en zorgaanbieders met een 5,2.

De NZa heeft de afgelopen jaren meldingen en signalen van paramedici ontvangen over het contracteerproces. Deze meldingen geven wij door aan de zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars heeft op basis van deze meldingen het inkoopbeleid gewijzigd, bijvoorbeeld door het loslaten van de eis om de patiëntervaring te meten (PREM) en verminderen van de administratieve lasten. Opvallend is dat zorgaanbieders dit niet hebben gemerkt en het merendeel nog niet tevreden is over het contracteerproces.

Aanbeveling: Zorgverzekeraars kunnen duidelijker communiceren richting paramedici wat zij hebben gewijzigd in het inkoopbeleid.

In de volgende contracteerronde gaan wij wederom signalen over het contracteerproces terugleggen bij de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen de zorginkoop daardoor verbeteren op basis van de meldingen. Vervolgens moeten zorgverzekeraars aan de NZa verantwoorden wat zij met deze meldingen hebben gedaan.

1 Inleiding

De zorg staat onder druk. Er komen meer ouderen bij de komende jaren (75+) en meer mensen hebben een chronische ziekte zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker. De vraag naar zorg neemt toe, en tegelijk is het steeds lastiger om mensen te vinden die in de zorg kunnen werken. Het komt dan ook vaker voor dat mensen niet op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ook lopen bij ongewijzigd beleid de zorgkosten de komende jaren sterk op.

Om te voorkomen dat de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg verder onder druk komt, moeten partijen samenwerken om de zorg anders te organiseren. Door regionaal in kaart te brengen welke zorg nodig is en het aanbod daarop te laten aansluiten. Door de uitkomst voor de patiënt centraal te stellen en de patiënt snel en op de juiste plek te helpen. Daarin hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders een gezamenlijke opdracht. Maar ook bij de NZa dragen we daaraan bij. Zo kijken we kritisch naar onze regels en luisteren we naar zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als NZa-regels goede ontwikkelingen in de weg staan, schrappen we ze of passen we ze aan. In ons toezicht gaan we na of de afspraken die zorgverzekeraars maken bijdragen aan de beweging die moet worden ingezet.

In de eerste lijn betekent het dat zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders zoals huisartsen, praktijkondersteuners, de wijkverpleging en de paramedische zorg een gezamenlijke visie moeten ontwikkelen op basis van de zorgvraag van patiënten in die regio. Voor nu en in de toekomst.

De Juiste Zorg Op de Juiste Plek stimuleert dat patiënten zorg dichtbij huis ontvangen. Zorg zal waar mogelijk verschuiven vanuit de tweede lijn, bijvoorbeeld ziekenhuizen, naar de eerste lijn. Voor de paramedische zorg betekent dit dat steeds meer mensen van deze zorg gebruik zullen maken: het aantal patiënten stijgt nu al snel. Het is dan ook aan zorgverleners en zorgverzekeraars om gezamenlijk afspraken te maken om Juiste Zorg Op de Juiste Plek in de regio te organiseren. Zorgverzekeraars kunnen dat doen door bij de inkoop expliciet in te zetten op verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Daarbij moeten zij rekening houden met de toenemende complexiteit van de zorgvraag en de verschuiving van financiële middelen die dat met zich meebrengt. Zorgverleners moeten zich organiseren in de regio en taken uit de tweede lijn overnemen.

In april 2019 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een monitor paramedische zorg gepubliceerd over de ontwikkelingen rondom betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. In die monitor hebben we aandacht besteed aan de ervaringen met het contracteerproces. Daaruit bleek dat er veel onvrede was bij paramedici over de contracten voor 2019. Dit terwijl de zorgverzekeraars wel tevreden waren over het proces. We hebben daarom verschillende aanbevelingen gedaan ter verbetering van het contracteerproces. Zo hebben we aangegeven dat zorgaanbieders de kwaliteit van zorg inzichtelijk moeten maken en zich beter moeten organiseren. Zorgverzekeraars hebben we onder andere aangegeven om transparant te zijn over de zorginkoop en de tariefopbouw. In deze monitor zoomen we verder in op de contractering 2020. Daarnaast zijn wij benieuwd naar de ontwikkelingen die plaatsvinden in de richting van Juiste Zorg Op de Juiste Plek. De paramedici zijn nodig om Juiste Zorg Op de Juiste Plek van de grond te krijgen. Juiste Zorg Op de Juiste Plek heeft daarom ook een plaats gekregen in de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022. Deze bestuurlijke afspraken zijn in de loop van 2019 gemaakt, waardoor deze nog maar beperkt kunnen doorwerken in de contractering voor 2020.

1.1 Scope

Met deze monitor brengen wij de zorginkoop 2020 van paramedische zorg in kaart. We gaan in op het veranderende zorglandschap als gevolg van Juiste Zorg Op de Juiste Plek en de gevolgen daarvan voor de contractafspraken. Voor zover zorgverzekeraars en paramedici de bestuurlijke afspraken 2019-2022 in hun contractering hebben verwerkt nemen wij die afspraken mee.

Daarnaast gaan we in op de contractafspraken over prijs en volume en de meet- en inkoopinstrumenten die zorgverzekeraars inzetten. Ook inventariseren we de ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het afsluiten van contracten. Zo gaan we in op de wijze waarop partijen in de contractering met elkaar omgaan. We gaan ook in op de informatie die zorgaanbieders en zorgverzekeraars

met elkaar uitwisselen. En we vergelijken het contracteerproces ten behoeve van contracten 2020 met het contracteerproces van het voorgaande jaar.

1.2 Onderzoeksopzet en proces

We hebben voor deze monitor enquêtes afgenomen bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daar waar in deze monitor gesproken wordt over 'zorgverzekeraars', bedoelen we de zorgverzekerings-concerns zoals weergegeven in de bijlage 'Bronnen en methoden'. Dit zijn de zorgverzekeraars die in Nederland een zorgverzekering aanbieden.

Ongeveer 600 paramedici hebben onze enquête ingevuld. We hebben hen gevraagd de enquête in te vullen over de grootste zorgverzekeraar in hun regio. Het doel van de enquête is om een beeld te geven van de ervaringen en beleving zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de paramedische sector. We hebben niet onderzocht in hoeverre de respons representatief is voor de gehele sector.

Hiernaast hebben we het inkoopbeleid 2020 voor paramedische zorg en de standaardcontracten van zorgverzekeraars geanalyseerd. Ten slotte hebben we afgelopen jaar van paramedici 61 meldingen over de contractering ontvangen.

1.3 Kenmerken paramedische zorg

Onder de paramedische zorg vallen vijf sectoren. Dit zijn fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. Voor deze sectoren gelden vrije tarieven. De monitor gaat over de contractering van de paramedische zorg in de eerste lijn.

De paramedische sectoren kennen een verschillende aanspraak en hebben een verschillende wijze van vergoeding. Afhankelijk van de sector wordt in meer of mindere mate zorg vanuit de basisverzekering vergoed. Fysiotherapie en oefentherapie kennen voor een beperkt aantal aandoeningen een vergoeding vanuit de basisverzekering, voor de resterende fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg kan de patiënt zich bij de zorgverzekeraar aanvullend verzekeren. Ergotherapie en diëtetiek kennen een aanspraak van een maximum aantal uren per kalenderjaar, respectievelijk 10 uur en 3 uur. Terwijl logopedie volledig is opgenomen in het basispakket. De zorg die niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering of aanvullende verzekering, betaalt de patiënt zelf.

De sector wordt gekenmerkt door veel zorgaanbieders die vaak werkzaam zijn in kleine praktijken. In onze voorgaande monitor hebben wij geconcludeerd dat paramedici beperkte onderhandelingsruimte ervaren. Een zorgverzekeraar kan niet met iedere individuele zorgaanbieder in gesprek vanwege het grote aantal paramedische zorgaanbieders. Daarom is ons advies de organisatiegraad van paramedici te versterken. In de bestuurlijke afspraken 2019-2022 zijn afspraken gemaakt ten behoeve van de versterking van deze organisatiegraad.

1.4 Leeswijzer

In deze monitor gaan we in hoofdstuk 2 in op de zorginkoop en contractafspraken over Juiste Zorg Op de Juiste Plek en de beloning van de paramedische zorg. Hoofdstuk 3 beschrijft de ervaringen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders met het inkoopproces van hun dominante zorgverzekeraar.

2 Zorginkoop: Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Paramedici hebben een belangrijke rol in Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Patiënten kunnen met de juiste ondersteuning langer thuis blijven wonen of eerder naar huis na behandeling in de tweede lijn. Op deze wijze voorkomen we duurdere zorg in de tweede lijn. Om deze rol goed in te kunnen vullen, is samenwerking met andere partijen in de eerste lijn noodzakelijk. Bijvoorbeeld met de huisarts, Specialist Ouderengeneeskunde en de wijkverpleging.

In de volgende paragrafen beschrijven we de mate waarin de patiënt centraal staat in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en hoe zij dit opnemen in de contracten met zorgaanbieders. We bespreken welke plaats kwaliteit van zorg heeft in het inkoopbeleid en de inhoud van de contracten. Daarna komen de drie V's binnen Juiste Zorg Op de Juiste Plek aan de orde: **V**oorkomen van (duurdere) zorg, **V**erplaatsen van de zorg, **V**ervangen van zorg door moderne vormen van zorg (bijvoorbeeld digitale zorg). We gebruiken zowel de antwoorden op de enquêtevragen, als gegevens uit het inkoopbeleid en contracten om een goed beeld te krijgen van de plaats van Juiste Zorg Op de Juiste Plek in de inkoop. Deze monitor focust zich op landelijk gemaakte afspraken. We beschikken niet over eventuele regionale afspraken. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars ten behoeve van de contracten 2020 was al vastgesteld voordat de bestuurlijke afspraken zijn ondertekend.

2.1 Patiënt centraal

Uit de analyse van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars blijkt dat de meeste zorgverzekeraars algemene informatie opnemen over 'de patiënt centraal'. Zorgverzekeraars willen dat de zorgvraag leidend is en vinden dat zorg snel, dichtbij de patiënt beschikbaar moet zijn. Wat opvalt is dat zorgverzekeraars deze visie niet concreet uitwerken in contractafspraken, bijvoorbeeld door eisen aan de zorgaanbieders te stellen in de contracten.

2.2 Kwaliteit

Uit onze analyse blijkt dat alle zorgverzekeraars algemene kwaliteitseisen hebben opgenomen in hun inkoopbeleid. Dit zijn kwaliteitseisen die al voor de beroepsgroep gelden, bijvoorbeeld eisen over de praktijkinrichting en eisen van registratie van de zorgaanbieder. Daarnaast worden bij enkele zorgverzekeraars eisen opgenomen in het contract ten aanzien van de PREM (dit zijn schriftelijke patiënttevredenheidsmetingen). Ook kopen twee zorgverzekeraars paramedische behandelingen bij Claudicatio Intermittens en Parkinson selectief in. Paramedici die aan deze groepen patiënten zorg willen leveren, moeten zijn aangesloten bij respectievelijk ClaudicatioNet en ParkinsonNet. Dit zijn zorgaanbieders die gespecialiseerd zijn in de behandeling van deze aandoeningen en zich aangesloten hebben bij een netwerk. Zorgverzekeraars willen hiermee de kwaliteit van de zorg garanderen.

Enkele zorgverzekeraars geven in de enquête aan andere afspraken over de kwaliteit van zorg te maken ten opzichte van contracten 2019. Deze andere afspraken maken de zorgverzekeraars via experimenten of door in te kopen via netwerken van zorgaanbieders, zoal ParkinsonNet.

2.3 Differentiatie contracten

Voor deze monitor hebben wij voor fysiotherapie, logopedie, oefentherapie, ergotherapie en diëtetiek in kaart gebracht welke contracten zorgverzekeraars aanbieden. We constateren een verschil tussen de sectoren in de inhoud van contracten voor wat betreft de hoeveelheid en details van de afspraken en eisen die worden gesteld. Voor fysiotherapie contracten en in mindere mate oefentherapie en logopedie kunnen naast het standaardcontract ook pluscontracten of toeslagen worden afgesproken. Voor diëtetiek en ergotherapie wordt door zorgverzekeraars alleen een standaardcontract aangeboden. Differentiatie in het tarief is daar niet mogelijk.

In het zorginkoopbeleid hanteren zorgverzekeraars voor het standaardcontract basale eisen, zoals declaratie via Vecozo (digitale omgeving om zorg te declareren bij de zorgverzekeraar), deelname aan het

kwaliteitsregister, het voldoen aan de eisen van de beroepsgroep en minimale toegankelijkheidseisen aan de website en de praktijkinrichting. Daarnaast wordt door één zorgverzekeraar deelname aan PREM vereist en door twee grote zorgverzekeraars deelname aan de behandelindex vereist in het standaardcontract.

In de fysiotherapie, oefentherapie en logopedie worden pluscontracten afgesloten. De eisen die zorgverzekeraars stellen om in aanmerking te komen voor een pluscontract verschillen per zorgverzekeraar. Voor fysiotherapie bieden de meeste zorgverzekeraars, met uitzondering van vier kleine zorgverzekeraars, de mogelijkheid voor een of meer pluscontracten. Vaak betreft het een combinatie van eisen zoals de opname van een zorgaanbieder in een kwaliteitsregister, een bepaalde score op de behandelindex, deelname of score op de PREM (patiënttevredenheid), extra openingstijden tijdens het weekend, wachttijd tot de behandeling en declaratie- en leveringsvoorwaarden zoals deelname aan digitale gegevensuitwisseling.

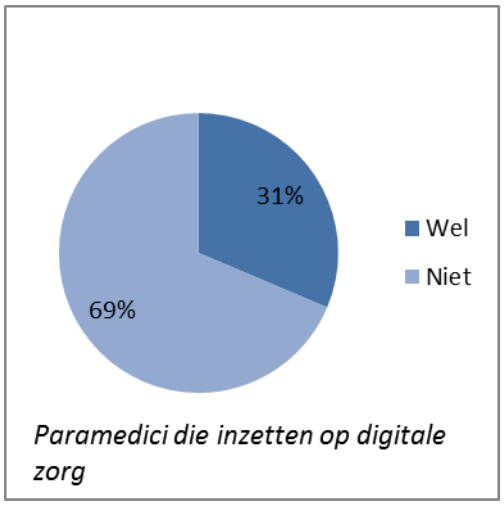
In het inkoopbeleid en de contracten wordt door de zorgverzekeraar uitgewerkt aan welke eisen een zorgaanbieder moet voldoen om in aanmerking te komen voor een standaard- of een pluscontract.

2.4 Vervangen van zorg

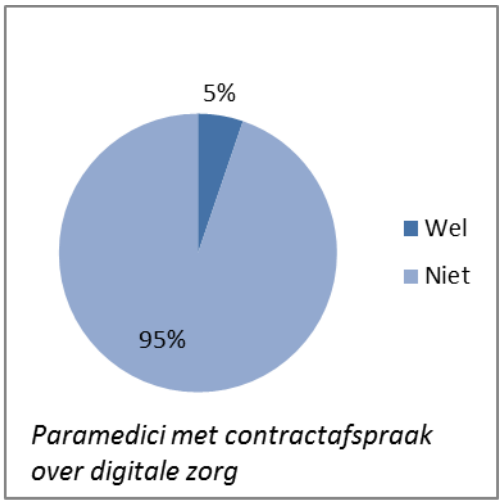
In deze paragraaf kijken we of er een prikkel in de contracten is opgenomen voor het vervangen van zorg. Worden zorgaanbieders gestimuleerd om meer in te zetten op digitale zorg? Of op andere manieren van het vervangen van reguliere zorg door efficiëntere vormen van zorg?

Uit het inkoopbeleid blijkt dat vier zorgverzekeraars een algemene tekst hebben opgenomen over digitale zorg en ICT. Er zijn drie zorgverzekeraars die eisen dat zorgaanbieders gebruik maken van elektronische verslaglegging. In de contractafspraken voor paramedische zorg is geen aandacht voor de inzet van digitale zorg. Zorgaanbieders voelen zich daardoor niet gestimuleerd door de zorgverzekeraar om in te zetten op digitale zorg of andere vormen van het vervangen van zorg. Hieruit concluderen wij dat er nog nauwelijks een prikkel in de contracten is opgenomen om zorgaanbieders te motiveren om de mogelijkheden van innovatie en digitale zorg in te zetten en optimaal te benutten.

Ruim twee derde van de zorgaanbieders geeft in onze enquête aan niet in te zetten op digitale zorg. De toepassing van digitale zorg lijkt niet voort te komen uit de contractafspraken. Bijna alle zorgaanbieders (95%) geven aan dat ze door de zorgverzekeraar niet worden gestimuleerd om meer in te zetten op digitale zorg of andere manieren om bestaande zorg te vervangen.



Paramedici die inzetten op digitale zorg



Paramedici met contractafspraak over digitale zorg

De meerderheid van de zorgverzekeraars geeft aan dat ze geen zicht hebben op de mate waarin zorgaanbieders in een bepaalde sector inzetten op digitale zorg en het vervangen van zorg, dit is met uitzondering van fysiotherapie. Bijna de helft van de zorgverzekeraars geeft aan goed zicht te hebben op vervangen van zorg en digitale zorg voor wat betreft fysiotherapie. De zorgverzekeraars die aangeven

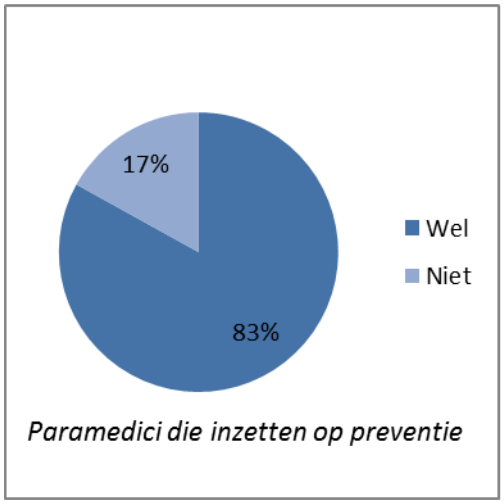
wel goed zicht te hebben op de mate van gebruik van digitale zorg en vervangen van zorg, schatten in dat minder dan 25% van de zorgaanbieders hiermee bezig zijn.

Grote zorgverzekeraars hebben met name bij fysiotherapie en logopedie het idee dat zorgaanbieders vaker dan nu gebruik zouden willen maken van digitale zorg of andere vormen van het vervangen van zorg. De kleine zorgverzekeraars hebben over het algemeen het beeld dat in geen van de sectoren zorgaanbieders vaker dan nu in zouden willen zetten op digitale zorg.

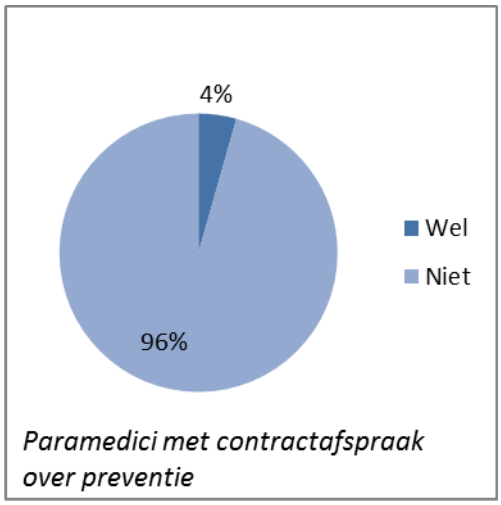
Belemmeringen voor de inzet van digitale zorg die volgens zorgverzekeraars een rol spelen bij de zorgaanbieders zijn: onduidelijkheid over de bekostiging en over de vergoeding vanuit de verzekering, de onbekendheid met de inzet van digitale zorg, en de angst om omzet te verliezen door de inzet van digitale zorg.

2.5 Voorkomen van (duurdere) zorg

83% van de zorgaanbieders geeft in de enquête aan in te zetten op preventie. In de enquête definieerden wij preventie als alles wat door een zorgaanbieder wordt gedaan om zorg of duurdere vormen van zorg te voorkomen. In algemene zin noemen paramedici hun werk preventief, omdat het duurdere zorg voorkomt.



Paramedici die inzetten op preventie



Paramedici met contractafspraak over preventie

De Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) wordt door paramedici vaak als voorbeeld genoemd van het inzetten op preventie in de paramedische sector. Terwijl GLI een aparte zorgsoort is naast de paramedische zorgsoorten en daarom wordt ingekocht via een ander inkoopbeleid en contract.

Voorbeelden van andere initiatieven om (duurdere) zorg te voorkomen die worden genoemd zijn: valpreventie programma's, preoperatief trainen bij kwetsbare groepen, fysiofitness, voedingsadvies tijdens de zwangerschap, begeleiden van vrouwen met risico op zwangerschapsdiabetes, en houdingstherapie voor pubers zonder klachten.

Zorgaanbieders vinden dat preventie een integraal onderdeel is van de paramedische zorg. Zorgaanbieders ervaren geen stimulans vanuit zorgverzekeraars om hier verdere stappen in te zetten.

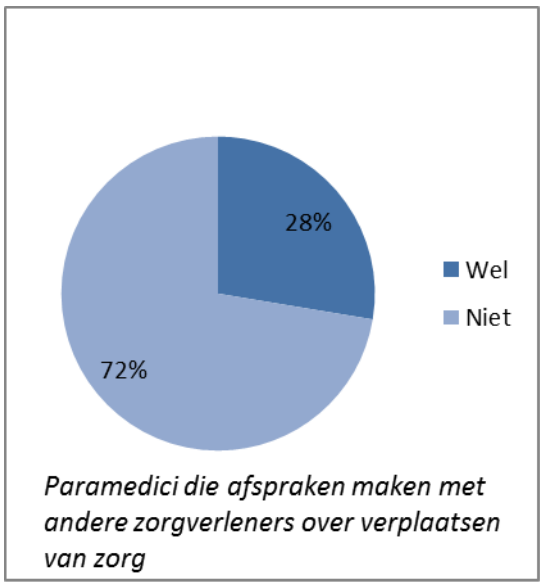
Geen enkele zorgverzekeraar geeft aan zicht te hebben op de mate waarin zorgaanbieders inzetten op preventie. Met name de grote zorgverzekeraars hebben het idee dat zorgaanbieders vaker dan nu in zouden willen zetten op preventie. De kleine zorgverzekeraars hebben over het algemeen het beeld dat zorgaanbieders niet meer dan nu zouden willen inzetten op preventie. Volgens zorgverzekeraars zien zorgaanbieders een aantal belemmeringen om in te zetten op preventie: personeelstekort, te weinig tijd, onduidelijkheid over de bekostiging en vergoeding vanuit de verzekering.

De resultaten van de analyse van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars bevestigt het beeld uit de enquête: het voorkomen van (duurdere) zorg of preventie speelt nog nauwelijks een rol in het inkoopbeleid.

2.6 Verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn

De derde pijler van Juiste Zorg Op de Juiste Plek is het verplaatsen van zorg vanuit de tweede en de derde lijn richting de eerste lijn, ook wel het verschuiven van zorg. In deze paragraaf beschrijven we of er prikkels in de contracten zijn opgenomen om zorg uit de tweede lijn, uit te voeren in de eerste lijn. Ook beschrijven we of dit in de praktijk gebeurt.

28% van de zorgaanbieders geeft aan afspraken te maken met andere zorgaanbieders in de regio over het overnemen van zorg uit de tweede lijn. Ongeveer de helft van de diëtisten en ergotherapeuten geeft aan dat zij afspraken maken over het verschuiven van zorg. Terwijl in verhouding weinig logopedisten aangeven afspraken te maken over het verschuiven van zorg, namelijk 16%.



Paramedici die afspraken maken met andere zorgverleners over verplaatsen van zorg

Paramedici met contractafspraak over verplaatsen van zorg

Bijna alle zorgverzekeraars geven aan geen zicht te hebben op de mate waarin zorgaanbieders afspraken maken met ziekenhuizen en andere instellingen in de tweede en de derde lijn over het verplaatsen van zorg richting de eerste lijn. De zorgverzekeraars verwachten dat zorgaanbieders de volgende belemmeringen ervaren om zorg te verplaatsen: onduidelijkheid over de bekostiging en de vergoeding vanuit de zorgverzekering, onduidelijkheid over welke zorgverlener de verantwoordelijkheid heeft in de zorgverlening, en een gebrek aan personeel en tijd om het verschuiven van zorg te organiseren.

Zorgaanbieders voelen nauwelijks een stimulans vanuit de zorgverzekeraar voor het verschuiven van zorg. Slechts 3% van de zorgaanbieders geeft aan dat er een stimulans in contractafspraken is opgenomen door zorgverzekeraars. Kleine zorgverzekeraars geven in de enquête aan geen prikkels voor verplaatsen van zorg op te nemen in de contractafspraken. Enkele grote zorgverzekeraars geven aan het verschuiven van zorg te stimuleren in contractafspraken door selectieve inkoop en regionale maatwerkafspraken. Een zorgverzekeraar noemt een voorbeeld van een afspraak met een ziekenhuis, waarbij in een meerjarig contract is afgesproken dat het budget van het ziekenhuis wordt afgebouwd. Daarbij wordt de paramedische zorg en de rest van de eerste lijn betrokken om de zorg die niet langer in het ziekenhuis wordt geleverd over te nemen.

2.7 Regioplannen

Om de Juiste Zorg Op de Juiste Plek mogelijk te maken is een goed inzicht in de huidige en toekomstige zorgvraag en het zorgaanbod in de regio belangrijk. Om de toekomstige en huidige zorgvraag zo goed mogelijk en op de juiste plek te kunnen beantwoorden, worden op regioniveau plannen opgesteld: de regioplannen. De dominante zorgverzekeraar neemt hierin de regierol. Het opstellen ervan gebeurt samen

met zorgaanbieders. In deze paragraaf beschrijven we in welke mate zorgaanbieders worden betrokken bij het uitwerken van de regioplannen ten behoeve van zorg op de juiste plek.

Enkele zorgverzekeraars geven in de enquête aan dat zij een regioplan voor de paramedische sector hebben geformuleerd in de regio's waarin zij de dominante zorgverzekeraar zijn. In de enquête geven zorgverzekeraars een verschillend beeld van deze regioplannen. De ene zorgverzekeraar beschrijft dit als een planmatige aanpak die vooraf met zorgaanbieders is afgestemd, de andere zorgverzekeraar ziet het regioplan meer als een continu samenspel tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders op het moment dat er regionaal issues opgelost moeten worden.

Paramedici worden door zorgverzekeraars beperkt betrokken bij het formuleren van de regioplannen. Alleen een kwart van de fysiotherapeuten geeft aan te worden uitgenodigd om mee te denken over het regioplan.

Wanneer paramedici worden betrokken bij regioplannen, gebeurt dit meestal via een uitnodiging voor een bijeenkomst. Deze bijeenkomst over de regionale aanpak vindt dan vaak plaats met vakgenoten van dezelfde paramedische sector en zelden met vakgenoten van andere disciplines uit de regio. Paramedici geven in de enquête aan dat zij soms ook schriftelijk worden betrokken bij de regioplannen, bijvoorbeeld via een enquête of vragenlijst van de zorgverzekeraar. Een meerderheid van 64% van de zorgaanbieders weet niet of er een regioplan geformuleerd is. Een zeer kleine groep zorgaanbieders geeft aan te weten dat er een regioplan is in de regio waar de zorgaanbieder actief is. Een ruime meerderheid van 85% van deze zorgaanbieders die weet dat er een regioplan is geformuleerd, steunt dit plan ook.

2.8 Samenwerking met andere zorgverleners en het sociaal domein

Om invulling te geven aan de doelstellingen van Juiste Zorg Op de Juiste Plek is samenwerking nodig tussen zorgverleners in zowel het domein van de zorg als het sociaal domein. In deze paragraaf beschrijven we hoe er binnen en buiten het domein van de zorg wordt samengewerkt voor wat betreft de paramedische zorg, en welke rol contractafspraken spelen in deze samenwerking.

Minder dan de helft van de paramedici geeft aan samen te werken met andere partijen in het zorgdomein of sociaal domein (zoals de gemeente). Wanneer paramedici samenwerken met andere partijen, dan is dit vaak met de gemeente en de huisarts. Volgens de paramedici werken zij nog nauwelijks samen met het ziekenhuis.

Bijna de helft van de paramedici die aangeeft samen te werken, heeft deze afspraken in een overeenkomst vastgelegd. De paramedici geven aan dat de zorgverzekeraar geen rol speelt bij de samenwerking met andere zorgverleners.

In het inkoopbeleid van zorgverzekeraars wordt over het algemeen niet gesproken over samenwerking met het sociaal domein of met andere zorgverleners in het zorgdomein. De twee zorgverzekeraars die samenwerking wel benoemen in hun inkoopbeleid paramedische zorg, doen dit in algemene bewoordingen.

Het merendeel van zorgverzekeraars geeft aan dat zij geen specifieke regionale afspraken maken met paramedische zorgaanbieders om de samenwerking aan te gaan met andere zorgverleners of het sociaal domein. De zorgverzekeraars die wel specifieke regionale afspraken maken, doen dit via convenanten met gemeenten of via het faciliteren van ICT systemen voor zorgaanbieders.

Zorgaanbieders geven aan geen middelen te ontvangen voor de samenwerking. Bijvoorbeeld ondersteuning op ICT-gebied of financieel, om de samenwerking met partijen in het zorgdomein of sociaal domein vorm te geven.

Een grote zorgverzekeraar geeft aan een financiële vergoeding te bieden aan zorgaanbieders die regionaal samenwerken met andere partijen.

2.9 Contractafspraken Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Minder dan de helft van de paramedici geeft aan dat Juiste Zorg Op de Juiste Plek in hun praktijk al geleid heeft tot succesvolle en/of structurele verandering van de zorg. 81% van de zorgaanbieders geeft aan dat de contractering de succesvolle verandering heeft belemmerd.

Ongeveer de helft van de zorgverzekeraars die één of meerdere aspecten van Juiste Zorg Op de Juiste Plek stimuleren via contractafspraken, vindt dat deze afspraken bijdragen aan succesvolle of structurele verandering van zorg. Wel noemen deze zorgverzekeraars het vaak nog te vroeg om nu al duidelijke financiële of kwalitatieve meerwaarde te benoemen.

De zorgverzekeraars die nog geen toegevoegde waarde van de contractafspraken over Juiste Zorg Op de Juiste Plek zien, noemen als belangrijkste belemmering dat er nog onvoldoende inzicht is waar regionale samenwerking van paramedici met andere partijen toegevoegde waarde heeft. Andere belemmeringen zijn de beperkte organisatiegraad van paramedici, het draagvlak voor verandering onder paramedici, de bekostiging en het ontbreken van goede digitale informatie uitwisseling en data beheer.

Verzekeraars geven aan meer te kunnen doen om contractafspraken over Juiste Zorg Op de Juiste Plek succesvoller te maken. Bijvoorbeeld door meer regionaal in te spelen op behoeften en door meer de regie te voeren waar samenwerking door paramedici binnen het zorgdomein en sociaal domein van meerwaarde is.

2.10 Beloning

Voor fysiotherapie, oefentherapie en logopedie worden door de grotere zorgverzekeraars standaard en pluscontracten afgesproken. Pluscontracten kenmerken zich door een hoger tarief. De fysiotherapeuten, oefentherapeuten en logopedisten kunnen daardoor een hoger tarief ontvangen als zij aan bepaalde eisen voldoen. In de diëtetiek en ergotherapie is er alleen sprake van een standaardcontract.

Paramedici wensen veelal een hoger tarief. Momenteel wordt er in opdracht van de branchepartijen van paramedici en zorgverzekeraars een kostenonderzoek uitgevoerd. Het kostenonderzoek kan duidelijkheid geven op de vraag in hoeverre de wens voor een hoger tarief terecht is. Ook wordt ingegaan op de consequenties die het tarief heeft op de betaalbaarheid van de basisverzekering en aanvullende verzekering. Het kostenonderzoek biedt op deze wijze een basis voor het gesprek over onder andere de tariefhoogte tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Uit de analyse van de contracten blijkt dat over het algemeen geen tariefafspraken worden gemaakt over innovatie of experimenten. Zorgaanbieders krijgen in de contracten de mogelijkheid geboden om met voorstellen voor een experiment te komen. In de kernregio's van de zorgverzekeraar zijn de zorgverzekeraars bereid hieraan mee te werken.

Zorgverzekeraars stimuleren nauwelijks de inzet van digitale zorg, preventie en verplaatsen van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Het merendeel van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geeft aan dat paramedici geen hogere vergoeding krijgen voor digitale zorg, preventie of het overnemen van zorg uit de tweede lijn.

2.11 Meerjarencontracten

Een grote meerderheid van de zorgverzekeraars biedt meerjarencontracten aan. Meer dan 75% van de contracten is een meerjarencontract. Volgens zorgaanbieders wordt een meerjarencontract opgelegd door de zorgverzekeraar of is het op initiatief van de zorgverzekeraar. Door paramedici genoemde voordelen hiervan zijn: minder druk van het contracteerproces, het verlagen van administratieve lasten en meer zekerheid.

Zorgverzekeraars geven andere redenen aan voor het aanbieden van een meerjarencontract: meer ruimte bieden om te investeren, beloning voor de zorgaanbieder voor goed presteren in het verleden, ruimte

bieden voor kwaliteit, experimenteren en innovatie in de toekomst, band met de zorgaanbieder, verlagen van de administratieve lasten voor zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar.

Er worden geen specifieke contractafspraken gemaakt voor meerdere jaren. Ook worden er geen bijzondere of aanvullende eisen gesteld in het contract om in aanmerking te komen voor een meerjarencontract. Er lijkt daardoor geen relatie te bestaan tussen een meerjarencontract en de resultaten van paramedici.

2.12 Behandelindex in relatie tot Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Met de behandelindex kunnen zorgverzekeraars praktijkvariatie van zorgaanbieders in beeld brengen. Hiermee kan doelmatige zorgverlening worden gestimuleerd en onnodige zorg worden voorkomen. De behandelindex is de mate waarin een praktijk afwijkt van het gemiddelde behandelaantal. In de berekening van de behandelindex wordt rekening gehouden met vijf patiëntkenmerken: leeftijd, geslacht, pathologie (op basis van de diagnosecode), sociaaleconomische status en verzekeringsgrond. Aan de hand van deze patiëntkenmerken worden er 'mandjes' gemaakt van patiëntgroepen op basis waarvan het behandelgemiddelde wordt berekend. De behandelindex wordt als inkoopinstrument ingezet bij fysiotherapie, oefentherapie en/of logopedie. Het zijn vooral de grotere zorgverzekeraars die gebruik maken van de behandelindex in hun zorginkoop. De behandelindex is bij de meeste zorgverzekeraars een van de criteria om in aanmerking te kunnen komen voor een pluscontract.

De zorgverzekeraars die gebruik maken van de behandelindex lichten dit voor fysiotherapie en oefentherapie toe in het inkoopbeleid. Voor logopedie wordt de werking van de behandelindex over het algemeen niet toegelicht in het inkoopbeleid, met uitzondering van één zorgverzekeraar. Uit het inkoopbeleid en de contracten is het niet te achterhalen hoe de behandelindex exact werkt. Wel is duidelijk binnen welke waardes de paramedicus voor een hoger tarief in aanmerking komt. Fysiotherapeuten kunnen via www.spiegelinformatiefysio.nl de behandelindex in combinatie met de spiegelinformatie van hun praktijk raadplegen.

Paramedici geven aan dat zij over het algemeen negatief zijn over de behandelindex omdat het gebruik van de behandelindex volgens hun de zorgverlening niet ten goede komt. Het merendeel van de paramedici waarbij de zorgverzekeraar de behandelindex inzet, geeft aan dat toepassing van de behandelindex belemmerend werkt op substitutie vanuit de tweede en de derde lijn. Paramedici geven ook in de enquête aan dat dit komt doordat paramedici ernaar toe werken om onder het behandelgemiddelde te blijven. Patiënten uit de tweede en de derde lijn hebben meestal juist meer zorg nodig. Dit leidt volgens paramedici tot het risico van onderbehandeling van deze patiënten. Weinig paramedici geven aan de informatie vanuit de behandelindex zelf te gebruiken. Maar als ze dat wel doen dan is dat voornamelijk om onder het landelijk behandelgemiddelde te blijven. Soms wordt de behandelindex ook gebruikt voor de monitoring van medewerkers of voor onderzoek naar de oorzaak van het behandelgemiddelde van de praktijk.

Paramedici geven in de enquête aan dat de behandelindex geschrapt zou moeten worden om het verplaatsen van zorg van tweede en de derde lijn naar de eerste lijn beter van de grond te krijgen. Als mogelijkheden voor vervangen of verbeteren van de behandelindex geven paramedici onder meer de volgende mogelijkheden aan:

- het verlenen van doelmatige zorg zou vanuit de beroepsgroep moeten komen;
- verzekeraars kunnen meer kijken naar het aanbod van zorg van de praktijk, kracht en specialisatie van de praktijk;
- verzekeraars kunnen een ruimere marge nemen voor de behandelindex;
- de behandelindex zou als instrument moeten dienen om het gesprek te voeren met de praktijk;
- de behandelindex moet anders gebruikt worden door het niet als een afrekeninstrument te gebruiken.

3 Contracteerproces

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe het contracteerproces is verlopen voor contracten die gelden in 2020 volgens paramedici en zorgverzekeraars. We maken daarbij een vergelijking of het beter is gegaan dan het contracteerproces ten behoeve van contracten die gelden in 2019. We beschrijven hoe de omgangsvormen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn ervaren, hoe het contact is verlopen en of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de gestelde termijnen houden. Daarnaast beschrijven we hoe transparant zorgverzekeraars volgens zichzelf en volgens de zorgaanbieders zijn geweest over de eisen voor verschillende contracten, de opbouw van het tarief en het verloop van het contracteerproces. Ten slotte beschrijven we hoe zorgverzekeraars informatie uit meldingen hebben gebruikt om het contracteerproces te verbeteren.

3.1 Omgangsvormen

Meeste zorgaanbieders vinden contracteerproces gelijk aan vorig jaar

Het merendeel van de zorgaanbieders geeft in de enquête aan dat het contracteerproces vergeleken met vorig jaar niet beter maar ook niet slechter is geworden. Slechts een klein deel van de paramedici vindt het contracteerproces vergeleken met vorig jaar beter verlopen, bijvoorbeeld door meer standaardisering van de contracten, een eenvoudiger proces en/of snellere doorlooptijd, eerdere beschikbaarheid van contracten, duidelijkere differentiatie door zorgverzekeraars, of door het afsluiten van meerjarencontracten. Daarnaast vindt een klein deel van de paramedici dat het contracteerproces is verslechterd, bijvoorbeeld doordat zij zich niet meer serieus genomen voelen, zorgverzekeraars vergelijkbare standaard antwoorden geven, of omdat zij zich niet kunnen vinden in de eisen die zorgverzekeraars stellen.

Meeste zorgverzekeraars vinden contracteerproces beter dan vorig jaar

Geen enkele zorgverzekeraar geeft aan dat het contracteerproces slechter verloopt vergeleken met voorgaand jaar, integendeel: meer dan de helft van de zorgverzekeraars vindt dat het contracteerproces beter verloopt. Redenen hiervoor zijn dat het proces sneller loopt, de sfeer minder gespannen is, of de zorgverzekeraar tegemoet komt aan de signalen die zij van paramedici hebben ontvangen. Ongeveer één derde van de zorgverzekeraars vindt dat het contracteerproces niet beter maar ook niet slechter verloopt dan vorig jaar, omdat er door het sluiten van meerjarencontracten geen vergelijking mogelijk of het proces hetzelfde is vormgegeven.

Beoordeling contracteerproces zorgaanbieders en zorgverzekeraars verschilt

Het gemiddelde cijfer dat paramedici het contracteerproces met hun dominante zorgverzekeraar geven, is een 5,2. Het gemiddelde cijfer dat zorgverzekeraars het contracteerproces geven, is een 8,2. Hieruit concluderen we dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars het contracteerproces verschillend beleven.

3.2 Contact tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder

Een ruime meerderheid van de paramedici geeft aan geen contact te hebben gezocht met de zorgverzekeraar over het contracteerproces of andere vragen over contracten.

Meeste zorgaanbieders kunnen op verschillende manieren in contact komen met zorgverzekeraar

Voor de paramedici die contact hebben gezocht met de zorgverzekeraar was het voor de meesten ook mogelijk om daadwerkelijk in contact te komen met de zorgverzekeraar. Iets meer dan de helft van de paramedici kwam in contact met de zorgverzekeraar per e-mail rechtstreeks naar de inkoper(s) paramedische zorg. Daarnaast zoeken paramedici contact met de zorgverzekeraar via het callcenter (afdeling klantcontact), telefonisch rechtstreeks met de inkoopafdeling paramedische zorg en per e-mail naar een algemeen e-mailadres van de zorgverzekeraar. Slechts een zeer klein gedeelte van de paramedici die in contact kwamen met de zorgverzekeraar had dat contact via een één-op-één gesprek met de inkoper.

Iets minder dan de helft van de paramedici heeft een tegenvoorstel gedaan op het contractaanbod van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar ging daar meestal niet over in gesprek volgens de paramedici.

Zorgverzekeraars geven aan op verschillende manieren bereikbaar te zijn

Bijna alle zorgverzekeraars geven aan dat zij over het contracteerproces bereikbaar zijn via het algemene mailadres. Daarnaast geeft ongeveer drie op de vier zorgverzekeraars aan dat de inkoopafdeling rechtstreeks bereikbaar is. Andere manieren om contact op te nemen volgens zorgverzekeraars zijn telefonisch via het callcenter en per e-mail, social media en WhatsApp.

Opvallend is dat zorgverzekeraars aangeven dat zorgaanbieders hen kunnen bereiken via Q&A's op de website. Maar zorgaanbieders maken daar nagenoeg geen gebruik van, blijkt uit de enquête. Verder geeft ongeveer de helft van de zorgverzekeraars aan dat paramedici zorgverzekeraars kunnen bereiken over het contracteerproces via een één-op-één gesprek.

Meer dan de helft van de zorgaanbieders vinden contact met zorgverzekeraar niet nuttig

De reden dat zorgaanbieders het contact niet nuttig vinden, is omdat zij een standaard antwoord krijgen dat niet op de praktijk van toepassing is of geen inhoudelijke reactie betreft. Ook geven sommige paramedici aan dat het contact niet nuttig is omdat de zorgverzekeraar het beleid of contract niet wil aanpassen, of omdat zij zich niet serieus genomen voelen. Daarnaast geven paramedici aan dat er geen ruimte is voor discussie met de zorgverzekeraar.

Bijna de helft van de zorgverzekeraars heeft beantwoording vragen verbeterd

Verzekeraars hebben dit gedaan door vragen van zorgaanbieders vooral sneller te beantwoorden, ook geeft een aantal zorgverzekeraars aan dat zij de inhoud van de antwoorden hebben verduidelijkt.

Zorgaanbieders vinden contact niet beter dan vorig jaar

Ongeveer de helft van de paramedici die contact hebben gezocht met de zorgverzekeraar vonden de zorgverzekeraar voldoende beschikbaar voor vragen over het aangeboden contract. Meer dan de helft vond de reactie van de zorgverzekeraar niet duidelijk. De meeste paramedici vinden dat het contact tijdens het afgelopen contracteerproces niet beter gaat dan in het contracteerproces voor contracten 2019.

Zorgaanbieders voldoende bereikbaar voor vragen van zorgverzekeraars

Ruim de helft van de zorgverzekeraars heeft vragen gesteld aan zorgaanbieders gedurende het contracteerproces. De zorgverzekeraars die vragen hebben gesteld vonden zorgaanbieders over het algemeen voldoende bereikbaar/ beschikbaar voor vragen. Bijna alle zorgaanbieders geven aan dat zij tijdig reageren op vragen van zorgverzekeraars en dat ging vergelijkbaar als vorig jaar.

3.3 Termijnen

Zorgaanbieders vinden tijdig reageren niet beter dan vorig jaar, zorgverzekeraars wel

Ruim de helft van de paramedici geeft aan dat de zorgverzekeraar tijdig gereageerd heeft op vragen. Het tijdig beantwoorden van vragen door de zorgverzekeraar ging niet beter dan vorig jaar volgens de meeste paramedici. In het geval de paramedicus de reactie van de zorgverzekeraar niet tijdig vond, lag dat bijvoorbeeld aan: de reactie voldoet niet aan de door de zorgverzekeraar zelf gestelde termijnen, de reactie voldoet niet aan de verwachtingen wat een paramedicus een redelijke termijn vindt of de paramedicus liep tegen knelpunten problemen aan doordat de vraag nog niet beantwoord was. zorgverzekeraars vinden in alle gevallen dat ze tijdig hebben gereageerd op vragen over het contracteerproces en dit ging volgens iets meer dan de helft van de zorgverzekeraars beter dan vorig jaar. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat zij een reactie binnen vijf werkdagen op vragen van zorgaanbieders over het contracteerproces tijdig vinden.

Voldoende tijd voor bestuderen contract, inkoopbeleid is op tijd gepubliceerd

Alle zorgverzekeraars geven aan dat de zorgaanbieder vier weken de tijd heeft gehad om het contract te bestuderen. De NZa heeft geen signalen ontvangen over het niet op tijd (na 1 april) publiceren van het

inkoopbeleid door zorgverzekeraars of het niet bekend maken van wijzigingen in het inkoopbeleid na 1 april.

3.4 Transparantie tariefopbouw

Verzekeraars niet voldoende transparant over tariefopbouw

In het inkoopbeleid en het contract is geen informatie te vinden over de tariefopbouw. Deze informatie hebben we daarom opgevraagd bij zorgverzekeraars. Uit de ontvangen informatie blijkt dat er geen gedetailleerd inzicht te verkrijgen is in de tariefopbouw. Wij vinden het wenselijk dat de opbouw van het tarief transparant is voor zorgaanbieders. Wel geven zorgverzekeraars een algemene uitleg hoe het tarief tot stand komt. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat zij het tarief van het voorgaande jaar indexeren met de consumenten prijs index, dan wel met een loon- en materiële- kosten index.

Daarboven worden wanneer relevant toeslagen of afslagen gehanteerd voor aanvullende (kwaliteits- en of volume-)eisen waaraan wordt voldaan. Ten slotte geven zorgverzekeraars aan dat het tarief soms aangepast wordt aan de hand van de tarieven van de concurrentie.

Zorgaanbieders begrijpen niet hoe tarief is opgebouwd

Uit de enquête blijkt dat bijna alle zorgaanbieders niet begrijpen hoe het aangeboden tarief is opgebouwd. Soms komt dit doordat zorgaanbieders zich niet in de materie hebben verdiept, maar vooral doordat zorgverzekeraars hierover niet transparant zijn, aldus zorgaanbieders. Het blijft voor zorgaanbieders onverklaarbaar dat een tarief over de jaren blijft stilstaan of zelfs terugloopt, terwijl volgens zorgaanbieders de diverse eisen die zorgverzekeraars stellen, zoals de PREM of de behandelindex, toenemen.

Zorgaanbieders willen passend tarief

Zorgaanbieders ervaren dat tarieven knellen en willen naar een voor hen passend tarief. Maar ze willen vooral duidelijkheid van de zorgverzekeraar hoe het geboden tarief in relatie staat tot de geleverde zorg en de daaraan gestelde eisen. Er is ook onvrede bij zorgaanbieders over de mening van zorgverzekeraars dat een tarief kostendekkend of marktconform is, terwijl zorgaanbieders dit in twijfel trekken. Partijen zijn vanwege de onvrede over de tarieven een kostenonderzoek gestart voor alle paramedische sectoren betrokken bij de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022.

3.5 Transparantie zorginkoop

Belangrijkste onderdelen in inkoopbeleid zijn aanwezig

Zorgverzekeraars hebben in hun zorginkoopbeleid een planning van het contracteerproces opgenomen. Daarin wordt ook aangegeven wat de uiterste datum is waarop zorgaanbieders moeten reageren op het contractvoorstel van de zorgverzekeraar. In het inkoopbeleid wordt over het algemeen ook beschreven hoe contact met de zorgverzekeraar kan worden opgenomen door de zorgaanbieder. In het inkoopbeleid gaan sommige zorgverzekeraars specifiek in op een aantal onderwerpen, zoals welke plaats innovatie heeft in de inkoop en wijzigingen in het inkoopbeleid ten opzichte van het voorgaande jaar. Wij zien echter wel dat het voor deze onderwerpen blijft bij een algemene tekst in het inkoopbeleid. In de contracten worden geen tariefafspraken gemaakt over bijvoorbeeld innovatie of experimenten.

Contracteisen staan in contract en/of inkoopbeleid en zijn duidelijk

De eisen voor zorgaanbieders om in aanmerking te kunnen komen voor een standaardcontract en een eventuele plusmodule worden door de zorgverzekeraars in de contracten uitgelegd. Deze komen overeen met de eisen die in het inkoopbeleid zijn opgenomen. Voor fysiotherapie worden de criteria voor een pluscontract meestal niet in de contracten zelf beschreven, maar wel in het inkoopbeleid of in de aanbiedingsbrief bij het contractaanbod. Uit de enquête onder zorgaanbieders blijkt dat de criteria om voor een contract in aanmerking te komen over het algemeen duidelijk zijn. Ook is het voor het grootste deel van de zorgaanbieders duidelijk wat de criteria zijn om in aanmerking te komen voor een plusmodule.

Zorgaanbieders willen dat zorgverzekeraars dezelfde criteria hanteren, gerelateerd aan kwaliteit

Zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars meer dezelfde criteria kunnen hanteren om voor een contract en een eventuele plusmodule in aanmerking te komen. Hiermee kunnen de administratieve lasten voor de zorgverleners worden beperkt. Bovendien zien zorgaanbieders graag dat de criteria meer zijn gerelateerd aan de kwaliteit van de zorg, wat in hun ogen niet altijd het geval is.

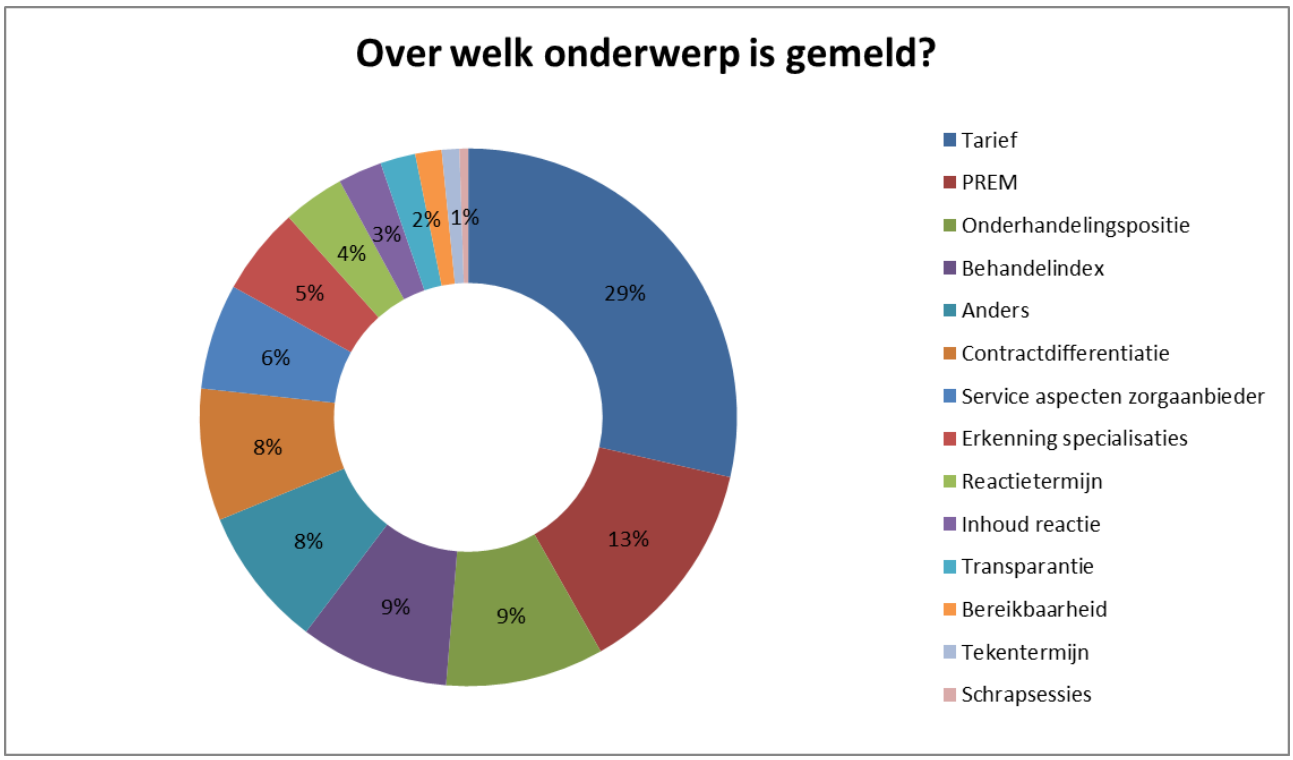
3.6 Meldingen over contracteerproces

NZa heeft minder meldingen ontvangen

De NZa heeft in 2019 veel minder meldingen ontvangen (over het contracteerproces voor de contracten van 2020) dan in 2018 (over contracten 2019), namelijk 61 meldingen in heel 2019 en 449 meldingen tussen mei en november 2018. De NZa heeft de meldingen uit 2018 teruggelegd bij de zorgverzekeraars. Met de meldingen uit 2019 zal de NZa dit weer doen. De reden waarom we minder meldingen hebben ontvangen, hebben we niet onderzocht. Iets meer dan de helft van de meldingen die de NZa heeft ontvangen, komt van fysiotherapeuten. De NZa heeft geen meldingen ontvangen van zorgverzekeraars.

Meeste gemeld over tarief, onderwerpen hetzelfde als vorig jaar

Er is in 2019 het meeste gemeld over het tarief. Daarna over de PREM, vervolgens over de onderhandelingspositie en daarna over de behandelindex. Deze top vier komt overeen met 2018. Zie ook onderstaand figuur. De onderwerpen waarover gemeld wordt verschillen per zorgverzekeraar. Er lijkt relatief meer gemeld te worden over kleine zorgverzekeraars dan over grote zorgverzekeraars.



Figuur: Per onderwerp is het percentage weergegeven van het aantal meldingen dat de NZa heeft ontvangen.

Zorgverzekeraars gaan verschillend om met meldingen

Bijna alle zorgverzekeraars hebben in de enquête aangegeven dat ze meldingen hebben ontvangen over de zorginkoop of het contracteerproces voor paramedische zorg. Zorgverzekeraars behandelen en verwerken de meldingen op verschillende manieren. Vijf zorgverzekeraars geven in de enquête aan hoe zij over het algemeen omgaan met meldingen en welke procedures ze hiervoor hebben. Deze zorgverzekeraars benoemen in het inkoopbeleid niet hoe zij omgaan met meldingen. Terwijl enkele zorgverzekeraars in de enquête met concrete voorbeelden aangeven wat ze met meldingen hebben gedaan om de zorginkoop en

het contracteerproces te verbeteren. Bij deze zorgverzekeraars zien we deze veranderingen ook terug in het inkoopbeleid.

Aantal zorgverzekeraars past inkoopbeleid fysiotherapie aan vanwege meldingen

Voor fysiotherapie gaan enkele grote zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid in op de veranderingen als gevolg van de meldingen in 2018. Aanpassingen die in het inkoopbeleid zijn gemaakt naar aanleiding van de meldingen van paramedici, zijn: het loslaten van het verplichte karakter van de PREM, aanpassingen in de eisen voor de behandelindex, verduidelijken van de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar, administratieve lastenverlichting, eerder en meer helderheid over de tarieven, en het continueren van dialoogsessies in de kernregio's.

Zorgaanbieders merken niet dat zorgverzekeraars meldingen gebruiken om te verbeteren

Uit de enquête onder zorgaanbieders blijkt dat iets minder dan een kwart van de zorgaanbieders melding heeft gemaakt bij de zorgverzekeraar voor verbetering van het contracteerproces. Slechts een zeer klein aantal van deze melders heeft gemerkt dat de zorgverzekeraar serieus iets met de melding heeft gedaan. Deze zorgaanbieders zijn samen met de zorgverzekeraar tot een oplossing gekomen. Ruim driekwart van de melders heeft niet gemerkt dat de zorgverzekeraar serieus iets met de meldingen heeft gedaan. Zij geven daarvoor de volgende reden: geen reactie of een standaardreactie gekregen, geen mogelijkheid tot overleg, geen ruimte voor maatwerk, en geen verandering waargenomen naar aanleiding van een melding.

4 Conclusies en aanbevelingen

Verandering en versnelling is nodig om de zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders moeten hiertoe samenwerken en een gezamenlijke visie vanuit de zorgvraag in de regio hebben. Bijvoorbeeld door middel van contracten die bijdragen aan Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 gemaakt die moeten bijdragen aan Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Deze bestuurlijke afspraken zijn gemaakt na de publicatie van het inkoopbeleid door zorgverzekeraars voor de contractering 2020. Zorgverzekeraars hebben deze bestuurlijke afspraken daardoor nog niet mee kunnen nemen in de contracten voor 2020.

4.1 Conclusies

Geen gezamenlijke visie van zorgverzekeraars en paramedici over Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Juiste Zorg Op de Juiste Plek stimuleert dat patiënten zoveel mogelijk zorg dichtbij huis ontvangen. De zorg verschuift waar mogelijk vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn. Voor de paramedische zorg betekent dit dat steeds meer mensen van deze zorg gebruik zullen maken: het aantal patiënten stijgt nu al snel. Het is dan ook aan zorgverleners en zorgverzekeraars om gezamenlijk afspraken te maken om Juiste Zorg Op de Juiste Plek in de regio te organiseren. Maar maken nog geen afspraken hierover. Bovendien beleven ze het contracteerproces anders. Een gezamenlijke visie ontbreekt. Hierdoor is er geen zicht op versnelling en verandering richting Juiste Zorg Op de Juiste Plek.

Meer differentiatie in contractafspraken en inzicht in toegevoegde waarde zorg vereist

Een grote meerderheid van de zorgverzekeraars biedt meerjarencontracten aan. Een meerjarencontract kan als 'standaard' worden beschouwd in de paramedische zorg. Er worden geen specifieke afspraken gemaakt voor meerdere jaren. Ook stellen zorgverzekeraars geen bijzondere of aanvullende eisen om in aanmerking te komen voor een meerjarencontract.

De differentiatie in contractafspraken is beperkt. Voor diëtetiek en ergotherapie bieden zorgverzekeraars alleen een standaardcontract aan, zonder de mogelijkheid van differentiatie in afspraken of tarief. Voor fysiotherapie, oefentherapie en logopedie zijn er naast standaardcontracten ook pluscontracten met een hoger tarief. Om in aanmerking te komen voor een pluscontract moet een zorgaanbieder aan aanvullende eisen voldoen. Zo moet de zorgaanbieder bijvoorbeeld een bepaalde score hebben op de behandelindex. In het inkoopbeleid staat beschreven aan welke eisen zorgaanbieders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een standaard- of een plus-contract. Zorgaanbieders geven aan dat de criteria om in aanmerking te komen voor een contract en plusmodule duidelijk zijn.

Weinig differentiatie in contractafspraken biedt ook weinig ruimte voor afspraken en beloning voor innovatie, kwaliteit, preventie en digitale zorg. Zorgaanbieders willen dat zorgverzekeraars eenduidige criteria hanteren om voor een contract en een eventuele plusmodule in aanmerking te komen. Bovendien zien zorgaanbieders graag dat de criteria meer zijn gerelateerd aan de kwaliteit van de zorg, wat in hun ogen niet altijd het geval is. Het is aan de zorgaanbieder om de toegevoegde waarde van bijvoorbeeld een innovatie of de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken. Zolang zorgaanbieders de kwaliteit van zorg niet inzichtelijk maken, kunnen zorgverzekeraars de criteria om voor een contract in aanmerking te komen niet baseren op de kwaliteit van zorg.

Weinig afspraken over Juiste Zorg Op de Juiste Plek en beperkte organisatiegraad van paramedici

Zorgverleners en zorgverzekeraars maken nauwelijks afspraken over het voorkomen van duurdere zorg, het verplaatsen van tweedelijnszorg naar eerstelijns paramedische zorg of het vervangen van bestaande paramedische zorg door innovatieve zorg. Het stimuleren van Juiste Zorg Op de Juiste Plek in de contracten heeft geen prioriteit. Het merendeel van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geeft in de enquête aan dat paramedici ook geen hogere vergoeding krijgen voor digitale zorg, preventie of het overnemen van zorg uit de tweede lijn.

Verzekeraars die Juiste Zorg Op de Juiste Plek stimuleren via contractafspraken zijn overwegend positief over de resultaten van deze contractafspraken. Wel noemen deze zorgverzekeraars het vaak nog te vroeg om nu al duidelijke financiële of kwalitatieve meerwaarde te benoemen.

In de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 hebben partijen afgesproken een plan van aanpak op te stellen voor het verhogen van de regionale organisatiegraad van de paramedici. We vinden het goed dat er bestuurlijke afspraken zijn gemaakt voor het versterken van de organisatiegraad van paramedici in de regio. Juiste Zorg Op de Juiste Plek vereist namelijk van zorgaanbieders dat zij zich regionaal organiseren. Ook zijn zorgaanbieders die zich georganiseerd hebben een betere gesprekspartner voor zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen.

Samenwerken in de regio

Om Juiste Zorg Op de Juiste Plek te bevorderen is het voor patiënten met multidisciplinaire problematiek van belang dat zorgaanbieders uit verschillende sectoren samenwerken, ook met het sociaal domein. Minder dan de helft van de paramedici geeft aan samen te werken met andere partijen in het zorgdomein of sociaal domein (zoals de gemeente) om invulling te geven aan de doelstellingen van Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Indien paramedici samenwerken met andere partijen, dan is dit vaak met de gemeente en de huisarts. Volgens de paramedici werken zij nog nauwelijks samen met het ziekenhuis.

Om de toekomstige en huidige zorgvraag zo goed mogelijk en op de juiste plek te kunnen beantwoorden, worden er regioplannen opgesteld. De dominante zorgverzekeraar neemt hierin de regierol. Het opstellen ervan gebeurt samen met zorgaanbieders. Paramedische zorgverleners worden door zorgverzekeraars beperkt betrokken bij het formuleren van de regioplannen. Alleen een kwart van de fysiotherapeuten geeft aan te worden uitgenodigd om mee te denken over het regioplan. Terwijl enkele zorgverzekeraars wel aangeven dat zij een regioplan voor de paramedische sector hebben geformuleerd in de regio's waarin zij de dominante zorgverzekeraar zijn.

Behandelindex en Juiste Zorg Op de Juiste Plek

De behandelindex is een inkoopinstrument waarmee zorgverzekeraars de praktijkvariatie van zorgaanbieders in beeld brengen. De behandelindex is het behandelgemiddelde van een praktijk ten opzichte van het landelijk behandelgemiddelde. Zorgverzekeraars stimuleren met de behandelindex doelmatige zorgverlening en het voorkomen van onnodige zorg. De behandelindex wordt ingezet bij fysiotherapie, oefentherapie en/of logopedie.

Fysiotherapeuten, logopedisten en oefentherapeuten ervaren de behandelindex als een belemmering voor een toename van het aantal behandelingen per patiënt in de eerste lijn. Juiste Zorg Op de Juiste Plek beoogt zorg te verplaatsen naar de eerste lijn, waar dat kan. De verwachting is dat paramedici dan meer en complexere patiënten in de eerste lijn gaan behandelen. Complexe patiënten hebben in verhouding meer zorg nodig. Zorgaanbieders ervaren dat de behandelindex juist stuurt op het beperken van het aantal behandelingen per patiënt, omdat zij onder het behandelgemiddelde willen blijven. Het risico is dat de behandelindex ervoor zorgt dat de zorgaanbieder minder gaat behandelen. Een ander risico is dat de zorgaanbieder geen complexe patiënten in behandeling neemt.

Beperking in aanspraak

De paramedische sectoren kennen een verschillende aanspraak. Afhankelijk van de sector wordt in meer of mindere mate zorg vanuit de basisverzekering vergoed. Diëtetiek en ergotherapie worden voor respectievelijk 3 en 10 uur per kalenderjaar vergoed vanuit de basisverzekering. Fysiotherapie en oefentherapie worden voor een aantal chronische aandoeningen vergoed vanuit de basisverzekering. Patiënten kunnen zich voor fysiotherapie en oefentherapie aanvullend verzekeren.

Paramedische zorg als onderdeel van de medisch-specialistische zorg wordt wel vergoed vanuit de basisverzekering. Het verplaatsen van (duurdere) zorg uit de tweede lijn kan worden belemmerd doordat patiënten de paramedische zorg in de eerste lijn niet altijd vergoed krijgen vanuit de basisverzekering. Het kan voor de zorgaanbieder en patiënt voordelig zijn om de paramedische zorg zo lang mogelijk onder de noemer medisch-specialistische zorg te leveren en ontvangen. Daarnaast heeft het wel of niet hebben van een aanvullende verzekering invloed op het ontvangen van paramedische zorg in de eerste lijn.

Zorgverzekeraars dragen de verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de aanvullende verzekering. Het verplaatsen van complexere en vaak duurdere zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn kan leiden tot een toename van het aantal behandelingen per patiënt. Als deze paramedische zorg niet vanuit de basisverzekering, maar aanvullend verzekerd is dan heeft deze complexere zorg een grotere impact op de betaalbaarheid van de aanvullende verzekering voor zorgverzekeraars.

Onduidelijkheid tariefopbouw en toegevoegde waarde van zorg

Zorgaanbieders wensen veelal een hoger tarief. Een van de afspraken in de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 is een kostenonderzoek uit te voeren. De paramedische beroepsgroepen en Zorgverzekeraars Nederland zijn hiervan de gezamenlijke opdrachtgever. Een onafhankelijk onderzoeksbureau voert het kostenonderzoek uit. De bestuurlijke afspraak is dat zorgverzekeraars de uitkomsten ter harte nemen. De beroepsgroepen gaan zich maximaal inspannen voor een doelmatige en efficiënte zorgverlening om de zorg betaalbaar te houden. Bij de publicatie van deze monitor zijn de uitkomsten van het kostenonderzoek bekend. Het kostenonderzoek biedt voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders de basis om samenhangende afspraken te maken over een passende en toekomstbestendige tariefontwikkeling, kwaliteit, innovatie en betaalbaarheid.

Het is voor zorgaanbieders niet duidelijk hoe het tarief is opgebouwd. Zorgaanbieders willen duidelijkheid van de zorgverzekeraar hoe het geboden tarief in relatie staat tot de geleverde zorg en de daaraan gestelde eisen. Zorgverzekeraars kunnen hierover meer duidelijkheid geven aan zorgaanbieders, bijvoorbeeld door uitleg te geven uit welke elementen het tarief bestaat. Duidelijkheid over de tariefopbouw helpt zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor het maken van contractafspraken en de hoogte van het tarief.

Twee verschillende belevingswerelden van het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en paramedici

Er lijken twee verschillende belevingswerelden te bestaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars als het gaat om het contracteerproces. Illustratief is dat zorgverzekeraars het contracteerproces beoordelen met gemiddeld een 8,2 en zorgaanbieders met een 5,2. Een ander voorbeeld is dat zorgverzekeraars aangeven dat een individueel gesprek met een zorginkoper tot de mogelijkheden behoort, terwijl zorgaanbieders een individueel gesprek met een zorginkoper niet als een mogelijkheid ervaren. Zorgaanbieders lukt het niet om in gesprek te komen met zorgverzekeraars. Onze aanbeveling uit de voorgaande monitor tot meer vereniging van zorgaanbieders in de regio voor een sterke positie, is nog niet van de grond gekomen. Vanuit de bestuurlijke afspraken paramedische zorg werken branchepartijen aan het versterken van de organisatiegraad. Het is op dit moment voor zorgverzekeraars nog lastig om met individuele zorgaanbieders in gesprek te gaan, gezien de grote hoeveelheid zorgaanbieders en de beperkte organisatiegraad.

De NZa heeft de afgelopen jaren meldingen en signalen van paramedici ontvangen over het contracteerproces. Deze meldingen geven wij door aan de zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars heeft op basis van deze meldingen het inkoopbeleid gewijzigd, bijvoorbeeld door het loslaten van de eis om de patiëntervaring te meten (PREM) en verminderen van de administratieve lasten. Opvallend is dat zorgaanbieders dit niet hebben gemerkt en het merendeel is nog niet tevreden over het contracteerproces.

4.2 Aanbevelingen

1. Gezamenlijke visie van zorgverzekeraars en paramedici is nodig voor Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Zolang het ontbreekt aan een gezamenlijke visie om Juiste Zorg Op de Juiste Plek in de regio te organiseren, zal er geen verandering plaatsvinden.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken een gezamenlijke visie om juiste zorg op de juiste plek in de regio te organiseren.

2. Meer differentiatie in contractafspraken en inzicht in toegevoegde waarde zorg vereist

Doordat er weinig differentiatie in contractafspraken is, is er ook weinig ruimte voor een zorgverlener om afspraken te maken en te worden beloond door de zorgverzekeraar voor bijvoorbeeld innovatie, kwaliteit, preventie en digitale zorg. Het is aan de zorgaanbieder om de toegevoegde waarde van bijvoorbeeld een

innovatie of de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken. Zolang zorgaanbieders de kwaliteit van zorg niet inzichtelijk maken, kunnen zorgverzekeraars de criteria om voor een contract in aanmerking te komen niet baseren op de kwaliteit van zorg.

Zorgaanbieders, maak de toegevoegde waarde van de paramedische zorg inzichtelijk.

Zorgverzekeraars, maak afspraken die goede initiatieven van paramedische zorg ondersteunen. De beloning van paramedici dient aan te sluiten bij de geleverde kwaliteit van zorg.

3. Stimuleren Juiste Zorg Op de Juiste Plek in zorginkoop en verbeteren van organisatiegraad paramedici

Zorgverzekeraars stimuleren in hun zorginkoop nauwelijks het voorkomen van duurdere zorg, het verplaatsen van tweedelijnszorg naar eerstelijns paramedische zorg of het vervangen van bestaande paramedische zorg door innovatieve zorg.

Juiste Zorg Op de Juiste Plek vereist van zorgaanbieders dat zij zich regionaal organiseren. Ook zijn zorgaanbieders die zich georganiseerd hebben een meer volwaardige gesprekspartner voor zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen.

Zorgverzekeraars moeten in de zorginkoop Juiste Zorg Op de Juiste plek meer stimuleren.

Paramedici moeten zich beter organiseren in de regio, zodat zij een volwaardige gesprekspartner zijn.

4. Verbeter samenwerking in de regio

Om Juiste Zorg Op de Juiste Plek te bevorderen, is het voor patiënten met multidisciplinaire problematiek van belang dat zorgaanbieders uit verschillende sectoren samenwerken, ook met het sociaal domein. Maar paramedici geven aan nog maar weinig samen te werken. Daarnaast worden er regioplannen opgesteld door zorgverzekeraars, maar worden paramedici nog beperkt betrokken.

Paramedici, verbeter de samenwerking met andere zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars, betrek paramedici bij het opstellen van regioplannen.

5. Neem de zorgzwaarte en resultaat behandeling mee bij doorontwikkeling behandelindex

De behandelindex is een inkoopinstrument dat onnodige behandelingen voorkomt. Maar kan ook een belemmering zijn om meer te behandelen als dat wel nodig is voor het verplaatsen van zorg. In de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 zijn afspraken gemaakt over de doorontwikkeling van de behandelindex. Wij roepen daarom op in de doorontwikkeling van deze behandelindex de zorgzwaarte van de patiënt nadrukkelijker mee te nemen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars meer sturen op het resultaat van de behandeling om onderbehandeling te voorkomen. Zorgaanbieders moeten dan wel inzichtelijk maken wat het resultaat van de behandeling is.

Partijen moeten in de doorontwikkeling van de behandelindex de zorgzwaarte van de patiënt meenemen en sturen op het resultaat van de behandeling.

6. Rekening houden met beperking van de aanspraak op paramedische zorg voor Juiste Zorg Op de Juiste Plek

De Bestuurlijke afspraken paramedische zorg hebben als doel Juiste Zorg Op de Juiste Plek te versnellen. De beperking van de aanspraak kan het verplaatsen van complexere en vaak duurdere zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn belemmeren. Deze zorg wordt in de eerste lijn niet altijd vergoed vanuit de basisverzekering.

Partijen moeten rekening houden met de beperking van de aanspraak op paramedische zorg bij de uitwerking van de bestuurlijke afspraak om Juiste Zorg Op de Juiste Plek te versnellen.

7. Kostenonderzoek uitgevoerd voor tarief en betaalbaarheid

Bij de publicatie van deze monitor zijn de uitkomsten van het kostenonderzoek bekend. Het kostenonderzoek biedt voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders de basis om samenhangende afspraken

te maken over een passende en toekomstbestendige tariefontwikkeling, kwaliteit, innovatie en betaalbaarheid.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maak samenhangende afspraken over passende en toekomstbestendige tariefontwikkeling, kwaliteit, innovatie en betaalbaarheid.

8. Duidelijkheid over tariefopbouw en toegevoegde waarde van zorg

Duidelijkheid over de tariefopbouw helpt zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor het maken van contractafspraken en de hoogte van het tarief. Zorgaanbieders moeten wel kunnen aantonen welke (kwaliteit van) zorg voor het tarief wordt geleverd. Zorgverzekeraars moeten aangeven op welke wijze zorgaanbieders daarvoor worden beloond in het tarief.

Wij hebben zorgverzekeraars om een toelichting op de tariefopbouw gevraagd. Wij zullen zorgverzekeraars individueel beoordelen op hun transparantie over de tariefopbouw. Wij gaan zorgverzekeraars vragen om een verbeterplan op te stellen ten behoeve van de communicatie over de tariefopbouw voor zorgaanbieders. Een vervolgstap kan zijn dat we de regeling transparantie zorginkoopproces aanpassen om regels op te leggen aan zorgverzekeraars over de transparantie van de tariefopbouw.

Zorgaanbieders, toon aan welke (kwaliteit van) zorg voor het tarief wordt geleverd.

Zorgverzekeraars, geef aan hoe het tarief is opgebouwd.

De NZa gaat zorgverzekeraars beoordelen op hun transparantie over de tariefopbouw.

9. Verbeteren inkoopbeleid aan de hand van meldingen

De NZa heeft de afgelopen jaren meldingen en signalen van paramedici ontvangen over het contracteerproces. Deze meldingen geven wij door aan de zorgverzekeraars. Zorgaanbieders merken nog geen verbetering.

Zorgverzekeraars kunnen duidelijker communiceren richting paramedici wat zij hebben gewijzigd in het inkoopbeleid.

Wij gaan ook in de volgende contracteerronde signalen over het contracteerproces terugleggen bij de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen de zorginkoop daardoor verbeteren op basis van de meldingen. Zorgverzekeraars moeten vervolgens aan de NZa verantwoordden wat zij met deze meldingen hebben gedaan.

Ook bij de NZa dragen we bij aan Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Zo kijken we kritisch naar onze regels en luisteren we naar zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als de NZa regels goede ontwikkelingen in de weg staan, schrappen we ze of passen we ze aan. In ons toezicht gaan we na of de afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken, bijdragen aan de beweging die moet worden ingezet. We grijpen in waar er zichtbaar belemmeringen zijn in de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg.

Bijlage: Bronnen en methoden

In deze bijlage beschrijven we de aanpak van ons onderzoek: welke bronnen hebben we gebruikt en welke methoden hebben wij toegepast.

De bronnen die wij hebben gebruikt zijn:

- Enquêtes onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- Zorginkoopdocumenten van de verschillende zorgverzekeraars;
- Informatie over de tariefopbouw die is opgevraagd bij zorgverzekeraars;
- Standaardcontracten van zorgverzekeraars.

Enquête onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Doel

Het doel van de enquête was het verkrijgen van een goed beeld van de meningen, ervaringen en de beleving van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We hebben daartoe een vragenlijst uitgezet onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een zorgaanbieder is in de enquête een eerstelijns paramedische praktijk.

Inhoud van de vragenlijsten

In de beide enquêtes (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) behandelen we de volgende thema's of onderwerpen:

– Het contracteerproces:

- Omgangsvormen
- Informatieverstrekking

– Inhoud van de contracten:

- Waardegedreven zorg: Juiste zorg op de juiste plek (JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK)
- Meerjarencontracten
- Meet- en inkoopinstrumenten

Daarnaast hebben we zorgaanbieders gevraagd naar enkele praktijkeigenschappen om meer informatie te krijgen over het type praktijk dat de zorgaanbieder heeft. Dan gaat het bijvoorbeeld om de omzet van de praktijk en de paramedische zorgsoorten die worden aangeboden. Ook vroegen wij bij welke zorgverzekeraar het grootste deel van de patiënten van een zorgaanbieder waren verzekerd. We controleerden of deze zorgverzekeraar ook de dominante zorgverzekeraar in de regio is. Zo kunnen we de zorgaanbieders groeperen naar hun dominante zorgverzekeraar en verschillen tussen zorgverzekeraars (grote en kleine zorgverzekeraars) in beeld brengen.

De vragen zijn zoveel mogelijk gesloten gesteld, in de vorm van meerkeuzevragen om deze in de analyse hanteerbaar te maken. Zo ontstaan eenduidige antwoord categorieën, waarmee percentages berekend kunnen worden.

Daar waar we toch open vragen hebben gesteld, was het aantal tekens dat in het veld getypt kon worden beperkt.

Respons

Zorgaanbieders:

De vragenlijst was openbaar toegankelijk. De link naar de vragenlijst is verspreid via diverse kanalen, waaronder de brancheverenigingen van de verschillende sectoren. Het aantal zorgaanbieders dat de vragenlijst heeft ingevuld is als volgt:

Type praktijk	**Aantal**
Diëtetiek	51
Ergotherapie	15
Fysiotherapie	324
Logopedie	44
Oefentherapie	150
Multidisciplinaire praktijk	38
Totaal	**622**

Naast de vijf sectoren staat in bovenstaande tabel ook de 'multidisciplinaire praktijk'. Multidisciplinaire praktijken zijn alle praktijken die in de enquête hebben aangegeven meerdere paramedische zorgsoorten aan te bieden. We hebben deze categorie geïntroduceerd om te voorkomen dat de gegeven antwoorden voor één van de geleverde zorgvormen, in de analyse aan alle zorgvormen wordt toegewezen.

Alleen volledig ingevulde formulieren zijn meegenomen in onze analyse.

Zorgverzekeraars:

Bij de zorgverzekeraars vond de verspreiding op een andere manier plaats. De link naar de vragenlijst is hier enkel gedeeld via Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het aantal zorgverzekeraars dat de vragenlijst heeft ingevuld is als volgt:

Sector	**Respons kleine zorgverzeke-raars**	**Respons grote zorgverzeke-raars**
Diëtetiek	6	3
Ergotherapie	6	3
Fysiotherapie	6	4
Logopedie	5	4
Oefentherapie	6	4

In totaal ontvingen wij 47 ingevulde formulieren. Grote zorgverzekeraars zijn: Achmea, CZ, Menzis en VGZ. De andere concerns (incl. de Friesland) worden in dit onderzoek beschouwd als de kleine zorgverzekeraars.

Representativiteit

De enquête betreft in zijn ontwerp een aselecte steekproef. Iedere zorgverzekeraar en zorgaanbieder van paramedische zorg in Nederland had de mogelijkheid om deel te nemen aan dit onderzoek. In een sector met ruim 14.000 zorgaanbieders zijn er met 622 ingevulde vragenlijsten veel zorgaanbieders die niet deelnemen aan het onderzoek.

Enquête zorgaanbieders:

Het doel van de enquête was om een beeld van de ervaringen en beleving van de paramedische sector te krijgen. Om dit doel te bereiken, is de respons voldoende. Tijdens de consultatieronde zijn de ervaringen en beelden zoals deze zijn beschreven in de monitor, voorgelegd aan vertegenwoordigers van de

branchеverenigingen in de paramedische sector en zorgverzekeraars. De resultaten van de enquête sloot aan bij het beeld dat branchеverenigingen vanuit hun leden ontvangen.

Enquête zorgverzekeraars:

Bij de zorgverzekeraars is de respons tien van de elf concerns, dus 91%. Deze zorgverzekeraars, vier grote en zes kleine, hebben niet voor elk van de vijf sectoren de vragenlijst ingevuld (zie tabel 2 hierboven). Voor ieder sector was de respons 9 of meer. Deze respons is voldoende voor het verkrijgen van een beeld van de ervaringen in de paramedische sector.

Zorginkoopbeleid

We hebben bij alle zorgverzekeraars het zorginkoopbeleid paramedische zorg voor 2020 opgevraagd. Het betreft de zorginkooporganisaties ASR, CZ, CaresQ (IptiQ en Eucare), DSW, Menzis, VGZ, VRZ (Zorg en Zekerheid, Eno en ONVZ) en Zilveren Kruis. Waar nodig is dit zorginkoopbeleid van de websites van zorgverzekeraars gehaald. Op basis van de zorginkoopdocumenten is voor de vijf sectoren diëtetiek, fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie in kaart gebracht wat voor de volgende onderwerpen in het zorginkoopbeleid is opgenomen:

- Soorten aangeboden contracten;
- Onderbouwing tarief;
- Voorwaarden contract;
- Transparantie inkoopbeleid ten aanzien van eisen voor verschillende contracten;
- Relatie inkoopbeleid en meldingen;
- Werking van de behandelindex;
- Visie zorgverzekeraar cliënt centraal;
- Afspraken kwaliteit en transparantie van kwaliteit;
- Afspraken over digitale zorg of andere efficiëntere vormen van zorg;
- Afspraken over preventie of voorkomen van zorg;
- Afspraken over verschuiving van zorg van tweede naar eerstelijn;
- Afspraken over samenwerking ook met sociaal domein.

Per onderwerp hebben we de bevindingen van alle zorgverzekeraars in kaart gebracht. In de monitor wordt daar in zijn algemeenheid over gerapporteerd.

Tariefonderbouwing

We hebben de zorgverzekeraars bij de zorginkoop-uitvraag aanvullend gevraagd om een toelichting over de tariefonderbouwing. Hierop hebben de zorgverzekeraars een algemene tekstuele onderbouwing gegeven over hoe zij voor paramedische zorg tot de vaststelling van het tarief zijn gekomen. Op basis van de ontvangen informatie konden wij enkel op hoofdlijn aangeven hoe de tarieven voor 2020 zijn opgebouwd.

Standaardcontracten

We hebben bij de zorgverzekeraars de standaardcontracten paramedische zorg 2020 opgevraagd. Het betreft de contracten van de zorginkooporganisaties ASR, CZ, CaresQ (IptiQ en Eucare), DSW, Menzis, VGZ, VRZ (Zorg en Zekerheid, Eno en ONVZ) en Zilveren Kruis. Op basis van de standaardcontracten is voor de vijf sectoren diëtetiek, fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie in kaart gebracht wat voor de volgende onderwerpen in de contracten is opgenomen:

- Contractvoorwaarden

- Tarief/ contractafspraken kwaliteit en de juiste zorg op de juiste plek

- Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een meerjarencontract

- Werking behandelindex

Per onderwerp hebben we de bevindingen van alle zorgverzekeraars in kaart gebracht. In de monitor wordt daar in zijn algemeenheid over gerapporteerd.