

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

### 2205

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *fysiotherapeuten die in actie komen tegen bemoeienis van de zorgverzekeraar* (ingezonden 4 maart 2020).

Antwoord van Minister **Van Rijn** (Medische Zorg) (ontvangen 25 maart 2020).

#### Vraag 1

Wat is uw reactie op de uitzending van Radar over fysiotherapeuten die in actie komen tegen de bemoeienis van zorgverzekeraars?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Het is goed dat fysiotherapeuten aangeven wat naar hun mening zou kunnen verbeteren in de zorg en in hun relatie met de zorgverzekeraars.

#### Vraag 2

Wat vindt u ervan dat fysiotherapeuten zich genoodzaakt zien ongecontracteerd te gaan werken en een derde van hen (34%), op dit moment geen contract met een of meer zorgverzekeraars heeft en 8% helemaal geen contracten met zorgverzekeraars meer heeft?

#### Antwoord 2

Het zou altijd een voorkeursoptie moeten zijn voor zorgaanbieders, en dus ook fysiotherapeuten, om contracten af te sluiten met zorgverzekeraars. Een contract is het beste instrument voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om over belangrijke onderwerpen als prijs, kwaliteit, service en zinnig zorg afspraken te maken. Maar als een zorgaanbieder zich genoodzaakt voelt om toch zonder contract te werken, is dat zijn eigen vrije keuze. De genoemde percentages niet-gecontracteerde zorglevering vind ik evenwel zorgelijk. En beschouw deze als een signaal dat het contracteerklimaat tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars verder moet verbeteren. Beide partijen moeten daarin investeren.

<sup>1</sup> Radar, 2 maart 2020, «Fysiotherapeuten in actie tegen bemoeienis van zorgverzekeraar» (<https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/fysiotherapeuten-in-actie-tegen-bemoeienis-van-zorgverzekeraar/>).

#### Vraag 3, 5

Wat vindt u ervan dat patiënten zorg gaan mijden omdat de kosten te hoog worden? Hoe hoog is het percentage zorgmijding bij fysiotherapeuten? Is daar onderzoek naar gedaan dat bij u bekend is?

Erkent u dat de huidige vergoedingen tot tweedeling leiden, waardoor mensen met een lager inkomen sneller geneigd zijn de zorg te mijden? Bent u bereid hier maatregelen tegen te nemen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 3, 5

Ik ben niet bekend met een onderzoek dat heeft gekeken naar de mijding van specifiek fysiotherapie. Wel laten cijfers van de Staat van Volksgezondheid en Zorg zien dat het percentage mensen dat aangeeft vanwege de kosten af te hebben gezien van zorg de afgelopen jaren is gehalveerd (van 16 procent in 2016 naar 8 procent in 2018).

Het is ongewenst als mensen vanwege financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg. Daarom zijn er zowel op landelijk als gemeentelijk niveau verschillende maatregelen genomen om de financiële toegankelijkheid tot zorg te borgen. Zo hebben mensen met een laag inkomen recht op zorgtoeslag.

Ook zijn specifieke zorgvormen, waaronder huisartsenzorg, zorg voor verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en ketenzorg bij bijvoorbeeld diabetes, uitgezonderd van het eigen risico. Verder komen specifieke zorgvormen in aanmerking voor een fiscale aftrek (de aftrek specifieke zorgkosten) en bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Daarnaast bieden gemeenten meerkostenregelingen en/of bijzondere bijstand aan mensen met hoge zorgkosten aan en/of hebben zij gemeentepolissen. Verzekerden kunnen bij de gemeentepolis kiezen voor een aanvullende verzekering, die vaak dekking biedt voor fysiotherapie. Omdat de gemeentepolis niet altijd de beste oplossing is voor mensen met een laag inkomen, zijn er ook gemeenten die keuzehulpen aanbieden. Een voorbeeld hiervan is de VoorzieningenWijzer. Dit initiatief helpt verzekerden bij het vinden van de juiste polis en bij het benutten van voorzieningen, zoals de zorgtoeslag en de bijstand. Een dergelijke keuzehulp kan verzekerden die fysiotherapie nodig hebben en daarbij een duidelijke voorkeur hebben voor een specifieke zorgaanbieder, helpen bij het bepalen welke (aanvullende) polis het meest geschikt is.

De beschikbaarheid van compensatiemaatregelen is een eerste stap, maar verzekerden moeten hier ook van op de hoogte zijn. Dit heeft mijn voortdurende aandacht. Zo zijn er diverse informatiecampagnes geweest om verzekerden te informeren over de uitzonderingen van het eigen risico. Ook gemeenten spelen een belangrijke rol. Er is mogelijk een groep verzekerden die zich niet vanzelf bij de gemeente meldt, omdat zij niet goed op de hoogte is van de compensatie-maatregelen die gemeenten kunnen bieden. Het gaat hierbij vooral om huis-houdens met (een bredere) financiële problematiek. Gemeenten hebben tal van initiatieven ontwikkeld om deze groep te bereiken. Zo komen gemeenten bijvoorbeeld via de budgetsupermarkt, de apotheker, het zwembad en de bibliotheek in aanraking met potentiële cliënten (zie ook Kamerstuk 29 689, nr. 846).

Tijdens het Algemeen Overleg van 12 september jl. over Eigen Bijdragen in de zorg heb ik toegezegd een onderzoek uit te zetten naar de (effectiviteit van) maatregelen die gemeenten en zorgverzekeraars nemen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen onder kwetsbare groepen tegen te gaan. Dit onderzoek zal ook aandacht besteden aan de vraag hoe kwetsbare groepen zo goed mogelijk bereikt kunnen worden.

#### Vraag 4

Deelt u de mening dat het beter is om fysiotherapie vanuit het basispakket te vergoeden in plaats van dat mensen een beroep doen op duurdere en vergoede tweedelijnszorg?

#### Antwoord 4

Fysiotherapie kan mogelijk een rol spelen bij substitutie van zorg uit de tweede lijn, naar de eerste lijn. In het kader van het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie, waarin het Zorginstituut Nederland (ZiNL) de knelpunten tussen de aanspraken en de kosten analyseert, wordt

hier ook naar gekeken en is eerder al besloten om de eerste 20 behandelingen bij bepaalde aandoeningen op de chronische lijst te vergoeden (onder andere bij claudicatio intermittens, COPD). Omdat het van belang is dat de zorg in het basispakket effectief en doelmatig is, wil ik niet vooruitlopen op de uitkomsten van het overgangstraject systeemadvies. Ik verwacht binnenkort de tweede voortgangsrapportage aan uw Kamer te kunnen toesturen.

Vraag 6

Hoeveel en welke zorgverzekeraars passen de behandelindex nog toe?

Antwoord 6

Op dit moment gebruiken de zorgverzekeraars CZ, VGZ, Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid de behandelindex als element om te differentiëren in hun contracten. De overige zorgverzekeraars kunnen de behandelindex gebruiken bij gesprekken over doelmatigheid van geleverde zorg.

Vraag 7

Deelt u de mening dat zorgverzekeraars via de behandelindex op de stoel van de zorgverlener gaan zitten, dit tot minder vergoedingen leidt en deze daarom dient te worden afgeschaft?

Antwoord 7

Nee, deze mening deel ik niet. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke taak in het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg. Zij kunnen zelf bepalen of en welke instrumenten zij inzetten om te sturen op doelmatige inzet van zorg. Op dit moment is de behandelindex het enige instrument binnen de paramedische zorg dat beschikbaar is voor de zorgverzekeraars om te beoordelen of de geleverde zorg wel doelmatig is. De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars al veel gedaan om de werking van de behandelindex te verbeteren. Zo wordt binnen de fysiotherapie nu door alle zorgverzekeraars dezelfde index gebruikt. In de bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019–2022 is afgesproken dat partijen verkennen of de behandelindex door kan worden ontwikkeld tot een resultaats-index. Dit is een beoordelingsinstrument waarin niet (alleen) het aantal behandelingen, maar ook uitkomsten van de behandelingen worden meegewogen.

Vraag 8

Bent u bereid om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoek te laten doen naar wat reële tarieven zijn in de fysiotherapie om zo de regie te behouden, in plaats van dit over te laten aan een extern bureau? Kunt u uw standpunt motiveren?

Antwoord 8

Nee, ik ga de NZa geen kostenonderzoek laten uitvoeren voor de paramedische zorg. Hiervoor zijn meerdere redenen. Allereerst is recent al een kostenonderzoek voor de paramedische zorg opgeleverd, waarvoor de paramedische beroeps-groepen en Zorgverzekeraars Nederland opdrachtgever waren. Zij hebben daarvoor zelf een onderzoeksbureau gekozen dat zij het meest geschikt achtten. Dit was een van de afspraken in de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022. Het Ministerie van VWS heeft financieel bijgedragen aan het onderzoek, maar was geen opdrachtgever. Ik heb uw Kamer bij brief van 19 maart 2020 (titel: «Kamerbrief over kostenonderzoek paramedische zorg» met kenmerk: 1661694–203096-CZ) geïnformeerd over dit onderzoek en geef daarin ook aan dat partijen dit onderzoek zullen gebruiken voor verdere afspraken. Er is dus geen enkele reden om opnieuw een kostenonderzoek te laten uitvoeren. Daarnaast voert de NZa alleen kosten-onderzoeken uit om tarieven vast te stellen voor sectoren waarin de tarieven gereguleerd zijn. In de paramedische zorg gelden vrije tarieven. Het zou dus niet gepast zijn om de NZa voor deze sector een kostenonderzoek te laten uitvoeren.

Vraag 9

Kunt u aangeven vanaf wanneer fysiotherapie niet meer volledig in het basispakket zat en hoe de ontwikkeling is geweest naar het schrappen van de eerste twintig behandelingen uit het pakket? Wat was daarvoor de motivatie?

#### Antwoord 9

Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 is besloten dat het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet zoals dat eind 2005 gold, bepalend was voor de aard, inhoud en omvang van het Zvw-pakket. Het Zvw-pakket 2006 was dan ook gelijk aan het ziekenfondspakket van ultimo 2005. In het pakket van het Ziekenfonds waren op dat moment de eerste 9 behandelingen al voor eigen rekening van de verzekerden. In 2011 is dit aangepast naar 12 behandelingen. Dit was een van de maatregelen naar aanleiding van de overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). En in 2012 is het aantal behandelingen voor eigen rekening verder verhoogd naar 20 behandelingen. Dit naar aanleiding van de bezuinigingsopdracht in het regeer- en gedoogakkoord.

#### Vraag 10

Wat zijn bij benadering de extra kosten voor fysiotherapie als de eerst twintig behandelingen weer in het basispakket zouden worden opgenomen, ervan uitgaande dat de directe toegankelijkheid zou worden vervangen door een verplichte verwijskaart van huisarts of specialist?

#### Antwoord 10

Het is lastig om een bedrag te noemen dat betrouwbaar is omdat zorgverzekeraars geen zicht hebben op behandelingen die verzekerden zelf betalen. Zorgverzekeraars Nederland heeft een poging gedaan om de kosten te bepalen en komt tot ongeveer € 100 miljoen per jaar. Maar dit is nadrukkelijk een grove schatting die gebaseerd is op een groot aantal aannames.