

Vragen en antwoorden over het kostenonderzoek

(Dit document wordt voortdurend aangepast met nieuwe vragen van leden)

1. Wat staat er in het rapport van Gupta?

Het Kostenonderzoek Paramedische Zorg geeft een overzicht van de werkelijke en normatieve kosten voor paramedische zorg, effecten van prijsveranderingen op de prijs van de aanvullende en basisverzekering (resp. AV en BV) en doet suggesties voor maatregelen die kunnen worden genomen om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van paramedische zorg in de toekomst te borgen.

De belangrijkste uitkomst is dat de werkelijke feitelijke kostprijs van een reguliere zitting (code 1000) is berekend op 31 euro in 2018. De normatieve kostprijs (met inachtneming van een fatsoenlijk loon, productiviteit en praktijkkosten – dus wat de kostprijs/het tarief eigenlijk zou moeten zijn) ligt hier 12 procent boven. Deze gegevens zijn gebaseerd op gegevens uit 2018 en moet nog worden geïndexeerd naar 2021.

Het rapport spreekt overigens over een werkelijke feitelijke kostprijs van 34 euro. Dit gaat om een gemiddelde van alle in de praktijk gemeten prestaties. Hierin zitten ook intakes en gespecialiseerde behandelingen. Maar de feitelijke kostprijs zoals die in de praktijk is gemeten is niet kostendekkend voor een normatieve praktijk.

De belangrijkste conclusies over de kostprijs staan in deze tabel:

NIVEAU 2018	Feitelijke uitkomst onderzoek	Normatieve hoogte tarief
Gemiddelde voor alle behandelingen	€ 34,00	€ 38,00
Tarief voor de zitting (code 1000)	€ 31,00	€ 34,70 ¹

Meer gedetailleerde informatie over het rapport vindt u [hier](#)

2. Hoe is het rapport van Gupta tot stand gekomen?

Het rapport maakt deel uit van de bestuurlijke afspraken paramedische zorg. Het KNGF heeft hier in het verleden op aangedrongen om zichtbaar te maken dat de tarieven in de fysiotherapie al jaren te laag zijn. Meer gedetailleerde informatie vind je [hier](#)

3. Kan ik het rapport van Gupta inzien/krijgen?

Het rapport is op 19 maart door de minister naar de Tweede kamer gestuurd. Het rapport met samenvatting kunt vind je [hier](#). En dit is [brief](#) van de minister aan de Tweede kamer

4. Waarom duurde het zo lang voordat er publiciteit over het rapport kwam?

Tijdens het proces zijn door het KNGF enkele methodologische bezwaren gesignaleerd en kenbaar gemaakt. Nadat Gupta een eerste opzet had gemaakt voor de berekening van de normatieve kosten hebben we die zowel intern kritisch bekeken als extern laten toetsen. Dat heeft ervoor gezorgd dat

¹ NB dit bedrag wordt als zodanig niet in het rapport genoemd maar is berekend op grond van de andere cijfers en percentages in het rapport

een aantal onderdelen door Gupta zijn herzien. Na uitgebreide toelichting en bespreking heeft dat tot een aantal aanpassingen in het rapport geleid.

5. Wat vindt het bestuur van het rapport van Gupta?

Op basis van onze kritiek heeft Gupta een aantal uitgangspunten aangepast. Hoewel Gupta niet volledig aan onze bezwaren tegemoet is gekomen, meent het bestuur dat het rapport nu een goede basis is voor verder overleg.

6. Hoeveel praktijken hebben aan de enquête meegedaan?

In totaal zijn er 1.378 paramedische praktijken aangeschreven, waarvan 286 fysiotherapiepraktijken. Hiervan hebben uiteindelijk 60 praktijken deelgenomen aan het onderzoek. Doordat de variatie binnen deze groep beperkt was, is de steekproef toch statistisch representatief bevonden.

7. Wat is een normatief tarief?

Een tarief dat voldoet aan bepaalde normeringen. Die normering moet ervoor zorgen dat de fysiotherapeut een passend inkomen kan verdienen uit een reguliere praktijkvoering. Met een passende workload, waarbij alle praktijkkosten worden vergoed die voor *state of the art*-praktijkvoering nodig zijn.

Een normatieve methode kan worden toegepast omdat de werkelijke situatie, door bijvoorbeeld bezuinigingen, niet altijd een optimale weergave van de situatie geeft. De NZa gebruikt ook normatieve methoden bij het bepalen van de tarieven voor huisartsen, tandartsen of verloskundigen. Deze normen kunnen worden gehaald uit wetenschappelijk onderzoek, bij experts of door te kijken naar andere vergelijkbare beroepsgroepen. Een belangrijk voorbeeld van een normatief element in dit onderzoek is het loon van de fysiotherapeut. Omdat fysiotherapeuten in de eerste lijn geen CAO kennen, is voor het bepalen van een normatief loon gekeken naar de CAO van fysiotherapeuten die werken in ziekenhuizen. Dat wordt dan vervolgens verhoogd met werkgeverslasten, een voorziening voor arbeidsongeschiktheid, pensioen en een voorziening voor ondernemerschap.

8. Hoe zijn de verschillende onderdelen van het normatieve tarief opgebouwd door Gupta?

- Het rapport van Gupta maakt in de normatieve benadering gebruik van verschillende bronnen, zoals: interviews met praktijkhouders
- vergelijkingen met andere beroepsgroepen
- landelijke data
- data uit het feitenonderzoek (hoofdstuk 2)

Ruwweg kun je zeggen dat de normatieve kosten bestaan uit drie elementen:

- loonkosten
- productiviteit
- praktijkkosten.

Loonkosten

Voor de loonkosten is gekeken naar fysiotherapeuten die vallen onder de cao in ziekenhuizen en VVT/GHZ instellingen. De loonkosten bestaan, naast het salaris, ook uit het pensioen, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, ondernemersrisico en werkgeverslasten. Deze componenten

samen komen volgens Gupta neer op (jaarlijks) € 78.000 voor praktijkhouders en € 72.000 voor fysiotherapeuten in loondienst.

Productiviteit

Daarnaast is er normatief gekeken naar de werkbelasting en productiviteit. Ook of er voldoende ruimte is voor administratietijd, overlegtijd, scholing, bedrijfsvoering, verlof en verzuim zonder dat hiervoor overuren gemaakt hoeven te worden. In het Gupta rapport komt dit neer op een productiviteit van 66 procent (ruim 10 behandelingen per dag, inclusief verlof en verzuim, dus gedurende 261 dagen per jaar). De normatieve productiviteit is daarmee een stuk lager dan de werkelijke productiviteit van 74 procent (overuren zijn daarbij niet meegerekend).

Praktijkkosten

Voor de praktijkkosten is gekeken naar welke kosten de fysiotherapeut moet maken om 'kwalitatief' goede fysiotherapeutische zorg te leveren. Of bijvoorbeeld de oefen-, behandel- en kleedruimte groot genoeg zijn. En of een praktijkeigenaar ook zijn ict, licentie-, scholings- en lidmaatschapskosten kan betalen. De normatieve praktijkkosten zijn in het onderzoek vergelijkbaar met de werkelijke praktijkkosten.

9. De uitkomst is lagere dan wat Henk Jansen altijd heeft gezegd een redelijk tarief te vinden. Hoe kan dat?

Zoals al eerder aangegeven, is de normatieve benadering van Gupta onderwerp van heel veel discussie geweest. Henk Jansen baseerde zijn berekening op een andere normatieve benadering. Uiteindelijk heeft het bestuur besloten (schoorvoetend) akkoord te gaan met deze uitkomst van het rapport van Gupta omdat het *over-all* een goede basis is voor verdere gesprekken over het tarief.

10. Wat voor soort kostenbeheersingsmaatregelen staan er in het rapport?

In hoofdstuk 5 en 6 van het kostenonderzoek worden verschillende maatregelen genoemd. In hoofdstuk 5 gaat het hoofdzakelijk om kostenbesparende maatregelen. Deze zijn gebaseerd op de declaratiedata van fysiotherapeuten in Vektis, interviews met praktijkhouders en discussies in de begeleidingsgroep (waarin ook het KNGF heeft deelgenomen). Voor het KNGF is steeds belangrijk geweest dat de waarde van het vak fysiotherapie en de besparingen die fysiotherapie oplevert op de zorgkosten als uitgangspunt worden genomen. Het is belangrijk te vermelden dat niet alle maatregelen door het KNGF gesteund worden. Gupta heeft hier als onafhankelijk bureau deels zelf een afweging gemaakt.

Voor de fysiotherapie worden e-health en de inzet op groepstherapie als belangrijkste maatregelen genoemd met een potentiële hoge impact op besparingen in zorgkosten. Ook het beperken van de aanspraak op zware zorg en de invoering van een no-claim-korting of eigen bijdrage in de AV worden genoemd, maar tegelijkertijd ook als niet haalbaar en onwenselijk bestempeld.

In het laatste deel van hoofdstuk 5 zijn door Gupta nog enkele suggesties voor alle beroepsgroepen gedaan, zoals:

- omzetplafond voor praktijken
- meer start- en stopcriteria in behandelrichtlijnen
- de behandelindex doorontwikkelen naar een resultaatindex

- het beperken van de administratieve lasten
- (voor fysio- en oefentherapie) het toevoegen van de eerste 20 behandelingen van de chronische lijst aan de basisverzekering

In hoofdstuk 6 gaat het om de toekomstbestendigheid van de paramedisch sector. Hierin doet het Gupta rapport enkele suggesties voor systeem aanpassingen, met name binnen de bekostigingssystematiek. Het uitgangspunt is hierbij dat de huidige bekostiging (per verrichting), onvoldoende stimulerend werkt voor preventie en samenwerking met andere disciplines. Voorbeelden in het rapport voor andere bekostigingsmodellen zijn: een abonnementstarief of inschrijftarief, betaling op uitkomst, het invoeren van een eigen bijdrage of een integrale bekostiging. Met een aantal van deze maatregelen wordt binnen de fysiotherapie of andere sectoren al geëxperimenteerd. Voor een volledig beeld van de maatregelen verwijzen we naar hoofdstuk 6 van het rapport.

In het algemeen vindt het bestuur dat de door Gupta voorgestelde maatregelen te veel uitgaan van het idee dat je zomaar in het volume aan fysiotherapeutische zorg zou kunnen snijden. Zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg of de kwaliteit van leven en het herstelproces van de patiënt. Daarom is eigenlijk geen enkele van de voorstellen van Gupta aanvaardbaar. Wel is het bestuur bereid om samen met verzekeraars te kijken naar het verbeteren van de doelmatigheid van de zorg, daar waar die op basis van inhoudelijke toets ondoelmatig is. Doelmatige zorg moet volledig worden vergoed tegen een rechtvaardig (normatief) tarief. Er worden ook maatregelen genoemd in het licht van Juiste Zorg op de Juiste Plek, waarin de fysiotherapeut taken overneemt van de huisarts en waar meer ruimte komt voor preventieve zorg.

11. Wat vindt het KNGF – bestuur van deze maatregelen?

Zoals eerder gezegd vindt het KNGF dat de waarde van paramedische zorg binnen de huidige zorg als uitgangspunt genomen moet worden. Meer paramedische zorg levert een besparing op van zorgkosten. Een aantal van deze maatregelen zijn nog te 'eng', en richten zich op het beperken van het volume van paramedische zorg. Toch nemen ook wij de uitslag van dit onderzoek serieus. We zullen daarom goed kijken wat het KNGF kan doen om de uitkomsten van dit onderzoek te vertalen naar de praktijk.

12. Wat heeft het KNGF gedaan om tot een goede uitkomst te komen?

Het KNGF heeft deelgenomen in de begeleidingscommissie van het onderzoek. Waar mogelijk hebben wij de onderzoekers geholpen bij het oplossen van problemen die zich bij de uitvoering van het onderzoek voordeden. Een belangrijke drempel was bijvoorbeeld de beperkte respons van praktijken die wilden meewerken aan het veldonderzoek (hoofdstuk 2). Het KNGF heeft er toen voor gezorgd dat de praktijkhouders die meewerkten (gedeeltelijk) voor hun inspanningen werden gecompenseerd met een tegemoetkoming van € 250.

Daarnaast is er ook afstemming geweest over de methodologie van het onderzoek. Op enkele onderdelen, zoals in hoofdstuk 5, werd door Gupta inhoudelijk input gevraagd. Wel wil het KNGF beklemtonen dat Gupta een onafhankelijk onderzoek heeft gedaan en dat de invloed van het KNGF op de uiteindelijke resultaten van het onderzoek daardoor per definitie beperkt is geweest. Toch ontstonden op enig moment zeer uiteenlopende opvattingen tussen de onderzoekers van Gupta en het KNGF over enkele onderdelen in het onderzoek, met name in het normatieve deel,

omdat Gupta daarin te veel naar de uitkomst van het feitenonderzoek heeft gekeken en onvoldoende naar de objectiveerbare inhoudelijke en kwalitatieve aspecten. Het KNGF heeft toen gevraagd onderdelen te herzien en hier externe expertise voor ingeschakeld. Een deel van deze aanbevelingen is door Gupta overgenomen.

13. Waarom zijn er zulke grote verschillen met de andere paramedici?

Het normatieve onderzoek is, net als het veldonderzoek, apart uitgevoerd voor alle beroepsgroepen. Hierdoor zijn er verschillen ontstaan, met name tussen oefentherapie en de andere beroepsgroepen. De normatieve kostprijs is in de oefentherapie 30 procent hoger dan de werkelijke kostprijs, tegenover 12 procent hoger voor de fysiotherapie. Dit is gezien de inhoudelijke overeenkomsten tussen fysiotherapie en oefentherapie moeilijk aanvaardbaar.

Het KNGF heeft meer dan eens aangegeven dat deze uitslag niet verklaarbaar is. Het verschil vindt waarschijnlijk zijn oorsprong voor een groot deel in het verschil in productiviteit in de werkelijke situatie (49 procent productiviteit voor de oefentherapeuten versus 74 procent voor de fysiotherapeuten). Ook maakt Gupta een andere inschatting van de administratietijd in de oefentherapie dan in de fysiotherapie. Oefentherapeuten zien veel minder patiënten per dag en doen langer over een behandeling. Fysiotherapeuten hebben dus geleerd veel efficiënter te werken. Toch zou dit niet zijn weerslag moeten hebben in de normatieve berekeningen omdat daar zorginhoudelijke overwegingen centraal staan.

Gupta geeft als uitleg dat oefentherapeuten complexere patiënten behandelen en verwijst naar de NZa monitor paramedische zorg en het hogere aandeel kinder- en psychosomatische behandelingen binnen de oefentherapie. De exacte definitie van complexe patiënten wordt overigens door Gupta niet op een heldere manier gegeven.

Uiteraard is door het KNGF herhaaldelijk en expliciet op gewezen dat dit, zeker gezien de vele specialistische behandelingen binnen het fysiotherapeutische domein (ook duidelijk zichtbaar in de NZa monitor) geen verklaring is en dat bovendien de 'complexe' patiënt zich op heel veel manieren manifesteert in de dagelijkse praktijk. Op basis van wetenschap, richtlijnen en opleiding is geen enkele inhoudelijke verklaring te vinden voor dit standpunt van Gupta.

14. Welke stappen worden er de komende weken gezet?

In het Bestuurlijk Overleg is afgesproken dat er een nieuw gezamenlijk overleg van het KNGF met het bestuur van ZN en de CEO's van de vier grote verzekeraars zal worden gehouden. Ook is afgesproken dat partijen uiterlijk 1 juni moeten hebben afgesproken hoe het rapport van Gupta verder wordt uitgewerkt en welke consequenties daaraan worden verbonden voor de tarieven.

Deze afspraken dateren echter wel van vlak voor het uitbreken van de coronacrisis. Mogelijk zullen we als gevolg daarvan iets meer de tijd moeten nemen. Duidelijk is dat er in ieder geval zo tijdig afspraken moeten zijn gemaakt dat er in 2021 een eerste betekenisvolle stap naar herstel van het tarief moet zijn gezet.

15. Hoe gaan verzekeraars ermee om?

Hoe dat feitelijk uitwerkt, kunnen we pas zien nadat het hierboven genoemde bestuurlijke overleg is gehouden. In de Bestuurlijke Afspraken is daarover de volgende passage opgenomen, waar verzekeraars zich aan hebben gecommitteerd:

Met betrekking tot het kostprijsonderzoek zullen zorgverzekeraars de uitkomsten ter harte nemen. De beroepsgroepen op hun beurt zullen zich maximaal inspinnen voor een doelmatige en efficiënte zorgverlening om zodoende de zorg betaalbaar te houden.

16. Welke garanties hebben we dat verzekeraars iets gaan doen aan de tarieven?

Hierboven is al aangegeven dat we verder met de verzekeraars om de tafel gaan in een bestuurlijk overleg waarbij zowel ZN als de vier grote verzekeraars op bestuurlijk niveau zijn vertegenwoordigd. We kunnen geen garanties geven over de uitkomst van dat overleg, maar het rapport van Gupta geeft onomstotelijk aan dat in 2018 de tarieven al 12 procent te laag waren. Als we dat doortrekken naar 2021 komen we uit op ongeveer 20 procent, zij het dat enkele verzekeraars in 2019 hun tarieven wel al enigszins hebben aangepast.

Aan de andere kant hebben we ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de houdbaarheid en de betaalbaarheid van het stelsel. Fysiotherapie is de belangrijkste voorziening in de aanvullende verzekering en we hebben een gezamenlijk belang bij continuïteit daarvan.

Het bestuur zet daarom in op een uitkomst van het overleg die ervoor zorgt dat de fysiotherapeut het tarief en de beloning krijgt die hem rechtmatig toekomt voor het leveren van doelmatige zorg. Dat is ook waar we ons in de bestuurlijke afspraken op hebben vastgelegd (zie het citaat uit de bestuurlijke afspraken in de vorige vraag).

Het bestuur streeft naar afspraken die leiden tot een toekomstbestendige tariefontwikkeling. Dat wil zeggen: een rechtvaardig tarief, voor doelmatige zorg, gebaseerd op de normatieve benadering, dat jaarlijks wordt geïndexeerd. Het bestuur vindt dat er daarbij ook aandacht moet zijn voor het feit dat de tarieven jarenlang te laag zijn geweest. Het ligt in de rede als dat ook op een of andere manier wordt gecompenseerd.

17. Hoe staan de andere paramedici in de discussie?

De bedenkingen over de methodologie van Gupta in de normatieve berekening zijn met name van de kant van het KNGF gekomen. De andere paramedische koepels en SKF hebben zich eigenlijk niet met die discussie ingelaten. Dat is jammer want het is natuurlijk sterker als je gezamenlijk optrekt. De inzet van het KNGF op dit punt heeft uiteindelijk tot een 5 procent hogere uitkomsten geleid (niveau 2018),

18. Hoe staat SKF in de discussie?

Zie het antwoord op de voorgaande vraag

19. Waarom zijn er zulke grote verschillen met de andere paramedici?

Er zijn twee belangrijke factoren die dat verklaren:

Ten eerste hebben de fysiotherapeuten 'de nering naar de tering' gezet. De fysiotherapiepraktijken hebben zich aan de veel te lage tarieven aangepast door het bedrijfseconomische model aan te passen. De productiviteit van de fysiotherapeuten is in de praktijk veel hoger dan die van de andere paramedici en ze maken ook veel meer (over)uren. De feitelijke productiviteit in de fysiotherapie ligt daarmee, afhankelijk van hoe je het rapport leest rond de 64 procent. Van de andere paramedici rond de 49 procent. Gupta komt daardoor voor de fysiotherapeuten op een hogere normatieve productiviteit uit van 66 procent tegen 62-63 procent voor de andere paramedici.

Ten tweede, maar dat hangt daar wel mee samen, kent Gupta aan de andere paramedici, met name aan de oefentherapeuten meer administratietijd toe dan aan de fysiotherapeuten.

20. Waarom komen de oefentherapeuten op een veel hoger tarief uit?

Zie het antwoord op vraag 19.

21. Wat betekent de indexering naar 2021?

De indexering naar 2021 is ongeveer 8 procent. Dat is vrij hoog omdat er in de cao ziekenhuizen een grote stap naar inkomensverbetering is gezet. In de normatieve systematiek telt dat door in de tarieven. Dat betekent dat het tarief in 2021 op ruim 37 euro uitkomt. De feitelijke percentages kunnen wat verschillen omdat sommige verzekeraars in 2020 hun tarieven al enigszins hebben aangepast.

22. Wat kunnen de gevolgen zijn voor de dekking in de verzekering en de aanvullende verzekering?

In het rapport van Gupta wordt aangegeven dat een kostenstijging van 3-5 procent in de AV kan worden opgevangen in de gebruikelijke jaarlijkse aanpassingen, zonder gevolgen voor de dekking en de dekkingsgraad. Het bestuur is van mening dat de tarieven in 2021 meer moeten stijgen omdat de achterstand ongeveer 20 procent is. Mogelijk kunnen we een deel van die stijging opvangen met afspraken over en maatregelen om de doelmatigheid van de zorg te vergroten. Maar uitgangspunt blijft dat doelmatige zorg moet worden vergoed tegen het rechtvaardige tarief. Dat willen we binnen een afzienbare periode bereiken. Over de duur van die periode kunnen we meer zeggen als we het eerste gesprek met verzekeraars hebben gevoerd.

23. Wanneer zijn de regiobijeenkomsten?

De regiobijeenkomsten staan vanaf de tweede helft van april gepland. Of ze in fysieke vorm kunnen doorgaan, kunnen we vanwege de coronacrisis nu nog niet aangegeven. Mogelijk worden het webinars. Je ontvangt hierover nader bericht.