

ALARMFASE ROOD FYSIOTHERAPIE IN NOOD

'ONZE HANDEN ZIJN ER VOOR PATIËNTEN, NIET VOOR TOETSENBORD'

ZZORG GEEN MARKT



FYSIOTHERAPIE IN NOOD

'ONZE HANDEN ZIJN ER VOOR PATIËNTEN, NIET VOOR TOETSENBORD'

ALARMFASE ROOD FYSIOTHERAPIE IN NOOD

‘ONZE HANDEN ZIJN ER VOOR PATIËNTEN, NIET VOOR TOETSENBORD’

ZZORG GEEN MARKT

Comité Zorg Geen Markt, Actiegroep Fysiotherapeuten in Nood

april 2013

Dr. Ineke Palm, Comité Zorg Geen Markt, Wetenschappelijk Bureau SP
Petra Zimmer, Fysio- en manueel therapeut; Humbert Buur, fysio- en manueel therapeut; Joost Nagelmaeker, fysiotherapeut; Joke Groot, BekkenbodemFysiotherapeut; Peer van het Riet, fysiotherapeut; Marion Russchen, fysiotherapeut; Abdel Chimal, fysiotherapeut

afbeelding omslag: Actiegroep Fysiotherapeuten in Nood
pag. 4, 14: Witte/HH
pag. 20: Muller/HH
pag. 52: Roger Dohmen/HH
pag. 100: Roel Visser/HH

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	5
OPZET EN RESPONS	15
RESULTATEN	
1. DE ZORGVERZEKERAARS: CONTRACTEN EN EISEN	21
2. DE FYSIOTHERAPIEPRAKTIJK: VERSLAGLEGGING EN KWALITEIT	53
3. DE PATIËNTEN: TOEGANKELIJKHEID FYSIOTHERAPIE	73
4. MARKTWERKING: JA OF NEE?	90
CONCLUSIES	101
AANBEVELINGEN	109
BIJLAGE 1	111
BIJLAGE 2	129
BIJLAGE 3	141



SAMENVATTING

Het comité Zorg Geen Markt heeft een uitgebreide enquête gehouden naar de gevolgen van de marktwerking in de fysiotherapie onder 2.100 fysiotherapeuten. Uit dit onderzoek komt een kafkaësk beeld naar voren. Meer dan 1.000 verschillende tarieven, zeer veel verschillende regels en zorgverzekeraars die eenzijdig de spelregels en tarieven bepalen. Het is slikken of stikken. De kwaliteit bestaat vooral nog uit uitgebreide verslaglegging aan zorgverzekeraars. Het gaat bovendien om absurde eisen die vooral bedoeld zijn om te bezuinigen. De doorgeslagen verslaglegging kost de fysiotherapeuten ontzettend veel tijd en geld. 97 procent van de respondenten vindt de werkbelasting vanwege de verslaglegging veel te hoog. Fysiotherapeuten zijn 1 tot 2 uur per dag bezig met administratie, een derde van de respondenten zelf 2 tot 3 uur of nog meer. Dit gaat ten koste van de zorg. Ruim 80 procent van de fysiotherapeuten meldt dat zij hierdoor niet altijd meer kan doen wat nodig is. Een op de vijf respondenten zegt zelfs dat zij gecompliceerde patiënten weren vanwege de hoge eisen en dreigende controles (audits) van verzekeraars. 80 procent van de respondenten willen liever geen contracten afsluiten maar doet dat vooral nog omdat anders de toegankelijkheid van de fysiotherapie voor de patiënten in gevaar komt. Nog slechts 11 procent van de respondenten vindt de marktwerking een goed idee.

95 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten stelt dat patiënten niet of onvoldoende aanvullend verzekerd zijn. Daarbovenop komt het eigen risico en de sterke inperking van de gemeentelijke contracten voor de mensen met een laag inkomen. 85 procent vindt het gat te groot tussen het aantal vergoede behandelingen via de aanvullende verzekering en de vergoeding via het basispakket vanaf de 21^{ste} behandeling voor chronische patiënten. 10 procent van de respondenten meldt dat chronische patiënten worden geweigerd voor uitgebreide aanvullende pakketten. Het gevolg van de financiële drempels is dat

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

mensen afzien van noodzakelijke behandeling. Ruim 90 procent van de respondenten meldt dat patiënten wegblijven, afzien van behandeling of korter in behandeling zijn dan nodig. Driekwart van de respondenten meldt dat 10 tot 20 procent of meer afziet van noodzakelijke behandeling.

Aanbevolen wordt de macht van de zorgverzekeraars terug te draaien. De verslaglegging moet weer in handen van de beroepsgroep en beperkt tot wat zinvol is. De kwaliteit moet onder controle van de beroepsgroep en gebaseerd worden op resultaten en patiënttevredenheid in plaats van alles goed kunnen opschrijven. De toegankelijkheid van de fysiotherapie moet worden verbeterd door een verruiming van het basis- en aanvullende pakket, verlaging van het eigen risico, en uitbreiding van de chronische lijst. De marktwerking moet worden teruggedraaid en de bemoeienis van de Nma gestopt. In plaats van onderhandelingen moeten er landelijke prijsafspraken worden gemaakt door overheid en beroepsgroep.

Gezien de uitkomsten van dit onderzoek lijkt de keuze van het nieuwe kabinet om de marktwerking door te zetten en de sleutelrol van de verzekeraars te handhaven, een slechte keuze. De beoogde doelen van de marktwerking zijn niet bereikt. Er is geen sprake van gelijkwaardige partijen, verbetering van kwaliteit en keuzevrijheid. De bureaucratie is juist enorm uitgebreid, waardoor fysiotherapeuten hun vak nauwelijks nog kunnen uitoefenen. Het weren van gecompliceerde patiënten, het weigeren van chronische patiënten voor uitgebreide aanvullende verzekeringen en de financiële drempels leiden tot een ongewenste tweedeling. Om uitholling van het vak en de insluipende tweedeling te stoppen moet de marktwerking worden gestopt, de rol van de verzekeraars sterk worden ingeperkt en de vergoedingen worden uitgebreid. Het vak moet weer teruggegeven worden aan de fysiotherapeuten zelf.

INLEIDING

Fysiotherapie is een van de terreinen in de zorg waar de vermarkting het verst is doorgevoerd. De tarieven zijn vrijgelaten: hierover wordt 'onderhandeld' met zorgverzekeraars en de resulterende tarieven worden vastgelegd in contracten. Fysiotherapie is – behalve voor een beperkt aantal chronische aandoeningen – verwijderd uit het basispakket. Mensen kunnen zich hiervoor aanvullend verzekeren.

ONDERHANDELINGEN ZORGVERZEKERAARS

VRIJE TARIEVEN

De vrije tarieven zijn in 2005 in de fysiotherapie ingevoerd. De overheid wilde met een 'vrije markt' de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg versterken. Inmiddels zijn er ruim duizend verschillende tarieven. In de tarieven wordt een aantal soorten therapie onderscheiden met combinaties van toeslagen aan huis en in inrichtingen; in totaal zijn er 47 prestatiecodes.

De tarieven zijn vervolgens verschillend per zorgverzekeraar en afhankelijk van de afgesloten contracten. Er zijn in 2012 zeventenentwintig zorgverzekeraars, zij vormen negen groepen verzekeraars die contracteren. Dat zijn Achmea, Azivo, CZ, De Friesland, Eno (voorheen Salland), Menzis, Multizorg, VGZ en Zorg en Zekerheid. Er zijn enkele verzekeraars die onderscheid maken in praktijken met verschillende niveaus in kwaliteit en vergoeding van de behandeling. Bijvoorbeeld Menzis onderscheidt drie profielen 1, 2 en 3. Achmea heeft standaard, basis, plusintensief en preferred provide contracten. Ook Zorg en Zekerheid, Friesland regionaal en Eno regionaal onderscheiden meerdere niveaus. CZ wil in de toekomst onderscheid maken tussen praktijken met beste zorg, goede zorg, kan beter zorg en praktijken die CZ niet

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

meer contracteert. In totaal kom je op meer dan 20 contracten – maal 47 prestatiecodes betekent dat meer dan 1.000 tarieven!¹

ONDERHANDELINGEN OVER TARIEVEN

De tarieven worden vastgelegd in contracten. Over de contracten is overleg tussen de zorgverzekeraars en de KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie). De individuele zorgaanbieders krijgen vervolgens de contracten voorgelegd en kunnen wel of niet tekenen. Er is geen sprake van gelijkwaardige partijen. De zogenaamde vrije tarieven worden vastgesteld door de verzekeraars. Verzekeraars stellen hoge eisen, ieder jaar veranderen bovendien de regels, zodat fysiotherapeuten zich telkens weer moeten aanpassen. De administratieve eisen leiden tot hoge werkdruk.²

NATURA EN RESTITUTIEPOLISSEN

Bij naturapolissen gelden de in het contract afgesproken tarieven, zowel voor de behandelingen die vergoed worden als voor de behandelingen die de patiënten zelf moeten betalen. Bij een restitutiepols mogen de fysiotherapeuten hun eigen tarief rekenen. De meeste verzekeraars geven aan dat men een marktconform tarief vergoedt.

RESTITUTIETARIEVEN

Indien een fysiotherapeut geen contract heeft gesloten met een verzekeraar geldt het zogenaamde restitutietarief. De verzekeraar vergoedt dan niet het gehele tarief. Dit kan variëren van 60 tot 80 procent van de geldende tarieven. Bij Achmea is het restitutietarief slechts 14,50 euro. Dit geldt vooral voor de naturapolis. Bij de restitutiepols geldt meestal 100 procent van het markttarief.

STANDAARD- EN BASISCONTRACTEN

Het meest eenvoudige contract is het standaard- of het basiscontract. De zorgaanbieders moeten verantwoording afleggen volgens de kwaliteitsbepalingen zoals vastgelegd in de basisovereenkomst. Een aantal verzekeraars hanteert hierbij een beheersmodel waarbij via een beheersaudit kan worden getoetst of aan de kwaliteitsbepalingen wordt voldaan. Getoetst worden het centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, praktijkorganisatie en accommodatie, hygiëne, veiligheid, privacy, klachtenregeling, methodisch handelen en de KNGF-richtlijnen. Alle grote verzekeraars hebben hun eigen beheersmodel en beheersaudit. Sommigen hanteren alleen een beheersaudit in hun gebied, zoals de Friesland en Zorg en Zekerheid. Menzis, CZ en Achmea hanteren het voor iedereen. UVIT, VGZ en kleinere verzekeraars hanteren het (nog) niet.

¹ Peter Bar, info@fysiovergoeding.nl

² Gesprekken fysiotherapeuten.

Op basis van de behandelindex of het behandelgemiddelde selecteert de zorgverzekeraar één of meerdere praktijken voor een beheersaudit. Je wordt geselecteerd als je bijvoorbeeld één of meer kwartalen een behandelindex hebt van 120 of hoger (of een afwijking naar beneden), of als er geen behandelindex kan worden berekend. De behandelindex is het gemiddeld aantal behandelingen door de praktijk verleend aan verzekerden van die zorgverzekeraar, vergeleken met het gemiddeld aantal behandelingen dat aan de verzekerden van die zorgverzekeraar is verleend door alle andere door deze zorgverzekeraar gecontracteerde praktijken eerstelijns fysiotherapie. De behandelindex kan een gewogen gemiddelde betreffen. Bij CZ wordt bijvoorbeeld gewogen op leeftijd, geslacht, wel of niet op de bijlage (lijst Borst) en diagnose. Er wordt bij het behandelgemiddelde echter vaak geen of onvoldoende rekening gehouden met specifieke aandoeningen bij bepaalde specialisaties. Achmea hanteert een landelijk gemiddelde; hierover krijg je twee keer per jaar spiegelinformatie – een keer rond juni/juli en nog een keer aan het einde van het jaar. In 2011 mocht de afwijking 20 procent zijn erboven of eronder; in 2012 is dat 15 procent.³

De beheersaudit verschilt per verzekeraar. Bij Achmea moet de geselecteerde zorgaanbieder uit de door de zorgverzekeraar aangewezen auditbureau's kiezen. De zorgaanbieder is verplicht alle patiëntendossier (geanonimiseerd) aan te leveren. Als de uitkomst van de eerste beheersaudit positief is, betaalt de zorgverzekeraar de kosten van de audit. Als de uitkomst negatief is, betaalt de zorgaanbieder de eerste audit en is verplicht tot een tweede beheersaudit. De praktijk gaat vervolgens een verbetertraject in (6 tot 12 maanden). Hierbij hoort ook het volgen van 3 dagen na- en bijscholing (die de praktijk zelf moet betalen) in methodisch fysiotherapeutisch handelen; deze bijscholing vindt plaats met de hele praktijk en op vastgestelde dagen. Ook is de zorgaanbieder verplicht voor alle behandelingen van de bijlage akkoord te vragen. De zorgaanbieder krijgt in het beheerstraject slechts 20 euro per behandeling. De tweede beheersaudit wordt altijd door de zorgaanbieder betaald.

Indien de tweede audit negatief is wordt de overeenkomst opgezegd per drie maanden daarna.

Pas na 12 maanden kan opnieuw een overeenkomst worden afgesloten, er moet dan wel een beheersmodelaudit met positieve uitkomst zijn afgerond.

Als de zorgaanbieder niet meewerkt aan de uitvoering, beëindigt de zorgverzekeraar de overeenkomst binnen 3 maanden en wordt de praktijk 12 maanden (bij CZ 24 maanden) uitgesloten voor een contract. De zorgverzekeraar heeft het recht verzekerden te informeren over het niet voldoen aan kwaliteitsbepalingen, afspraken en verplichtingen.

Een beheersaudit kost de fysiotherapeut veel tijd en geld. Het risico bestaat dat fysiotherapeuten voorzichtiger gaan werken om niet boven de behandellimiet te komen. Bijvoorbeeld door mensen minder te laten komen dan nodig is of door gecompliceerde patiënten te weigeren.⁴

³ Gesprekken fysiotherapeuten.

⁴ Gesprekken met fysiotherapeuten.

PLUSCONTRACTEN

Bij een plus- of sterrencontract moet een plusaudit goed zijn doorlopen. Je moet een nog uitgebreider EPD (elektronisch patiëntendossier) hebben, gebruik maken van klinimetrie en van de CQ-index (het meten van patiënttevredenheid). Daarnaast zijn er eisen aan de behandelindex (bij CZ mag je geen plusaudit als je behandelindex hoger is dan 90), toegangstijden (twee avonden open of in het weekend), optimale afspraakmogelijkheid, milieubewuste praktijkvoering, enz.

Het plustraject is een zeer intensief traject met hoge praktijkkeisen (financiële investeringen) en hoge dossier-eisen. Deze moeten met alle praktijkmedewerkers worden doorgenomen. Als iemand faalt, faalt de hele groep. Er moeten extreem uitgebreide dossiers worden ingevuld. De dossier-eisen zijn veel hoger dan bij de beheersaudit. Niet alleen de vakjes, ook het methodisch handelen wordt nog scherper getoetst. Het minutieus formuleren van smartdoelen voor het behandelplan lijkt meer op een wetenschappelijke rapportage dan een behandelverslag.

Een plus-audit is twee jaar geldig. Veel fysiotherapeuten twijfelen aan het nut van al dat rapporteren in het plustraject. Toch gaan steeds meer centra hier toe over, uit angst voor hun bestaanszekerheid en uit angst voor een beheersaudit.⁵

CONTRACTVRIJ

Een aantal praktijken sluit helemaal geen contracten meer. Verzekeraars vergoeden het restitutietarief. Patiënten moeten dan altijd bijbetalen. Belangrijke reden om geen contracten af te sluiten is de privacy (bij intensieve pluscontracten moet je iedere drie maanden gegevens leveren, die zijn volgens sommige fysiotherapeuten herleidbaar tot personen). Ook willen fysiotherapeuten niet bezig zijn met invuloefeningen maar vooral met hun vak en zich verder ontwikkelen. Nadeel is dat de therapie dan alleen toegankelijk is voor de meer vermogende cliënten.⁶

KWALITEIT

De kwaliteit en controle ligt nu voor een groot deel bij de zorgverzekeraars via bijvoorbeeld de audits. Er is een aantal instrumenten voor kwaliteit: het CKR, Kwaliefy en de CQ-index. Hieronder een korte toelichting zoals deze uit gesprekken met fysiotherapeuten naar voren kwam.

CKR

In het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie zijn fysiotherapeuten opgenomen die voldoen aan de door het KNGF gestelde kwaliteitseisen. De (her-)registratie-eisen zijn vastgesteld door het Beleidsorgaan Centraal Kwaliteitsregister (BOCK). Eén van de eisen is het behalen van studiepunten.

⁵ Gesprekken met fysiotherapeuten.

⁶ Gesprekken met fysiotherapeuten.

Het totaal aan studiepunten dat een geregistreerd fysiotherapeut moet halen tijdens een volledige registratieperiode is afhankelijk van het aantal deelregisters waarin iemand staat ingeschreven.

KWALIEFY

Het project **KWAL**iteitsIndicatoren **E**erstelijns **FY**siotherapie (Kwaliefy) is een kwaliteitsprogramma voor de fysiotherapie dat in het kader van 'Zichtbare Zorg' (ZiZo) vanuit het ministerie VWS is opgezet om de kwaliteit binnen de fysiotherapie inzichtelijk te maken. De operationele uitvoering gebeurt onder de verantwoording van het KNGF. In 2007 heeft de Stuurgroep Zichtbare Zorg IQHealthcare opdracht gegeven voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor Fysiotherapie. In 2009 en 2010 moesten 30 dossiers worden aangeleverd, in 2011 alle dossiers (via EPD), binnen een tijdsbestek van drie maanden. Doordat fysiotherapeuten veel verschillende softwarepakketten voor de verslaglegging gebruiken, konden de aangeleverde data niet voldoende 'gematcht' worden. Kwaliefy werd daarom als mislukt gekwalificeerd door zorgverzekeraars en overheid. Dit werd als excuus gebruikt om de kwaliteitscontrole bij de zorgverzekeraars neer te leggen.

CQI

Met de CQ-index wordt de patiënt-tevredenheid gemeten. Deze wordt veel in de zorg gebruikt (verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, ziekenhuizen, GGZ). CQ wordt online gemeten. Oudere patiënten hebben echter vaak geen computer. Verzekeraars stellen bedrijven aan om patiënt-tevredenheid te meten. Fysiotherapeuten moeten deze bureaus betalen en mailadressen verstrekken van de behandelde patiënten, tegen de privacy van patiënten in. Als je hieraan niet meedoet, wordt je tarief gelijk verlaagd. De fysiotherapeuten hebben veel vragen bij deze index met betrekking tot de lengte van de vragenlijsten, de verplichting tot deelname en de extra kosten. Ze vragen zich ook af of hiermee wel de kwaliteit wordt gemeten. Daarnaast is er een probleem met het invullen voor een belangrijke doelgroep ouderen en mensen van allochtone afkomst die de taal niet voldoende beheersen. In elk geval moeten de resultaten niet naar de zorgverzekeraars maar naar de beroepsgroep zoals bij psychotherapeuten.

TOEGANKELIJKHEID FYSIOTHERAPIE

Sinds 2006 is er directe toegang tot fysiotherapie (DTF), dus zonder verwijzing door de huisarts. De fysiotherapeut voert een screening uit om te kijken of verder fysiotherapeutisch onderzoek al dan niet is geïndiceerd. Mensen die wel een verwijzing nodig hebben zijn patiënten die behandeling aan huis nodig hebben of een aandoening van de chronische lijst hebben en kinderen of jongeren tot 18 jaar die specifieke fysiotherapie nodig hebben. Zonder verwijzing worden deze behandelingen niet vergoed door de zorgverzekeraar.

VERGOEDING BASISVERZEKERING

Voor volwassenen is de fysiotherapie geheel uit het basispakket gehaald, behalve als je te maken hebt met een chronische indicatie. Dit zijn aandoeningen die op de zogenaamde chronische lijst of lijst van Borst staan, bijvoorbeeld uitvalsverschijnselen na een CVA, behandeling na een herniaoperatie, een nieuwe heup of knie. Vanaf 2012 zijn onder meer reuma en osteoporose met een inzakkingsfractuur van deze lijst geschrapt. De aandoeningen die (nog wel) op de lijst staan, worden na de 20^{ste} behandeling vergoed uit de basisverzekering. Voorheen was dat na de 12^{de} behandeling (vanaf 1 januari 2011) en daarvoor na de 9^{de} behandeling (2006). Een uitzondering geldt voor urine-incontinentie, hierbij worden de eerste 9 behandelingen fysiotherapie vergoed uit de basisverzekering.

Ook voor kinderen en jongeren tot 18 jaar worden de eerste 9 behandelingen fysiotherapie gedekt door de basisverzekering, met de mogelijkheid van nog 9 behandelingen als de eerste 9 behandelingen nog niet het gewenste resultaat hebben gehad. Bij een chronische aandoening wordt alles vergoed uit het basispakket.

In de basisverzekering wordt onderscheid gemaakt tussen een natura- en een restitutiepolis. Bij een naturapolis heb je recht op zorg die rechtstreeks door de zorgverzekeraar wordt betaald. Bij een restitutiepolis betaalt de verzekerde in principe zelf eerst de behandeling en kan hij het geld daarna declareren bij de verzekeraar. De regering wil de basisverzekering beperken tot naturapolissen. Wie een restitutiepolis wil is aangewezen op de aanvullende verzekeringen en zal daar extra voor moeten betalen.

Voor de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico, dat betekent dat bij zorgkosten door mensen zelf eerst dit eigen risicobedrag betaald moet worden. Dit geldt dus bij een chronische indicatie na de 20^{ste} behandeling. Het verplichte eigen risico is per 1 januari 2013 verhoogd van 220 naar 350 euro.

Daarnaast bestaat een vrijwillig eigen risico; hoe hoger dit risico, hoe lager de premie. Kinderen onder 18 jaar betalen geen premie en dus ook geen eigen risico.

VERGOEDING AANVULLENDE VERZEKERING

Voor het grootste deel van de fysiotherapie moet dus een aanvullende verzekering worden afgesloten of moet je zelf betalen. De verzekeraars hebben voor de basisverzekering een acceptatieplicht, maar voor de aanvullende verzekering geldt dit niet. Er moet dan soms een medische verklaring ingevuld worden. Er zijn grote verschillen in de manier waarop zorgverzekeraars fysiotherapie vergoeden in de aanvullende verzekering. Sommigen vergoeden een bepaald bedrag, de zogenaamde sommenpolis (CZ, VGZ, Univé). Anderen vergoeden een bepaald aantal behandelingen. In de verzekeringspolis is opgenomen op welke vergoedingen de patiënt recht heeft. Indien minder dan 20 behandelingen worden vergoed, bijvoorbeeld 12, moet een patiënt met een aandoening uit de chronische lijst 8 behandelingen zelf betalen. Patiënten zonder een chronische aandoening moeten dan na 12 behandelingen alles zelf betalen.

COLLECTIEVE CONTRACTEN

Veel gemeenten hebben collectieve contracten voor uitkeringsgerechtigden en mensen met een laag inkomen. Via deze collectieve contracten wordt echter steeds minder vergoed. Zo worden in veel collectieve contracten nog maar 12 behandelingen vergoed waar dat voorheen onbeperkt was.

ONDERZOEK

Het comité Zorg Geen Markt heeft de afgelopen jaren veel meldingen gekregen van fysiotherapeuten over de gevolgen van de ingevoerde marktwerking. Uit vele gesprekken die daarna zijn gevoerd met fysiotherapeuten komt een kafkaësk beeld naar voren. Meer dan duizend verschillende tarieven, veel verschillende regels die steeds weer veranderen. Zorgverzekeraars die eenzijdig de spelregels bepalen en meer nadruk op de verslaglegging dan op kwaliteit leggen. Veel fysiotherapeuten maken zich ook grote zorgen over de toegankelijkheid van fysiotherapie voor hun patiënten. Het comité Zorg Geen Markt heeft daarom door middel van een enquête onderzoek gedaan onder fysiotherapeuten. In dit rapport wordt verslag gedaan van de bevindingen.



OPZET EN RESPONS

De enquête is opgesteld door het comité Zorg geen Markt samen met fysiotherapeuten en met ondersteuning van het Wetenschappelijk Bureau van de SP. De vragen gaan over de onderhandelingen met zorgverzekeraars en de contracten, over de kwaliteit en over de toegankelijkheid van de fysiotherapie.

VERSPREIDING

De enquête is juli 2012 verspreid onder de achterbannen van Fysiovergoeding en Zorg Geen Markt en via een Amsterdamse actiegroep. Vooral via Fysiovergoeding zijn veel fysiotherapeuten bereikt. Fysiovergoeding is een website voor fysiotherapeuten met veel informatie over vergoeding van fysio- en oefentherapie. Bij deze website zijn heel veel praktijken aangesloten. Via deze site zijn 2.400 praktijken benaderd; bij elke praktijk werken naar schatting gemiddeld vijf fysiotherapeuten. Stel dat de helft het onderling doorstuurt, dan gaat dit om 6.000 fysiotherapeuten. Via Zorg Geen Markt zijn circa 500 fysiotherapeuten benaderd. In september is een reminder verstuurd via Fysiovergoeding en Zorg Geen Markt. Via de Amsterdamse actiegroep zijn enkele honderden fysiotherapeuten benaderd. Via deze actiegroep is een manifest opgesteld, dat online kon worden ondertekend. Na het ondertekenen werden mensen verwezen naar de enquête. Eind december zijn er 4.000 ondertekenaars van dit manifest. Op het landelijk fysiocongres in Maastricht begin november ten slotte zijn nog eens 2.000 flyers uitgedeeld, met de mogelijkheid het manifest te ondertekenen en aan de enquête mee te doen. Dit kon tot circa half november, de sluitingsdatum van de enquête.

RESPONS

Gezien de overlap bij de verspreiding zijn naar schatting 9.000 fysiotherapeuten bereikt. De respons is 2.102 en dus 23 procent. Dat is een behoorlijk hoge respons voor een onderzoek in deze opzet. Niet alle respondenten hebben de enquête volledig ingevuld: 1.333 respondenten (64 procent) zijn tot het einde gekomen, 769 respondenten niet helemaal. Alle antwoorden zijn in de analyse meegenomen, dus ook van de niet volledig ingevulde enquêtes. In bijlage 1 staan alle vragen en antwoorden met bijbehorende aantallen.

OVER DE RESPONDENTEN⁷

Het grootste deel van de respondenten is fysiotherapeut (94 procent), 5 procent is oefen- of ergotherapeut. 1 procent heeft een andere functie, bijvoorbeeld op het secretariaat van een praktijk. 63 procent van de respondenten heeft een specialisme, met manueel therapeut veruit aan kop. Ook oedeem-, sport-, kinder-, bekkenbodemp- en psychosomatische fysiotherapie worden regelmatig genoemd.

Het grootste deel van de respondenten werkt zelfstandig (64 procent), 34 procent werkt in loondienst en voor 1 procent geldt beiden.

84 procent werkt in een eigen praktijk, duopraktijk, groepspraktijk of maatschap. Ruim 10 procent werkt in een gezondheidscentrum. 3 procent werkt in een gezondheidsinstelling, bijvoorbeeld in een verzorgingshuis of ziekenhuis.

De deelnemende fysiotherapeuten komen uit alle hoeken van het land. De respondenten zijn bijvoorbeeld redelijk gelijk verdeeld over de vijftien grootste steden (tabel 5, bijlage 1). Alleen Amsterdam springt eruit; relatief veel respondenten zijn daar gevestigd (8 procent).

De meeste fysiotherapeuten hebben een gemengde populatie. 10 procent zegt veel jonge patiënten te hebben; 25 procent heeft veel oudere patiënten; 14 procent heeft veel sociaal zwakkere en/of allochtone patiënten; 12 procent heeft veel patiënten uit de middenklasse.

REPRESENTATIVITEIT

Doordat de enquête is verstuurd via Fysiovergoeding, heeft de enquête een doorsnee fysiotherapeut bereikt. Het zou kunnen zijn dat de enquête relatief meer is ingevuld door mensen die benaderd zijn via de Amsterdamse actiegroep en fysiotherapeuten die het manifest hebben ingevuld. Aangezien er relatief veel therapeuten uit Amsterdam hebben meegedaan, lijkt dat laatste zeker het geval te zijn. De meeste Amsterdamse therapeuten hebben als hoofdverzekeraar Achmea. Onder de respondenten blijkt Achmea goed vertegenwoordigd te zijn.

⁷ Voor tabellen, zie bijlage 1.

In 2012 zijn op de zorgverzekeringsmarkt 26 zorgverzekeraars actief. Deze zijn verdeeld over negen concerns: Achmea, ASR, CZ, DSW, ENO, Menzis, ONVZ, VGZ en Zorg en Zekerheid. Friesland valt vanaf 1 januari 2012 onder Achmea. Meestal is het concern ook degene die de onderhandelingen doet. ENO regionaal sluit zelf contacten af. Multizorggroep sluit contracten af voor ASR, DSW, ONVZ, ENO en Zorg en Zekerheid.

1. ONDERHANDELINGSGROEP BELANGRIJKSTE VERZEKERAAR RESPONDENTEN (N=1743)

	Aantal	Percentage	Marktaandeel landelijk ¹
Achmea/Friesland	643/48	40	33
VGZ, Univé, IZA, Trias	257	15	25
CZ Delta Lloyd Ohra	327	19	20
Menzis/Azivo	337/5	19	13
Zorg en Zekerheid	74	4	2,4
Multigroep	16	1	Ca 7
Eno (regionaal)	14	1	0,7
Anders/onbekend	22	1	

Een hoog percentage respondenten komt dus van Achmea. Achmea heeft landelijk ook het grootste marktaandeel. Desondanks zijn de respondenten van Achmea wat oververtegenwoordigd in de enquête (evenals van Menzis overigens). Mogelijk komt dat door het grote aantal respondenten uit Amsterdam. In de analyse is daarom een vergelijking gemaakt tussen de antwoorden op een aantal vragen door alle respondenten, de respondenten uit Amsterdam, de respondenten met als hoofdverzekeraar Achmea en de respondenten die niet Achmea als hoofdverzekeraar hebben. Het betreft de antwoorden: ervaart het werk als minder positief; vindt werkbelasting door verslaglegging te hoog; vindt marktwerking geen goed idee.

2. VERGELIJKENDE ANALYSE VOOR VERSCHILLENDE GROEPEN RESPONDENTEN

	Alle respondenten		Alleen A'dam		Achmea		Zonder Achmea	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Werk minder leuk	2.090	63	150	77	638	72	1.090	62
Werkbelasting te hoog	1.570	97	116	99	569	98	957	97
Marktwerking geen goed idee	1.542	63	114	78	556	66	942	62

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

Hoewel de fysiotherapeuten van Achmea en zeker de Amsterdamse fysiotherapeuten duidelijk kritischer zijn, lijken de totale resultaten hierdoor niet sterk beïnvloed te zijn. Bovendien, zo zal ook uit de rest van de resultaten blijken, zijn er ook verschillen in verzekeraars waarbij Achmea met de beheersaudits en stercontracten mogelijk ook meer weerstand oproept bij de fysiotherapeuten dan zorgverzekeraars die dat niet doen.

Mensen die kritisch staan tegenover de marktwerking zouden meer geneigd geweest kunnen zijn de enquête in te vullen. De voorstanders van marktwerking konden echter evenzeer hun reacties kwijt. Daarnaast worden fysiotherapeuten allen dagelijks geconfronteerd met alle zaken die in de enquête aan de orde komen, zoals werkbeleving en werkbelasting, contracten en bemoeienissen van zorgverzekeraars met kwaliteit.

ANALYSE

Niet alle vragen zijn door iedereen ingevuld en niet iedereen heeft de gehele enquête afgemaakt. Het aantal respondenten per vraag varieert dus nogal en loopt langzaam af. In de tabellen (bijlage 1) is daarom steeds per vraag het totaal aantal respondenten aangegeven dat deze vraag heeft beantwoord. Per vraag wisselt ook het aantal mensen dat wel of geen mening heeft; ook dit is in de tabellen weergegeven.

Naast de gesloten vragen waren er veel open vragen, die elke keer beantwoord zijn door honderden of zelfs meer dan 1.000 fysiotherapeuten. Alle antwoorden zijn gelezen en gaven een schat aan verdere informatie. Deze informatie is in de resultaten samengevat verwerkt. In een aantal gevallen is de informatie gerubriceerd. Een aantal opmerkingen van de respondenten zijn toegevoegd als citaten om de deelnemers aan de enquête zoveel mogelijk zelf aan het woord te laten.



RESULTATEN

1. DE ZORGVERZEKERAARS: CONTRACTEN EN EISEN

1.1. ERVARINGEN MET CONTRACTEN

De grootste problemen met de zorgverzekeraar zijn de eisen aan verslaglegging waardoor er een hoge werkbelasting is. Een aantal zorgverzekeraars werkt met een beheersmodel met audits waarin kan worden getoetst of aan de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar wordt voldaan. Deze beheersaudits betekenen vaak een enorme extra belasting. Een praktijk komt in aanmerking voor een audit als er een afwijking is ten opzichte van het behandelgemiddelde (of behandelindex) van bijvoorbeeld 15%. Zowel Achmea, CZ en Menzis hanteren beheersmodelaudits; Friesland en Zorg en Zekerheid doen dit alleen in hun gebied.

3. ERVARINGEN CONTRACTEN HOOFDVERZEKERAAR (N=1748, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Hoge werkbelasting door eisen verslaglegging	75
Onzekerheid ivm mogelijke audit, niet halen audit	41
Behandelindex houdt geen rekening met patiëntenpopulaties	36
Vaststellen behandelindex is ondoorzichtig	35
Behandelindex beperkt mijn professioneel handelen	32
Ontvang contract te laat	22
Anders	7
Vooraf goede ervaringen met basiscontract	3
Geen mening of geen basiscontract	14

Slechts 3 procent van de respondenten zegt vooral goede ervaringen te hebben met het basiscontract, 97 procent dus niet. Grootste problemen zijn de verslaglegging, de dreigende beheersaudits en de gehanteerde behandelindex.

“Ik ervaar dat ik steeds meer moet doen voor hetzelfde lage basistarief, dat werkt demotiverend. Het managen van een praktijk wordt hoger gewaardeerd dan een goede beroepsinhoudelijke kwaliteit.”

“De dreiging van een audit hangt als een donderwolk boven de praktijk.”

Veel respondenten ervaren de contracten als een dictaat, als wurgcontracten, eenzijdig opgelegd. Het is eenrichtingsverkeer, slikken of stikken. Ieder jaar komen er weer nieuwe eisen bij. Sluit je geen contract, dan heb je te maken met restitutietarieven die zorgwekkend laag zijn.

“Het contract is te veeleisend en doet geen recht aan vrij ondernemerschap maar maakt van de contractant een loonslaaf van de verzekeraar.”

“Eenzijdig, stikken of slikken, vol verplichtingen van zorgverlener en zorgverzekeraar hoeft niets, opgesteld in ambtenarentaal die ik niet zo beheers, zonder overleg opgesteld, geen onderhandeling mogelijk.”

“Restitutie-tarieven zijn zorgwekkend, verzekeraars kunnen dit naar willekeur verlagen – nu krijgt iemand 75-85% vergoeding.”

Veel respondenten ervaren een negatieve benadering door zorgverzekeraars. Ze worden onvoldoende geïnformeerd, bijvoorbeeld over nieuwe collectieve pakketten. Fysiotherapeuten ergeren zich vooral aan de bemoeienis van zorgverzekeraars met kwaliteit. Zorgverzekeraars geven ook geen correcte informatie aan patiënten, ze spreken over onbeperkte vergoedingen terwijl de fysiotherapeuten te maken hebben met behandelindexen. Fysiotherapeuten ervaren de audits als een grote dreiging.

“Erg negatieve benadering van zorgverlener; contracten Achmea en CZ staan vol dreigingen bij geringe administratieve misstappen.”

“Te late voorlichting over beknotten van collectieve pakket van gemeente Utrecht. Van onbeperkt naar 12 x fysio per jaar. Als contractant daar niet over geïnformeerd en al helemaal niet in gekend. Vroeger fysio’s genoemd als ‘Partners in Zorg’ door Hoofdverzekeraar AGIS. Nu behandeld als zijnde ‘geen partij’ in deze.”

“Ook niet correct naar patiënten. Mensen verzekeren voor onbeperkt, maar dit mag niet in verband met het behandelgemiddelde waar je zo min mogelijk boven moet komen.”

LEESBAARHEID CONTRACTEN

Over de leesbaarheid van het contract wordt verschillend gedacht. Ruim een vijfde van de respondenten vindt het leesbaar. Bijna vier vijfde heeft problemen met de leesbaarheid.

Voor 28 procent van de respondenten is niet duidelijk wat eventuele sancties zijn en wanneer deze worden opgelegd.

“Ik heb mijn twijfels over de juridische haalbaarheid van de sancties. Het leest als dreigement, maar ik heb tot nog toe de juridische onderbouwing niet kunnen vinden. Gezien het feit dat de zorgverzekeraar in principe zorgplicht kent. Maar wie controleert de zorgverzekeraar?”

“De sanctie voor te laat inschrijven voor de CQ-index vind ik niet in verhouding tot wat we ‘fout’ hebben gedaan, we hebben ons na hun brief direct alsnog ingeschreven en doen dus gewoon mee, toch gaan we terug in tarief.”

Voor 19 procent van de respondenten is niet duidelijk wat de verplichtingen voor de praktijkvoering en praktijkinrichting zijn.

“Het is zeker niet altijd duidelijk en sommige zaken kunnen anders geïnterpreteerd worden.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Het contract is niet uniform en deels onduidelijk beschreven. Zo staat nergens beschreven wat een ‘groepsbehandeling’ is. Achmea spreekt over ‘het gelijktijdig behandelen van een homogene groep’, Menzis spreekt over ‘het gelijktijdig behandelen’.”

12 procent vindt het contract in onbegrijpelijke taal opgeschreven, te juridisch.

“Contract wordt bekeken door mijn vrouw die jurist is, omdat het voor mij als fysiotherapeut soms lastig is de gevolgen van bepaalde artikelen te overzien.”

“Het is verzekeringstaal, gericht op schadebeperking en winst maken met beperkte visie en niet vanuit belangen van de drie partijen: verzekeraar, patiënt en therapeut.”

Veel respondenten vinden dat de zorgverzekeraars absurde en irreële eisen stellen. Dat ze eenzijdige contracten opleggen met voor de fysiotherapeuten alleen plichten en risico's; rechten ontbreken. Er zijn te veel regels en eenzijdige voorwaarden.

“Het contract is te eenzijdig in het voordeel van de verzekeraar opgesteld. Toetsingscriteria van de verzekeraar zijn te vaag wanneer je je moet verantwoorden bij het overschrijden van het behandelgemiddelde. Er staan vooral plichten voor de zorgverlener in en weinig plichten en verantwoordelijkheden voor de verzekeraar. Geen duidelijke verklaring voor het verlagen van de verbijzonderde tarieven.”

“Van CZ moet ik in elke kamer een wastafel hebben? Het contract gaat alleen over mijn plichten, er staat bijna niets over mijn rechten.”

Er zijn heel veel verschillende contracten.

“Een contract gaat nog wel maar er zijn ongeveer 10 verzekeraars met contracten, elke verzekeraar weer met andere eisen enz. Om dat allemaal uit te zoeken is een hele klus.”

“De hoofdverzekeraar is niet de enige: ik MOET alle contracten van Nederland verwerken: verschrikkelijk veel werk.”

Veel respondenten vinden de contracten ook te uitgebreid, met te veel details. Het kost veel leeswerk en tijd om het allemaal door te nemen.

“Het contract is duidelijk, maar steeds meer bijlagen moet je zelf op de site downloaden en opslaan en zijn vaak slecht te vinden. Verder is het contract met al zijn bijlagen te uitgebreid en pietluttig.”

“Het contract is erg lang. Je moet het erg goed en aandachtig lezen om door te hebben hoe je aan de grote hoeveelheid eisen moet voldoen, die niet direct het zorgproces raken.”

“Het is elk jaar weer een hele kerstvakantie verpest doordat er dan zo nodig contracten moeten worden doorgewerkt! Als iedereen feestviert, is het voor ons elk jaar weer werken...”

1.2. BEHEERSAUDITS

Een aantal zorgverzekeraars werkt met een beheersmodel met beheersaudits waarin kan worden getoetst of aan de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar wordt voldaan. Een beheersaudit kan veel tijd en geld kosten. Als voorbeeld staat de procedure bij Achmea in de inleiding beschreven.

Als de uitkomst van de eerste beheersmodelaudit positief is, betaalt de zorgverzekeraar de kosten van de audit. Als de uitkomst negatief is, betaalt de zorgaanbieder de eerste audit en is verplicht tot een tweede beheersmodelaudit. De praktijk gaat daarbij een verbetertraject in, waarbij minder betaald wordt per behandeling (beheerstarief).

De overgrote meerderheid van de respondenten die een beheersaudit heeft ondergaan, heeft dit opgelegd gekregen door Achmea. Het meest genoemde audit-bureau is HCA ofwel Health Care Audity.

“Volgens Achmea zat ik boven het behandelgemiddelde. Bij controle bleek dit niet het geval. Ondanks overleg en uitleg dat wij op een wachtlijst stonden voor de cursus nieuwe verslaglegging, en het feit dat we net een reorganisatie in positieve zin achter de rug hadden, moest en zou het proces in gang worden gezet. Met als negatief resultaat omdat we de verslaglegging niet volgens de richtlijnen hadden ingevuld. Gevolg: 6 maanden een tariefsverlaging en verplichte cursus van 750 euro per persoon, 3 dagen de praktijk moeten sluiten vanwege de cursus. We waren met 5 therapeuten. Terwijl de cursus waar we op de wachtlijst stonden 50 euro kost. Gevolg hiervan is dat ik een vestiging heb moeten sluiten en 2 fysiotherapeuten en 2 medewerkers heb moeten weg doen. Een vestiging die ik 5 dagen huurde heb ik terug moeten brengen naar 2 dagen. Dit alles om het hoofd boven water te kunnen houden vanwege de kosten en het resultaat die de audit met zich mee bracht. Rond de 20.000 / 25.000 euro. Inclusief de terugloop van patiënten vanwege de niet of beperkte verzekering die men had afgesloten.”

REDEN BEHEERSAUDIT

De reden voor de beheersaudit – door sommige zorgverzekeraars kwaliteit stimulerende audit genoemd – is vrijwel altijd een te hoog en/of afwijkend behandelgemiddelde. Hierbij wordt vaak geen of te weinig rekening gehouden met gecompliceerde patiënten. Sommige respondenten noemen de snelle groei van de praktijkpopulatie. Voor enkele respondenten is het nog steeds een vraagteken waarom ze er uit gepikt waren.

“Bovengemiddeld behandelgemiddelde: we deden mee met een pilot/onderzoek van Parkinson-Net, dus ‘alle’ parkinsonpatiënten uit de omtrek kwamen naar ons (bovenop onze patiëntenpopulatie met hoge leeftijd en bijbehorende aandoeningen).”

“Volgens Achmea te hoog behandelgemiddelde, hebben we niet mogen verdedigen, bijvoorbeeld een mevrouw uit zorgcentrum met multi-problemen moest van verpleeghuisarts 2x per dag fysio om haar uit het verpleeghuis te houden en in zorgcentrum te laten verblijven... zo kwamen wij makkelijk op een te hoog gemiddelde.”

SLAGINGSPERCENTAGE BEHEERSAUDIT

11 procent van de respondenten heeft een beheersaudit doorlopen of is daar nog mee bezig.

Als je alleen kijkt naar respondenten van de zorgverzekeraars waar een beheersaudit wordt toegepast, is dit 12 procent. Voor de respondenten van Achmea is dit zelfs 16 procent.

Van de 189 fysiotherapeuten die een beheersaudit hebben doorlopen, heeft 51 procent het niet gehaald of pas bij de tweede keer gehaald.

4. HEEFT UW PRAKTIJK BEHEERSAUDIT GEHAALD? (N=189)

	Percentage
Eerste keer gehaald	38
Tweede keer gehaald	31
Niet gehaald	20
Audit loopt nog	11

HET BEHEERSTARIEF

Indien een eerste beheersaudit niet is gehaald, krijgt de praktijk een beheerstarief zolang het traject nog loopt. De meeste respondenten vinden dit tarief absurd laag.

“Een aanslag op het voortzetten van de praktijk en de praktijkvoering. Het staat niet in verhouding met de hoge kosten.”

“Een duidelijk voorbeeld van de machtspositie van de verzekeraars die ten doel hebben gesteld, samen met het KNGF, 50% van alle fysiotherapeuten te saneren. De beheerstarieven dienen dit doel.”

“Absurd, je krijgt 8 euro minder per behandeling. Dit zou na de eerste negatieve uitslag nog niet moeten, zeker in ons geval gezien de motivatie van afwijzen waarbij benadrukt werd dat we goede fysiotherapeuten zijn maar niet volledig de juiste dingen op de juiste plaats hadden ingevuld. Je zou in zo'n geval nog eerst een herkansing moeten krijgen voordat je tarief daalt.”

“Een afrekenmechanisme waardoor de therapeut een speelbal kan worden. Via dit systeem wordt er gedirigeerd.”

“Wij zijn gekort in het basis tarief van 30 euro naar 20 euro (waarvan Achmea die andere 10 euro in eigen zak steekt).”

DE KOSTEN VAN DE BEHEERSAUDITS

De kosten zijn zeer verschillend en lopen van 1.000 euro tot meer dan een ton. Het is afhankelijk van de grootte van de praktijk of het om een eerste of om een tweede audit gaat en of alleen directe kosten (audit en cursussen) worden geteld of ook inkomensderving vanwege verlaagd tarief en tijdsinvestering door medewerkers. De genoemde (directe) kosten zijn minimaal 1.200 tot 2.000 euro, maar vaker nog liggen de directe kosten ver boven 10.000 euro. Indien inkomensderving meegeteld wordt komen zeker grote praktijken nogal eens boven een ton.

“2.000 euro voor de audit en nog een keer 2.000 voor de volgende audit. Voor 5 fysiotherapeuten $5 \times 750 = 3750$ voor de kosten voor de verplichte cursus. En het 3 dagen sluiten van de praktijk vanwege het volgen van de cursus rond de 6.250 euro. Totaal +/- 14.000 euro. Exclusief de tariefsverlaging.”

“Alles bij elkaar heb ik een kostenpost van +/- 20.000 à 25.000 euro in 6 maanden tijd. Ik zit al 25 jaar in het vak en heb een kwalitatieve goede en kleine praktijk opgebouwd. Helaas, ik ben terug bij af.”

“Directe kosten 3.500, indirecte kosten 100.000,- euro (specificatie op aanvraag mogelijk).”

“Praktijk met 6 fysiotherapeuten, 6.000 euro directe kosten, 100.000 euro inkomensderving.”

VERDERE ERVARINGEN MET BEHEERSAUDITS

Het gaat er vooral om of je goed kunt schrijven. Verslaglegging volgens de richtlijnen, tot in het absurde. Het is zeer belastend. Het plezier in het werk neemt er door af. Kwaliteit en behandelgemiddelde hebben geen relatie, zo benadrukken de respondenten.

“Dit is een erg slechte manier om te denken dat je hiermee de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen denkt te kunnen beoordelen. Je kunt er slechts mee beoordelen hoe goed iemand kan omschrijven wat er allemaal zou moeten. Het zegt niets over de werkelijk gedane behandeling.”

“Volledig gefocust op de papierwinkel en de PC, in het geheel niet geïnteresseerd in je behandelwijze en je benadering van je patiënten.”

“Conclusie auditoren was letterlijk: ‘jullie zijn goede fysiotherapeuten, alleen jullie beheersen het ‘trucje’ van de verslaglegging niet’. Dit geeft m.i. goed weer hoe oneerlijk het is en welke macht de zorgverzekeraar heeft.”

Over de bejegening door het auditbureau zijn de respondenten verdeeld.

“Wel prettig verlopen. De HCA-collega’s bleken geen boemannen. Maar daar gaat het niet om.”

“Het HCA-bureau was heel correct, alle lof daarover, maar het ondergaan van een beheersaudit is vervelend. De zin van het werken gaat ervan af.”

“Het was uiterst onaangenaam, gedaan door ‘collega’s’ die het nogal hoog in de bol hebben.”

“Slechte sfeer, betutteling, slechte verslaglegging door de auditors met veel fouten in het Nederlands, zowel grammaticaal als spelfouten, gedragen zich of ze de wijsheid in pacht hebben, lijken te genieten van de macht.”

OVER DE CURSUSSEN

De cursussen lijken soms meer bedoeld om het aantal behandelingen terug te brengen dan op het doen van goede verslaggeving.

“Echter, de cursus welke volgde op het niet volledig voldoen aan de verslagleggingsnorm had niets met verslaggeving te maken, wel met het zo snel mogelijk afhandelen van patiënten en veel voorbeelden hoe dit te doen! Het lijkt me voor iedereen zo langzamerhand wel duidelijk welke kant

de politiek en verzekeraar op wil: minder fysiotherapeuten, minder behandelingen fysiotherapie per indicatie en dat terwijl de patiënt er een verzekering voor heeft afgesloten die feitelijk niet wordt uitbetaald.”

“De verplichte cursus ging puur over het terugbrengen van het aantal behandelingen in plaats van wat er zo gezegd niet klopte in onze dossiers. Later heeft onze praktijk Achmea gebeld om te vragen of wij begeleid konden worden door een ander auditbureau, omdat ons na de cursus totaal niet duidelijk was wat er van ons verwacht werd! Er is totaal niet ingegaan op de “fouten” in onze dossiers. Het antwoord van Achmea was dat dit niet mocht. Wij waren zeer verbaasd over deze reactie, aangezien deze verzekeraar ons toch op cursus stuurt voor het zogeheten verbetertraject? De reden laat zich raden...”

GEEN TRANSPARANTIE

“Volledig slikken-of-stikken-beleid. Geen overleg over waaróm behandelgemiddelde hoger was (is patiëntenpopulatie: wij namen in die periode deel aan een onderzoek van ParkinsonNetwerk, zijn gespecialiseerd in CVA/NAH, werken samen met Revalidatiecentrum Delft, zijn nazorgadres voor hartfalen-patiënten en krijgen mensen verwezen met multiple en complexe pathologieën). Verder was het volledig onduidelijk wanneer we zouden “zakken” of “slagen” voor de audit: Er waren geen (openbare) criteria bekend. Ook niet bij HCA (auditbureau) en ook niet na meerdere malen vragen bij Achmea. Dus ook bij de tweede audit wisten we niet aan welke criteria we moesten voldoen.”

OVER DE KNGF

“Gevoel alsof ziektekostenverzekeraar bepaalt hoe we patiënten moeten behandelen i.p.v. de beroepsgroep. Naar mijn idee laat het KNGF hier iets liggen.”

“De beheersaudit werd door zorgverzekeraars uitsluitend ingevoerd wegens onvoldoende borging van het CKR. Als het KNGF pro actiever was geweest waren er NOOIT beheersaudits gekomen. Helaas is ook bij veel praktijken de administratie niet op orde waardoor het proces van klinisch redeneren absoluut niet aantoonbaar is. Dat is een inhoudelijk probleem dat via CKR en toetsing door de beroepsgroep zelf moet worden opgelost. Vereiste: een pro actieve KNGF.”

EEN ZWARE STRAF

“Grrrr, maak me niet kwaad!!!! Prima dat een praktijk eens bekeken wordt en gekeken wordt of behandelingen zinvol zijn, maar juist dat is niet bekeken. Een audit is normaliter voor verbeterpunten maar wij worden er op afgerekend, geschatte kosten met alles erop en eraan, 10.000 euro.”

“Een beheersaudit is nu negatief bedoeld om te straffen, soort verborgen bezuiniging. Wij vinden dat een audit zeer nuttig kan zijn om op een positieve manier de kwaliteit en effectiviteit te verbeteren. Nu worden we financieel zwaar gestraft, tot 10.000 euro voor onze praktijk. Nochtans hebben we geen fraude gepleegd, geen klachten van patiënten over ontoereikende zorg, geen misdrijf gepleegd, niet veroordeeld. Alleen niet voldoende verslaglegging? Niet voldoende in het dossier aangegeven dat het behandelplan besproken is met de patiënt.”

“Dit systeem is heel krom. Als HCA ons laat zakken, dan komt er een tweede audit. Hierbij heeft HCA financieel gewin. Hoe meer praktijken ze laten zakken, hoe vaker ze een beheersaudit mogen afnemen. Aan het einde van de audit zijn we alleen gezakt op het criterium van dossiervorming. Alle punten bij de audit waren discutabel. Wij waren heel ver met ons HKZ-traject op het moment van de audit. Dus alle dossiers waren volledig ingevuld en er wordt intern al inhoudelijk getoetst hoe het staat met de dossiervorming. Dan komt het echt heel rauw op je dak als je de eerste keer zakt. Met moed hebben we de verplichte cursus en tweede beheersmodel-audit gedaan. De tweede keer gehaald. Maar er is niets veranderd in onze praktijk qua aanpak. We hebben het gehaald, omdat we nu bij elke hulpvraag het dossier afsluiten, de behandeling beëindigen en de patiënt uitleggen dat deze weer welkom is als deze een nieuwe hulpvraag heeft. We zijn nu ruim 11.000 euro armer, veel frustratie en stress gehad. Maar er is een veel betere wijze om deze boodschap te communiceren dan een beheersmodel-audit. Doe een verplichte beheersaudit-cursus waar de boodschap van de audit wordt toegelicht, die vergoed wordt door de verzekeraar. Nu wordt ik als praktijkhouder geschaad door dit oneerlijke proces, dat gedwongen wordt opgelegd.”

1.3. BASISTARIEVEN

In de volgende tabel staan de meningen van de respondenten over de tarieven van hun belangrijkste zorgverzekeraar weergegeven.

5. BASISTARIEVEN HOOFDZORGVERZEKERAARS (N=1756, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Basistarief te laag	81
Administratie valt buiten tarief	65
Overleg valt buiten tarief	42
Onvoldoende rekening met specialisaties	31
Huis-aan-huis-toeslag onvoldoende	17
Onvoldoende rekening praktijk grote stad	11
Anders	7
Basistarief is voldoende	2,5
Geen mening	4,5

Slechts 2,5 procent van de respondenten is tevreden met het basistarief, 4,5 procent heeft geen mening. Blijft over 93 procent van de respondenten die de tarieven onvoldoende vindt. Veel respondenten melden dat het basistarief is verlaagd. Kinderfysiotherapeuten stellen dat de huis-aan-huis-toeslag onvoldoende is en bijna niet vol te houden. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de administratie, overleggen en specialisaties. Er is onvoldoende rekening gehouden in het tarief met investeringen en ICT. Een avondtarief ontbreekt. Er wordt geen of onvoldoende rekening gehouden met kosten in de grote steden en patiënten uit achterstandswijken.

“Extra tijd voor achterstandswijken ontbreekt. In tegenstelling tot huisartsen/verloskundigen. Veel extra tijd kwijt met voorlichting bij laag gezondheidsvaardige patiënten. Veel mensen komen niet opdagen omdat ze de afspraken niet kunnen lezen, veel onverzekerde patiënten die zich wel aanmelden en niet weten dat fysio in de aanvullende verzekering zit.”

“Tarief staat volledig los van wat de fysiotherapeut doet/moet doen. Lijkt te worden bepaald door hoeveelheid zittingen die er gedaan worden. Meer zittingen landelijk in het ene jaar, leidt meteen tot een tariefsverlaging in het volgende jaar. Dus de toenemende vraag naar fysiotherapeutische zorg, die mede veroorzaakt wordt door een verschuiving van de zorg vanuit de 2de naar de 1ste lijn, heeft direct een tariefsverlaging in de 1ste lijn tot gevolg.”

“Mijn kapper is 15-20 minuten met mij bezig, en vraagt 17 euro. Daar hoeft zij geen administratie voor te doen. Ik respecteer mijn kapper. Maar ergens heeft zij het beter bekeken, denk ik.”

“Basistarief is veel te laag. En de afgelopen jaren zowel bij Menzis als CZ met 8% VERLAAGD!”

1.4. PLUSCONTRACTEN

Bij een aantal zorgverzekeraars kunnen ook plus- of sterrencontracten worden afgesloten. Dan moet wel een plusaudit goed worden doorlopen. Het plustraject is een zeer intensief traject met hoge praktischeisen en nog hogere dossier-eisen (zie inleiding).

AANVRAAG PLUSPRAKTIJK

Deze pluscontracten waren van toepassing voor 1.550 respondenten; ze hadden te maken met een verzekeraar die pluscontracten aanbiedt.⁸ Van deze respondenten is 62 procent hier helemaal niet aan begonnen omdat het te veel tijd of geld kost of omdat ze er principieel op tegen waren. Respondenten stellen dat het niets zegt over de kwaliteit of inhoud van de behandeling maar wel of je op de juiste plaats dingen invult of niet. “Het is schrijftijgerij”, volgens een van de respondenten.

“Nee, ik ben het oneens met de schijn die gewekt wordt dat je als pluspraktijk betere zorg zou leveren. Je voert m.i. vooral uit wat de zorgverzekeraar van je wil. Dan maar minder geld, maar nog iets meer vrijheid om mijn eigen invulling te geven aan kwalitatief goede zorg.”

“De voorwaarden van zo’n plus-contract gaan niet over inhoudelijke zorgaspecten, maar over bijvoorbeeld openstelling in het weekend. Ik vind dat een wassen neus, het zegt niets over kwaliteit maar een term als plus-contract pretendeert dat wel.”

“Ik ben hier tegen, gaat alleen maar om steeds uitgebreidere administratieve lasten welke straks basis worden en niets extra’s gaan opleveren. Ik zou de kwaliteit van handelen en de tevredenheid meer laten willen gelden. Indien een praktijk niet voldoet, schift zich dat vanzelf uit. Dan komen de patiënten namelijk niet terug en geven ze negatieve mond tot mond reclame. Ook ervaringen met tevredenheid van de artsen zou mee kunnen tellen.”

⁸ Slechts voor 1339 respondenten zijn de antwoorden verder geanalyseerd, hiervan is 63 procent er niet aan begonnen en 37 procent dus wel.

Ongeveer een derde van deze respondenten (38 procent) heeft wel geprobeerd zo'n pluscontract af te sluiten. Meestal bij de hoofdverzekeraar, soms bij een andere verzekeraar, of wil daar binnenkort mee beginnen. In de volgende tabel staan de uitkomsten van deze aanvragen.

6. HOE IS AANVRAAG PLUSAUDIT GEGAAN (N=494)

	Percentage
Inmiddels pluscontract	43
Afgehaakt	12
Afgewezen	13
Traject loopt nog	28
Anders	4

Een kwart van deze respondenten is afgehaakt of afgewezen, voor 28 procent loopt het traject nog. 211 fysiotherapeuten (43 procent) hebben inmiddels een pluscontract, dat is 15 procent van alle fysiotherapeuten die een pluscontract konden afsluiten.

ERVARINGEN PLUSCONTRACTEN

De fysiotherapeuten zijn vervolgens gevraagd naar hun ervaringen met pluscontracten.

7. WAT ZIJN UW ERVARINGEN MET PLUS- OF STERCONTRACTEN? (N=493, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Het kost veel geld, namelijk	40
Het kost veel tijd, namelijk	71
De eisen van de plusaudit zijn absurd	59
Hoge eisen, ook positieve kanten	1
Niets van dit alles, onze ervaringen met het plustraject zijn goed	3
Geen mening	3
Anders	3*

* Meestal toelichting op tijd en geld

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

Slecht 3 procent van de respondenten heeft positieve ervaringen, 1 procent ziet ondanks de hoge eisen positieve kanten, 3 procent heeft geen mening. 93 procent van de respondenten heeft dus vooral slechte ervaringen. Deze gaan vooral over de kosten, de tijd en de hoge eisen.

DE KOSTEN VAN DE PLUSCONTRACTEN

De kosten worden als een belangrijk probleem gezien. Er worden nogal verschillende bedragen genoemd, meest tussen 7.500 en 15.000 euro. Het is afhankelijk van de praktijkgrootte en welke kosten je allemaal meetelt. Zo zijn er de auditkosten zelf (700 tot 2.500 euro), de kosten en tijd voor scholing van de medewerkers. Investering in software, patiënttevredenheidsonderzoeken en blijvende extra verslaglegging. Alleen directe kosten of ook inkomensderving.

“De extra administratietijd die nodig is voor het op plus-niveau houden van de behandeldossiers wordt niet door de zorgverzekeraars vergoed en ik moet dat wel aan mijn medewerkers en mijzelf vergoeden. Bovendien wordt de audit vanaf dit jaar (2012) met twee auditoren uitgevoerd, een eis van de zorgverzekeraars. De kosten van een audit zijn hierdoor verdubbeld.”

“Ik weet niet hoeveel. Wel is er nu 1 persoon 2 jaar lang ongeveer 3 dagen in de week bezig dit op orde te krijgen. Verder betalen we een extern bureau om ons verder te scholen hoe we de dossiers in moeten vullen zodat we door de audit komen (2x een middag + meerdere malen overleg bureau met onze auditpersoon).”

“5% van de bruto-omzet, alle kosten meegerekend: opleiding, EPD, inkomstenderving t.g.v. opleiding, doorbetaalde niet-productieve uren medewerkers, kosten auditbureaus.”

“Uiteindelijk zijn de kosten voor het behalen van de audit 30.000 euro (12 fte). De lopende kosten zullen nu per jaar inclusief heraudit rond de 12.500 euro per jaar zijn en de inkomsten 70.000 per jaar.”

“Lidmaatschap fysoptima 350 euro per maand. HCA-training 600 euro. Inschrijving voor HCA-audit 1200 euro. Plus alle extra dingen die nodig zijn voor de HKZ: b.v. elke maand overleg, onderhoud apparatuur, schoonmaak door een gerenommeerd bedrijf, IOF en cursussen personeel, lid van de KNGF, Kamer van Koophandel, lid van Fysoptima, veiligheidseisen, BHV, AED en cursus voor iedereen, langere openingstijden van de praktijk, op elke kamer een PC, eisen aan oefenzaal en apparatuur, antwoordapparaat, veel te veel tijd voor de verslaglegging en de tevredenheidsenquêtes onderling en van cliënten via FPM, wat ook weer extra geld kost.”

OVER DE TIJD VOOR DE PLUSCONTRACTEN

Er gaat absurd veel tijd zitten in de pluscontracten. Respondenten hebben het over extreme en zinloze verslaglegging, buitenproportionele verslaglegging, krankzinnig veel administratie en een dossiervorming die volledig uit de hand loopt. Er wordt gemeten om te meten, niet om er iets aan te hebben. Het is niet naar de geest van de eisen maar naar de letter van de eisen. De intake kost een half uur tot ruim een uur, respondenten zijn 5 tot 10 minuten extra kwijt per behandeling aan administratie – in totaal circa 10 uur extra per week. Veel administratie gebeurt in de vrije tijd, de avonden en de weekends. Soms kost het evenveel administratie als uren fysiotherapie. De administratieve lasten en de geleverde fysiotherapie staan niet tot elkaar in verhouding, zeker niet bij korte behandeltrajecten. Het gaat ten koste van de behandeltime en het overleg met de patiënt.

“Dossier aanmaken = 30 min. x 1.700 dossiers per jaar = 850 uur per jaar. Extra dossiercontroles: 4 uur per week = 200 uur per jaar. Totaal ruim 1.000 uur.”

“Per 6 uur patiëntencontact zijn we zo’n 2 à 3 uur kwijt aan ‘kwaliteits’-gerelateerde handelingen die niet declareerbaar zijn.”

“De verslaglegging invullen op de manier die wordt gewenst is absurd, overbodig en omslachtig. Hierdoor ben ik ruim een uur extra bezig per nieuwe patiënt om alles in te vullen zoals gewenst wordt. Vaak wordt dan wat je hebt ingevuld nog afgekeurd, omdat ze vinden dat bij bepaalde blokken iets specifiek moet staan wat totaal niet klopt met de praktijk.”

“Alle processen binnen de praktijk moeten zijn gedocumenteerd. De verslaglegging van de fysiotherapeut kost onnodig veel tijd. Patiënten vinden het onbegrijpelijk dat ze zoveel informatie dienen te geven. Meer dan bij een huisarts nodig is.”

“Dossiers moeten overcompleet worden ingevuld met overbodige handelingen tot gevolg, zoals het overnemen van resultaten van vragenlijsten in anamnesekaarten en zeer uitgebreid invullen van tussenevaluaties.”

“Krankzinnig veel administratieve handelingen. Vroeger stond de patiënt centraal, nu de zorgverzekeraar met zijn eisen.”

“Vooral de verslaglegging is idioot. Dit is een van de meest demotiverende zaken op dit moment, zeker ook bij de medewerkers.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Voor ik de handdoek in de ring gooide heb ik 3 maanden, 6 avonden per week ca. 2,5 uren per avond extra zitten werken aan de EPD's. Mijn gezinsleven, sport en hobby's hebben er ernstig onder geleden.”

VERDERE ERVARINGEN MET PLUSCONTRACTEN

364 respondenten lichten hun ervaringen toe. Vijf respondenten noemen positieve ervaringen zoals kwaliteit, bewustwording en de praktijk naar een hoger niveau brengen. Acht respondenten noemen zowel positieve als negatieve kanten. 350 respondenten melden hier vooral negatieve ervaringen.

DE EISEN ZIJN ABSURD

Het specificeren van behandeldoelen wordt bijna tot het belachelijke toe uitgeschreven. Een voorbeeld:

“Mevrouw is 85 jaar en bedlegerig. Het behandeldoel globaal zou kunnen zijn: Het zodanig mobiel houden van extremiteiten, zodat mevrouw door de verpleging gewassen kan worden. Dit is uiteraard niet voldoende. Het moet zijn: Hoeveel beenspreiding heeft verpleging nodig om mevrouw onder te kunnen wassen? 45 graden beenspreiding rechts en links, gecommuniceerd op 12-03-2011 met verpleegkundige x. SMART behandeldoel, vergroten beenspreiding linker been van 35 naar 45 graden, door middel van mobiliserende rektechnieken, meetbaar met gradenboog, 2 keer per week tot 30 april 2012. Per gewricht kan je zo het hele dossier uitwerken...”

AFREKENING OP EEN PERFECT DOSSIER, NIET OP RESULTATEN

“De geleverde kwaliteit wordt nu beoordeeld aan de hand van hoe iemand zich in de dossiers uit kan drukken, of het echt zo gaat is niet te controleren. Dus als je maar invult wat een auditeur wil zien, is het goed. Dit wordt verzonnen door mensen die er helemaal niets van begrijpen. Daarnaast moet je er nog voor betalen ook en we doen het allemaal omdat we de boot niet willen missen.”

“Wordt afgerekend op volledigheid, taalgebruik en formulering van dossiers, niet op resultaten behandeling of klanttevredenheid.”

“De zorgverzekeraar stelt allemaal eisen. Alles moet meetbaar zijn. Dat is in deze patiëntencategorie niet altijd mogelijk en daarom ga je alles zo formuleren dat het goed gekeurd wordt, maar dat kost wel meer denktijd.”

ADMINISTRATIE IN GEEN VERHOUDING TOT PATIËNT-TIJD

“De aandacht is eenzijdig gericht op de verslaglegging, verhouding patiënt-tijd/computer is compleet zoek.”

“De tijd en de eisen zijn absurd!!! Ben meer bezig om een dossier goed in elkaar te krijgen dan met mijn patiënt!”

EISEN STAAN IN GEEN VERHOUDING TOT DE MEERWAARDE VOOR DE PRAKTIJK

“Het kost meer tijd en geld dan dat het oplevert, de handen horen de patiënt toe en niet het toetsenbord.”

“De kosten wegen bijna niet meer op tegen het voordeel van een iets hoger tarief. Het is meer prestige om eraan te voldoen. De HCA-audit gaat alleen maar over “staat het er of staat het er niet”. Inhoudelijk geen enkel begrip voor opbouw van status en behandelplan op basis van cliëntprofiel.”

“Omzet daling 10%, kosten 5% gestegen, geen toevoeging aan praktijk, patiënten worden behandeld zoals al jaren en patiënten zegt plus-praktijk niets, geen toegevoegde waarde.”

MEER ADMINISTRATEUR DAN FYSIOTHERAPEUT

“Er wordt niet op inhoudelijke tijd gescreend, maar op de administratieve kwaliteit, dit is niet het vak waar ik voor op ben geleid!”

“Het kost ongelooflijk veel tijd om de patiëntenadministratie op orde te hebben, naar de richtlijnen voor een plus-praktijk. Ik vraag mij ondertussen af of ik niet een fantastisch administratief medewerker ben, in plaats van een fantastische fysiotherapeut. Dat laatste is natuurlijk het belangrijkste, maar het omgekeerde lijkt tegenwoordig het geval.”

“De zwaarte van de audit ligt in de geluksfactor gesloten: 15 dossiers van de 780(!) moeten 100% zijn, onze persoonlijke ervaringen met de auditor zijn van het niveau ‘miereneuker’ (excuses). Mijn antwoord: er zijn geen goede praktijken, er zijn goede fysiotherapeuten...”

PATIËNTEN EENHEIDSWORST

“Slaat nergens op. Je wordt beoordeeld op registreren en administratieve processen die veel tijd kosten en onnodige administratie. Dat waar het werkelijk om draait, ‘de patiënt’, wordt als eenheidsworst gezien. De kunde is om bij de unieke patiënt de unieke keuze te maken in behandeling / benadering. Dat kan ik in de tools van de audit niet kwijt.”

HOGE EISEN ZETTEN AAN TOT FRAUDE

“Belachelijke toestanden: kwaliteit in de zorg hooghouden? Prima, maar niet op deze manier... We zijn slaaf van de zorgverzekeraars... De Plus-werkwijze is allemaal grote onzin, hoe toets je nu werkelijk kwaliteit? Vragenlijsten invullen, veel vrije tijd inleveren... En zoals collegae vertellen een trucje doen (de boel eigenlijk oplichten om de dossiers voor elkaar te krijgen). Behandeltijd van de patiënten afsnoepen... En weer dossiers pasklaar maken... Uiteindelijk geen kwaliteit in de zorg! HCA-plus: meer dan 1 uur belasting per patiënt, gegevens invullen... Dus je hebt naast je huidige werk er een parttime baan administratie bij. Waar gaat dit heen?”

“Om aan de krankzinnige eisen van een dossier te voldoen worden wij gedwongen te frauderen. De tijd om het dossier volledig legaal uit te voeren staat niet in verhouding tot de vergoeding.”

TEN KOSTE VAN SFEER ONDERLING EN NAAR PATIËNTEN

Iedereen draait minder omzet. Het kost veel tijd de neuzen bij elkaar te steken. Soms word je afgewezen omdat niet iedereen binnen de praktijk-subdoelen smart genoeg heeft geformuleerd. Er is veel frustratie. Fysiotherapeuten worden murw van alle eisen. Het gaat ten koste van het plezier in het werk, het motiveert niet. De sfeer naar patiënten en tussen collega's verslechtert. Patiënten schieten er niets mee op.

“Ik merk bij mezelf en collega's een toenemende frustratie en stress om te moeten voldoen aan zogenaamde kosten-reducerende maatregelen waarmee er geen beloning wacht, maar angst overheerst om buiten de boot te vallen en contracten te missen. Ook de patiënten geven steeds meer aan niet te snappen waarom er zoveel administratie nodig is en willen gewoon behandeld worden.”

“De patiënt komt voor zijn rugpijn en verwacht dat er iets gedaan wordt, niet dat ik alleen achter de PC plaatsneem, alles invul en zeg: tot de volgende afspraak, dan gaan we verder.”

WANTROUWEN EN DEMOTIVATIE

“De eisen zijn ook door de beroepsgroep mede onder de noemer “kwaliteit” naar een administratief zeer belastend niveau getild. Echt absurd, niet meer ter zake doend en van A tot Z gebaseerd op wantrouwen! Bah, bah en nog eens bah! De meeste zorgverleners staan nog steeds met hart en ziel in de praktijk en het wantrouwenmodel is een bedenkfel van de managers en de academici, met andere woorden diegenen die de patiënt nimmer helpen en nimmer zullen helpen.”

“Niemand in de praktijk werd er vrolijk van. We zijn ermee gestopt!!! We zijn net op tijd gestopt, niemand is weggelopen en/of overspannen geworden.”

HOGE EISEN OOK BIJ KORTDURENDE BEHANDELING

“De eisen in de richtlijn verslaglegging zijn voor simpele klachten zoals een zweepslag belachelijk zwaar. De mate van verslaglegging moet afhangen van de ernst van de klacht. Bij een simpele klacht is de mate van verslagleggen alsof je een mug met een kanon probeert uit te roeien.”

“Zeker voor patiënten die maar 3 keer behandeld worden is het extreem veel werk om het dossier goed in te vullen, en vervolgens weer goed af te ronden. Bepaalde vakjes moeten ingevuld worden, terwijl ze bij sommige patiënten niet van toepassing zijn.”

VOOR KINDERFYSIOTHERAPEUTEN GROOT PROBLEEM

“Ik kom als kinderfysiotherapeut amper meer toe aan het behandelen zelf. Het invullen van FRM neemt ontzettend veel tijd. Ook omdat de protocollen en meetinstrumenten niet goed ingevoerd zijn. En omdat het werken met kinderen van een heel andere orde is dan alleen met volwassenen. Het kost sowieso al veel meer tijd omdat er vaak meerdere disciplines bij betrokken zijn waar ook mee gecommuniceerd moet worden.”

VRAGENLIJSTEN ZIJN TE MOEILJK

De vragen zijn te moeilijk voor veel patiënten, soms vullen respondenten zelf deze vragenlijsten verder in, waarmee de vragenlijsten het doel voorbij schieten.

“Patiënten konden vragenlijsten niet invullen, patiënten werden boos over de voorgelegde vragen.”

“Ik heb zelf opgezegd omdat vragenlijsten met mensen die niet kunnen schrijven en laaggeletterden niet te doen is.”

BEHANDELGEMIDDELDE IS BEPALEND

“Bij het aangaan van een plus-contract is behandelgemiddelde bepalend. Hierbij gaat het dus om geld en niet om klanttevredenheid.”

EISEN WORDEN STEEDS VERDER OPGEVOERD

“De tijdsinvestering wordt bij lange na niet gecompenseerd door het hogere plustarief. Alleen de verzekeraar vaart er wel bij, want die krijgt de beschikking over heel veel gegevens, waarop zij vervolgens hun eisen gaan opvoeren.”

“De meest negatieve ervaring is dat verzekeraars ieder moment de voorwaarden lijken te kunnen aanpassen en als dit niet kan alsnog wel lijken te proberen onder het mom van ‘kwaliteit’ .

Achmea heeft de term kwaliteit afgelopen week m.i. treffend verwoord in: “wij hebben onze investering tot op heden niet weten terug te verdienen”. Kwaliteit = geld verdienen.”

MIDDEL TOT KOSTENBEHEERSING

“Het is een verdeckte manier om 10% van de beroepsgroep een normaal tarief te geven en een alibi te hebben om de overige 90% op het tarief van een pedicure te zetten. Toen bleek dat er te veel praktijken het pluscontract gehaald hadden, werden per 1-1-2012 de eisen verdubbeld, dus het gaat niet om kwaliteit, maar om geld bij de zorgverzekeraar.”

“Belachelijk dat ook de eisen voor huidige en eventueel pluspraktijken in wording nog verder zijn aangescherpt. Een soort plus-plus-audit is in het leven geroepen. Op een informatie-avond van HCA is onlangs letterlijk door een vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar gezegd dat de plus-audit een saneringsmiddel is binnen de fysiotherapie.”

“Inmiddels vinden de ziektekostenverzekeraars dat er wel genoeg plus-praktijken zijn (500-600) en hebben zij de lat voor de plus-audit nog hoger gelegd. De audit termijn is van 3 naar 6 maanden gegaan. Alle dossiers moeten meedoen; ook de dossiers die voor die periode van 6 maanden gestart zijn. De eisen aan de verslaglegging zijn omhoog gebracht; het is niet meer voldoende om te voldoen aan de richtlijn van onze beroepsgroep. De verzekeraars hebben extra eisen toegevoegd. De verzekeraars gebruiken de plusaudit enkel voor kostenbeheersing onder het mom van stimulering van de kwaliteit. De overheid heeft de verzekeraars de opdracht gegeven de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Uitgangspunt is dat je kwaliteit stimuleert door tariefdifferentiatie. De verzekeraars gebruiken dit instrument puur voor kostenbeheersing. Zij leggen de lat voor het hoogste tarief zo hoog dat dit niet werkbaar is. Daarmee realiseert de verzekeraar haar eigen doel: optimalisatie van de winst.”

1.5. STOPPEN MET CONTRACTEN

Er zijn fysiotherapeuten die geen contracten meer afsluiten, helemaal niet of nog slechts met enkele verzekeraars.

8. HEBT U ER WEL EENS OVER GEDACHT GEEN CONTRACTEN MEER AF TE SLUITEN? (N=1708, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Ja ik sluit met geen of met enkele verzekeraars contracten	5
Denkt er over na	25
Liever niet maar dan kom ik niet rond	41
Liever niet maar dan word ik negatief afgeschilderd door verzekeraar	25
Liever niet maar zou voor patiënten te grote drempel zijn	60
Anders	11
Ik sluit zoveel mogelijk contracten af	6
Geen mening	12

6 procenten van de respondenten sluit zoveel mogelijk contracten af, 12 procent heeft geen mening.

Ruim 80 procent wil liever geen contracten afsluiten of doet dat zelfs al niet meer.

Dat fysiotherapeuten het toch doen is vooral omdat ze de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten niet in gevaar willen brengen en omdat ze dan zelf niet rond zouden kunnen komen.

De patiënten vormen voor veel fysiotherapeuten een belangrijke reden om contracten af te sluiten. Je creëert onrust als je geen contract afsluit; voor een aantal groepen is het dan niet meer te betalen.

“Maar gezien de patiëntengroep waar wij mee werken is dat niet goed mogelijk (veel ouderen en andere mensen die zelf hun administratie niet meer kunnen doen).”

“We zitten in de Bijlmer, niet in Wassenaar.”

Werkgelegenheid en angst voor faillissement of om mensen te moeten ontslaan is een belangrijke reden om toch contracten af te sluiten.

“Bovendien werken wij veel in instellingen; als we geen contracten met zorgverzekeraars afsluiten zullen die instellingen niet meer voor ons kiezen, maar voor een collega die wél contracten heeft afgesloten.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Ooit gedaan met één verzekeraar en daarbij een omzetverlies van 10% gehad.”

“Geen contract met de grote verzekeraars is financiële zelfmoord. Ik overweeg om met de kleine verzekeraars geen contract meer af te sluiten.”

Als probleem wordt ook genoemd dat andere praktijken wel contracten afsluiten en je dus uit concurrentieoverwegingen mee moet doen. Anders lopen patiënten naar omliggende praktijken.

“Dit is alleen mogelijk als je in je omgeving niet de enige bent hierin, in verband met de marktwerking.”

“Geen contracten afsluiten betekent dat er een hele grote drempel wordt opgeworpen voor mijn specifieke cliëntengroep alsmede een negatieve afbeelding door de zorgverzekeraars en collegapraktijken die wel contracten, zo nodig inclusief plustarieven, aangaan.”

“Ik heb er over nagedacht, maar alle andere praktijken in de omgeving sluiten wel contracten af en ik ben bang dat de patiënten dan naar die praktijken gaan.”

Ook is er kritiek op de KNGF.

“Het KNGF zou eens een keer wat voor de positie van haar leden moeten doen. Maar in plaats daarvan werkt het KNGF vooral aan versterking van haar eigen positie en bedrijft ‘slechts’ politiek met haar leden!”

Een aantal respondenten vindt dat de beroepsgroep zou moeten oproepen geen contracten te sluiten, in elk geval dat ze collectief geen contracten zouden moeten afsluiten.

“De verdeel-en-heerstactiek van de zorgverzekeraars zorgt er steeds voor dat er onvoldoende mensen tegelijkertijd een vuist maken. Bij een collectieve actie zou ik er niet over na hoeven denken.”

“Alle fysiotherapeuten zouden eensgezind moet weigeren contracten af te sluiten.”

“Als iedere fysiotherapeut dit zou doen, ben ik de eerste.”

“Dit zou met name binnen de beroepsgroep eenduidig besproken moeten worden en daarna een stap nemen tot niet contracteren. Te veel makke schapen!”

1.6. WAAROM GEEN CONTRACTEN

De respondenten is gevraagd om welke redenen ze liever geen contracten zouden afsluiten.

9. REDEN LIEVER AFZIEN CONTRACTEN (N=1338, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Eenzijdig dictaat verzekeraars	90
Verslaglegging te uitgebreid of te absurd	82
Bemoeienis verzekeraar met kwaliteit	79
Privacy wordt geweld aan gedaan	34
Anders	6

De grootste bron van ergernis is het dictaat van de verzekeraar en zijn bemoeienis met zogenaamde kwaliteit. Dat gaat vooral over verslaglegging.

“Ik ben bijna meer tijd kwijt met de administratie dan met de daadwerkelijke behandeling van de patiënt. En wie het beste kan opschrijven wat er gedaan is/zou moeten worden, is de beste therapeut.”

“De overige administratieve lasten zijn absoluut belachelijk. Elke verzekeraar hanteert zijn eigen diagnosecode-lijst. Elke verzekeraar vergoedt chronische ziekten (en verlenging daarvan) op hun eigen manier. Wij hebben een bedrijf ingehuurd dat daar met 2 FTE fulltime mee bezig is en dan alsnog is het compleet ondoorzichtig. Regelmatig merk ik dat een verzekeraar door de onduidelijkheid hun klanten onjuist informeert en in de praktijk tegen de eigen regels in werkt.”

De verzekeraars bemoeien zich te veel met de kwaliteit.

“Straks gaan verzekeraars voorschrijven wat zij wel en geen fysiotherapie vinden...”

“Er is maar één die bepaalt of het goed is en dat is de patiënt zelf.”

Door een aantal respondenten wordt ook de te lage tarieven genoemd.

“Het mogen hanteren van eigen tarieven. Door de verzekeraar is in het contract vastgelegd dat er geen ander tarief gebruikt mag worden dan hun reguliere tarief.”

“Ik voel me een loonslaaf van de zorgverzekeraar in plaats van zelfstandig ondernemer.”

1.7. SPECIALISMEN

Ruim de helft van de respondenten heeft een specialisatie. 37 procent daarvan ervaart in het specialisme een specifiek probleem.

PROBLEMEN BIJ SPECIALISMEN

568 respondenten lichten deze problemen toe. Het belangrijkste probleem is dat de specialisatie niet of nauwelijks wordt beloond. De vergoeding is te laag ten opzichte van de verplichtingen zowel wat betreft nascholing (vaak op masterniveau) als herregistratie en staat niet in verhouding met opleidings- en inrichtingseisen. Niet alle specialisaties worden extra vergoed (sportfysiotherapie bijvoorbeeld niet) en de vergoedingen zijn verschillend per verzekeraar. De tarieven worden bovendien verlaagd terwijl de eisen worden verhoogd. Vaak wordt bijvoorbeeld nog slechts een beperkt aantal behandelingen (9 bij Achmea) extra vergoed, zoals manuele therapie en psychosomatische therapie. Behandelingen aan huis worden niet of te laag vergoed.

“Vergoeding psychosomatiek is niet door elke zorgverzekeraar. Ik plan vaak voor mijn cliënten een uur, omdat een half uur naar mijn mening niet effectief is. Ik reken dan 1 zitting waardoor ik er zelf financieel bij inschiet. Hiermee probeer ik binnen het budget te blijven waarvoor mijn cliënt verzekerd is. Zij komen omdat ze uit balans zijn en niet om er nog een financieel probleem bij te krijgen.”

Veel specialisaties kosten extra tijd, vanwege de complexe problematiek en de extra verslaglegging. Bijvoorbeeld ouderen waarbij meten extra tijd kost en er vaak sprake is van comorbiditeit. Datzelfde geldt voor patiënten op het gebied van psychosomatiek, neurologie (Parkinson bijvoorbeeld), bekkenproblemen en oncologie. Vaak is ook extra overleg nodig met familie en andere behandelaars. Eerder stond er vaak extra tijd voor zoals bijvoorbeeld bij oedeemtherapie; dat was 1,5 maal het gewone tarief.

“De oedeemtherapie wordt zwaar onderbetaald. Deze behandeling werd voorheen wel vergoed met 1,5 x gewone tarief omdat de behandeling ook 1,5 x tijd in beslag neemt. Alle verzekeringen zitten nu onder dit tarief! En CZT helemaal!!!”

“Binnen bekkenfysiotherapie is de behandeling meer arbeidsintensief. Het inwendig handelen vraagt meer tijd voor goede uitleg / bedenktijd. Maar ook de extra handelingen. Het brengt extra administratietijd met zich mee: meetgegevens verwerken / materiaal (probes) aanschaffen en administratie verwerken per patiënt. Vaker overleg 1ste lijn, vraagt om extra planning.”

Ook kinderfysiotherapie kost veel extra tijd, ook wat betreft verslaglegging. Deze kan niet tijdens de

behandeling, dan worden kinderen te veel afgeleid. Bij jonge kinderen moeten behandelingen zoveel mogelijk thuis (training ouders). Daarnaast is veel overleg nodig, met ouders, leerkrachten en andere disciplines. Voor het werken op scholen worden nogal eens lastige eisen gesteld. De voorlichting over vergoedingen van zorgverzekeraars aan ouders is slecht. Sommige zorgverzekeraars willen bovendien de kinderfysiotherapie in de algemene registratie, dus geen extra vergoeding meer.

“Bij behandelen van kinderen kan je niet tijdens het onderzoek uitgebreid op je computer gaan zitten werken, dan is het kind afgeleid en het onderzoek verprutst.”

Materiaalkosten (bijvoorbeeld probes) en verschillende meetinstrumenten (echografie) worden niet vergoed, evenals shockwave, tapen en ergonomie. De patiënt en in de meeste gevallen de fysiotherapeut betaalt.

“Voor de bekkenfysiotherapie is de administratie zo mogelijk nog meer en de kosten voor een inwendige probe moet de patiënt zelf betalen, dit terwijl je zoveel kunt verdienen in bijvoorbeeld de kosten voor incontinentie materiaal.”

Veel patiënten hebben financiële problemen en zijn niet of onderverzekerd. Daarnaast is een aantal indicaties uit de lijst Borst gehaald; deze worden niet meer vergoed. Ook zijn collectieve verzekeringen uitgedund. Omdat ze minder verzekerd zijn willen sommige mensen in één of twee behandelingen beter kunnen zijn. Veel chronische patiënten kunnen de eerste 20 behandelingen (of minder als ze aanvullend verzekerd zijn) niet betalen. Dit terwijl het vaak om zware diagnoses gaat, zoals oncologie of CVA.

“Steeds meer mensen zijn niet of onvoldoende verzekerd voor zorg en zien af van een behandeling. Het trieste voorbeeld is wel die van een jonge allochtone student met een oncologie-verhaal. Was niet aanvullend verzekerd en had geen geld. Wel vanuit kanker-ziekenhuis heel specifiek verwezen naar onze praktijk voor een specialistische behandeling. Die wij hem vervolgens niet konden geven.”

“Veel ouderen zijn niet aanvullend verzekerd. Voorbeeld nieuwe heup; moet aan huis behandeld worden. Kan het niet betalen. Patiënt 6 weken opgenomen in revalidatiekliniek. Tel uit je winst: 1.000 euro per dag en 12 behandelingen fysiotherapie à 400 euro bespaart. Kosten 41.550 euro.”

Respondenten met specialisaties ondervinden ook extra problemen, omdat het voor hen veel moeilijker is onder het gemiddelde praktijkgetal te blijven. Bijvoorbeeld als ze veel patiënten hebben met oedeemtherapie, kinderen, Parkinsonpatiënten of mensen uit een verzorgingshuis.

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

Zorgverzekeraars bepalen steeds meer wat er mag gebeuren. Zo vinden enkele zorgverzekeraars onderhoudende therapie bij ouderen niet te verantwoorden.

“Te hoge behandelgemiddeldes omdat we alleen kinderen met motorische achterstand behandelen. De methode van het bepalen van deze gemiddeldes is verre van transparant.”

“Voortdurend bij iedere patiënt bedenken of ik toch maar niet boven mijn behandelgemiddelde ga komen.”

Voor de respondenten met specialisaties is het lastig om aan voldoende mensen te komen voor CQi. Veel mensen hebben geen internet of er is sprake van een taalbarrière.

“Vragenlijsten lastig voor mijn oudere en ook voor veel allochtone cliënten.”

De software, EPD en verslaglegging is niet afgestemd op veel specialisaties, bijvoorbeeld bij oedeemtherapie, kindfysiotherapie, psychosomatische therapie. SOEP, tussenevaluaties en SMART zijn moeilijk toe te passen. Parkinson bijvoorbeeld is niet of alleen op onzinnige wijze SMART te maken. Subdoelstellingen bij chronische patiënten gaan alleen maar achteruit. Beweegprogramma's (bijvoorbeeld voor COPD) en doelgroepenprogramma's zijn lastig vergoed te krijgen.

“Specialisatie geeft soms problemen bij verslaglegging volgens auditcriteria, omdat er te weinig rekening is gehouden met specifieke problematiek.”

OPLOSSEN PROBLEMEN BIJ SPECIALISMEN

533 respondenten gaan in op het oplossen van de problemen bij specialisatie. Een aantal respondenten wil de marktwerking afschaffen en de verantwoordelijkheid bij de beroepsgroep leggen. De beroepsgroep dient ook de kwaliteit te waarborgen. Kwaliteitscontrole, zoals de zorgverzekeraars dat doen, werkt niet, zeker niet bij specialisaties.

“Een groot deel van de zorgmarkt moet weer onder de overheidsverantwoordelijkheid gaan vallen, tevens zal er goed naar alle geledingen van de zorg gekeken moeten worden, bijv. hoe premie betaling, welke zorg in de basisverzekering, hoe aanvullende verzekeringen invullen, hoe bewaken, eerstelijnszorg in de wijk goed regelen, etc. Wij zijn 9 jaar bezig geweest om een lokaal gezondheidscentrum te creëren maar door allerlei belangen en trage lokale gemeentepolitiek komt dit dus niet tot stand.”

De specialismen moeten erkend, er moet een eerlijke vergoeding komen voor specialismen. Ook voor aan-huis-behandeling, liefst hetzelfde voor alle zorgverzekeraars. Ook materiaal, meetapparatuur en multidisciplinair overleg moeten worden vergoed.

“Hogere tarieven voor specialisaties!”

De verslaglegging moet worden vereenvoudigd, zeker de vragenlijsten. De vragenlijsten moeten worden aangepast aan minder taalvaardige mensen.

“Meetinstrumenten en communicatie en voorlichtingsmateriaal zo aanbieden dat ook laag taalvaardige mensen er wat aan hebben.”

De fysiotherapeuten of de beroepsgroep zouden zelf de eisen aan verslaglegging moeten vaststellen. De administratieve taken dienen te worden opgenomen in het tarief. Als er onderhandeld moet worden kan dat het beste tussen beroepsgroep en zorgverzekeraars; dan kunnen de individuele fysiotherapeuten gewoon hun werk doen. Er zouden voor alle zorgverzekeraars dezelfde regels moeten komen en eerlijke voorlichting door de zorgverzekeraars.

“Ik heb sterk het idee dat de KNGF veel meer zou kunnen doen om de duidelijkheid te vergroten ten aanzien van zorgverzekeringen, budgetten etc. Het lijkt er nu op voor mij dat de eisen van de zorgverzekeraars en invulling van de zorgverzekeringsspakketten jaarlijks veranderen.”

Er dient meer te worden uitgegaan van de kwaliteit van de professional. De zorginhoud moet worden bepaald door de fysiotherapeut samen met de patiënten en niet door de zorgverzekeraar. De fysiotherapeut bepaalt zelf de behandeltime en of er meer behandelingen nodig zijn. Het behandelgemiddelde moet niet meer centraal staan en in elk geval moet rekening worden gehouden met specialismen.

“Specialisme moet bekend worden gemaakt in den lande, dus profilering. Dit is nu begonnen door KNGF en NVFVG als specifieke vereniging te erkennen. Scholing moet er gemaakt worden. En er moet een apart tarief komen voor deze doelgroep, waarin overlegvormen en instructie aan cliëntsysteem erkend worden.”

“M.i. moet de klant zich uitspreken in hoeverre hij/zij eigen regie ervaart in dagelijks functioneren. Bijvoorbeeld: heeft de klant inzicht in zijn fysiek/mentaal probleem. In welke mate wordt daar door de therapeut op gestuurd. Nu moet je steeds sturen op meetbare gegevens als: het aantal graden van beperking of spierkracht. Het leidt tot fitness-activiteiten en niet tot coördinatie en lichaamsbe-

heersing of tot bewegingsvariatie of tot gedrag om de omgeving aan te passen aan het eigen belastingsprofiel.”

“Wat Alber Hein niet mag (leveranciers onder druk zetten) doen de zorgverzekeraars al jaren in Nederland.”

Er moet betere software komen en de EPD moet worden versimpeld.

“Het KNGF moet een simpel EPD ook accorderen. Velen schaffen onder druk van de Plus-audits de software aan en merken later het geweldige moeras waarin ze terecht zijn gekomen.”

“Ik vind vooral het EPD een enorm struikelblok. Daarin staan zinloze vragen en vragen die dubbel beantwoord moeten worden, terwijl je er als fysiotherapeut weinig aan hebt. Het EPD moet tot nut van de fysiotherapie worden gemaakt i.p.v. tot nut van de controle door de zorgverzekeraars.”

Er moet een beter betaalbaar systeem komen, zeker voor de sociaal zwakkeren. Meer fysiotherapie in het basispakket en/of uitbreiding van de aanvullende verzekering, zeker voor mensen met een chronische aandoening.

“Vangnet voor de sociaal zwakken/minder draagkrachtigen, zeker bij alle chronische aandoeningen, geen eigen risico bij de 20ste behandeling.”

1.8. GROEPSTHERAPIE

512 respondenten (ofwel 33 procent) geeft groepstherapie (bewegingsprogramma). 1.084 respondenten zeggen het niet te geven; 939 geven hiervoor een reden. Volgens veel respondenten is het niet effectief. Ze hebben er geen ruimte voor of het past niet bij hun patiëntpopulatie. Voor veel respondenten is het ook moeilijk homogene groepen te maken. Velen geven ook aan meer individueel gericht te zijn. Soms worden individuele behandelingen niet meer vergoed als je groepstherapie geeft, terwijl je allebei wilt aanbieden.

“Wij prefereren de individuele begeleiding voor patiënten boven het massaal behandelen/begeleiden. Te veel info komt hierdoor niet naar boven en de relatie tussen patiënt en fysiotherapeut lijdt onder de verminderde effectieve persoonlijke aandacht.”

“Ik vind het belangrijk dat de patiënten het gevoel hebben dat ze volledige zorg en aandacht krijgen. Ik krijg vaak te horen dat ze bij collega's zijn geweest met meerdere therapeuten en die in groepen werken. Ze omschrijven dit als fabrieken. Dit is leuk voor een sportschool maar niet voor mensen met serieuze klachten.”

Volgens veel respondenten maken de zorgverzekeraars groepstherapie onmogelijk door de absurd lage tarieven, waardoor je financieel moeilijk rond komt. De vergoeding staat niet in verhouding tot de tijd die het kost iets op te zetten. De patiënten moeten zelf bijdragen, terwijl de mensen die voor groepstherapie in aanmerking komen juist vaak minder kapitaalkrchtig zijn.

“Kost me te veel tijd en de vergoedingen en de eisen worden steeds absurder. Wat het ene jaar mag, moet het andere jaar weer volgens een ander protocol.”

“De eigen bijdrage van 90 euro voor deelname aan een groep is voor velen te hoog. Als men dan bedenkt dat iemand die volledig verzekerd is voor fysiotherapie ook nog eens 90 euro moet betalen om in een groep te kunnen, dan is het duidelijk dat mensen kiezen voor een individuele behandeling. Voor de fysiotherapeut is het groepstarief te laag, daar er veel tijd in begeleiding en uitzetten van de trainingen is vereist.”

“Niet meer, omdat de meeste pakketten niet toereikend zijn in de achterstandswijk terwijl er zo ingezet wordt op BEWEGEN.”

Groepstherapie is vaak ook een probleem omdat zorgverzekeraars te veel en te ingewikkelde regels stellen en elke zorgverzekeraar weer andere voorwaarden heeft. Bij bijvoorbeeld Achmea mag je alleen groepstherapie doen als je een pluspraktijk bent. Door de strenge voorwaarden gaat het enthousiasme weg.

‘Er worden zulke rare eisen aan gesteld. Een compleet contract van weet ik hoeveel kantjes moest gelezen worden zodat horen en zien je vergaat. We hebben alle mogelijkheden, maar ik heb het opgegeven.”

“Hier te veel eisen betreffende de samenstelling van de groep. De groepen zijn samengesteld uit mensen met verschillende zorgverzekeraars die allemaal hun eigen eisen stellen ten opzichte van de groepsbehandeling.”

“Het is de afgelopen jaren een drama geweest met declareren van groepstarief. Ieder jaar veranderen de voorwaarden en moeten we weer aan andere eisen voldoen. We declareren daarom geen of weinig groepsbehandelingen meer.”

“Het aanvragen van een groepstherapie bij de zorgverzekeraar kost een heleboel administratieve tijd, omdat er een heel programma moet worden uitgeschreven (wat vaak standaard is). Dit wordt dan een aantal malen door een zorgverzekeraar afgekeurd.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Een ieder weet dat veranderingen bij doelgroepen pas na minimaal 4 maanden leiden tot een gewoonte/ritme. In het huidige beleid wordt er max. 3 maanden vergoed. Daarbij wordt dit gekort op de rest van de behandelingen fysiotherapie, terwijl deze groepen vaak co-morbiditeit hebben. Door een limiet te stellen die botst met de wetenschap over gedragsverandering, maken zorgverzekeraars zich belachelijk met de huidige vergoeding voor groepstherapie. Door fysiotherapeuten niet de vrijheid te geven hier een plan aan te koppelen dat leidt tot een jaar rond groepstherapie dwingt zij patiënten en fysiotherapeuten tot een zinloze tijdsbesteding.”

Het tarief voor groepstherapie wordt niet altijd gedeclareerd. Niet iedereen heeft een addendum op het contract voor groepstherapie. Eén op de vijf respondenten maakt onderscheid tussen zorgverzekeraars.

10.GROEPSTHERAPIE (N=509)

	Percentage wel	Percentage niet
Declareert tarief	59	33
Heeft addendum op contract voor groepstherapie	48	26
Maakt onderscheid tussen zorgverzekeraars	21	65

Veel respondenten declareren geen tarieven vanwege alle (soms onmogelijke) eisen en laten patiënten zelf betalen. Zij doen bijvoorbeeld de groepfitness voor eigen rekening van de patiënten, zodat ze geen gedoe hebben met de zorgverzekeraars.

“Ik wil dat niet volgens de richtlijnen van de zorgverzekeraar doen. Ik geef groepsles voor zwangeren met bekkenklachten op mijn eigen manier en patiënten betalen dit zelf.”

“Het vergoedingensysteem is te ingewikkeld en te ondoorzichtig. Ik noem het dus maar fitness en laat de patiënt zelf betalen.”

“Ik declareer niet meer bij de zorgverzekeraar. Mijn prijs is zodanig en de kwaliteit dusdanig dat de mensen het uit eigen zak betalen. Maar daarmee sluit ik wel de sociaal-zwakkeren uit. En daar ben ik niet blij mee.”

Bij de ene zorgverzekeraar is een addendum nodig, bij de andere lijkt dat niet het geval te zijn. De respondenten hebben ook niet bij alle zorgverzekeraars het addendum getekend. Niet alle zorgverzekeraars vergoeden groepstherapie; de vergoedingen en voorwaarden zijn ook bij elke zorgverzekeraar weer anders. Daarom hebben respondenten niet bij alle zorgverzekeraars groepstherapie.

“Sommigen willen weer een heel protocol hebben of willen dat wij dat navolgen en toestemming aanvragen en meer van die blabla-onzin.”

“Alleen Menzis telt groepszittingen voor een half, de rest rekent een groepszitting voor 1. Zou je bij deze verzekeraars dit wel doen, dan benadeel je de patiënt (bij beperkte AV-pakketten) of jezelf.”

“Beweegprogramma's kunnen we niet bij alle zorgverzekeraars declareren, dus alleen patiënten van bepaalde verzekeringen kunnen deelnemen.”



2. DE FYSIOTHERAPIEPRAKTIJK: VERSLAGLEGGING EN KWALITEIT

Het merendeel van de fysiotherapeuten (89 procent) ervaart het werk als positief tot zeer positief. 63 procent van de fysiotherapeuten vindt wel dat het plezier in het werk de afgelopen jaren is afgenomen

2.1. WERKBELASTING

Het grootste probleem van de fysiotherapeuten is de werkbelasting door de verslaglegging.

11. WERKBELASTING DOOR VERSLAGLEGGING/ADMINISTRATIE IS VEEL TE HOOG (N=1570)

	Percentage
Mee eens	97
Neutraal	2
Niet mee eens	1

Een zeer hoog percentage van de respondenten (97 procent) vindt de werkbelasting door de verslaglegging en administratie veel te hoog.

De respondenten is vervolgens gevraagd een schatting te maken van het percentage van de tijd die ze kwijt zijn aan administratie.

12. HOEVEEL PROCENT VAN DE TIJD BENT U PER BEHANDELING KWIJT AAN ADMINISTRATIEVE TAKEN? (N=1533)

	Percentage
< 10%	9,5
11 t/m 20%	38
21 t/m 30%	34
31 t/m 40%	12
41 t/m 50%	5
51 t/m 60%	0,5
61 t/m 80%	1

Ruim een derde van de respondenten is per behandeling 11 tot 20 procent van de tijd kwijt aan adminis-

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

tratieve taken; een derde is daar 21 tot 30 procent per behandeling aan kwijt. Voor bijna een vijfde van de fysiotherapeuten is dat zelfs meer dan 30 procent.

De respondenten is ook gevraagd een schatting te maken van de tijd die ze per dag kwijt zijn aan verslaglegging.

13. HOEVEEL TIJD BENT U ONGEVEER PER DAG KWIJT AAN VERSLAGLEGGING/ADMINISTRATIE? (N=1566)

	Percentage
Minder dan 1 uur per dag	6
1-2 uur per dag	59
2-3 uur per dag	26
Meer dan 3 uur per dag	7
Weet niet	2

Bijna 60 procent van de respondenten is 1 tot 2 uur per dag kwijt aan verslaglegging, voor 35 procent is dat 2 tot 3 uur per dag of zelfs meer.

2.2. KUNT U DOEN WAT NODIG IS?

Aan de respondenten is gevraagd of zij altijd kunnen doen wat nodig is voor de patiënten.

14. KUNT U ALS FYSIOTHERAPEUT ALTIJD DOEN WAT NODIG IS? (N=1422, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Nee, de werkbelasting vanwege dossiervorming gaat ten koste van de zorg	69
Nee, ik merk in mijn dagelijkse werk dat zorgverzekeraars steeds meer op de stoel van de fysiotherapeut gaan zitten	51
Nee, ik heb onvoldoende tijd per sessie	44
Nee, vanwege het praktijkgemiddelde weer ik soms gecompliceerde patiënten	13
Nee, vanwege de dossier-eisen weer ik soms gecompliceerde patiënten	10
Nee, uit angst voor een beheersaudit weer ik soms gecompliceerde patiënten	9
Anders	19
Niets van dat alles, ik kan altijd doen wat nodig is	7

Slechts 7 procent van de respondenten meldt dat zij altijd kan doen wat nodig is. 69 procent van de respondenten zegt dat het bijhouden van de dossiers ten koste gaat van de zorg voor patiënten. De helft van de respondenten vindt dat de zorgverzekeraars zich te veel met de praktijk bemoeien. Van de 275 respondenten die “Anders” invullen, melden 104 respondenten dat ze veel administratie in de vrije tijd doen zodat het niet ten koste gaat van de patiënt; 35 respondenten melden dat ze altijd doen wat nodig is, ook als daar eigenlijk geen tijd voor is en ze risico lopen op een beheersaudit. Nog eens 10 respondenten zeggen zich dan maar minder van de regels aan te trekken. Dat is in totaal 149 ofwel nog eens 11 procent die ondanks de extra belasting toch doet wat nodig is. Ruim 80 procent kan dus niet altijd doen wat nodig is.

“Ik doe altijd wat nodig is voor mijn patiënten. Maar dit houdt in dat ik soms langdurige patiënten gratis behandel. Als ik weet dat ik anders met mijn behandelgemiddelde te hoog uitkomt, dan reken ik niets. De patiënten weten hier niets van, maar hierdoor kan ik mijn behandelgemiddelde laag houden. De patiënten zijn altijd zeer tevreden en daar doe ik het voor. Een beheersaudit wil ik absoluut niet, dus op deze manier houd ik het zelf in de gaten. Maar het is eigenlijk te gek voor woorden dat we zo moeten gaan werken.”

“Antwoorden 2, 3 en 4 heb ik niet aangevinkt, omdat ik weiger patiënten de dupe te laten worden van de macht van de zorgverzekeraar en mijn eigen angst. Dit betekent dat ik bij een aantal patiënten een knoop in mijn maag heb, hoewel ik kan verantwoorden waarom ik sommige patiënten langdurig zie.”

“Ik kan het niet over mijn hart verkrijgen om patiënten te weigeren door de eisen van de zorgverzekeraar. Had ik dat wel gedaan, was ik misschien niet geauditeerd, maar ondanks alle chagrijn hierover weiger ik dit op mijn patiënten af te reageren. Als zij binnen onze praktijk behandeld willen worden doe ik dat, bovendien is weigeren op die gronden officieel niet mogelijk.”

“Al de bovenstaande dingen zijn verleidelijk, omdat je inderdaad bang bent om te doen wat nodig is, waardoor je er ten opzichte van andere praktijken mogelijk ongunstig uit komt. Hier zou je voor gestraft kunnen worden. Tot nu toe hebben we nog steeds vast proberen te houden aan onze principes en gaan de cliënten vóór.”

De hoge dossiereisen en het hanteren van een praktijkgemiddelde met een dreigende beheersaudit leiden er toe dat fysiotherapeuten patiënten gaan weren (of bij het hanteren van een behandelgemiddelde eerder stoppen met behandeling). Bij elkaar 20 procent meldt dat om een van deze drie redenen gecompliceerde patiënten worden geweerd.

“Vanwege angst voor beheersaudits stop ik regelmatig eerder dan ik dat zou willen met een patiënt, ik heb het gevoel de patiënt te kort te doen.”

“Ik doe wat ik moet doen, maar ben toenemend onzeker wat betref de beheersaudits van de verzekeraars en de dreiging die daar van uit gaat. Dit speelt ook een rol in mijn contact naar patiënten.”

2.3. WERKBELASTING VERMINDEREN

1.385 respondenten geven antwoord op de vraag hoe de werkbelasting teruggebracht kan worden.

MINDER UITGEBREIDE VERSLAGLEGGING

De verslaglegging kan minder uitgebreid met betrekking tot declaraties, codering en opbouw van dossiers (515 respondenten). Er moeten minder absurde en ridicule eisen worden gesteld. Er worden nu enorme dossiers opgesteld die niemand ooit inkijkt. Je zou je moeten beperken tot basisverslaglegging, alleen vastleggen wat afwijkt van de richtlijn en met regelmaat controle inbouwen.

“Alleen vastleggen wat afwijkt van de norm/richtlijn, alles wat het normale behandelen betreft is vanzelfsprekend, daarvoor is de fysiotherapeut opgeleid en dat hoeft hij niet bij iedere behandeling te bewijzen.”

“Verslaglegging is belangrijk, laat dat duidelijk zijn. Maar laten we het houden bij belangrijke feiten, zoals hoofddoelstelling, hulpvraag en een overzichtelijke anamnesekaart en een onderzoeksformulier. Verder een beknopte journaaltekst per behandeling, welke bij chronische patiënten niet elke keer ingevuld hoeft te worden (behalve bij veranderingen).”

“Bijvoorbeeld voor een enkelverzwikking wordt een richtlijn gebruikt. Bij elke patiënt moet deze richtlijn volledig worden uitgeschreven / geregistreerd (zoals strafwerk vroeger, schrijf 110 x..). Korter zou zijn: behandeling volgens richtlijn. Uiteraard, als er afgeweken wordt van de richtlijn moet dit wel worden beschreven.”

DE VERSLAGLEGGING VEREENVOUDIGEN

De verslaglegging kan veel eenvoudiger (126). Vooral de grote lijnen moet worden vastgelegd. Iedere behandeling hoeft niet van minuut tot minuut te worden weergegeven. Veel ballast kan overboord en de

verslaggeving kan veel compacter. Schrap alle onzinnige vragen en stop met verplichte vragen. Veel vragen zijn onnodig voor de behandeling.

Het behandeltraject kan worden beperkt tot intake en behandelplan, tussenverslag en outtake. Je zou niet steeds hoeven te herhalen wat de hulpvraag is en welke meetinstrumenten je hebt gebruikt. Het is onnodig om elke handeling en afspraak die je met je patiënt maakt uit en te na te documenteren. Niet bij alle behandelingen hoeft een dagjournaal te worden ingevuld met SMART-doelen of SMART-subdoelen. Ook met SOEP-verslagen hebben respondenten problemen, vooral omdat elke keer SOEP uitgebreid moet worden bepaald. De Fysio Road Map kan sterk worden vereenvoudigd. Het aantal in te vullen velden kan tot de helft worden gereduceerd, de verslaglegging moet beperkt kunnen worden tot een A4. Vereenvoudig het declaratiesysteem: volgens enkele respondenten is de huidige terugkoppeling met foutcodes onzinnig en zeer foutgevoelig.

“Normale dossiervorming zoals ook bij de reumatoloog gebeurt of orthopeed. Stoppen met al die vragen hoe patiënt zijn functioneren ervaart, zich zelf ziet binnen zijn herstel, bla bla bla. De patiënt wil genezen!”

“De absurde verslagleggingseisen moet meer van deze tijd/realistisch gemaakt worden en niet alles moet SMART beschreven worden elke behandeling weer. Gek wordt je hiervan, kost je je huwelijks. Ik kan mij voorstellen dat er in de nabije toekomst collega's door het lint gaan of erger nog zichzelf van kant maken.”

“Naar eigen inzicht behandelverloop registreren a.h.v. korte SOEP. Subdoelen, SMART-geformuleerd los laten. Nu schrijf ik tig keer per dag zelfde subdoelen op binnen zelfde doelgroep, die continu moeten worden aangepast, terwijl dat een vanzelfsprekendheid is tijdens behandeltraject. Door alle kleine details te noteren kost dat heel veel tijd!”

“Veel simpelere dossiers en behandeljournaals; niet elke behandeling weer het gevoel moeten hebben iets origineels te hoeven opschrijven etc.”

ALLEEN ZINVOLLE VERSLAGLEGGING MAKEN

Beperk de verslaggeving tot zinvolle verslaggeving, die met de inhoud van het dossier te maken heeft (92). Alleen functionele, basale verslaggeving, alleen de voor de behandeling noodzakelijke dingen vastleggen, met betrekking tot klacht en contra-indicaties; informatie die belangrijk is voor overdracht en geheugen. Terug naar de essentie van de behandeling, diagnose, behandelplan/doel en journaal.

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“De verslaglegging beperken tot het meest noodzakelijke zodat waarnemers/opvolgers voldoende geïnformeerd zijn om behandeling ten behoeve de patiënt te kunnen continueren. Nu zijn we aan het verslagleggen voor de verzekeraars zodat zij ons niet kunnen aanspreken op onze werkwijze.”

“Laat de therapeut invullen wat hij/zij zelf nodig acht. Met als uitgangspunt dat in geval van uitval van de therapeut een waarnemer weet waar de hoofdbehandelaar mee bezig was. Wat is de conclusie uit de anamnese en het onderzoek en wat is de behandelstrategie? Punt.”

“Ik denk aan administratie die aansluit bij een overdracht zoals die 25 jaar geleden werd gedaan: wie, wat, wat gedaan, resultaat. Het kan in een beperkt aantal zinnen. Wat moet ik met een fysiotherapeutische diagnose? Ik ben tenslotte geen schrijver en als gegevens al aanwezig zijn komt het mij als absurd over om daar nog een gezellig verhaaltje van te gaan maken. De belasting zit voor een deel ook in het feit dat iedere eis van de verzekeraars gebruikt kan gaan worden als stok om mee te slaan.”

“De auditor van de zorgverzekeraar wil de verslaglegging kunnen begrijpen: alsof die persoon morgen de behandeling moet overnemen... Ik weet de ins en outs van een loodgieter ook niet en dat interesseert me ook niets: als de boel maar goed aan elkaar komt en werkt voor de afgesproken prijs en binnen een afgesproken tijd. Bij eventuele overschrijdingen door onverwachte zaken kun je opnieuw dan afspraken maken.”

“Weer een eigen overzichtelijke administratie, die ik zelf had ontworpen en geperfectioneerd via de cursussen die ik heb gevolgd, zodat als je een vraag stelt, je weet waarom je hem vraagt en niet bijvoorbeeld naar iemand zijn seksleven bij een psk moet vragen terwijl hij voor zijn pink komt.”

KORTLOPENDE KLACHTEN KORT NOTEREN

Zeker bij kortdurende behandelingen moet de administratie worden beperkt, zo merkt een aantal respondenten op (16). De verslaglegging zou dan minimaal moeten zijn. Een respondent stelt voor alleen een dossier te maken voor meer dan drie behandelingen. De huidige richtlijn zou wel kunnen voor complexe problematiek, maar niet voor een verstuipte enkel bijvoorbeeld. De richtlijn verslaglegging kan de helft korter bij simpele klachten. Bij kortdurende trajecten in elk geval geen subdoelen formuleren.

“Minder uitgebreide dossiers bij kortdurende patiënten. Ik heb patiënten die zo'n 4-5 keer per jaar komen voor 2 à 3 behandelingen. Ik moet dan elke keer een nieuw dossier maken waar ik 1,5 uur aan bezig ben. Als een patiënt dan vervolgens maar 2 behandelingen nodig heeft, ben ik dus 150 procent van die tijd bezig met administratie... eigen tijd, welteverstaan! Dan wordt er wel gezegd

dat de dossiers niet zo uitgebreid hoeven maar als je een audit krijgt, ben je overgeleverd aan de nukken van de auditeur, waardoor de psychische werkdruk ook te hoog oploopt.”

“Door gericht informatie te vragen. Bij een tenniselleboog is een thuissituatie irrelevant, maar wel een vereiste om in te vullen.”

ADMINISTRATIE-EISEN KINDERFYSIOTHERAPEUTEN, BUITENPRAKTIJKEN EN CHRONISCHE PATIËNTEN VERSOEPELEN

“Daarnaast doe ik als kinderfysiotherapeut veel op papier (dit werkt makkelijker bij kinderen) en moet ik dit alles dus later weer in de PC zetten omdat een papieren status niet geaccepteerd wordt.”

“Als nu een kindje komt nadat ik het dossier heb afgesloten (FRM), voor bijvoorbeeld een korte vraag na een half jaar (bijvoorbeeld een vraag t.a.v. het meest geschikte schrijfmateriaal), moet ik in feite als ik aan alles wil voldoen een compleet nieuwe status aanmaken, alles invullen. Ik ben daar dan zeker een uur mee bezig, terwijl de daadwerkelijke advisering in 10 minuten bekeken kan zijn.”

“Ik werk in buitendienst. Ik schrijf eerst alles op de patiëntenkaart en daarna digitaal; dus... dubbelop. Dit alles vanwege toenemende druk vanuit zorgverzekeraars. Buitenpraktijk moet vrij zijn van digitale verslaglegging!”

“Omdat ik veel op andere locaties buiten de praktijk werk kan ik mijn administratie alleen 's avonds thuis doen. Dit kost me 3 avonden en regelmatig een zondag. Minder onzin invullen of dik betalen los voor de administratie.”

“Geen verplichting bij chronisch patiënten om per behandeling uit te schrijven wat doelen zijn en hoe ze wel of niet behaald zijn.”

“Ik moet zelf kunnen weten wat ik vastleg. Bijv. een chronische patiënt heeft niet elke keer een regel nodig in het verslag.”

KORTE RAPPORTAGES NAAR VERWIJZERS

“Huisartsen zitten niet te wachten op uitgebreide verslaglegging. Wordt waarschijnlijk niet gelezen. Geen verplichte manier van communicatie naar huisarts, maar maak onderlinge afspraken met huisartsen wat wel of niet aan te leveren.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Laat de therapeut samen met de huisartsen afspreken hoe ze omgaan met het versturen van brieven etc. Een telefonisch overleg indien nodig moet toch genoeg zijn. Sinds de invoering van de directe toegankelijkheid heb ik het nog nooit meegemaakt dat een arts de patiënt heeft benaderd voor verder onderzoek na een DTF-brief.”

AFSCHAFFEN EN INPERKEN MEETINSTRUMENTEN/VRAGENLIJSTEN

Respondenten (81) adviseren alleen relevante en *evidence based*-meetinstrumenten te gebruiken. Alleen daar waar meetinstrumenten een meerwaarde hebben moeten ze toegepast worden, maar niet omdat de zorgverzekeraar dit eist. Kijk goed wat nodig en haalbaar is, vinden veel respondenten. Het is bij bepaalde patiënten bijna niet mogelijk om twee vragenlijsten bij te houden of metingen te doen. Patiënten worden er ook gestoord van, melden respondenten. Vereenvoudig de vragenlijsten en maak ze in elk geval niet verplicht.

Veel vragenlijsten zijn niet relevant, vanzelfsprekende vragen kunnen geschrapt. Het moet aan de fysiotherapeuten zelf overgelaten worden of vragenlijsten worden ingezet en welke vragen worden gesteld. Het is NIET doelmatig om bij iedereen dezelfde vragen te stellen, zoals: “Bent u getrouwd of heeft u kinderen?” De behandelaar behoort te weten in welke situatie dit relevant is om te vragen en wanneer niet.

“Tien soorten vragen die gaan over wat de patiënt aan soorten klachten heeft, met soorten waardering met cijfers erbij, is absurd.”

“Wij hebben o.a. een deel patiënten in de gehandicaptenzorg die je geen vragenlijst af kunt nemen maar die door spasticiteit ook geen metingen kunnen uitvoeren; daar wordt door de auditor doodleuk gezegd dat we die dan maar bij de verzorging moeten afnemen. Waar houdt het dan op?”

“Geen 100 items in een EPD maar gewoon een anamnese toegespitst op de klacht, dan ben je in max. 10 vragen klaar. Stoppen met die idiote vragenlijsten. Ik vul alles zelf in, omdat mijn patiëntenpopulatie dit niet kan (allochtonen en ouderen).”

“Ouderen worden helemaal gek van die vragenlijsten. Lopen nog net niet weg. Patiënten zien het nut er niet van in; willen behandeld worden!!!”

VERBETER EPD EN SOFTWARE EN VOORKOM DUBBELINGEN

Veel respondenten noemen het verbeteren of afschaffen van het EPD (77), de verbetering van software/ ICT (70) en het voorkomen van dubbelingen bij invullen (46). Het EPD moet duidelijker en beter werken. De omvang moet drastisch verkleind worden en het aantal vragen verminderd. Met name veel onzin-

nige velden zouden verwijderd moeten worden. Het verplichte invullen moet worden afgeschaft. Volgens enkele respondenten kan het gehele EPD worden afgeschaft. Het EPD moet zo worden ingericht dat er minder vaak dubbele zaken hoeven te worden genoteerd – dat is nu te vaak wel het geval. Het EPD zou ook moet aansluiten op huisartsenregistraties. Het EPD moet beter worden afgestemd op specialisaties en werkwijze van de praktijk. De verslaglegging in het EPD moet gemaakt worden vanuit een fysiotherapeutische werkgedachte.

“Minder vragen invullen; op een EPD moet je minstens 16 kantjes invullen. Veel dingen herhalen zich. Minder vragenlijsten.”

“Binnen het EPD waarin wij als instelling werken, moeten we op zo veel verschillende manieren dingen registeren dat er ook veel dubbel werk gedaan wordt. Dit is iets wat dan altijd ten koste gaat van kwaliteitstijd voor de cliënt, in mijn beleving.”

“Zinvolle EPD's bedenken, waarin alle relevante info kan worden gekozen, met toegankelijkheid overal en altijd zonder eerst contact te moeten maken met een dongel of token als je op meerdere locaties zit.”

“Minder items in EPD. Na “vermindering” door nieuwe standaard nog evenveel werk, doordat de niet-verplichte items wel verplicht zijn wanneer ze actueel zijn (dus bijna altijd).”

“Er moet een EPD komen dat praktisch is voor de fysiotherapeut, waar je echt iets aan hebt. Waar je niet telkens dezelfde antwoorden moet geven op vrijwel identieke vragen en vragen die er volstrekt niet toe doen.”

“Beter EPD waarin al diverse gegevens vanuit een huisartsadministratie kan worden overgedragen aan een fysioadministratie.”

“Gezamenlijke EPD met huisarts, specialisten en minder dagjournalen, maar meer grotere lijnen tenzij er complicaties optreden.”

Veel respondenten wensen een betere en snellere software-ondersteuning. Zij vinden het belangrijk te investeren in goede en gebruiksvriendelijke software. De Fysio Road Map wordt van hoog niveau genoemd, moet wel continue worden verbeterd. De respondenten willen gemakkelijke programma's met minder verplichte velden om in te vullen.

Een groot verlangen is de eis aan de softwarebedrijven om de verslaglegging sterk te vereenvoudigen

waarbij fysiotherapeuten meer kunnen aanvinken in plaats van zelf alles te typen. Plus een automatiseringsprogramma waarbij basisgegevens (ook van de intake – bijvoorbeeld medicijngebruik/beroep/thuissituatie) worden meegenomen naar een volgende behandelperiode.

“Meer voorbereekte programma’s en minder noodzaak alle onveranderde zaken/ niet positieve testen te noteren.”

“Eisen gelijke tred laten lopen met software mogelijkheden. Deze lopen achter de wagen aan, meeste software niet te gebruiken tijdens het werk (d.w.z. tijdens onderzoek, behandeling) moet er altijd na. Met I-pad en daarmee handiger invoer mogelijkheden tijdens werkzaamheden scheelt al heel veel tijd. Eisen bekijken op dienstbaarheid aan de behandeling en daarmee aan de patiënt. Huisarts als controlepost voor verdere behandeling en niet de zorgverzekeraar.”

“Bijvoorbeeld online laten invullen van een anamneseformulier door de patiënt voorafgaand aan het 1^e consult. Software die vanuit Vecozo alle personalia van patiënten direct invult in de patiënten kaart.”

“Software voor EPD veel eenvoudiger met veel meer doorlinken van bepaalde onderwerpen. Bij iedere nieuwe indicatie bij dezelfde patiënt moet ik iedere keer opnieuw een sociale anamnese invullen. Er wordt wel 3 of 4 keer gevraagd hoeveel behandelingen ik denk nodig te hebben of hoeveel de VAS gaat afnemen? Het meest belastende moment komt zeker 3 keer terug, moet toch makkelijk door te linken zijn. Aan al deze dingen wordt volgens leverancier druk gewerkt?”

“ICT die maar 1 keer het gegeven vraagt en daarna bij overeenkomstige vragen zelf invult. Plus een zorgverzekeraar die belooft dat je cursussen doet in plaats van teveel administratie.”

Respondenten stoort het dat ze nogal eens zaken dubbel moeten invullen. Er moet dubbele administratie gedaan worden op verschillende plekken in het computerprogramma.

“Breng verbetering aan door patiëntenvolgsystemen waar je niet vier keer hetzelfde hoeft in te vullen in andere vakjes, door gebruik te kunnen maken van de nieuwe richtlijn verslaglegging. Voor de plusaudit waar wij naar toe werken is dit niet mogelijk. Daar moeten zaken ingevuld worden zoals in de oude richtlijn stond. Bovendien moet de fysiotherapeutische conclusie daar nog extra in eigen woorden opgeschreven worden terwijl alle conclusies al uit de eerder gedane invoer naar voren komen.”

“In FysioRoadmap moet je veel te veel zaken herhalen en opnieuw invullen en veel invulvelden staan niet in relatie tot de klacht.”

“Er moeten op verschillende plekken dezelfde antwoorden worden ingevuld. Gegevens als werk, hobby's, woonsituatie, familiale aandoeningen moeten bij elke nieuwe klacht weer ingevuld worden.”

MEER UNIFORMITEIT EN NIET JAARLIJKS REGELS AANPASSEN

Een aantal respondenten (28) geeft aan dat er meer uniformiteit zou moeten komen: meer standaardisatie in de registratie of verslaglegging – hier zou ook een attitudeverandering van de fysiotherapeut voor nodig zijn. Meer uniformiteit in het declaratiesysteem, de contracten en de tarieven is ook gewenst, alsmede eenduidigheid in coderingen en geen jaarlijkse aanpassingen. Voer uniforme kwaliteitseisen met een toetsingsprogramma in, bijvoorbeeld vanuit een aangepast *Kwaliefy*.

“Uniformiteit in de verschillende eisen van de verschillende verzekeraars, niet elk verschillende eisen zoals nu.”

“Door een eenduidig kwaliteitssysteem/verslaglegging waarbij er niet jaarlijks extra dingen worden toegevoegd om een nog grotere controle te houden (voorbeeld: eerst waren NAW-gegevens genoeg, toen het verzekerde nummer erbij, vervolgens het BSN nummer erbij en nu ook een nummer van het legitimatiebewijs).”

NOG ENKELE TIPS

“Zorgverzekeraar moet een verzekeringspas maken met daarop de credits waarvoor men verzekerd is; bij aanvang van de behandeling hoeven we dan alleen via een opslag-apparaat de uitgevoerde behandeling vast te leggen; met code einde van de dag gaat het op de USB-stick, thuis in de computer doorzenden naar de verzekeraar en de gehele declaratie is gedaan.”

“Verzekeringspasjes met magneetstrip om automatisch de gegevens in te lezen.”

“Vecozo simpeler inrichten, zodat niet elk jaar nieuwe certificaten moeten worden aangevraagd.”

STOPPEN MET AUDITS

Een aantal respondenten geeft hier nog eens aan af te willen van beheersmodellen en audits of plus-audits. In elk geval moeten de eisen versoepeld of sterk worden teruggeschroefd. Je zou een centrale audit kunnen invoeren.

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Audit eruit halen; patiënten dossier auditproof maken heeft niets met kwaliteit te maken maar alleen met overdreven administratie om de zorgverzekeraars te pleasen.”

TIJD EN VERGOEDING VOOR ADMINISTRatieve WERKZAAMHEDEN

Veel respondenten vinden dat de administratieve taken in het tarief verwerkt moeten worden, zeker als de verslaglegging niet substantieel wordt teruggebracht. Sommige respondenten vinden de verslaglegging wel goed, mits hier betaling tegenover staat. Vooral een nieuwe patiënt kost veel tijd. Sommige respondenten stellen voor bij de intake een dubbel tarief te vragen of een extra zitting verslaggeving te doen die niet ten koste gaat van de telling van de behandelingen.

“Flinke verhoging tarief, waardoor administratieve krachten ingehuurd kunnen worden om het (grootste deel van het) administratieve werk te kunnen doen. Of geen eisen meer van zorgverzekeraars omtrent praktijkvoering (waaronder verslaggeving).”

“Moeilijk te duiden: van de ene kant wil je meegaan met transparantie en goede metingen en evolutie binnen behandelplan; anderzijds is dit binnen de gestelde tijd (lees: vergoeding) niet meer reëel; hogere vergoeding per zitting of extra uren voor verslaggeving. Heb al extra kosten gemaakt door administratiekracht op loonlijst.”

“Ik vind verslaggeving belangrijk in het kader van transparantie en kwaliteitscontrole, maar wie a zegt moet ook b zeggen: vergoeding voor administratietijd moet omhoog.”

“Vergoed voor een intake het tarief van 2 zittingen fysiotherapie en per behandeling een extra bedrag op het tarief voor de administratie.”

MEER VERTROUWEN IN BEROEPSGROEP

Het vertrouwen in de professionaliteit van de fysiotherapeuten moet terug – vertrouwen in de therapeut dat hij zijn best doet om de patiënten zo spoedig mogelijk beter maken. Dit met enige vorm van respect naar elkaar toe. Alle controles, die met een mooi woord ‘transparantie’ worden genoemd, zijn gebaseerd op wantrouwen ten aanzien van de professionaliteit van de fysiotherapeut. Fysiotherapeuten zijn goed opgeleid. Al die verplichte vragen en uitgebreide verslaggeving is niet nodig, de therapeut is zeer goed in staat een onderzoek en een doelmatige anamnese vast te leggen en hoofdzaken van bijzaken te onderscheiden. Geen beleid maken vanachter een bureau!

“Minder vanuit wantrouwen aangestuurd door de zorgverzekeraar en meer op basis van mijn innerlijke drive om voor dit vak te kiezen en mijn patiënten een goede behandeling te geven. De

beroepsgroep fysiotherapeuten staat al jaren bekend om hun hoge scholingsgraad en gedrevenheid, dus waarom dit wantrouwen?”

“Nodig is een vertrouwensrelatie met de zorgverzekeraars. Zoals het eerst was: dat we therapeut mogen zijn en geen administratieve kracht voor de controleurs. Dat we weer een praktijk mogen hebben in plaats van een bedrijf.”

“De verantwoordingscultuur moet worden afgeschaft. Ik ben als zorgverlener uitstekend in staat om te beoordelen wie welke zorg nodig heeft. Waarom mag ik dat niet meer doordat ik gebonden ben aan een administratief doolhof, dat ertoe strekt om uit te maken wie de behandeling moet betalen? Het zou enorm schelen als ik iedere patiënt die ons gezondheidscentrum bezoekt met open vizier en zonder financiële discussie in de ogen kan kijken om te bezien of ik iets nuttigs voor hem of haar kan doen.”

DE KNGF MOET RICHTLIJN VERSLAGLEGGING BEPERKEN

Respondenten merken ook op dat er voorheen erg weinig werd opgeschreven, en dat je nu meer moet doen omdat je eerst te weinig deed. Hier lag en ligt een taak voor de KNGF: om hier actie op te ondernemen, zo vinden respondenten. De KNGF zou tijd moeten besteden aan een goed ontwikkeld verslagleggingssysteem. De richtlijn verslaglegging zou nogmaals tegen het licht gehouden moeten worden en fors ingekrompen, samen met aanpassing van het EPD, zo vinden sommige respondenten (16). De richtlijn zou meer gekoppeld moeten worden aan output-indicatoren.

“Aanpassing van de richtlijn verslaglegging door KNGF; deze is veel te ver door gevoerd. Op papier lijkt het erg mooi, maar in de praktijk erg veel werk en te omslachtig. Vanuit het KNGF gestuurd een uniforme, kort en bondige manier van verslagleggen vaststellen. Waarbij KNGF een format ontwikkeld voor de software-leveranciers.”

“De richtlijn verslaglegging nogmaals aanpassen en minder gedetailleerd maken en die fors verkorte richtlijn laten goedkeuren door de hele beroepsgroep. Vervolgens de audits afstemmen op de verkorte richtlijn.”

“Er moet meer duidelijkheid komen in eisen voor de verslaglegging. En deze eisen moeten drastisch naar beneden. Het KNGF moet zorgen voor deze duidelijkheid in eisen. Bijvoorbeeld: waarom moeten de subdoelen smart? Waarom moet ik een reumapatiënt elke keer weer een PSK afnemen terwijl klachten afhankelijk zijn van exacerbaties? En hoe vaak dan? Verder niet elke auditinstantie zijn eigen eisen. Wij of eigenlijk het KNGF (in overleg met de leden) bepalen mijn inziens deze eisen.”

KNGF MOET HAND IN EIGEN BOEZEM STEKEN

“De verslagleggingsnorm moet ingeperkt worden door onze eigen beroepsgroep, het KNGF. Deze heeft een te uitgebreide richtlijn gemaakt.”

“O.a. door de bureau fysio's van het KNGF aan banden te leggen. Dit is een ongrijpbare groep mensen die van alles verzinnen en dit als een doos bonbons voor de inkopers houden.”

“Het KNGF opheffen en van de contributie-opbrengst een onafhankelijk kantoor inhuren die onze belangen verdedigt om tot een redelijk verslaglegging te komen.”

KWALITEIT ZIT NIET IN VERSLAGLEGGING MAAR IN RESULTAAT

De controle zou op de kwaliteit moeten en niet op de verslaglegging, vinden respondenten (16). Je moet niet meten op proces maar op uitkomst, en niet de transparantie maar de kwaliteit toetsen. In plaats van controle van dossiers zou je jaarlijks bezocht kunnen worden door zorgmanagers die een gesprek houden over kwaliteit van de zorg en de praktijk bekijken. Eén van de respondenten stelt voor dat er persoonlijk in gesprek gegaan moet worden met therapeuten die op grote schaal eindeloos door blijven behandelen; en dan bespreken hoe dit anders kan.

“Meer uitgaan van effectiviteitsmeting van resultaat van behandeling i.p.v. nagaan of verslaglegging wel perfect is.”

“Accent op de behandeling, het resultaat en de patiënttevredenheid en minder op het proces van registreren, rapporteren, prestatie-indicatoren en administratieve last. Je kunt de grootste onzin opschrijven, een slechte diagnose stellen, waardeloos behandelen, als het maar methodisch en voor de richtlijn opgeschreven wordt, dan ben je voor de verzekeraar een prima therapeut.”

“Verslaglegging terugbrengen naar waar het voor bedoeld is. Verzekeraars menen aan de verslaglegging de kwaliteit te kunnen meten. ONZIN. Ieder wetenschappelijk opgeleid persoon kan bedenken dat je data kan manipuleren en je niet meet wat je denkt te meten. Achmea heeft dat recentelijk ook aangegeven in een brief, de pluspraktijken zijn niet beter dan anderen...”

SAMEN EEN FRONT

De fysiotherapeuten zouden een front moeten vormen tegen de zorgverzekeraars, de politiek en soms ook de KNGF, zo stelt een aantal respondenten (13). Bijvoorbeeld door contracten niet te tekenen, je eigen verslaglegging te hanteren en niet aan het zorgverzekeringscircuit mee te doen.

2.4. KWALITEITSVERBETERING

Er is een aantal instrumenten waarmee de kwaliteit van de fysiotherapie bewaakt kan worden. In het Centrale Kwaliteitsregister (CKR) zijn de fysiotherapeuten opgenomen die voldoen aan de door de KNGF gestelde kwaliteitseisen. Het project KWALiteitsIndicatoren eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy) is een kwaliteitsprogramma voor de fysiotherapie dat vanuit het ministerie van VWS is opgezet om de kwaliteit binnen de zorg inzichtelijk te maken. De overheid en de zorgverzekeraars zijn echter gestopt met het betalen aan Kwaliefy. Met de CQ-index wordt de patiënttevredenheid gemeten. Deze wordt veel in de zorg gebruikt. Verder stellen verzekeraars ook nog bedrijven aan om de patiëntkwaliteit te meten.

15. WAT MOET ER GEBEUREN OM DE KWALITEIT VAN DE FYSIOTHERAPIE TE VERHOGEN? (N=1543, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
De kwaliteitscontrole moet bij de beroepsgroep liggen in plaats van bij de zorgverzekeraar	89
Kwaliefy moet worden herstart en verder ontwikkeld	14
CQi is goed, kan wel verder worden verbeterd, namelijk	12
Anders	15
Geen mening	3

Er is veel kritiek op Kwaliefy en CQi. Deze systemen zouden weinig zeggen over de kwaliteit. Voor Kwaliefy moet in elk geval een veel grotere inbreng van de beroepsvereniging zijn. De meeste respondenten zijn voor het meten van de kwaliteit bij de patiënt. De CQ-index is echter veel te lang (meer dan 70 vragen). Dat zouden er hooguit 5 of 10 moeten zijn. De huidige lengte demotiveert de patiënt. Er staan ook veel onzinnige vragen in. Je zou kunnen volstaan met: 'Bent u van uw klachten af en bent u tevreden?' Bepaalde groepen patiënten hebben geen internet, de uitkomsten zijn dus selectief. Het is geen optie om de familieleden dan maar te laten invullen, zo vinden respondenten.

Het zou beter zijn de vragenlijst vanuit de beroepsgroep op te stellen; dan zal deze ook eerlijker worden ingevuld, verwachten respondenten. Ze zouden ook graag zelf de resultaten van de enquêtes zien om zo nodig verbeteringen aan te brengen.

"Fors, fors beperken van vragenlijsten aan patiënten! Mensen willen het absoluut niet meer invullen, 10 vragen is meer dan voldoende."

"De meest gehoorde klacht is de lengte van de vragenlijst en de vele in de ogen van de patiënten niet ter zake doende vragen, waardoor een negatief beeld van de CQi is ontstaan."

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Zonder de onvermijdelijke onzinvragen die NIETS maar dan ook niets met de behandeling te maken hebben: Wat is uw hoogst genoten opleiding? Waar zijn uw ouders geboren? Hoe was de bejegening door de zorgverlener?etc. etc. Heb toch een beetje waardering en respect voor de invuller.”

De kwaliteitscontrole moet bij de beroepsgroep liggen in plaats van bij de zorgverzekeraar. De verantwoordelijkheid voor het dossier moet worden toevertrouwd aan de professional, de fysiotherapeut. Nu is er steeds de dreiging van een audit als je niet alles op orde hebt, althans op papier. Zo meet je geen kwaliteit. Fysiotherapeuten moeten naar eigen inzicht kunnen handelen en bepalen wat noodzakelijke verslaglegging is. Zij moeten zelf kunnen bepalen wat belangrijke vragen zijn en dit opschrijven, zonder vastgestelde hokjes. Wat de essentie is van de verslaglegging voor de individuele patiënt kan alleen de fysiotherapeut beoordelen. De beroepsgroep, de KNGF moet de eisen en richtlijnen vaststellen, met de kanttekening dat richtlijnen richtlijnen blijven en geen dwangschema. Er zou een centraal kwaliteitssysteem moeten komen, gecombineerd met voldoende bij- en nascholing. Eventueel Kwaliefy herzien, door beroepsgroep zelf. De controle op de kwaliteit moet volledig transparant zijn. Intervisie zou plaats kunnen vinden door collega's. Een respondent oppert per regio een kwaliteitspersoon aan te stellen die de praktijk langs gaat en kijkt of deze aan de basiskwaliteit voldoet.

Er zou meer onderzoek moeten komen, vinden enkele respondenten, bijvoorbeeld onderzoek naar de kosten van de efficiëntie van de verschillende zorgmogelijkheden en van geen behandeling ten aanzien van de totale kosten voor de maatschappij. Daarbij hoort ook onderzoek naar kwaliteit van leven en effect daarop van fysiotherapie.

De verzekeraars horen zich niet met de kwaliteit te bemoeien, dus stoppen met controle op verslaglegging. De macht van de verzekeraars moet worden ingedamd. De verzekeraar moet verzekeren. “Schoenmaker blijf bij je leest”, zo merken enkele respondenten op. Zorgverzekeraars moeten zich neerleggen bij de KNGF-eisen betreffende verslaglegging.

“Kwaliteit is niet iets van de zorgverzekeraar maar van de beroepsorganisatie. De zorgverzekeraars schermen wel met kwaliteit, maar ze zijn alleen geïnteresseerd in verlagen van kosten. De fysiotherapeuten in de uitzending van EenVandaag van 6-7-2012 hebben het uitstekend verwoord.”

“De eisen in overleg met mensen uit het beroepsveld invullen niet met mensen die alleen maar in pak op kantoor ons zitten te vertegenwoordigen.”

“Ophouden met eisen zorgverzekeraars. Kwaliteit hoort bij de fysiotherapeuten! De zorgverzekeraars gebruiken de administratieve eisen om met tarieven steeds meer schiftingen te maken met als enige insteek: bezuiniging.”

“Op bijeenkomst HCA werd door iemand van een zorgverzekeraar aangegeven dat dit systeem onze “eigen” schuld was omdat er vanuit de beroepsgroep geen actie was ondernomen om de kwaliteit van de fysiotherapeuten te toetsen. Wellicht een idee voor het KNGF om hiermee aan de gang te gaan, zodat de audits bij de zorgverzekeraars weggehaald kunnen worden en de werkbelasting realistisch kan worden gemaakt.”

“Volgens mij draagt de verslaglegging op geen enkele manier bij tot een betere zorg. Integendeel: elke minuut die ik besteed aan een dossier is er één die ik niet met mijn patiënt bezig ben. Maar daar gaat het helemaal niet om. Het gaat de zorgverzekeraar enkel om wat het hem oplevert. En blijkbaar besparen ze met dit systeem 10 tot 20 procent op fysiotherapie. Ze worden rijk van onze verslaglegging – ik zie ze dan ook in geen 100 jaar terugkomen op dit besluit. Ik geloof echt niet dat zorgverzekeraars bezorgd zijn over de goede zorg van hun cliënten.”

De beroepsgroep moet het dan wel goed doen: niet vanuit de tekentafel, maar vanuit de praktijk. Bij een aantal respondenten zijn twijfels over de KNGF wat dit betreft.

“Grotere inbreng KNGF in plaats van hun monddood te maken... Taak NZa maar eens duidelijk omschrijven... of is die taak echt achter de zorgverzekeraar te staan en KNGF de mond te snoeren?”

“Ik heb geen vertrouwen in de beroepsgroep zelf. Al die administratieve eisen hebben we onszelf op de hals gehaald. Kwaliefy is een lachertje. Maar de macht die de zorgverzekeraars nu hebben is extreem en totalitair.”

Bij kwaliteit moet het gaan om het resultaat en de inhoud van de behandeling en zou de patiënt het laatste woord moeten hebben. Beter tevreden mensen dan tevreden verzekeraars, merkt een respondent op. Kwaliteit meet je vooral aan patiëntentevredenheid; er zou dus ook meer accent moeten liggen op patiënttevredenheidsonderzoeken. Tevredenheid van de patiënten over de behandeling en het resultaat en/of het behandeldoel gehaald is, dat is het enige dat van belang is. De patiënt bepaalt zelf wat kwaliteit is. Je kunt zorg niet standaardiseren, want dat is de doodsteek voor kwaliteit en innovatie. Elk mens is tenslotte anders en heeft ook een unieke aanpak nodig. De fysiotherapeut scoort heel hoog op patiënttevredenheid.

“Uiteindelijk gaat het om de tevredenheid van de patiënt. Dat blijft het belangrijkste. Beter meer tijd in de behandeling en minder administratie, beter een tevreden patiënt dan langdurige administratie met een tevreden zorgverzekeraar maar hierdoor wel minder behandeltime en een ontevreden patiënt.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Elke klacht heeft zijn oorzaak, dat moet onze sterke kwaliteit zijn: dat we tijd voor de mensen blijven houden!”

“De afnemers zijn de PATIËNTEN! De patiënten bepalen dus de kwaliteitseisen en zijn niet gebonden aan bepaalde formulieren die ingevuld dienen te worden. Een bekkenfysiotherapeut heeft hele andere gegevens nodig dan een sportfysiotherapeut; dit wordt hier niet mee ondervangen! Een kwalitatief goede fysiotherapeut is juist in staat om enkel de relevante informatie te filteren en daarmee zijn klinisch redeneren inzichtelijk te maken.”

Veel respondenten merken op dat de kwaliteit van de fysiotherapie al hoog is.

“Ik denk dat we moeten ophouden met zeggen dat de kwaliteit verhoogd moet worden, deze is namelijk al jaren goed. We scoren heel goed wat betreft patiënttevredenheid!!!! Ik ben dat gezeur over kwaliteit zat. We lopen als fysiotherapeuten al voorop wat dat betreft.”



3. DE PATIËNTEN: TOEGANKELIJKHEID FYSIOTHERAPIE

3.1. VOORLICHTING ZORGVERZEKERAARS

De voorlichting door de zorgverzekeraars is slecht. 86 procent van de respondenten zegt dat zij zelf de patiënten veel moeten uitleggen. 72 procent meldt dat zorgverzekeraars verkeerde of te mooie informatie geven. Bij elkaar vindt 98 procent beide of een van de twee genoemde zaken. De respondenten vinden vooral de voorlichting vanuit de callcenters slecht. Veel telefonisten geven onjuiste informatie. Elke medewerker zegt weer wat anders, bijvoorbeeld dat je alles vergoed kunt krijgen als de fysiotherapeut het maar onder ‘chronisch’ declareert, dat je onbeperkt vergoed kunt krijgen terwijl de fysiotherapeut moet bepalen wat medisch noodzakelijk is en bovendien moet oppassen dat hij/zij niet te ver boven het behandelgemiddelde schiet. Zorgverzekeraars vertellen er namelijk niet bij dat de fysiotherapeuten een ‘behandelquotum’ hebben. Praktijken die geen contract hebben bij een zorgverzekeraar worden zwart gemaakt.

“Er wordt soms telefonisch gezegd: “O, maar als het chronisch is dan krijgt u het allemaal vergoed hoor.” En dan moet ik maar weer uitleggen dat er een verschil is tussen wat de patiënt als chronische klacht ervaart en wat voor de verzekering als chronisch telt. Ik heb daar zelfs weleens een conflict door gekregen met een patiënt.”

“Verzekeraars zeggen tegen patiënten dat ze onbeperkt mogen komen, maar vergeten erbij te vertellen dat wij gebonden zijn aan praktijkgemiddelden e.d.”

“Onbeperkt verzekerd voor fysiotherapie is wat men leest en denkt te kunnen krijgen! Leg dit maar eens uit als het gemiddelde van wat je kunt doen bij Achmea 12 behandelingen is en er in het contract staat dat je niet mag bespreken met je patiënt wat Achmea allemaal in zijn contract zet.”

“Telefonisten bij zorgverzekeraars geven vaak verkeerde/tegenstrijdige informatie aan patiënten, waardoor ik als fysio soms in verlegenheid wordt gebracht en in het ergste geval niet meer geloofd.”

“Er worden fabels verteld over de vergoedingen, waardoor de fysiotherapeut alles moet rechtzetten en als boosdoener neergezet wordt!”

“Ben heel benieuwd als ik straks geen contract meer teken wat ze over mijn praktijk aan de verzekeren vertellen????”

Veel mensen denken ook dat ze de eerste 20 behandelingen altijd zelf moeten betalen, terwijl de aanvullende verzekering (als ze die hebben) een deel of alles betaalt. Er zijn ook veel misverstanden over de lijst Borst (lijst met chronische indicaties die door de basisverzekering worden vergoed).

“Er wordt aangegeven dat men nu de eerste 20 x zelf moet betalen terwijl dit veel te kort door de bocht is. Maar het schrikt wel lekker af en dit zal wel de bedoeling zijn. Overigens vind ik het KNGF hierin ook niet erg duidelijk naar buiten komen.”

“Ook de KNGF blijft in gebreke. Door de grote media-aandacht voor het betalen van de eerste 20 behandelingen van chronische patiënten, hebben heel veel mensen het idee dat ze altijd de eerste 20 behandelingen moeten betalen (ook als het geen chronische indicatie betreft). Naar mijn mening had het KNGF alle media-mogelijkheden moeten aangrijpen om de mensen duidelijk te maken dat ze nog steeds naar de fysiotherapie kunnen gaan, en dat de behandelingen vergoed worden als ze een aanvullende verzekering hebben. Maar ook NU zou de KNGF zo'n media campagne kunnen opstarten!”

Patiënten lezen de informatie niet goed, mede omdat het te ingewikkeld is geworden. Voor veel patiënten zijn de regels moeilijk. Het eigen risico bij behandelingen in de basisverzekering en vooral het moeten betalen/bijbetalen bij chronische indicaties tot de 21ste behandeling wordt erg onlogisch gevonden. Mensen krijgen de polisvoorwaarden bij veel zorgverzekeraars niet meer opgestuurd en moeten dan maar op internet kijken, maar veel ouderen hebben of kunnen dat niet. Het verschil tussen chronisch en niet chronisch is hen ook niet altijd duidelijk. Huisartsen zouden ook beter op de hoogte moeten zijn van de lijst Borst. Het uitleggen kost de fysiotherapeuten of hun assistenten veel tijd.

“Mensen snappen er vaak niets van. Vooral dat er bij chronische behandeling pas vanaf de 20^{ste} behandeling wordt vergoed, wordt niet gesnapt.”

“Polisvoorwaarden zijn voor mensen zeer onduidelijk en te ingewikkeld, met verschil tussen basis- en aanvullende verzekering, waarbij ook nog erg veel aanvullende toevoegingen gekozen kunnen worden. Maak het simpel.”

3.2. FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID

Er zijn veel financiële drempels voor mensen die fysiotherapie nodig hebben. De fysiotherapie is vrijwel uit de basisverzekering. Alleen mensen met een chronische aandoening komen na de 20^{ste} behandeling in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket. Mensen moeten dus een aanvullende verzekering

nemen. Veel mensen zijn niet of onderverzekerd. In een aantal steden zijn er collectieve verzekeringen afgesloten voor mensen met een bijstandsuitkering en andere mensen met een laag inkomen. In de basisverzekering geldt een eigen risico. Mensen betalen de eerste 220 euro zelf. Vanaf 2013 wordt dat 350 euro.

Indien de patiënt zich laat behandelen door een fysiotherapeut waar de verzekeraar geen contract mee heeft, vergoedt de verzekeraar niet het gehele tarief, maar het zogenaamde *restitutietarief*. Dit geldt vooral voor de naturapolis. Bij de restitutiepolis wordt vaak 100 procent vergoed, De restitutiepolissen worden door het nieuwe kabinet afgeschaft.

16. FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID PATIËNTEN (N=1415, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Een deel van de patiënten is niet of onvoldoende aanvullend verzekerd	95
Vooraf voor chronische patiënten is er een probleem	57
Eigen risico is een probleem	50
Restitutietarieven zijn de laag	31
Gemeentelijke collectieve verzekering is onvoldoende	12
Toegankelijkheid is voldoende	2

Een groot deel van de patiënten is dus niet of onvoldoende verzekerd. Ook het eigen risico wordt door veel respondenten als een probleem gezien. Een flink aantal respondenten vindt de gemeentelijke collectieve verzekering onvoldoende; vaak is deze ook recent ingeperkt. 148 respondenten noemen voorbeelden van teruggang in collectieve verzekeringen. Dat betreft Amsterdam (Agis, terug van onbepaald naar 12 vergoedingen, voor mensen met chronische indicatie nog wel 20); Rotterdam (12 vergoedingen); Utrecht (Agis, 12 vergoedingen, mensen met chronische indicatie nog wel 20 vergoedingen); Den Haag (12 vergoedingen); Groningen (nog maar 7 vergoedingen); Roosendaal (17 vergoedingen); Sittard (12 vergoedingen); Soest (12 vergoedingen); Rijswijk (9 vergoedingen); Wijk bij Duurstede (12 vergoedingen); Leusden (12 vergoedingen); Nieuwerkerk (9 vergoedingen); Geldrop (8 vergoedingen); Doesburg (9 vergoedingen); Oude IJsselstreek (12 vergoedingen); Ede (12 vergoedingen); Hoogeveen (7 vergoedingen); Amersfoort (12 vergoedingen); Barneveld (12 vergoedingen), Terneuzen (500 euro); Nijmegen (250 euro); Bussum helemaal niet meer.

“AGIS AV-plus en AV-Amsterdam vergoedden tot 31-12-2011 het aantal medisch noodzakelijke behandelingen bij gecontracteerde fysiotherapeuten. Dit is per 1-1-2012 teruggebracht naar maximaal 12 behandelingen! Juist deze doelgroep heeft veelal veel fysieke problemen en slechte leefgewoontes en bewegingsarmoede, waardoor meer ziektes & aandoeningen als diabetes en artrose voorkomen.”

“Agis belazert haar AV-plus-klienten met het eigen risico. De klant denkt dat hij dat gratis krijgt, maar in werkelijkheid betaalt hij 15,75 euro per maand aan premie om dit af te dekken (189 euro per jaar om 220 euro af te dekken). Daarnaast geeft de gemeente A'dam 2.000.000 euro subsidie, dus Agis loopt geen enkel risico en verkoopt een zeer dure polis aan de sociaal zwakste groep zonder correcte voorlichting!”

3.3. FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID PATIËNTEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING

Voor mensen met een chronische aandoening die op de lijst van Borst staat, geldt dat de basisverzekering vanaf de 21^{ste} behandeling vergoed. Daarvoor moet je zelf betalen of via de aanvullende verzekering. Veel mensen hebben een beperkte aanvullende verzekeringen die slechts 12 behandelingen vergoed. De lijst van Borst is de laatste jaren ingeperkt, bijvoorbeeld voor reumatische aandoeningen.

17. HOE IS DE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VOOR PATIËNTEN MET EEN CHRONISCHE INDICATIE (N=1408, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Het gat bij een chronische indicatie (tussen vergoede behandelingen en de 21e behandeling) is te groot en kan door een groep mensen niet worden betaald	85
Chronische lijst is te beperkt	58
Het eigen risico is een probleem, vooral in het begin van het jaar	57
Mensen met een chronische aandoening worden geweigerd voor aanvullende verzekering	10
Niets van dit alles, de toegankelijkheid voor mijn patiënten met chronische aandoening is voldoende	3

85 procent meldt dat voor chronische patiënten het gat tussen de vergoede behandelingen door de aanvullende verzekering en de 21ste behandeling te groot is en door een groep mensen niet betaald kan worden. Ruim de helft van de respondenten meldt dat de chronische lijst te beperkt is en het eigen risico een probleem is. Daarnaast meldt 10 procent van de respondenten dat mensen met een chronische aandoening worden geweigerd voor aanvullende verzekeringen. Slecht 3 procent vindt de toegankelijkheid voor patiënten met een chronische aandoening voldoende.

“Het er uit gooien van reuma uit het chronische pakket heeft grote gevolgen voor deze groep. Er is een aantal mensen dat het absoluut nodig heeft, maar vanwege geldgebrek geen goede

verzekering heeft. Vaak is de chronische aandoening al de reden voor het geldgebrek, vanwege arbeidsongeschiktheid en de vaak relatief jonge leeftijd.”

118 respondenten geven voorbeelden van weigeringen door zorgverzekeraars. Vrijwel alle zorgverzekeraars weigeren mensen met reuma voor uitgebreidere aanvullende polissen. Achmea weigert patiënten met artrose en andere aandoeningen voor de 4 sterren-polis als ze het jaar daarvoor veel behandelingen (20 of meer) hebben gehad. Mensen met de ziekte van Bechterew worden nogal eens geweigerd, behalve bij Menzis.

“Reuma bij alle zorgverzekeraars. Vaak alleen basis- of laagste aanvullende verzekering.”

“Bij Achmea kan je je niet aanvullend beter verzekeren wanneer je meer dan 20x ten laste van de aanvullende verzekering in een jaar hebt verbruikt. Dit heeft dus niets met chronisch te maken maar wel met hoe ze er in staan.”

“Achmea weigert de aanvullende verzekering te verhogen voor mensen die het afgelopen jaar al veel gebruik hebben gemaakt van fysiotherapie. Zoals bejaarden met valproblemen en slecht looppatroon en COPD-patiënten en mensen met een neurologische aandoening (niet chronisch volgens de lijst!) die gebruik maken van een rolstoel.”

“Longpatiënt met comorbiditeit en een te hoge FEV1/VC-waarde wordt geweigerd en daardoor gaat de gezondheid achteruit, terwijl ook specialist toch graag fysiotherapie wil bij de VGZ.”

“In het algemeen worden mensen die in de voorgaande periode veel gebruik gemaakt hebben van bepaalde voorziening bij overgaan naar een andere verzekering geweigerd voor een aanvullende polis waarin deze verstrekking uitgebreid opgenomen is. “Verzekeraars verzekeren geen brandende huizen.”

“Nagenoeg alle verzekeraars weigeren mensen met (een groot verbruiksrisico) meer bij te laten verzekeren, dit kost de zorgverzekeraars te veel geld. Er zijn uitzonderingen (bijv. OHRA en Menzis weigeren niet).”

“Bechterew: CZ wil niet hoger gaan dan pakket fysiotherapie tot 1.000 euro. Meneer werd door alle verzekeraars geweigerd voor het hoogst aanvullende pakket, behalve uiteindelijk bij Menzis.”

3.4. GEVOLGEN VERMINDERDE TOEGANKELIJKHEID

De respondenten is gevraagd wat de gevolgen zijn van de financiële drempels voor hun patiënten.

18. WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN DE FINANCIËEL DREMPELS (N=1341, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Patiënten blijven weg zodra zij zelf moeten betalen	82
Patiënten zijn korter in medische behandeling dan gewenst	72
Gezondheidsproblemen nemen toe	62
Chronische patiënten haken af voor de 21 ^e behandeling	61
Patiënten bezuinigen op andere (basale) behoeften	12
Anders	6

Het gevolg van de financiële drempels is dat mensen afzien van behandeling. Volgens 82 procent van de fysiotherapeuten blijven patiënten weg zodra ze zelf moeten betalen. Ze zijn korter in behandeling dan medisch gewenst is, zegt 72 procent van de respondenten. Chronische patiënten haken af voor de 21ste behandeling, zegt 61 procent van de fysiotherapeuten. Volgens 62 procent van de respondenten nemen de gezondheidsproblemen toe. Bij elkaar 90 procent noemt een of meer van deze zaken. Een aantal respondenten meldt dat de zorg duurder wordt, omdat mensen eerder naar een specialist gaan of meer medicatie krijgen.

Steeds meer mensen hebben geen of een te beperkte aanvullende verzekering. Daar komt het eigen risico bij en het feit dat een aantal chronische indicaties van de chronische lijst zijn gegaan, zoals reuma en osteoporose. Het gat voor chronische patiënten tussen de door de aanvullende verzekering vergoede behandelingen en de 21^{ste} behandeling die uit het basispakket wordt vergoed, is voor veel mensen te groot. Als er geen contract is, keren de zorgverzekeraars maar een deel van het tarief uit. Vooral de lagere inkomensgroepen, met vaak ook grotere gezondheidsproblemen, zijn de pineut.

“Ik werk in een wijk met zeer veel laagopgeleide mensen en veel laagbetaalden; zeer veel zijn afhankelijk van een uitkering. Er zijn veel gezondheidsproblemen, maar mensen kunnen niet kiezen want hebben eenvoudigweg geen geld.”

“Mensen in schuldsanering hebben geen mogelijkheden. Een lagere sociaal-economische wijk waar mensen afhaken als ze van de kosten horen, waar juist mensen met CVA en COPD voorkomen. Beweegprogramma's komen niet van de grond, mensen willen niet betalen voor de eigen gezondheid.”

“We hebben een leegloop van 10 procent sinds 1 januari 2012. We werken in een arme wijk en mensen willen door het eigen risico geen therapie meer volgen; dan maar pijn lijden of een andere oplossing zoeken, zoals medicatie.”

“In een wijk waarin vaak schuldsanering aanwezig is, is betalen voor fysiotherapie geen optie. Echte directe voorbeelden zijn er genoeg.”

“In de schuldsanering kunnen mensen niet van verzekeraar wisselen, terwijl er een sociale verzekering is: Iza Cura Den Haag of Azivo Den Haag. Met name voor onze reuma-patiënten is het een drama om over te stappen of zich te verzekeren voor de nodige behandelingen.”

“Wij werken in een achterstandswijk (Schilderswijk): veel mensen die niet kunnen betalen en niet verzekerd zijn. Groot probleem bij bijv. CVA; vaak werken wij dan gratis.”

Veel mensen staken voortijdig de behandeling of beginnen er niet aan als ze zelf moeten betalen. Mensen oefenen meer thuis, vaak zonder de noodzakelijke begeleiding. Vooral mensen met een beperkt aanvullend pakket met weinig vergoede zittingen beëindigen de therapie op het moment dat deze niet meer vergoed wordt, zelfs als zij de wenselijkheid inzien van het voortzetten van de therapie. Dit geldt zowel voor ouderen als bijvoorbeeld voor jongeren met een studentenpolis.

“Patiënten boven de 18 jaar en geen aanvullende verzekering zeggen de eerste afspraak regelmatig onmiddellijk af nadat ik uitleg heb gegeven over de (geen) vergoedingsmogelijkheden.”

“Mensen kunnen (of willen?) geen extra kosten maken voor fysiotherapie (of haptotherapie). Als het potje op is, dan stoppen ze de behandelingen. Ze zeggen dan het op eigen kracht te gaan proberen, terwijl ze weten dat ze nog niet klaar zijn. Dit kan al voor de helft van het jaar zijn.”

PERCENTAGE PATIËNTEN DAT AFZIET VAN BEHANDELING

Gevraagd is een schatting te geven hoeveel patiënten afzien van behandeling.

19. PERCENTAGE PATIËNTEN DAT AFZIET VAN BEHANDELING (N=1354)

Minder dan 10%	26
10-20%	45
20-30%	23
Anders	5
Geen	1

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

75 procent van de respondenten meldt dat 10 tot 20 procent van de patiënten of nog meer afziet van noodzakelijke behandeling. Volgens 25 procent is dat minder dan 10 procent.

Respondenten vinden dit soms moeilijk te schatten. Ook omdat een aantal mensen niet begint aan de behandeling. Er is een afname ten opzichte van vorig jaar; fysiotherapeuten merken dat in de uren die ze maken.

“Percentage is moeilijk in te schatten, patiënten schamen zich een beetje als hun zittingen op zijn en zeggen dat ze geen klachten meer hebben.”

840 respondenten geven voorbeelden van de gevolgen: financiële problemen ten gevolge van wat de mensen zelf moeten betalen en toenemende gezondheidsproblemen.

FINANCIËLE PROBLEMEN

Het gaat vaak om honderden euro's die mensen zelf moeten betalen, regelmatig ook oplopend tot 600, 800 euro of meer. Bijvoorbeeld omdat mensen 12 of 20 behandelingen zelf moeten betalen, soms behandelingen aan huis en dan kost het nog meer. Je kunt ook de pech hebben als echtpaar beiden fysiotherapie nodig te hebben en dus twee keer eigen risico te moeten lappen.

“Patiënt met femurfractuur ten gevolge van een niercarcinoom was altijd volledig verzekerd voor fysiotherapie, maar is 65 geworden en nu wordt fysiotherapiepolis niet meer vergoed (heeft de heer nooit over na hoeven te denken). Nu eerste 21 behandelingen aan huis voor eigen rekening + eigen risico = € 1.100 = € 100 per maand, bij een klein pensioen: 10% van maandelijkse kosten!”

“Indien 12 behandelingen worden vergoed uit de aanvullende verzekeringen en 8 behandelingen moeten worden betaald, is dat circa 250 euro. Voor veel mensen het besteedbaar maandinkomen voor boodschappen, kleding etc.!”

“Bijvoorbeeld vrouwen met status na borstkanker en chemotherapie met lymfoedeem: pas na 20 keer in de basisverzekering. Bij oedeem en geen aanvullend pakket moeten zij 20 keer ongeveer 40 euro zelf betalen. Vaak is 800 euro niet aanvaardbaar, vervolgens komt het soms ook nog zo uit, dat er daarna het eigen risico betaald moet worden.”

“Oudere breekt heup, kosten voor 2013: 350 euro eigen risico. 20 maal aan huis ca. 800 euro, verzekerd voor 250 euro. Eigen bijdrage thuiszorg... tel maar uit.”

“Voor lymfedrainage geldt een tarief van gemiddeld 40 euro per behandeling. Als iemand 9

behandelingen vergoed krijgt maar de overige 11 eerst zelf moet betalen, dan is dat een behoorlijke financiële belasting. We praten hier wel over voornamelijk ex-borstkankerpatiënten, waarvoor deze zorg noodzakelijk is!”

Veel respondenten treffen betalingsregelingen, krijgen te maken met debiteuren en mensen in schuldsanering. Mensen worden vanwege premieachterstand uit de aanvullende verzekering gezet. Mensen laten er ook andere zaken voor staan, zoals kleding, ijskast en dergelijke. Soms betalen de kinderen. Een aantal respondenten geeft aan dat ze soms gratis behandelen of flinke kortingen geven.

“Steeds meer met de gemeente om de tafel om probleemgevallen te bespreken. Vaker berichten van kredietbanken. In de gehandicaptenzorg en het begeleid wonen zijn mensen vaker niet aanvullend verzekerd.”

“5 jaar geleden had je het met patiënt niet over geld, nu met echt iedereen. Nu is een zeer klein percentage volledig verzekerd.”

“Sommige ouderen met alleen AOW heb ik huilend voor mij omdat ze de extra etensvergoeding van het zorghuis niet kunnen betalen, of ze vragen of ik alsjeblieft uit kan zoeken dat fysio binnen het budget blijft.”

“Een aantal mensen houdt slechts 150 à 200 euro over per maand om boodschappen e.d. van te kopen. 220 euro eigen risico is voor deze mensen niet op te brengen zonder in de overige basale behoeften als voeding e.d. te snijden.”

“Een groot aantal loopt bij de voedselbank: dat zijn mensen die niet een behandeling zelf kunnen betalen, zij haken af, ook op “goedkope” beweegprogramma's.”

“Er is crisis op dit moment en veel mensen hebben het geld nodig voor eerste levensbehoeften.”

GEZONDHEIDSPROBLEMEN

De gezondheid en mobiliteit van mensen gaat achteruit, omdat zij afzien van zorg en operaties uitstellen. En omdat zij veel te vroeg afhaken bij revalidatie, met als gevolg onder andere meer valgevaar, meer blijvende problemen, bijvoorbeeld na CVA, en eerder recidief, bijvoorbeeld bij nekklachten. Fysiotherapeuten zien mensen achteruitgaan, de problemen toenemen, meer functieverlies en meer mensen met pijn. Veel mensen wachten tot het echt niet meer kan. Mensen ondervinden meer beperkingen in het dagelijkse leven en hebben meer hulp in huis nodig.

“Minimaal inkomen dus geen aanvullende verzekering kunnen betalen; aandoeningen als poly-arthritiden/reuma/osteoporose met veel pijn en houdingsproblemen zijn uit de basisverzekering gehaald, dus verslechtering gezondheid, omdat ze een en ander niet kunnen betalen.”

“Mensen die in een jaar meerdere operaties moeten ondergaan en opnieuw geconfronteerd worden met de eerste 20 behandelingen in de aanvullende verzekering. Kunnen dit vaak niet betalen en stellen bijv. een tweede heupoperatie uit tot het volgende jaar met alle negatieve gevolgen van dien.”

“Een patiënt met AOW en een klein pensioen heeft fors COPD, hart- en perifere vaatproblemen. Wordt ingestuurd door de longarts voor training. Ze heeft een aanvullende verzekering van een paar zittingen. De FEV1 is helaas nog net te goed voor een chronische indicatie. Uit de laatste 3 longonderzoeken is een duidelijke neergaande lijn te zien. Gezien deze achteruitgang valt te verwachten dat mevrouw binnenkort slecht genoeg zal zijn volgens de chronische lijst. Dit verhaal zet ik op papier en vraag de verzekeraar of ik haar in behandeling mag nemen. Dit werd afgewezen. Mevrouw moet dus nog maar even volhouden tot ze werkelijk slecht genoeg is. Een collega van mij behandelt inmiddels al enige tijd een reumapatiënt voor niks. Deze alleenstaande oude dame wist niet dat reuma van de chronische lijst ging en kan de behandelingen niet zelf betalen.”

“Ergste voorbeeld: meneer met een laag inkomen zonder aanvullende verzekering, die niet behandeld kan worden na een CVA omdat hij de eerste 20 behandelingen niet zelf kan betalen. Deze man houdt de rest van zijn leven een ernstige beperking omdat er geen vergoeding is voor de eerste 20 behandelingen, ook niet bij deze ernstige chronische indicatie (CZ). Wij zitten in een gebied waar veel gezinnen wonen met lage inkomens, deze hebben minimale aanvullende verzekering, maar kunnen ook gewoon niet meer betalen. Bij ernstige aandoeningen of beperkingen komen ze behandelingen tekort en zijn niet in de mogelijkheid om de behandelingen zelf te betalen.”

“Jongedame, geopereerd aan tumor in been, voor 9 behandelingen aanvullend verzekerd, kan de overige 11 niet zelf betalen, waardoor mevrouw lichamelijke klachten blijft behouden.”

“Mensen met recidiverende rug- of nek/schouderklachten die nog een stabiliserend natraject zouden moeten volgen om de recidiven te beperken. Mensen die veel te lang blijven doorlopen met hun klachten, tot het uiteindelijk zo erg is dat het niet binnen korte termijn kan worden verholpen. Etc. Etc.”

“Cliënt heeft alleen AOW en geen pensioen. Heeft meerdere chronische aandoeningen. Nu komt zij voor lymfologie i.v.m. een oedeem aan de arm als gevolg van borstkanker. Zij is afgehaakt omdat zij 20 x 39 euro niet kan betalen.”

“Patiënten zitten met een gat tussen de vergoeding vanuit de aanvullende verzekering en de 21^{ste} behandeling vanuit de basisverzekering en stoppen behandeling van bijvoorbeeld lymfoedeem na een mammacarcinoom-operatie. Zij zitten hierdoor met een dikke arm en de gevolgen daarvan.”

“Patiënt met reuma die zware deformiteiten heeft en een lage uitkering. Ze gaat zienderogen achteruit, medicatie heeft geen effect op haar deformiteiten en beperkingen!! Zij heeft therapie nodig, maar kan het niet betalen.”

“Vrouw, geboren in Marokko, naar Nederland gekomen in kader van gezinshereniging, diabeet, QI > 36, geen benul van goed bewegen en voedingsleer, 8 kinderen (3 in criminele sfeer), depressieve klachten, hypertensie. Zij heeft deelgenomen aan “migrantenprotocol”, begeleid sporten en voorlichting (diëtist en maatschappelijk werkster), relatiepijn, stress, verdriet. Is in 2011 heel goed gegaan. Nu zit ze met max. 12 behandelingen per jaar. Kan dit niet betalen en is overigens een maand geleden overleden (hartaanval). Gelukkig kost ze nu niets meer.”

EERDER OPNAME IN VERZORGINGS- OF VERPLEEGHUIS

“Mevrouw, 85 jaar, thuis na lange ziekenhuisopname, is bedlegerig geraakt. Geen chronische indicatie. Verzekerd voor 14 zittingen (IZA). Fysiotherapeutische hulp aan huis om patiënt te mobiliseren en het mogelijk te maken dat ze thuis kan blijven wonen. Na 14 zittingen door geldproblemen heeft patiënt therapie gestopt en is patiënt definitief naar verpleeghuis gebracht.”

“Een oude dame die tot de 21^{ste} behandeling 300 euro zelf moet betalen, maar dit niet kan. De dame heeft een beroerte gehad, wil zelfstandig blijven wonen, maar kan dus niet voldoende revalideren en gaat naar een (duur) verzorgingshuis.”

“Actieve dame van 80 jaar die eigenlijk nieuwe heup moet hebben, kan de kosten (eigen risico basisverzekering na operatie + behandeling 10 t/m 20 van de fysiotherapeut) niet betalen en ziet af van de operatie. Gevolg: mevrouw kan steeds minder en raakt aan huis gekluisterd. Kan zorg voor haar oudere zuster niet meer aan en deze gaat naar verzorgingshuis.”

“Chronische patiëntengroepen met reuma, osteoporose en hartaandoeningen kunnen niet ADL-optimaal gehouden worden. Mantelzorg kan deze hulp niet oppakken waardoor men in 2012 al wordt opgenomen in verzorgingshuizen/ouderenwoonvormen. Een gat van 8 behandelingen is circa 270 euro, wat voor minder bedeeden onoverkoombaar is.”

Doordat mensen eerder afzien van fysiotherapie vindt er een verschuiving plaats naar duurdere zorg, zoals afspraken met specialisten, operaties en medicatie. Hart- en reumapatiënten trainen minder en hebben daardoor meer medicatie nodig.

“Mensen met COPD of claudicatio wachten af tot de problemen zo groot zijn dat zij opgenomen worden. In het ziekenhuis is het voor niets.”

“Mensen die in de WW zitten en vaatstelselproblemen hebben. Zij hebben geen geld voor aanvullend verzekeringspakket. De eerste 21 behandelingen krijgen ze niet voor elkaar. 4 maanden later krijgen ze een omleiding die wel vergoed wordt en dure medicijnen. Preventieve zorg is te duur????”

“Patiënt meldt zich aan voor looptherapie, heeft vaatproblemen en alleen basisverzekering, patiënt komt niet. Resultaat: patiënt wordt gedotterd, daarna een bypass. Kosten: een veelvoud van looptherapie. Vaatchirurgen willen looptherapie in basisverzekering.”

“Cardio-mensen die bewegingsangst hebben en geen aanvullende verzekering, willen niet in behandeling. Waardoor ze eigenlijk in een visuele cirkel naar beneden gaan. Meer zitten en minder bewegen. Waardoor sneller ziekenhuisopname en sneller achteruit gaan. Krijgen complicaties als DM.”

“Artrose in heupen en knieën: geen fysio, maar direct naar orthopeed waar nu veel sneller prothesen worden gegeven.”

“Weduwe, 75 jaar, kan de eerste 20 behandelingen fysiotherapie niet betalen na een total heup-operatie. Gevolg: veel complicaties en daardoor nieuwe operatie nodig.”

“Groot eigen risico, chronisch valt in de basis en dus worden mensen de facto twee maal getroffen (eerst 20 keer zelf en vervolgens ook nog eens eigen risico in de basisverzekering). Oedeem-patiënt is afgehaakt, kan het niet meer betalen. Dit zal leiden tot ernstige problemen, patiënt ligt nu in het ziekenhuis.”

“Bij chronische behandelingen is 1ste indicatie (20 behandelingen en eigen risico) in ieder geval 835 euro. En bij aan huis behandeling is het: 1.105 euro, wat mensen zelf eerst moeten betalen. Dat doen ook mensen met een ruimere beurs niet; dan gaan ze naar de 2^{de} lijn.”

“Voorbeeld: een jonger persoon. Patiënt is behalve deze blessure gezond en is basis verzekerd. Hij is in december geopereerd. Eigen risico: 220 euro. Fysiotherapie eerste 20 behandelingen. Kosten +/- 600 euro. Daarna weer eigen risico van het nieuwe jaar = 220 euro. Totale eigen kosten: 1.040 euro. Dit kon de heer niet betalen en staakte de behandeling met als risico een nieuwe ruptuur of vervroegde artrose met als gevolg een tip op jonge leeftijd. Totale kosten lopen dan in de tienduizenden euro.”

MENSEN KOMEN IN DE ZIEKTEWET OF BLIJVEN LANGER IN DE ZIEKTEWET

“Door blijven werken met rugklachten, niet naar een therapeut gaan omdat dit te veel kost en uiteindelijk in de ziektewet belanden in verband met uitvalsverschijnselen in het been en een lange tijd moeten revalideren.”

“Een mevrouw komt bij mij met nekkklachten (“ik kan niet naar links kijken”). Ze is net uit de schuldsanering en net (3 maanden) weer aan het werk als vrachtwagenchauffeuse. Haar CTO zit vast en C1/C2 links rotatie. Ze kan mij niet betalen (3 x € 39.50) en nu kan ze niet werken en zit ze dus maar in de ziektewet.”

“Patiënt met ingrijpende knie-operatie met inbrengen osteosynthese-materiaal, die voor 12 keer verzekerd is en niet genoeg geld heeft om de 8 daarop volgende behandelingen te betalen, haakt af. Resultaat: een sterk beperkt thuiszittende man die niet deel kan nemen aan het arbeidsproces.”

“De COPD-patiënten en reumapatiënten die ik al enige tijd begeleid zijn dit jaar massaal gestopt in verband met de hoge eigen bijdrage, het vergoeden van chronisch zieken vanaf de 21^{ste} behandeling, het niet meer voorkomen op de lijst en het zelf door de chronische ziekte niet meer kunnen betalen (kunnen ook niet werken!).”

“Bij jonge mensen met acuut trauma zoals een forse enkeldistorsie neemt arbeidsparticipatie af, omdat het herstel minder snel gaat (ze gaan niet naar de fysio, krijgen dus niet de juiste voorlichting en begeleiding, zijn minder snel op de been, recidives nemen toe omdat propriocepsis niet getraind wordt).”

“Ik ben bekkenfysiotherapeute en zie vaak patiënten met ernstige klachten na de bevalling die langere tijd fysiotherapie nodig hebben. Chronische indicatie is maar 3 maanden en met de 1^{ste} 20 behandelingen zelf betalen is het helemaal niet mogelijk langere tijd goed te behandelen waardoor patiënten afhaken, maar nog niet kunnen werken.”

Ook ouders met kinderen zien af van noodzakelijke fysiotherapie.

“Mensen stoppen met de behandelingen wanneer zij zelf moeten gaan betalen waardoor klachten blijven. Omdat ik met kinderen werk is dit extra zorgelijk, omdat juist die kinderen veel problemen op latere leeftijd kunnen krijgen. Omdat ze nu niet goed of onvoldoende geholpen worden.”

“Kinderen die niet aanvullend verzekerd zijn, en waarvan ouders het niet zelf kunnen betalen, krijgen soms onvoldoende fysiotherapie waardoor zij bewegingsproblemen blijven behouden.”

“Bij mij gaat het bijv. om kinderen met een motorisch probleem en een gedragsstoornis, die niet direct een chronische indicatie krijgen, maar wel langer behandeld moeten worden, omdat ze door de gedragsstoornis, bijv. autisme, er gewoon langer over doen. Het duurt over het algemeen lang voordat er een diagnose gesteld is, omdat aanvullend onderzoek door een psycholoog of orthopedagoog vaak lang duurt.”

“Kind wordt 18 en is niet aanvullend verzekerd. Ouders kunnen niet de behandelingen fysiotherapie betalen. Wordt opgelost met een abonnement voor de sportschool. Ook dit moet uit andere middelen komen(het gezin wordt begeleid, maar begrijpt er vaak zelf niets van, ongeletterd). Kind heeft sterk overgewicht, slecht eet- en drinkpatroon. Huisarts verwijst weer naar ziekenhuis om aanvullend onderzoek te doen...”

3.5. VERBETEREN TOEGANKELIJKHEID

De fysiotherapeuten is gevraagd hoe de toegankelijkheid kan worden verbeterd.

20. HOE KAN DE TOEGANKELIJKHEID WORDEN VERBETERD (N=1333, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Aanvullende polissen moeten beter	60
Meer behandelingen in het basispakket	51
Juist eerste behandelingen vergoeden in basispakket	38
Fysiotherapie weer volledig in basispakket	28
Chronische lijst uitbreiden	42
Collectieve vergoedingen onbeperkt vergoeden	19
Anders	6

Ruim 50 procent van de respondenten wil meer behandelingen vergoed in het basispakket en 37 procent vindt dat juist de eerste behandelingen moeten worden vergoed. Ruim een kwart van de respondenten wil zelfs de hele fysiotherapie weer terug in het basispakket. In totaal 74 procent vindt een of meer van deze drie zaken en dus dat de vergoedingen in het basispakket beter moeten. 60 procent van de respondenten ziet ook verbetering door de aanvullende polissen te verbeteren.

Een groot aantal respondenten vindt dat de chronische lijst moet worden uitgebreid; 500 respondenten hebben er wel een idee over hoe dat zou moeten gebeuren. Vrijwel allen (402) vinden dat reumatische aandoeningen terug moeten komen. Ook hartfalen, hartrevalidatie en overige hartaandoeningen scoren hoog (158), evenals artrose (82). Osteoporose (55), Bechterew (25) en longaandoeningen (25) en diabetes (17) worden regelmatig genoemd. Evenals kanker en obesitas.

“Hartfalen, reumatische artritis, artrose – dit hoeft niet volledig maar wel voor bijvoorbeeld 24 behandelingen per jaar. Een gemiddelde van 2 per maand is vaak voldoende om patiënt te coachen en te sturen. Bij goede periodes is fysiotherapie niet nodig, bij terugval/exacerbaties kan dat opgevangen worden.”

“Alles wat ze de afgelopen 4 jaar hebben uitgesloten!! Reumatische artritis niet chronisch...?! Weten ze wat reuma is?! Code 41-45, wervelfracturen a.g.v. botontkalking... the list goes on...!”

“Alle bijkomende problemen bij kanker en de behandeling daarvan, bijv. conditie opbouwen, begeleiden bij bewegen etc. Reumatische artritis, meer postoperatieve mogelijkheden bij grote operaties, niet alleen het bewegingsapparaat.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Kankerpatiënten niet operatief behandeld maar met bestraling en/chemotherapie vallen buiten de boot van Agis, ook als er ernstige bewegingsbeperkingen/pijn als gevolg van de behandeling aanwezig zijn/is.”

“Over drie jaar is 75 procent van Nederland 65 geweest. Dit geeft veel artroseklachten, onder andere aan de wervelkolom. Hier is nog geen medische oplossing voor, het beperkt deze mensen wel de gehele dag/nacht.”

Met name problemen die ouderen ondervinden moeten verholpen worden via fysiotherapie mensen, vinden veel respondenten.

“Bewoners van verzorgingstehuizen die niet onder een chronische codering vallen, maar wel fysiotherapie nodig hebben om verpleegbaar te blijven. Ook bij cognitieve problemen; deze mensen onthouden geen oefeningen/aanwijzingen.”

“Algemene malaise of mobiliteitsproblemen bij bijv. 85+, zodat ze langer zelfstandig kunnen zijn.”

“Artrose, osteoporose, hartklachten en alle ziekten die ouderen betreffen. Die mensen hebben hun hele gezonde leven betaald en nu ze oud zijn en het nodig hebben wordt het hen ontzegd als zijnde te duur.”

Sommigen vinden dat alle chronische aandoeningen vergoed moeten worden en dat in elk geval vanuit de medische wereld hierover moet worden beslist.

“Reuma, hartaandoeningen, longaandoeningen (astma ook) en eigenlijk alle chronische aandoeningen waarbij fysiotherapie de kwaliteit van leven kan stimuleren en soms verbeteren. Ook voor het onderhouden van functies bij chronisch zieken kunnen wij meer betekenen waardoor mensen minder snel en minder zware exacerbaties hebben.”

“Er moet een mogelijkheid komen waarbij naar de klacht en de ernst van de klacht gekeken moet worden. Chronisch of niet chronisch. Er moet een mogelijkheid tot verlengen van de tijdslimiet komen. Net zoals bij een whiplash het geval is. Als er met simpele uitslagen en testresultaten aangegeven kan worden dat men meer behandelingen nodig heeft dan het gemiddelde, dan moet daar een mogelijkheid toe zijn.”

“De fysiotherapeut bepaalt, en onderbouwt, hoeveel behandelingen er medisch noodzakelijk zijn en die moeten dan vergoed worden.”

“Chronische lijst uitbreiden heeft weinig zin, als ze de eerste 21 behandelingen zelf moeten betalen. Patiënten die echt therapie nodig hebben, omdat medisch specialist dit voorschrijft en anders de behandeling van die specialist geen goed effect heeft, moeten direct behandeld kunnen worden.”

Genoemd worden ook: minder eigen risico, fysiotherapie voor een chronische aandoening moet geheel in het basispakket en mensen moeten een eigen budget krijgen. Er gingen ook stemmen op voor betere restitutietarieven, een eigen bijdrage, een aparte polis voor fysiotherapie en betere voorlichting door zorgverzekeraars (bijvoorbeeld over de behandelindex).

“Niet alles hoeft onbeperkt. Ik vind het vooral belangrijk dat chronische indicaties vanaf de eerste behandeling weer uit de basis betaald worden. Daarnaast een aantal voor ‘normale’ klachten in de basis en dan kan de aanvullende verzekering gewoon weer een aanvulling worden. De mensen die weten dat ze meer fysiotherapie (niet voor chronische codes) nodig hebben, kunnen dan zelf bepalen of ze zich bijverzekeren of niet. Fysiotherapie moet weer betaalbaar worden voor alle mensen in Nederland.”

4. MARKTWERKING: JA OF NEE?

4.1. WEL OF GEEN MARKTWERKING

De respondenten is gevraagd of ze marktwerking in de fysiotherapie een goed idee vinden.

21. IS MARKTWERKING IN DE FYSIOTHERAPIE EEN GOED IDEE? (N=1542)

	Percentage
Ja	11
Neutraal	23
Nee	63
Geen mening	3

Slechts 11 procent van de respondenten vindt de marktwerking in de fysiotherapie een goed idee. 63 procent vindt het geen goed idee.

Er is gevraagd naar positieve en negatieve ervaringen. Alle positieve antwoorden scoorden onder de 10 procent en zijn in de tabel hieronder niet vermeld. Zie voor alle antwoorden bijlage 1, tabel 23.

22. WAT ZIJN UW ERVARINGEN MET MARKTWERKING IN DE FYSIOTHERAPIE? (N=1531, MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Percentage
Zorgverzekeraars bepalen eenzijdig de spelregels en tarieven	90
Verzekeraars eisen te veel en overbodige verslaglegging.	84
Tarieven worden te laag vastgesteld door de zorgverzekeraars	64
Inhoudelijke bijscholing en ontwikkeling van het vak raakt in de verdrukking door de (administratieve) eisen van de verzekeraars	60
De marktwerking leidt tot minder kwaliteit	46
Door restitutietarieven en eigen betalingen hebben patiënten minder keuzen	36
Marktwerking leidt tot meer uitgaven in de fysiotherapie	23
Anders	14

Vooral de eenzijdige macht van de zorgverzekeraars wordt als groot probleem gezien bij de marktwerking. Er is geen markt: de verzekeraars dicteren. De regie is bij de overheid weggehaald en is in handen gekomen van zorgverzekeraars. Sommige respondenten voelen zich loonslaven van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars bepalen de tarieven, er is geen sprake van eerlijke onderhandelingen, het is slikken

of stikken. De KNGF geeft onvoldoende tegengas. Fysiotherapeuten aanvaarden absurde verslagleggingseisen uit angst buiten de boot te vallen. Het plezier in het werk wordt kapot gemaakt, fysiotherapeuten raken uitgeblust. De focus op laag behandelgemiddelde zet fysiotherapeuten aan om patiënten eerder te ontslaan. Vanwege bijbetalen stoppen patiënten te snel. Zo komen ze eerder in de duurdere tweede lijn terecht.

Marktwerking leidt tot concurrentie en staat overleg met de eerste lijn in de weg. Marktwerking leidt ook tot zwaar topmanagement en productiewerk. Fysiotherapeuten willen hun omzet halen en brengen bijzaken op de markt. De markt heeft dus vraag gecreëerd. De directe toegankelijkheid tot fysiotherapie is ten goede gekomen aan praktijken die succesvol zijn in het naar binnen halen van cliënten via sportverenigingen, fitness, netwerken, etc. Klanten maken hun behandeling graag op, omdat ze ervoor betaald hebben.

“Ik vind persoonlijk marktwerking geen woord dat past binnen de zorg. Mensen komen bij ons niet voor de luxe, maar uit noodzaak. Ik heb niet het idee dat een cliënt gaat shoppen voor een praktijk.”

“Er is m.i. sprake van tegenstrijdige belangen: als praktijk wil je omzet draaien, de overheid wil juist de zorgkosten verminderen. Als je een patiënt efficiënt, goed en snel van zijn klachten af helpt, heb je het als fysiotherapeut kwalitatief goed gedaan, maar ontvang je daar maar een beperkte omzet voor. Zou je dezelfde patiënt in veel meer behandelingen van zijn klachten af helpen, dan neemt je omzet toe, maar is de efficiëntie minder. Kortom, tegenstrijdige belangen!”

“Dit is geen marktwerking maar machtsmisbruik.”

“Marktwerking is slechts bedacht om de verzekeraars onder bescherming van de NMA een monopoliepositie te verschaffen waarbij de zorgverlener schaamteloos mag worden uitgebuit!”

“De markt is nu bij de zorgverzekeraars en niet bij de patiënten zoals de bedoeling was. Experiment is mislukt.”

“Niet geld moet de prikkel zijn om goed werk te leveren (marktwerking) maar beroepseer.”

4.2. BETERE FINANCIERING

Op de vraag hoe de financiering beter zou moeten, hebben 1.067 respondenten geantwoord. Een klein deel van de respondenten wil meer vrije markt, een veel groter deel (drie keer zoveel) wil juist meer overheid.

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

ZORGVERZEKERING NAAR DRAAGVLAK

Enkele tientallen respondenten pleiten voor een zorgverzekering naar draagvlak of één ziekenfonds of alles via de belastingen. De patiënten en fysiotherapeuten zouden aandeelhouder moeten zijn in een zorgverzekering, zo merkt een fysiotherapeut op.

“Het ziekenfonds, zoals vroeger! Een ieder naar vermogen laten betalen. Veel mensen kunnen zich niet meer bijverzekeren.”

“Wat is de zin van 56 verzekeringsmaatschappijen terwijl er nauwelijks tariefdifferentiatie is. Het oude idee van 1 ziekenfonds was zo gek nog niet en lijkt mij veel goedkoper.”

MEER IN BASISVERZEKERING

100 respondenten stellen dat er meer of dat de gehele fysiotherapie in de basisverzekering moet, in elk geval voor chronische patiënten. Juist de eerste behandelingen moeten worden vergoed in de basisverzekering, vinden veel respondenten. Ook de lijst Borst moet worden aangepast, merkt een aantal respondenten op. Als fysiotherapie in de aanvullende verzekeringen blijft, dan moet er in ieder geval meer vergoed worden, zo vinden veel respondenten.

“Vooral de eerste 20 chronisch is zo’n groot obstakel voor de kleine portemonnee, dat sommigen niet eens aan een machtiging toekomen. Hierdoor wordt het verschil tussen rijk en arm vergroot. Van die eerste 20 chronisch moeten we echt af.”

“Nu moeten patiënten de 1ste 20 behandelingen zelf betalen alvorens ze voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen. M.i. zou dit precies andersom veel efficiënter zijn: de eerste klap is een daalder waard. Het zou m.i. een goed idee zijn als de eerste 20 behandelingen bij een chronische indicatie juist uit de basisverzekering vergoed worden en daarna niet meer (evt. uit de aanvullende verzekering). In 20 keer kan ik een patiënt met een chronische aandoening of na een operatie adequaat gezondheidsgedrag aanleren, zodat complicaties worden voorkomen en de patiënt daarna zelf verder kan.”

EIGEN ZORGPAKKETTEN SAMENSTELLEN

18 respondenten willen specifieke zorgpakketten voor fysiotherapie, eventueel non-profit. Een aantal respondenten wil daar patiënten en fysiotherapeuten bij betrekken of pleit voor een collectief pakket, eventueel door de KNGF. Sommigen pleiten voor een heel nieuw systeem, met een spaarplan.

“Misschien is het tijd voor een nieuw soort verzekering vanuit een collectief van fysiotherapeuten waarin alleen fysiotherapie zit zodat we de macht van de zorgverzekeraar omzeilen.”

“KNGF zelf een aanvullende verzekering laten ontwikkelen en leden uitbetalen. Dan heeft de beroepsgroep het zelf in de hand.”

“Patiënten storten op een rekening een vast bedrag (bijvoorbeeld 600 euro); zij krijgen daar eenmalig een rente van 10 procent op. Dit geld (660 euro) wordt besteed aan zorgkosten. De patiënt heeft een pas en pint bij de zorgverlener. Als het bedrag op de rekening op is, weet de organisatie en de zorgverlener dit en wordt de cliënt gevraagd geld bij te storten.”

ABONNEMENTSSYSTEEM, LOONDIENT OF BUDGETTERING

Een tiental respondenten noemt loondienst of een abonnementssysteem als mogelijke vormen van financiering. Ruim 20 respondenten vinden dat er weer gebudgetteerd moet worden (totale budgettering per praktijk of regio of per aandoening).

“Iedereen in loondienst. Een gezondheidscentrum per dorp/stadsdeel bemand door medewerkers in loondienst (ook de artsen) en met een goede manager aan het hoofd.”

“Vaste budgetten gebaseerd op omzetten van de laatste 5 jaren. Dan kan de fysiotherapeut zelf bepalen of hij de patiënt, chronisch of niet chronisch, meer of minder behandelt. Je kunt declareren tot het budget en als je er over heen gaat is dat voor eigen kosten.”

MEER OVERHEID, MINDER MARKT, MINDER MACHT ZORGVERZEKERAARS

Ruim 70 respondenten zeggen terug te willen naar meer overheid. Nu is de therapie te veel verzakelijkt en zijn er te veel prikkels om omzet te draaien, dus om nieuwe ‘producten’ te bedenken. De verzekeraar hoort bovendien niet op de stoel van de therapeut te zitten.

“De verzekeraar mag NOOIT bepalen welke behandeling wel/niet vergoed wordt. Dit dient de beroepsgroep uit te maken. Net als dat we regelmatig tegenkomen dat de bedrijfsarts handelt naar de belangen van zijn werkgever, zo ook doen de verzekeringsartsen dat. Dat is logisch, maar daarom geen zuiver meetmiddel om de beste behandeling te garanderen!”

VASTE, UNIFORME TARIEVEN, BIJ VOORKEUR DOOR OVERHEID OF BEROEPSGROEP

Ruim 135 respondenten willen terug naar vaste tarieven met toeslag voor bijvoorbeeld grote steden of specialisaties, waarbij de tarieven vastgesteld door de overheid, de beroepsgroep of beiden of door een onafhankelijke instantie. Of eenduidige polissen en tarieven opgesteld door de zorgverzekeraars. KNGF kan hierbij een rol spelen, maar moet wel meer luisteren naar de leden, merken enkele respondenten op.

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Ik zou weer graag teruggaan naar een door het COTG bepaald tarief. Kwaliteit wordt dan beloond doordat patiënten die therapeut kiezen die kwaliteit levert.”

“Redelijk tarief per individuele zitting met vaststelling van het tarief door onafhankelijke organisatie zijnde niet de verzekeraar. Het is toch vreemd dat voor de zelfde behandeling door verzekeraars verschillend betaald wordt. In de winkel kost een brood ook voor iedereen hetzelfde.”

“Een tarief in overleg met de beroepsgroep en een goed functionerende KNGF (eentje die niet alleen achter de feiten aanholt).”

GROTERE ROL KWALITEIT IN TARIEVEN, BEROEPSGROEP STELT KWALITEIT VAST

Ruim 100 respondenten stellen dat de kwaliteit veel meer in de tarieven tot uitdrukking moet komen. De kwaliteit moet vastgesteld worden door de beroepsgroep; de verzekeraars moeten zich hier buiten houden. Het gaat dan over opleiding, bijscholingen, behandeluitkomsten en klanttevredenheid. Enkele respondenten noemen ook de praktijkkosten. 10 respondenten vinden dat een laag behandelgemiddelde in de tarieven moet terugkomen. Ruim 20 respondenten benadrukken hier nog eens dat de administratie echt minder moet.

“Weer centraal onderhandelen door KNGF voor de gehele beroepsgroep. Serieus kijken naar de kosten die gemaakt worden voor de gehele praktijkvoering zoals huur, personeelskosten, innovatie, scholing. Nu eenzijdig dictaat van de verzekeraars.”

“Praktijken die een lager behandelgemiddelde hebben (met goed behandelresultaat), beter belonen (dit stimuleert). Tevens kosten deze praktijken minder geld voor zorgverzekeraars, omdat er minder behandelingen worden gedeclareerd.”

HOGERE TARIEVEN, IN ELK GEVAL COMPENSATIE VOOR ADMINISTRATIETAKEN

76 respondenten geven aan dat de tarieven hoger moeten, in elk geval geïndexeerd of beter nog kostendekkend, met ruimte in de tarieven voor de administratieve werkzaamheden.

“Een realistisch tarief. Fysiotherapeuten verdienen relatief minder dan andere specialismen en kunnen zorgen voor minder uitgaven door bijv. preventief behandelen en voorkomen van operaties. Fysiotherapeuten zouden zich moeten bundelen en een beter salaris moeten afdwingen en vrijheid van behandelen. Zij zijn kundig genoeg, net als artsen, die worden ook niet op deze manier behandeld.”

FRAUDE EN ONZINNIGE BEHANDELINGEN BESTRIJDEN

Een tiental respondenten wijst er op dat fitness beter afgebakend moet worden en dat beter gelet moet worden op onzinnige en onnodige behandelingen. Stel grote sancties op niet-fysiotherapeutische verrichtingen die als fysiotherapie worden gedeclareerd: geen fitness op fysiotarief. Er moeten ook geen onbeperkte vergoedingen meer worden gegeven.

“Die fysiotherapeuten aanpakken die groepsbehandelingen geven en het volle tarief in plaats van het groepstarief declareren.”

“Patiënt betaalt rekening weer; dan is er minder kans op fraude en patiënten weten dan ook wat ze betalen wanneer ze in groepsverband fysio genieten. Ik ben van mening dat hier veel geld mee bespaard kan worden. Of een tarief fitness bepaalt door zorgverzekeraars, zodat daar geen vragen meer over zijn hoe deze ingeboekt moeten worden: eruit groepsbehandelingen en fitness/groepsbehandelingen erin. Zonder protocollen.”

“Meer controleren of fysiotherapeuten niet onnodig vaak behandelen om toch hun salaris te krijgen (dit hoor ik te veel om me heen). Fysiofitness aan banden leggen. Je ziet vaak mensen die naar fysiofitness gaan omdat ze verzekerd zijn en dan niet een abonnement op de sportschool nodig is.”

“Het gedrag van fitnesscentra met betrekking tot fysiotherapie eens heel duidelijk gaan doorlichten: er wordt gesport onder leiding van de sportinstructeur en de sportmasseur masseert onder de dekking van de zorgverzekering van de patiënt. De patiënt wordt gevraagd hier niet over te praten, maar die gaat praten als zijn zittingen op zijn en hij verwezen wordt naar de fysiotherapeut.”

“In ieder geval zoals grote centra nu doen; ZBC worden met revalidatiearts als verwijzer, zodat er geld uit een ander potje wordt gehaald. In mijn ogen is dit regelrechte fraude!”

“We weten allemaal dat er collega's zijn die oneigenlijk declareren; die zijn er altijd geweest en ze zijn er ook nu nog. Het is flauwekul om te denken dat je dit soort praktijken kunt aanpakken met collectieve maatregelen zoals een audit. Het enige dat helpt is werk te maken van kwaliteit – door de beroepsgroep.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

MEER MARKT, BETERE ONDERHANDELINGEN, GOEDE RESTITUTIE TARIEVEN, DBC

Ruim 50 respondenten pleiten voor meer marktwerking, sterkere onderhandelingen vanuit de beroepsgroep: fysiotherapeuten en zorgverzekeraars moeten gelijkwaardige partijen zijn. De restitutietarieven moeten gelijk zijn aan het basistarief, zodat volledige concurrentie mogelijk is. Een tiental respondenten pleit voor invoering DBC's.

“Ik ben niet per definitie tegen de marktwerking maar vind dat netwerken van fysiotherapeuten een betere onderhandelingspositie bij verzekeraars zouden moeten hebben.”

“Marktwerking is echt met iedere partij onderhandelen en geen opgelegde tarieven. Een fysiotherapeut laat inhoudelijk zien wat hij in huis heeft qua kennis en aan de hand van anonieme dossiers hoe hij komt tot een goede opbouw van zijn behandelplan. Dat vraagt dus dat bij de zorgverzekeraars niet uitsluitend economen zitten maar ook inhoudelijk deskundigen in het vak.”

“Leg de zorgverzekeraars de verplichting op om altijd in alle polissen restitutietarieven te hanteren die even hoog zijn als de basistarieven van gecontracteerde zorg. Dan is er vrije keuze mogelijk bij de patiënt én bij de fysiotherapeut, onafhankelijk van de vraag of deze een contract aan gaat of niet.”

“DBC's. Dan pas zal inhoudelijke bemoeienis van zorgverzekeraars dalen. Spreek prijs, aandoe-ning en outcome af.”

VRIJE TARIEVEN, GEEN CONTRACTEN

55 respondenten willen geen contracten meer of geheel vrije tarieven: de praktijk stelt zelf de tarieven vast en/of volledige restitutiepolissen.

“De beroepsgroep moet massaal de rug keren en geen contracten tekenen met verzekeraars. Ga uit van je kwaliteit.”

PATIËNTEN BETALEN ZELF DE REKENING, VOLLEDIGE RESTITUTIEPOLISSEN

Ruim 60 respondenten vinden dat de patiënten zelf de rekening moeten betalen: de pinautomaat op de toonbank. Zij willen een systeem net als bij de tandartsen: nota en afrekening naar de patiënt. Patiënten worden zich dan ook meer bewust van de kosten. Er zou een speciale regeling gemaakt kunnen worden voor zwakke groepen via de belastingen.

“Middels een restitutie tarief en geen contracten. Patiënten zien hun eigen kosten en doen de controles op declaraties. De patiënt kan dan zelf de rekening naar de verzekeraar sturen om volgens

eigengemaakte afspraken een vergoeding te krijgen.”

“Maak patiënten verantwoordelijk voor hun eigen kosten door ze zelf de rekening te sturen. Dan zien patiënten pas wat ze kosten. Deze bewustwording is nodig om de kosten te beheersen. Nu eisen mensen soms hun behandelingen op.”

“Pinautomaat op de toonbank. Degene die de dienst ontvangt betaalt rechtstreeks aan de dienstverlener...”

“Als patiënten kunnen kiezen zoals je een bakker zoekt die brood bakt wat je lekker vindt, dan zal de behandeling een grotere kans van slagen hebben dan wanneer iemand in een protocol gedrukt wordt. Restitutie van vrije tarieven is het middel om dat te bewerkstelligen.”

PATIËNTEN BETALEN (KLEINE) EIGEN BIJDRAGE

36 respondenten vinden dat patiënten eigen bijdragen zouden moeten betalen; volgens sommige dan wel tot een maximum. Mensen moeten er maar aan wennen dat we meer zelf moeten betalen voor onze gezondheid; ze blijven dan ook kritisch opletten of de therapie wel of niet nodig is, zo vindt een klein aantal respondenten.

“Een eigen bijdrage per behandeling ongeacht de dekking van de aanvullende verzekering, waarbij de zorgverzekeraar de gelden op de verzekerden verhaalt. Op deze manier maakt men inzichtelijk dat er een stuk eigen verantwoording bij gezondheid is en dat gezondheidszorg duur is. Minder bedeeden zouden dit bedrag kunnen verhalen via belastingkortingen of bijdrage van de gemeente o.i.d.”

PATIËNTEN EEN EIGEN BUDGET GEVEN

41 respondenten pleiten voor een budget voor patiënten in plaats van vergoedingen, zodat patiënten meer keuzevrijheid hebben. Nog eens 8 respondenten vinden dat patiënten in elk geval zelf de fysiotherapeut moeten kunnen kiezen. Patiënten krijgen dus een soort rugzakje.

“Patiënt bepaalt voor wat betreft de aanvullende verzekering het te verzekeren bedrag zelf en mag bij volledig vrije prijzen zelf weten aan hoeveel behandelingen hij/zij dit besteedt. Hij zal op zoek gaan naar de beste prijs/kwaliteitsverhouding en beste effectiviteit. Patiënten die hun budget niet geheel gebruiken krijgen no-claim-korting. Patiënten die aantoonbaar niet draagkrachtig genoeg zijn kunnen een tegemoetkoming voor hun premie of kosten krijgen.”

“Er wordt verzekerd voor een bepaald budget. De patiënt kan het budget bepalen aan de hand van ‘aanvullende pakketten’. Dus meer keuzevrijheid in de aanvullende verzekeringen, met een duidelijke uitleg waar men voor verzekerd is. Dus niet: U bent nu ook voor fysiotherapie verzekerd, maar: U bent voor € xxx dit jaar aan fysiotherapie verzekerd. Dan heeft de patiënt keuzevrijheid. Alles digitaal verslaan en aanvragen en geen ellenlange discussie over wel / niet chronisch.”

MEER INVESTEREN IN FYSIOTHERAPIE, PREVENTIE EN EERSTELIJNSZORG IN DE BUURT

Ruim 50 respondenten wijzen er op dat fysiotherapie kosteneffectief en niet duur is. Kijk naar het hele financiële plaatje, waarbij ook uitgaven voor ziekteverzuim en uitgespaarde kosten voor totale gezondheidszorg worden meegewogen. Onderzoek dan wat fysiotherapie aan winst oplevert voor de maatschappij. De fysiotherapie maakt nog niet 1 procent van de zorgkosten uit terwijl de kostenbesparende factor op de zorg door de fysio uit meerdere studies steeds weer is bewezen. Uit onderzoek blijkt dat fysiotherapie een goede *return on investment* heeft. Er moet erkenning komen van het feit dat fysiotherapie maar een gering aandeel heeft in de totale zorgkosten en juist als buffer werkt tegen hoge kosten in de tweede lijn en maatschappelijke kosten. Met fysiotherapie verdient een overheid geld; hier moet je niet op willen bezuinigen. Bezuinigingen kunnen beter worden toegepast op de tweede lijn, geneesmiddelen of op de zorgverzekeraar (reclame, sponsoring voetbalclubs, topsalarissen, kapitale bedrijfspanden, extreme reserves). Doe vooral ook in de fysiotherapie niet meer dan nodig is. Zet in op preventie. Begin op scholen met adequaat gymnastiekonderwijs, stimuleer sport en bewegen onder alle bevolkingsgroepen, adviseer een gezonde leefstijl. Uit *evidence based*-onderzoek blijkt dat vroegtijdige interventie door fysiotherapie bij rugklachten veel problemen in de maanden erna kan voorkomen. Een aantal respondenten vindt ook dat het vestigingsbeleid terug moet, en dat we naar kleinschalige, buurtgerichte zorg moeten.

“De kosten voor fysiotherapie zijn de afgelopen jaren niet gegroeid. Dat is een verzinzel van de verzekeraars. Tijdens een vergadering in Amsterdam hebben we navraag gedaan onder collega's. Niemand was meer gaan werken en het aantal fysiotherapeuten per praktijk was ook niet toegenomen. Hoe kunnen wij dan meer geld opmaken? Laat maar eens een echt onafhankelijk bureau in hun papieren kijken. Het is al jaren zo dat de fysiotherapie als eerste gepakt wordt. Ook ons bestuur treft blaam. Zij zijn nog roomser dan de paus en willen het braafste jongetje van de klas zijn en voldoen aan alle eisen van de verzekeraars. Ook geloof ik in kartelvorming van de verzekeraars, want het is wel heel toevallig dat zij allemaal op eenzelfde manier bezuinigen op de fysiotherapie. En als wij ons verenigen, dan mag dat niet. Maar Mw. de Vries tegen Achmea is zeker wel eerlijk.”

“Meer waardering voor preventieve maatregelen en zicht van de overheid en zorgverzekeraars op waarde fysiotherapie en kostenbesparing door fysiotherapie in gezondheidszorg door zijn waarde.

Daarom hogere beloning geen probleem, want zij zorgen dat mensen blijven werken, kunnen blijven sporten en daardoor healthy ageing in plaats van diabetes, obesitas, hart- en vaatziekten etc.”

“Zorgverzekeraars zouden zich ervan bewust moeten zijn dat fysiotherapie een relatief goedkope zorg is; veel ellende wordt erdoor voorkomen of uitgesteld. Dit scheelt veel geld. Door de fysiotherapie te duur te maken (minder te vergoeden) gaan mensen direct door naar de tweede lijn, wat de patiënt direct misschien minder kost, maar indirect de premies en zorgkosten omhoog jaagt.”

“Enerzijds wordt er gigantisch veel geld gemorst binnen met name de tweede lijn (budgetten die nodeloos worden opgebruikt, omdat anders volgend jaar wordt gekort op het budget), gigantische overconsumptie medicijnen, enorme reclamebudgetten zorgverzekeraars (tv, voetbalclubs, enz.).”

“De ziektekostenverzekeraars zitten in luxe geklimatiseerde gebouwen, terwijl als ik voor mijn patiënten een airco in mijn praktijkruimte zou willen aanbrengen, dan kan dat er door het tarief nauwelijks af.”

“Dat kun je niet los zien van de financiering van de totale zorg en moet politiek opgelost worden. In de afgelopen 30 jaar heb ik nog maar 1 minister met visie gezien in de zorg: Klink (niet eens van mijn politieke voorkeur). Zijn ideeën zouden een belangrijke bijdrage kunnen zijn bij het betaalbaar houden van de zorg.”

“Er moet gekeken worden wat patiënten nodig hebben. Nu willen mensen ook graag hun ‘quotum’ opmaken. Zij vinden dat ze hier recht op hebben als zij een hoge verzekering hebben. Mensen die niet genoeg bijverzekerd zijn kunnen geen revalidatiebehandeling krijgen na bijvoorbeeld een nieuwe heup of knie. Dit moet aan elkaar gekoppeld worden. Operatie en revalidatie uit basispakket”

“Het aanbod van oefentherapie en fysiotherapie zou per wijk georganiseerd moeten worden voor een goed gespreid en kwalitatief goed aanbod voor de bewoners, nu leidt de marktwerking tot te veel aanbod omdat praktijken proberen van alle markten thuis te zijn; hierdoor onoverzichtelijk voor verwijzers en minder doeltreffende zorg voor patiënten.”



CONCLUSIES

DE ZORGVERZEKERAARS: CONTRACTEN EN EISEN

BIJNA 100 PROCENT HEEFT SLECHTE ERVARINGEN MET CONTRACTEN

Bijna 100 procent van de respondenten heeft slechte ervaringen met de contracten met zorgverzekeraars. Fysiotherapeuten ergeren zich aan de bemoeienis van de zorgverzekeraars met de kwaliteit. Veruit het grootste probleem zijn de eisen aan de verslaglegging die tot een zeer hoge werkbelasting leiden (75 procent). Verslaglegging zegt bovendien niets over kwaliteit. Zorgverzekeraars hanteren te veel regels en de contracten worden eenzijdig opgelegd. Een extra belasting vormen het hanteren van een behandelgemiddelde en de dreigende audits, waarmee de kwaliteit (lees: verslaglegging) wordt getoetst.

RUIM 50 PROCENT HAALT BEHEERSAUDIT NIET IN ÉÉN KEER

Ruim 10 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten kreeg te maken met een beheersaudit, bij zorgverzekeraar Achmea zelfs 16 procent. Meer dan de helft komt niet in één keer of helemaal niet door de beheersaudit.

BEHEERSAUDITS: VEEL TIJD, HOGE KOSTEN EN ABSURDE EISEN

Een beheersaudit kan veel tijd en geld kosten. Als de uitkomst van de eerste audit negatief is, dan betaalt de fysiotherapie-praktijk de eerste audit en is deze verplicht tot een tweede beheersaudit en een verbetertraject. Tijdens dit traject worden de tarieven sterk verlaagd, de zogenaamde beheerstarieven.

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

De (directe) kosten van de beheersaudit liggen dan nogal eens boven de 10.000 euro. De eisen op het gebied van de verslaglegging zijn tot in het absurde doorgevoerd. Het plezier in het werk neemt er door af. Het geheel wordt door veel respondenten gezien als een straf. Een aantal respondenten denkt dat de beheerstrajecten vooral worden ingezet om het aantal behandelingen terug te brengen, als een verkapte bezuiniging dus.

RUIM 90 PROCENT VINDT DE BASISTARIEVEN TE LAAG

Vrijwel alle ondervraagde fysiotherapeuten (93 procent) vinden de basistarieven te laag. Er wordt bovendien te weinig rekening gehouden met administratie, overleg en specialisaties. Er is onvoldoende rekening gehouden in het tarief met investeringen en ICT. Een avondtarief ontbreekt. Er wordt geen of onvoldoende rekening gehouden met kosten in de grote steden en patiënten uit achterstandswijken.

15 PROCENT HEEFT PLUSCONTRACT KUNNEN AFSLUITEN

Om voor hogere tarieven in aanmerking te komen, kun je bij een aantal verzekeraars een pluscontract afsluiten. Je moet dan wel een zeer intensief plustraject doorlopen, met zeer hoge praktijk- en dossiereisen. Ruim 60 procent begint hier dan ook niet eens aan vanwege de hoge kosten en/of de hoeveelheid tijd die het kost. Van degenen die wel een poging wagen, is 25 procent afgewezen of afgehaakt en ruim 25 procent zit nog in het traject. 43 procent heeft een pluscontract kunnen afsluiten, dat is 15 procent van alle fysiotherapeuten bij verzekeraars met pluscontracten.

93 PROCENT HEEFT SLECHTE ERVARINGEN MET PLUSCONTRACTEN

93 procent van de respondenten heeft vooral slechte ervaringen. Dat gaat vooral over de kosten, de tijd en de hoge eisen. Net als bij een beheersaudit liggen de kosten van een plusaudit nogal eens boven de 10.000 euro. Er gaat absurd veel tijd zitten in de pluscontracten. Respondenten hebben het over buitensproportionele verslaglegging, een dossiervorming die volledig uit de hand loopt. De krankzinnige eisen leiden soms tot fraude met de verslaglegging. Er wordt afgerekend op een perfect dossier, niet op de resultaten. De respondenten voelen zich meer administrateur dan fysiotherapeut. Het gaat ten koste van het plezier in het werk en de sfeer onderling en naar de patiënten. Patiënten worden te veel als eenheidsworst gezien. Een aantal respondenten ziet de pluscontracten vooral als middel tot kostenbeheersing. Indien er te veel pluspraktijken komen worden de eisen opgeschroefd, zodat het gros van de praktijken op te lage tarieven zit, aldus deze respondenten.

RUIM 80 PROCENT WIL LIEVER GEEN CONTRACTEN AFSLUITEN

Ruim 80 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten wil liever geen contracten afsluiten. De belangrijkste redenen zijn het eenzijdige dictaat van de zorgverzekeraars (90 procent), de uitgebreide of zelfs absurde verslaglegging (82 procent) en/of de bemoeienis met de kwaliteit (79 procent). Dat de meeste

fysiotherapeuten het toch doen heeft er vooral mee te maken dat daarmee de toegankelijkheid voor de patiënten in gevaar zou komen (60 procent). De patiënten kunnen dan namelijk nog maar een beperkt deel van de tarieven vergoed krijgen. Een andere belangrijke reden om toch contracten af te sluiten is om zelf rond te kunnen komen (41 procent) en te kunnen concurreren met andere praktijken die wel contracten afsluiten.

SPECIALISMEN ONVOLDENDE VERGOED

Veel fysiotherapeuten hebben een specialisme. Maar specialismen worden niet of nauwelijks extra beloond. De vergoeding is te laag ten opzichte van de verplichtingen wat betreft nascholing en staat niet in verhouding met opleidingseisen en inrichtingseisen. Veel patiënten hebben extra tijd nodig, waardoor ook het behandelgemiddelde onder druk staat. Veel patiënten zijn onvoldoende verzekerd. Specialismen moeten worden erkend en vergoed, de verslaglegging moet eenvoudiger, er moet meer worden uitgegaan van de kwaliteit van de professional en er moet een beter vergoedingssysteem komen, vinden de respondenten.

TWEE DERDE VAN DE RESPONDENTEN GEEFT GEEN GROEPSTHERAPIE

Volgens veel respondenten is groepstherapie niet effectief. Veel respondenten hebben er geen ruimte voor of het past niet bij hun patiëntpopulatie. Voor veel respondenten is het moeilijk homogene groepen te maken. Veel respondenten zeggen ook meer individueel gericht te zijn. Soms worden individuele behandelingen niet meer vergoed als je groepstherapie geeft, terwijl je allebei wilt aanbieden. Volgens veel respondenten maken de zorgverzekeraars groepstherapie onmogelijk door absurd lage tarieven waardoor je financieel moeilijk rond komt. En doordat zorgverzekeraars te veel en te ingewikkelde regels stellen en elke zorgverzekeraar weer andere voorwaarden heeft. Een derde van fysiotherapeuten doet de groepstherapie voor eigen rekening van de patiënten, zodat ze geen gedoe hebben met de zorgverzekeraars.

DE FYSIOTHERAPIEPRAKTIJK: VERSLAGLEGGING EN KWALITEIT

BIJNA 100 PROCENT VINDT DE WERKBELASTING DOOR VERSLAGLEGGING VEEL TE HOOG

De werkbelasting vanwege verslaglegging wordt vrijwel unaniem (97 procent) te hoog gevonden. 35 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten is meer dan 2 uur per dag kwijt aan verslaglegging; voor bijna 60 procent van de fysiotherapeuten is dat 1 tot 2 uur per dag. Ruim de helft van de fysiotherapeuten zegt 20 procent of meer per behandeling kwijt te zijn aan administratie.

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

RUIM 80 PROCENT VAN DE RESPONDENTEN KAN NIET ALTIJD DOEN WAT NODIG IS

Slechts 7 procent van de respondenten meldt dat zij altijd kan doen wat nodig is. Nog eens 11 procent zegt ondanks de extra belasting toch altijd te doen wat nodig is, doordat ze de administratie geheel in hun vrije tijd doen, ze zich minder van de regels aantrekken of een audit riskeren. Ruim 80 procent kan dus niet altijd doen wat nodig is. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn de werkbelasting vanwege de dossiervorming en de bemoeienis van de zorgverzekeraars. Ook het hanteren van een praktijkgemiddelde en de dreigende audits spelen hierin een belangrijke rol.

20 PROCENT MELDT SELECTIE VAN PATIËNTEN VANWEGE HOGE DOSSIEREISEN

De hoge dossiereisen en het hanteren van een praktijkgemiddelde met een dreigende beheersaudit leiden er toe dat fysiotherapeuten patiënten gaan weren (of bij het hanteren van behandelgemiddelde eerder stoppen met behandeling). Bij elkaar 20 procent meldt dat om een van deze drie redenen gecompliceerde patiënten worden geweerd.

ALLEEN ZINvolle VERSLAGLEGGING DOEN

Ruim de helft van de respondenten geeft tips om de werkbelasting te verminderen. Deze gaan vooral over vereenvoudiging van de verslaggeving en het EPD. Beperk de verslaggeving tot zinvolle verslaggeving, die met de inhoud van het dossier te maken heeft. Informatie die belangrijk is voor overdracht en geheugen. De KNGF moet hier meer het voortouw nemen. Breng meer uniformiteit aan, in verslaggeving en kwaliteitseisen. De richtlijn verslaggeving moet worden ingeperkt en de fors verkorte richtlijn moet worden goedgekeurd door de hele beroepsgroep. Gebruik alleen *evidence based*-vragenlijsten en laat het aan de fysiotherapeut zelf over of vragenlijsten worden ingezet. Het vertrouwen in de professionaliteit van de fysiotherapeut moet terug.

BIJNA 90 PROCENT WIL KWALITEITSCONTROLE WEER BIJ BEROEPSGROEP

Bijna 90 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten pleit ervoor de kwaliteitscontrole weer bij de beroepsgroep te leggen. In de mede door zorgverzekeraars georganiseerde systemen is weinig vertrouwen. Patiënten zitten ook niet te wachten op uitgebreide vragenlijsten, zoals bij CQi. Kwaliteit is nu vooral het meten van goede verslaggeving en dat zegt nog niets over de kwaliteit. Kwaliteit zit in resultaten en patiënttevredenheid; hierop moet worden getoetst en wel door de beroepsgroep.

DE PATIËNTEN: TOEGANKELIJKHEID VAN DE FYSIOTHERAPIE

VRIJWEL 100 PROCENT VINDT DAT DE VOORLICHTING VAN ZORGVERZEKERARS ZWAAR TE KORT SCHIET

De zorgverzekeraars spiegelen de verzekerden te mooie informatie voor, zegt 72 procent van de

ondervraagde fysiotherapeuten. 86 procent zegt dat zij zelf de patiënten veel moeten uitleggen. Bij elkaar 98 procent vindt beide of een van deze twee genoemde zaken. Vanuit de callcenters komt veel verkeerde informatie, bijvoorbeeld dat je alles vergoed kunt krijgen als de fysiotherapeut maar chronisch declareert. Er wordt ook niet verteld dat de fysiotherapeut zich aan het behandelgemiddelde dient te houden. De informatie is te ingewikkeld geworden en veel mensen lezen het niet goed.

95 PROCENT MELDT DAT PATIËNTEN NIET OF ONVOLDOENDE VERZEKERD ZIJN

95 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten meldt dat patiënten niet of onvoldoende aanvullend verzekerd zijn. Ook het eigen risico is volgens 60 procent van de respondenten een probleem, evenals de lage restitutietarieven (31 procent). De collectieve verzekeringen die door veel gemeenten worden afgesloten voor inwoners met een laag inkomen, zijn zwaar ingeperkt en onvoldoende geworden. Zo worden bijvoorbeeld in Utrecht, Amsterdam en Rotterdam nog slechts 12 behandelingen vergoed.

3 PROCENT VINDT DE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VOOR CHRONISCHE PATIËNTEN VOLDOENDE

Veel mensen hebben geen of een beperkte aanvullende verzekering die slechts 12 behandelingen vergoed. Dat betekent bijvoorbeeld voor patiënten met een chronische aandoening dat ze (een deel van) de eerste 20 behandelingen zelf moeten betalen. 85 procent van de respondenten meldt dat dit gat voor veel chronische patiënten te groot is. Ook het eigen risico en de inperking van de chronische lijst ziet 60 procent van de respondenten als een groot probleem voor deze patiënten. Na een aantal keren zelf betalen, komt hier het eigen risico in de basisverzekering bovenop.

10 PROCENT MELDT DAT PATIËNTEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING WORDEN GEWEIGERD VOOR AANVULLENDE VERZEKERINGEN

10 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten meldt dat mensen met een chronische aandoening worden geweigerd. Vrijwel alle zorgverzekeraars weigeren mensen met reuma voor uitgebreidere aanvullende polissen. Achmea en andere zorgverzekeraars weigeren een uitgebreidere aanvullende verzekering voor mensen die het jaar ervoor al veel gebruik hebben gemaakt van fysiotherapie.

RUIM 90 PROCENT MELDT DAT PATIËNTEN AFZIEËN VAN NOODZAKELIJKE BEHANDELING

Het gevolg van de financiële drempels is dat mensen afzien van behandeling. Volgens 82 procent van de respondenten blijven mensen weg zodra zij zelf moeten betalen. Volgens 72 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten zijn mensen korter in behandeling dan medisch gewenst is. Volgens 62 procent nemen de gezondheidsproblemen toe. Bij elkaar ruim 90 procent noemt een of meer van deze zaken. Steeds meer mensen hebben een te beperkte aanvullende verzekering. Daar komt het eigen risico bovenop en het feit dat een aantal chronische indicaties van de lijst is gegaan, zoals reuma en osteoporose. Vooral mensen met lagere inkomens, met vaak ook grote gezondheidsproblemen, zijn de pineut.

75 PROCENT VAN DE RESPONDENTEN MELDT DAT 10 TOT 20 PROCENT VAN DE PATIËNTEN OF NOG MEER AFZIET VAN NOODZAKELIJKE BEHANDELING

Respondenten vinden dit soms moeilijk te schatten. Ook omdat een aantal mensen niet beginnen aan de behandeling. Er is een afname ten opzichte van vorig jaar; fysiotherapeuten merken dat in de uren die ze maken.

FINANCIËLE EN GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Het gaat vaak om grote bedragen (600 tot 800 euro) die mensen zelf moeten betalen. Patiënten bezuinigen soms op andere (basale) behoeften, zoals voeding, of ze zitten in de schuldsanering. Respondenten krijgen steeds meer te maken met betalingsproblemen. De gezondheid en mobiliteit van mensen (ook kinderen) gaat achteruit, omdat zij afzien van zorg en operaties uitstellen. En omdat zij veel te vroeg afhaken bij revalidatie, waardoor onder andere meer blijvende problemen ontstaan. Mensen ervaren beperkingen in het dagelijks leven en hebben meer hulp nodig. Soms volgt hierdoor eerder opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Ook blijven patiënten hierdoor langer uit het arbeidsproces. Doordat mensen vaker afzien van fysiotherapie vindt er een verschuiving plaats naar duurdere zorg zoals afspraken met specialisten, operaties en medicatie.

74 PROCENT VINDT DAT VERGOEDINGEN IN HET BASISPAKKET BETER MOETEN

In totaal 74 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten stelt dat de vergoedingen fysiotherapie in het basispakket beter moeten: door meer behandelingen te vergoeden in het basispakket (50 procent) en/of door juist de eerste behandelingen te vergoeden (37 procent) en/of door de fysiotherapie weer volledig in het basispakket op te nemen (27 procent). 60 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten ziet ook verbetering door een uitbreiding van de aanvullende verzekeringen. De vergoedingen via de collectieve verzekeringen moeten in elk geval onbeperkt, merkt 19 procent op. 42 procent meldt dat de chronische lijst moet worden uitgebreid. De reumatische aandoeningen moeten in elk geval terug, evenals hartaandoeningen, artrose, osteoporose en Bechterew. Met name problemen die ouderen ondervinden moeten verholpen worden via fysiotherapie, vinden veel respondenten. De fysiotherapeuten zelf moeten meer over de vergoedingen te zeggen hebben.

MARKTWERKING: JA OF NEE?

SLECHTS 11 PROCENT VAN DE RESPONDENTEN VINDT MARKTWERKING EEN GOED IDEE

63 procent van de respondenten vindt marktwerking geen goed idee. 90 procent van de respondenten vindt dat de zorgverzekeraars eenzijdig de regels en tarieven bepalen. Er is geen markt: de verzekeraars dicteren. Er is geen sprake van gelijkwaardige partners en eerlijke onderhandelingen, het is slikken of

stikken. Sommige respondenten voelen zich loonslaven van de zorgverzekeraars. De beoogde doelen van de marktwerking zijn niet bereikt. Slechts 3 procent van de ondervraagde fysiotherapeuten vindt dat de marktwerking leidt tot minder bureaucratie; het leidt juist tot veel en overbodige verslaglegging, vindt 84 procent. Ook de kwaliteit en de keuzevrijheid komen in de verdrukking. De marktwerking leidt tot hogere uitgaven, bijvoorbeeld door de toename van topmanagement en de prikkel tot extra productie (onder andere fitness), omdat fysiotherapeuten hun omzet willen halen.

ALTERNATIEVEN VOOR MARKTWERKING

Een groot deel van de respondenten wil minder macht voor zorgverzekeraars en weer meer verantwoordelijkheid voor de overheid. De overheid, de beroepsgroep of een onafhankelijke instantie moet vaste en uniforme tarieven vaststellen, rekening houdend met kwaliteit en met toelagen voor bijvoorbeeld grote steden, specialismen en administratie. De kwaliteit moet worden vastgesteld door de beroepsgroep; zorgverzekeraars moeten zich hier buiten houden. De fysiotherapie moet weer geheel of deels weer terug in het basispakket; in elk geval moet er een beter vergoedingssysteem komen, meer naar draagkracht. Sommige respondenten pleiten voor een abonnementssysteem of fysiotherapeuten in loondienst. Fraude en onzinnige behandelingen moeten worden bestreden. Een veel kleiner deel van de respondenten pleit voor meer marktwerking, met gelijkwaardige partners en vrije tarieven. De patiënten zouden zelf de rekening moeten krijgen en een eigen budget om te besteden. Er moet meer worden geïnvesteerd in fysiotherapie. Met preventie, fysiotherapie en eerste lijn voorkom je duurdere zorg in de tweede lijn.

Uit alle verhalen komt een beeld naar voren van professionals met veel plezier in hun werk en die trots zijn op hun vak. Fysiotherapeuten staan met hart en ziel in de praktijk. Ze scheppen er veel eer in patiënten van de pijn af te helpen en weer mobiel te maken. Ze doen veel aan preventie en vroegtijdige interventie waardoor veel (blijvende) problemen kunnen worden voorkomen. Een gedreven beroepsgroep met een hoge scholingsgraad. Veel fysiotherapeuten zijn goed opgeleid en velen zijn voortdurend bezig met bijscholing en verdieping van hun vak – alle reden om te vertrouwen op de professionaliteit van deze beroepsgroep. In plaats daarvan worden fysiotherapeuten gedemotiveerd en negatief bejegend door de zorgverzekeraar. Fysiotherapeuten hebben te maken met een enorme werkbelasting vanwege de absurde eisen van de zorgverzekeraars: een verantwoordingscultuur gebaseerd op wantrouwen in de professionals. Het gaat niet om verantwoording voor de kwaliteit maar voor een tot in het absurde doorgevoerde verslaglegging. Hierdoor voelen fysiotherapeuten zich meer administrateur dan fysiotherapeut. Het plezier in het werk wordt er behoorlijk door vergald. Vanwege de absurde eisen kunnen veel fysiotherapeuten niet altijd doen wat nodig is en worden zelfs patiënten geweerd. Aanvullende verzekeraars weigeren chronische patiënten en veel patiënten zien af van noodzakelijke behandeling vanwege de financiële drempels. Dat leidt tot een ongewenste tweedeling in de zorg. Fysiotherapie maakt nog niet 1 procent uit van de zorgkosten terwijl het veel uitgaven aan de totale gezondheidszorg (duurdere kosten tweede lijn, verzor-

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

gingshuiszorg) en maatschappelijke kosten (ziekteverzuim, thuiszorg) kan voorkomen. Er zou daarom juist meer geïnvesteerd moeten worden in fysiotherapie en in de voorwaarden ervan, zodat de fysiotherapeuten weer het vak kunnen uitoefenen waarvoor ze zijn opgeleid.

AANBEVELINGEN

1. Breng de verslaglegging terug tot wat zinvol is. Leg alleen voor de behandeling en kennisoverdracht noodzakelijke gegevens vast. Maak de verslaglegging uniform voor alle zorgverzekeraars en voorkom jaarlijkse aanpassingen.
2. Vereenvoudig het EPD (elektronisch patiëntendossier) en stem deze af op de fysiotherapeutische praktijk en op specialismen. Richt het EPD zo in dat fysiotherapeuten zo min mogelijk en slechts eenmalig hoeven in te vullen. Laat het EPD aansluiten op de huisartsenregistratie.
3. Gebruik alleen evidence-based-meetinstrumenten/vragenlijsten. Laat het aan de fysiotherapeut zelf over welke vragen gesteld moeten worden.
4. Stop met controle op verslaglegging en audits door zorgverzekeraars, breng de kwaliteit in handen van de beroepsgroep en doorbreek de cultuur van wantrouwen.
5. Stel de beroepsgroep/KNGF verantwoordelijk voor een systeem van verslaglegging, onder voorwaarde dat de verslaglegging en het EPD sterk worden vereenvoudigd.
6. Breng de kwaliteitscontrole geheel bij de beroepsgroep met intervisie door collega's; neem als uitgangspunt voor kwaliteit resultaat en inhoud van behandeling en patiënttevredenheid. Vereenvoudig de CQi en maak haar toegankelijk voor mensen die de taal niet goed beheersen. Doe meer onderzoek naar evidence-based-fysiotherapie.
7. Hanteer behandelgemiddelden alleen als benchmarking vanuit de beroepsgroep en houd rekening met bijzondere groepen of patiënten.

8. Stel de tarieven en eisen voor groepstherapie bij en maak deze uniform. Laat groepsbehandeling niet ten koste van individuele therapie gaan. Voorkom misbruik van fitnesscentra met betrekking tot fysiotherapie.
9. Zorg voor goede en eerlijke voorlichting over zorgverzekeringen. Schakel een ombudsman zorgverzekeringen in om hier op toe te zien.
10. Vergoed meer via het basispakket, zeker voor chronische patiënten en overweeg juist eerste behandelingen te vergoeden. Verlaag het eigen risico in plaats van deze te verhogen. Stel een maximum aan het totaal van alle eigen bijdragen in de zorg.
11. Breid de chronische lijst uit met in elk geval reumatische aandoeningen, Bechterew, hartaandoeningen, artrose en osteoporose en zorg voor hulp aan ouderen die problemen ondervinden. Laat meer over aan de fysiotherapie zelf wat betreft vergoedingen van chronische aandoeningen.
12. Breid de aanvullende verzekeringen uit en stel specifieke zorgpakketten voor fysiotherapie vast. Indien wordt gewerkt met budgetten per patiënt, zorg dan dat deze budgetten toereikend zijn.
13. Laat door de overheid, de beroepsgroep of een onafhankelijke instantie vaste en uniforme tarieven vaststellen, met een toeslag voor specialisatie, administratie, etc. Ook de kwaliteit moet terugkomen in de tarieven en wel kwaliteit vastgesteld door de beroepsgroep.
14. Als er toch wordt doorgegaan met marktwerking, zorg dan voor gelijkwaardige partijen, laat de KNGF de onderhandelingen doen en stel de restitutietarieven gelijk aan normale tarieven.
15. Investeer meer in fysiotherapie en eerstelijnszorg in de buurt. Met preventie en fysiotherapie voorkom je hogere kosten in de tweede lijn.
16. Stop marktwerking en ga terug naar meer verantwoordelijkheid voor de overheid. De bemoeienis van de Nma met de zorg moeten worden gestopt.

BIJLAGE 1

Resultaten enquête Fysiotherapeuten aan het woord
Totaal aantal deelnemers: 2.102

ALGEMENE GEGEVENS

1. WAT IS UW BEROEP?

	Aantal	Percentage
Fysiotherapeut	1.975	94
Oefentherapeut	88	4
Ergotherapeut, manueel therapie	16	1
Ander beroep*	23	1
Totaal	2.102	

*Ander beroep is bijvoorbeeld secretariaat.

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

2. HEBT U EEN OF MEERDERE SPECIALISMEN?

	Aantal	Percentage
ja	1.333	63
Nee	767	37
Totaal	2.100	

2. WAT ZIJN UW SPECIALISMEN?

Open vraag 1.323 maal ingevuld.

2A. SPECIALISMEN*

	Aantal	Percentage
Manuele therapie	512	24
Oedeemtherapie	144	7
Sportfysiotherapie	126	6
Kinderfysiotherapie	110	5
Bekkenfysiotherapie	81	4
Psychosomatische fysiotherapie	81	4
Arbeids- of bedrijfsfysiotherapie	31	1,5
Geriatrische fysiotherapie	27	1
COPD fysiotherapie	20	1
Dry needling	14	0,5
Totaal	2.100	

*Specialismen worden alleen weergegeven als het aantal fysiotherapeuten met dat specialismen 10 is of meer.

3. HOE WERKT U?

	Aantal	Percentage
Zelfstandig	1.344	64
In loondienst	710	34
Beiden	24	1
Anders	20	1
Totaal	2.098	

4. WAAR WERKT U?

	Aantal	Percentage
In een eigen praktijk	808	38
In duopraktijk	129	6
Maatschap	18	1
In een groepspraktijk	823	39
In een gezondheidscentrum	217	10,5
In meerdere praktijken	9	0,5
In gezondheidsinstellingen (verzorgingshuis enz.)	61	3
In andere instelling (sport, penitair)	13	1
Anders	22	1
Totaal	2.100	

5. IN WELKE GEMEENTE IS UW PRAKTIJK GEVESTIGD?

Open vraag 2.025 maal ingevuld.

5A. RESPONDENTEN IN 15 GROOTSTE GEMEENTEN

	Aantal	Percentage
Amsterdam	170	8
Rotterdam	31	1,5
Den Haag	60	3
Utrecht	45	2
Eindhoven	25	1
Tilburg	19	1
Almere	24	1
Groningen	30	1,5
Breda	16	1
Nijmegen	23	1
Enschede	34	1,5
Apeldoorn	16	1
Haarlem	28	1,5
Arnhem	30	1,5
Amersfoort	8	0,5
Totaal	2.100	

6. WAARUIT BESTAAT UW PATIËNTENPOPULATIES? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Gemengd	1.474	70
Relatief veel jonge patiënten	213	10
Relatief veel oude patiënten	534	25
Relatief veel allochtone patiënten	155	7
Relatief veel autochtone patiënten	175	8
Relatief veel sociaal zwakkere patiënten	244	12
Relatief veel patiënten uit middenklasse	258	12
Andere	61*	3
Totaal	2.100	

* Andere is divers, bijvoorbeeld gehandicapten en oncologie-patiënten.

Relatief veel allochtone patiënten plus relatief veel sociaal zwakkere patiënten = 294 (14 procent).

7. HOE WAARDEERT U UW WERK?

	Aantal	Percentage
Zeer positief	574	28
Positief	1.276	61
Neutraal	169	8
Negatief	61	3
Zeer negatief	7	0
Geen mening	5	0
Totaal	2.092	

8. HET PLEZIER DAT IK BELEEF IN MIJN WERK IS DE AFGELOPEN JAREN TOEGENOMEN

	Aantal	Percentage
Zeer mee eens	50	3
Mee eens	286	14
Neutraal	428	20
Mee oneens	807	39
Zeer mee oneens	508	24
Geen mening	11	0
Totaal	2.090	

ERVARINGEN MET ZORGVERZEKERAARS

9. WIE IS DE HOOFDVERZEKERAAR/BELANGRIJKSTE VERZEKERAAR IN UW PRAKTIJK?

Open vraag 1743 maal ingevuld.

9A. BIJ WELKE (ONDERHANDELINGS-)GROEP HOORT DEZE VERZEKERAAR?

	Aantal	Percentage
Achmea	643	37
Menzis	337	19
CZ Delta Lloyd Ohra	327	19
Univé. VGZ. IZA. Trias (UVIT)	257	15
Zorg en Zekerheid	74	4
De Friesland (Achmea)	48	3
Eno (regionaal)	14	1
Multizorggroep	16	1
Azivo (Menzis)	5	0
Onbekend	22	1
Totaal	1.743	

Multizorggroep sluit contracten voor ASR, DSW, ONVZ, ENO en Zorg en Zekerheid.

10. HEBT U GEPROBEERD EEN PLUS- OF STERRENCONTRACT AF TE SLUITEN? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Ja, met de hoofdverzekeraar, belangrijkste verzekeraar	445	26
Ja, met andere verzekeraar	127	7
Ja, mee bezig of in overweging*	100	6
Nee, kost me te veel tijd	775	44
Nee, kost me te veel geld	495	28
Nee, principieel niet, kan niet*	116	7
Niet van toepassing	214	12
Totaal	1.769	

* Deze gegevens zijn uit de antwoorden op "Anders" gehaald. Respondenten die met "Ja" antwoordden zijn bezig met een traject of zijn binnenkort in een traject of nemen het sterk in overweging. Respondenten die met "Nee" antwoordden doen dit principieel niet, om redenen die te maken hebben met administratieve last of privacy of omdat het niet kan (eenmanspraktijken, voldoen niet aan criteria).

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

Totaal van toepassing: 1.769 – 214=1.555.

Totaal met hoofdverzekeraar en/of andere verzekeraar: 495 (plus 100) is 595 (38 procent).

Totaal Nee, kost te veel tijd en/of geld: 844 (plus 116) is 960 (62 procent).

10. JA, MET ANDERE VERZEKERAAR, NAMELIJK...

Open vraag 111 maal ingevuld.

10A. HOE IS DIT GELOPEN?*

	Aantal	Percentage
Onze praktijk heeft inmiddels pluscontracten	211	43
Onze praktijk is afgehaakt	61	12
Onze praktijk is afgewezen	63	13
Het traject loopt nog	138	28
Anders	21	4
Totaal	494	

* Deze vraag is alleen gesteld indien vraag 10 antwoord 1 of 2.

10B. WAT ZIJN UW ERVARINGEN MET PLUS- OF STERCONTRACTEN? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)*

	Aantal	Percentage
Het kost veel geld, namelijk	199	40
Het kost veel tijd, namelijk	348	71
De eisen van de plusaudit zijn absurd	293	59
Hoge eisen, ook positieve kanten	5	1
Niets van dit alles, onze ervaringen met het plus-traject zijn goed	16	3
Geen mening	13	3
Anders	16**	3
Totaal	493	

* Deze vraag is alleen gesteld indien vraag 10 antwoord 1 of 2.

** Meestal toelichting op tijd en geld.

10B1. HET KOST VEEL GELD, NAMELIJK...

Open vraag 163 maal ingevuld.

10B2. HET KOST VEEL TIJD, NAMELIJK...

Open vraag 298 maal ingevuld.

10C. WILT U UW ERVARINGEN MET DE KOSTEN, DE TIJD EN DE PLUSAUDIT TOELICHTEN?

Open vraag 364 maal ingevuld.

11. VINDT U HET ALGEMENE OF BASISTARIEF (LAAGSTE TARIEVEN) VAN UW HOOFDVERZEKERAAR/BELANGRIJKSTE VERZEKERAAR VOLDOENDE? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
De administratie valt buiten het tarief	1.149	65
Het basistarief is te laag en al jaren niet verhoogd	916	52
Het basistarief is te laag	738	42
Er is geen vergoeding voor overleg	742	42
Er wordt onvoldoende rekening gehouden met specialisaties	546	31
De huis-aan-huis toeslag is onvoldoende	290	17
Er wordt geen of onvoldoende rekening gehouden met praktijkvoering in de grote stad	184	11
Anders	120	7
Niets van dit alles, het algemene of basistarief is voldoende	42	2,5
Geen mening	75	4,5
Totaal	1.756	

Basistarief te laag en al jaren niet verhoogd plus basistarief te laag = 1415 (81 procent);

Niets van dit alles plus geen mening = 116 (7 procent), dus basistarief onvoldoende is 93 procent.

12. WAT ZIJN UW OVERIGE ERVARINGEN MET HET (BASIS-) CONTRACT VAN UW HOOFDVERZEKERAAR/BELANGRIJKSTE VERZEKERAAR?

	Aantal	Percentage
De eisen aan verslaglegging zorgen voor een hoge werkbelasting	1.319	75
Ik leef voortdurend in onzekerheid ivm een mogelijke beheersaudit, het niet halen van zo'n beheersaudit	720	41
De behandelindex houdt geen rekening met de patiëntenpopulaties	622	36
Het vaststellen van de behandelindex is ondoorzichtig	609	35
De behandelindex beperkt mijn professioneel handelen	564	32
Ik ontvang contract te laat	368	22
Anders	128	7
Niets van dit alles, ik heb vooral goede ervaringen met het basiscontract	45	3
Nvt, ik heb geen basiscontract	85	5
Geen mening	159	9
Totaal	1.748	

13. HEBT U WEL EENS EEN BEHEERSAUDIT DOORLOPEN (BIJ UW HOOFDVERZEKERAAR/BELANGRIJKSTE VERZEKERAAR?)

	Aantal	Percentage
Ja	191	11
Nee	1.355	78
N.v.t.	201	11
Totaal	1.747	

Als het gaat om Achmea/Menzis/CZ/Friesland/Zorg en Zekerheid:

13. HEBT U WEL EENS EEN BEHEERSAUDIT DOORLOPEN (BIJ UW HOOFDVERZEKERAAR/BELANGRIJKSTE VERZEKERAAR?)

	Aantal	Percentage
Ja	164	12
Nee	1.088	78
N.v.t.	144	10
Totaal	1.396	

Als het gaat om Achmea:

13. HEBT U WEL EENS EEN BEHEERSAUDIT DOORLOPEN (BIJ UW HOOFDVERZEKERAAR/ BELANGRIJKSTE VERZEKERAAR?)

	Aantal	Percentage
Ja	98	16
Nee	471	75
N.v.t.	58	9
Totaal	627	

13A. DOOR WELKE VERZEKERAAR BENT U GEVRAAGD?

Open vraag 184 maal ingevuld.

138 maal Achmea; 17 maal Menzis; 16 maal Zorg en Zekerheid; UVIT 8; CZ 6.

13B. WEET U DE REDEN WAAROM UW PRAKTIJK IS GEVRAAGD?

Open vraag 182 maal ingevuld.

13C. WIE WAS HET AUDITBUREAU?

Open vraag 177 maal ingevuld.

86 maal HCA of Health Care Audity; HKZ 2 maal; kiwa 11 maal; QSN 16 maak; TUV een maak; Verton een maal.

13D. HEEFT UW PRAKTIJK HET GEHAALD?

	Aantal	Percentage
Bij de eerste keer	72	38
Bij de tweede keer	58	31
Niet gehaald	38	20
Audit loopt nog	21	11
Totaal	189	

13E. WAT VINDT U VAN DE BEHEERSTARIEVEN?

Open vraag 163 maal ingevuld.

13F. WAT WAREN DE KOSTEN VAN DE AUDIT VOOR DE PRAKTIJK (GEEF DAARBIJ AAN OM HOEVEEL MEDEWERKERS/FTE HET GAAT)

Open vraag 166 maal ingevuld.

13G. WAT WILT U VERDER NOG KWIJT OVER DE BEHEERSAUDIT?

Open vraag 150 maal ingevuld.

14. WAT VINDT U VAN DE LEESBAARHEID EN DUIDELIJKHEID VAN HET CONTRACT MET UW HOOFDVERZEKERAAR/ BELANGRIJKSTE VERZEKERAAR? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Het is mij niet duidelijk wat eventuele sancties zijn en wanneer deze worden opgelegd	489	28
Het is mij niet duidelijk wat de verplichtingen voor mijn praktijkvoering en praktijkinrichting zijn	323	19
Het contract is in onbegrijpelijke taal opgeschreven	213	12
Anders	256	15
Niets van dit alles, het contract is duidelijk en goed leesbaar	372	22
Geen mening	461	27
Totaal	1.717	

15. WAT IS UW MENING OVER DE RESTITUTIETARIEVEN VOOR PATIËNTEN MET EEN NATURAPOLIS?

Open vraag 1334 maal ingevuld.

16. HEBT U ER WEL EENS OVER GEDACHT HELEMAAL GEEN CONTRACTEN MEER AF TE SLUITEN? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Ja, ik sluit op dit moment al geen enkel contract af	24	1
Ja, ik sluit maar met enkele verzekeraars een contract af	71	4
Ja, ik denk er over na	426	25
Ja, ik zou wel willen maar ik ben bang dan niet rond te kunnen komen	704	41
Ja, ik zou wel willen maar je wordt dan door de zorgverzekeraars negatief afgeschilderd	420	25
Ja, ik zou wel willen maar dat zou voor mijn patiënten een te grote financiële drempel betekenen	1.017	60
Anders	185	11
Niets van dit alles, ik sluit zoveel mogelijk contracten af	103	6
Geen mening	204	12
Totaal	1.708	

16A. OM WELKE REIDENEN ZOU U LIEVER GEEN CONTRACTEN AFSLUITEN? (MEER ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Het eenzijdige dictaat van verzekeraars	1200	70
De bemoeienis van verzekeraars met de kwaliteit	1054	62
De verslaglegging is te uitgebreid	832	49
De verslaglegging is absurd	750	44
De privacy wordt geweld aangedaan	453	27
anders	83	5
Geen mening	1	-
Totaal	1708	

De verslaglegging is te uitgebreid plus de verslaglegging is absurd = 1099 (82 procent).

17. WAT ZIJN UW GROOTSTE ERGERNISSEN BIJ DE ZORGVERZEKERAARS (GRAAG MET NAAM ZORGVERZEKERAARS IN KWESTIE)

Open vraag 1307 maal beantwoord.

KWALITEIT**18. DE WERKBELASTING VOOR DE VERSLAGLEGGING/ADMINISTRATIE IS VEEL TE HOOG**

	Aantal	Percentage
Geheel mee eens	1.265	80,5
Mee eens	263	18
Neutraal	22	1,5
Mee oneens	7	-
Geheel mee oneens	6	-
Geen mening	7	-
Totaal	1.570	

19. HOEVEEL PROCENT VAN DE TIJD BENT U PER BEHANDELING KWIJT AAN ADMINISTRatieve TAKEN?

Open vraag 1541 maal beantwoord; gemiddeld 25 procent; omgezet in tabel.

19A. HOEVEEL PROCENT VAN DE TIJD BENT U PER BEHANDELING KWIJT AAN ADMINISTRatieve TAKEN?

	Aantal	Percentage
< 10%	148	9,5
11 t/m 20%	586	38
21 t/m 30%	515	34
31 t/m 40%	180	12
41 t/m 50%	78	5
51 t/m 60%	11	0,5
61 t/m 80%	15	1
	1.533	

19B. HOEVEEL TIJD BENT U ONGEVEER PER DAG KWIJT AAN VERSLAGLEGGING/ADMINISTRATIE?

	Aantal	Percentage
< 1 uur per dag	87	6
1-2 uur per dag	928	59
2-3 uur per dag	410	26
Meer dan 3 uur per dag	113	7
Weet niet	28	2
Totaal	1.566	

19C. HOE KAN DEZE WERKBELASTING WORDEN TERUGGEBRACHT?

Open vraag 1.385 maal beantwoord.

20. WAT MOET ER GEBEUREN OM DE KWALITEIT VAN DE FYSIOTHERAPIE TE VERHOGEN?*
(MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
De kwaliteitscontrole moet bij de beroepsgroep liggen in plaats van bij de zorgverzekeraar	1.367	89
Kwalify moet worden herstart en verder ontwikkeld	216	14
CQi is goed, kan wel verder worden verbeterd, namelijk	180	12
Anders	230	15
Geen menig	49	3
Totaal	1.543	

20A. CQI IS GOED, KAN WEL VERDER WORDEN VERBETERD, NAMELIJK...

Open vraag 145 maal beantwoord.

21. KOMT U VANUIT UW SPECIALISATIES OF UW PRAKTIJK SPECIFIEKE PROBLEMEN TEGEN?

	Aantal	Percentage
Ja	580	37
Nee	973	63
Totaal	1.553	

21A. WAT ZIJN DEZE PROBLEMEN?

Open vraag 568 maal beantwoord.

21B. HOE KUNNEN DEZE WORDEN OPGELOST?

Open vraag 533 maal beantwoord.

22. GEEFT U GROEPSTHERAPIE?

	Aantal	Percentage
Ja	512	33
Nee, omdat	1.048	67
Totaal	1.560	

22.1 NEE, OMDAT...

Open vraag 939 maal ingevuld.

22A. HOE GROOT ZIJN DIE GROEPEN?

Open vraag 533 maal ingevuld.

22B. DECLAREERT U HET TARIEF VOOR GROEPSTHERAPIE?

	Aantal	Percentage
Ja	302	59
Nee	168	33
Weet niet	39	8
Totaal	509	

22C. HEBT U EEN ADDENDUM OP UW CONTRACT VOOR GROEPSTHERAPIE?

	Aantal	Percentage
Ja	243	48
Nee	130	26
Weet niet	136	26
Totaal	509	

22D. MAAKT U ONDERSCHIED TUSSEN ZORGVERZEKERAARS BIJ HET GEVEN VAN GROEPSTHERAPIE?

	Aantal	Percentage
Ja, omdat	106	21
Nee	330	65
Weet niet	73	14
Totaal	509	

22D.1 JA, OMDAT

Open vraag 102 maal ingevuld.

23. IN DE FYSIOTHERAPIE IS MARKTWERKING GEÏNTRUCHEERD MET EEN GROTE ROL VOOR VERZEKERAARS EN VRIJE TARIEVEN. WAT ZIJN UW ERVARINGEN MET MARKTWERKING IN DE FYSIOTHERAPIE? (MEER ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
De marktwerking heeft geleid tot fatsoenlijke en kostendeckende tarieven	20	1
Tarieven worden te laag vastgesteld door de zorgverzekeraars	986	64
Er is sprake van gelijkwaardige partners in de markt van zorgverzekeraars en aanbieders	35	2
Zorgverzekeraars bepalen eenzijdig de spelregels en tarieven	1.381	90
De marktwerking leidt tot meer kwaliteit	99	7
De marktwerking leidt tot minder kwaliteit	699	46
De marktwerking leidt tot meer keuzevrijheid voor patiënten	99	7
Door restitutietarieven en eigen betalingen hebben patiënten minder keuzen	548	36
De marktwerking leidt tot minder bureaucratie	42	3
Verzekeraars eisen te veel en overbodige verslaggeving.	1.282	84
De marktwerking prikkelt tot een verdere verdieping van ons vak	117	8
Inhoudelijke bijscholing en ontwikkeling van het vak raakt in de verdrukking door de(administratieve) eisen van de verzekeraars	913	60
Marktwerking leidt tot doelmatig gebruik zorggeld voor fysiotherapie	33	2
Marktwerking leidt tot meer uitgaven in de fysiotherapie	349	23
Anders	206	14
Totaal	1.531	

24A. IS DE MARKTWERKING IN DE FYSIOTHERAPIE EEN GOED IDEE?

	Aantal	Percentage
ja	163	11
Neutraal	350	23
Nee	978	63
Geen mening	51	3
Totaal	1.542	

24B. HOE ZOU DE FINANCIERING VAN DE FYSIOTHERAPIE VOLGENS U ANDERS EN BETER GEREGLD KUNNEN WORDEN?

Open vraag 1067 maal ingevuld.

TOEGANKELIJKHEID THERAPIE VOOR PATIËNTEN**25. KUNT U ALS FYSIOTHERAPEUT ALTIJD DOEN WAT NODIG IS? (MEER ANTWOORDEN MOGELIJK)**

	Aantal	Percentage
Nee, de werkbelasting vanwege dossiervorming gaat ten koste van de zorg	986	69
Nee, ik merk in mijn dagelijkse werk dat zorgverzekeraars steeds mee rop de stoel van de fysiotherapeut gaan zitten	723	51
Nee, ik heb onvoldoende tijd per sessie	620	44
Nee, vanwege het praktijkgemiddelde weer ik soms gecompliceerde patiënten	190	13
Nee, vanwege de dossier-eisen weer ik soms gecompliceerde patiënten	147	10
Nee, uit angst voor een beheersaudit weer ik soms gecompliceerde patiënten	129	9
Anders	275	19
Niets van dat alles, ik kan altijd doen wat nodig is	102	7
Totaal	1.422	

Nee, vanwege praktijkgemiddelde plus Nee, vanwege dossiereisen plus Nee, vanwege beheersaudit = 279 (20 procent).

26. PATIËNTEN WORDEN VOLDOENDE VOORGELICHT DOOR DE ZORGVERZEKERAARS (MEER ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Nee, wij als therapeuten moeten mensen veel uitleggen	1.221	86
Nee, de zorgverzekeraars geven verkeerde of te mooie informatie over de vergoedingen	1.021	72
Anders	114	8
Niets van dit alles, de voorlichting is prima	9	1
Totaal	1.413	

Nee, wij moeten veel uitleggen plus Nee, zorgverzekeraars geven verkeerde informatie = 1283 (98 procent).

27. HOE IS DE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VAN DE FYSIOTHERAPIE VOOR PATIËNTEN? (MEER ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Een deel van mijn patiënten is onderverzekerd (te weinig behandelingen of te laag budget)	1.235	87
Een deel van mijn patiënten is niet aanvullend verzekerd	1.070	76
Vooraf voor chronische patiënten is er een probleem	806	57
Het eigen risico is een probleem voor een deel van mijn patiënten	706	50
De restitutietarieven zijn te laag voor patiënten met een naturapolis	432	31
De gemeentelijke collectieve verzekering voor minima is onvoldoende, namelijk	171	12
Niets van dat alles, de toegankelijkheid voor mijn patiënten is voldoende	28	2
Totaal	1.415	

Een deel van mijn patiënten is onderverzekerd plus Een deel van mijn patiënten is niet verzekerd = 1346 (95 procent).

27A. DE GEMEENTELIJKE COLLECTIEVE VERZEKERINGEN VOOR MINIMA IS ONVOLDOENDE, NAMELIJK

Open vraag 148 maal ingevuld

28. HOE IS DE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VOOR PATIËNTEN MET EEN CHRONISCHE INDICATIE (MEER ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Het gat bij een chronische indicatie (tussen vergoede behandelingen en de 21 ^e behandeling) is te groot en kan door een groep mensen niet worden betaald	1.190	85
Chronische lijst is te beperkt	816	58
Het eigen risico is een probleem, vooral in het begin van het jaar	801	57
Mensen met een chronische aandoening worden geweigerd voor aanvullende verzekering, namelijk	140	10
Niets van dit alles, de toegankelijkheid voor mijn patiënten met chronische aandoening is voldoende	39	3
Totaal	1.408	

28.1 MENSEN MET CHRONISCHE AANDOENING WORDEN GEWEIGERD VOOR AANVULLENDE VERZEKERING, NAMELIJK (GRAAG VOORBEELDEN MET NAAM ZORGVERZEKERAAR)

Open vraag 118 maal ingevuld.

28A. WAT ZIJN DE GEVOLGEN HIERVAN?(MEER ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
Patiënten blijven weg zodra zij zelf moeten gaan betalen	1.098	82
Patiënten zijn korter in behandeling dan medisch gewenst	959	72
Gezondheidsproblemen nemen toe	824	62
Chronische patiënten haken af voor de 21e behandeling	817	61
Patiënten bezuinigen op andere (basale) behoeften	161	12
Anders	74	6
Totaal	1.341	

28B. WELK PERCENTAGE VAN UW PATIËNTEN ZIET OM FINANCIËLE REDEN AF VAN NOODZAKELIJKE BEHANDELING, KUNT U EEN SCHATTING GEVEN?

	Aantal	Percentage
< 10%	350	26
10-20%	614	45
20-30%	303	23
Anders	72	5
Geen	15	1
Totaal	1.354	

28C. KUNT U VOORBEELDEN GEVEN? (WAT MENSEN ZELF MOETEN BETALEN, FINANCIËLE PROBLEMEN GEZONDHEIDSPROBLEMEN)

Open vraag 886 maal ingevuld.

TABEL 28D. HOE KAN DE TOEGANKELIJKHEID VERDER WORDEN VERBETERD? (MEER ANTWOORDEN MOGELIJK)

	Aantal	Percentage
De aanvullende polissen moeten beter vergoeden, minimaal tot de 21e behandeling	800	60
Meer behandelingen vergoeden in basispakket, bijvoorbeeld weer naar 12 behandelingen	675	51
De chronische lijst moet in elk geval worden uitgebreid, namelijk	558	42
Het basispakket moet juist de eerste reeks behandelingen vergoeden	503	38
Fysiotherapie weer volledig in het basispakket	371	28
De collectieve verzekeringen voor minima moeten onbeperkt vergoeden	254	19
Anders	82	6
Totaal	1.333	

Meer behandelingen vergoeden in basispakket plus In basispakket eerste reeks vergoeden plus Fysiotherapie weer volledig in basispakket = 988 (74 procent).

28D1. DE CHRONISCHE LIJST MOET IN ELK GEVAL WORDEN UITGEBREID, NAMELIJK MET

Open vraag 542 maal ingevuld.

29. WILT U NOG IETS KWIJT WAAROVER GEEN VRAGEN ZIJN GESTELD?

Open vraag 486 maal ingevuld.

30. WILT U OP DE HOOGTE WORDEN GEHOUDEN VAN DE RESULTATEN VAN DIT ONDERZOEK EN VERVOLGACTIVITEITEN?

Open vraag 1035 maal ingevuld.

BIJLAGE 2

WAT ZIJN UW GROOTSTE ERGERNISSEN BIJ DE ZORGVERZEKERAARS?

1.307 respondenten hebben deze vraag beantwoord. De grootste ergernissen zijn:

1. DE MACHT VAN DE VERZEKERAARS

263 respondenten noemen de machtspositie en het overheersende financiële belang van de zorgverzekeraars; de jacht op geld en het winstbejag; de eenzijdige macht van de zorgverzekeraars en het dictaat dat ze de fysiotherapeuten opleggen; het is slikken of stikken; door fusies worden zorgverzekeraars nog sterker.

“Alle zorgverzekeraars, de macht die ze in handen hebben gekregen door de overheid en door fusies, zijn inmiddels allemaal erg grote bedrijven.”

“De zorgverzekeraars hebben geen vinger meer in de pap, maar zij bezitten de pap en wij dansen maar naar hun pijpen.”

“Geldt eigenlijk voor alle verzekeraars, het zijn wurgcontracten, geen enkele gelijkwaardigheid.”

“Manipulatie, machtsmisbruik, de leugen over “vrije marktwerking”, het dicteren van de voorwaarden en de tegenprestatie, wurgcontracten; en dat ze met dat alles mogen wegkomen.”

“Zij bepalen mijn werkwijze en denkwijze. ze bepalen op zeer dominante wijze hoe mijn werk eruit ziet.”

“Verzekeraars denderen door op de weg naar totale controle van de zorg. Zij halen hun winst binnen over de rug van verzekerden en zorgverleners. Zij noemen dit kwaliteitsverbetering, maar het gaat om de macht en het geld.”

“AGIS is zijn sociale instelling kwijt. Algemeen: patiënt is een schade-geval geworden.”

“Zorg is bij verzekeraars schade, die ze dus zo veel mogelijk willen beperken; heeft niets met zorg te maken.”

“De eenzijdige, marketinggerichte blik van AGIS, Menzis, Zilveren Kruis.”

“Een samenwerking van praktijken krijgt al gauw de NMA op z'n dak, maar grote conglomeraten van verzekeraars mogen wel. Dat lijkt op klassenjustitie.”

“In contracten staan jaarlijks bij de diverse verzekeraars vaak dezelfde wijzigingen t.o.v. het jaar daarvoor. Het heeft er alle schijn van dat er prijsafspraken zijn. Mag dit zomaar van de NMA?”

“Alle macht ligt bij hen en ze hoeven nauwelijks verantwoording af te leggen voor hun handelen. Mevr. Schippers attaqueert dit commentaar met: ‘Je hoeft toch geen contract met de verzekering af te sluiten?!’

“Hoop dat er een halt toegeroepen kan worden aan de verzekeringsmaffia.”

2. DE ENORME VERSLAGLEGGING OPGELEGD DOOR ZORGVERZEKERAARS

241 respondenten noemen de enorme en absurde verslaglegging. Kwaliteit is verslaglegging geworden. Als je goed kunt opschrijven wat je doet, dan ben je een goede therapeut. De inhoud van de behandeling speelt minder een rol.

“Algemene ergernis is dat kwaliteit van behandeling beoordeeld wordt op je vermogen om de Nederlandse taal te hanteren in het dossier. Alles staat of valt met of je de dingen goed genoeg formuleert en dit heeft mijns inziens niets te maken met de kwaliteit van je behandeling.”

“De idiote verslagleggingsregels, 1 ding fout is alles fout, je kan geen 8 halen, alleen maar een 10!! Als je verslaglegging in orde is, ben je een (kwalitatief) goede fysiotherapeut; wat je patiënten vinden doet niet ter zake!!”

“Achmea, alle plus e.d. Onzin: het zijn papieren tijgers gebaseerd op administratieve processen. De pest is dat het KNGF en een aantal freaks dit nog positief ondersteunen en initiëren.”

“Er wordt bij de dossiercontrole alleen maar gekeken of bepaalde dingen wel opgeschreven zijn en dan op het juiste plekje en er wordt helemaal niet keken of dat wat dan opgeschreven is inhoudelijk wel ertoe doet.”

“De veel te hoge eisen aan de fysiotherapeutische verslaglegging: het dictaat van de vinkjes.”

“Dictatuur van administratieve managers die niets van het vak snappen.”

“Werk nu al 40 jaar in de praktijk, vind het een prachtig vak maar mijn plezier wordt zo vergald door de verzekeraars en ik blijf van mening dat het niets toevoegt. De tevredenheid van mijn patiënten staat voorop en niet die van de verzekeraars.”

“Het argument van de minister op het manifest, automatisering zal het in de toekomst eenvoudiger maken, is GROTE ONZIN. Wij, en vele met ons, zijn al volledig geautomatiseerd met de modernste software. Het probleem zit in de verplichting en toetsing op de richtlijn verslaglegging!”

3. BEMOEIENIS VAN ZORGVERZEKERAARS MET KWALITEIT EN BEHEERS- MODELLEN ALS VERKAPTE BEZUINIGING

209 respondenten ergeren zich aan de bemoeienissen van de zorgverzekeraars met de kwaliteit van de fysiotherapie. Zorgverzekeraars gedragen zich steeds meer als verantwoordelijk voor de inhoud van de behandeling, soms lijkt het of de zorgverlener onder curatele is gesteld. Bijvoorbeeld door de gehanteerde behandelgemiddelden en de dreigende audits. Hierdoor is er veel bemoeienis met de praktijkvoering en vooral met het volume. Het is dan ook vooral bedoeld voor kostenbeheersing, een verkapte bezuiniging, denken de meeste respondenten.

“De verregaande bemoeienis met behandeling, kwaliteit en administratie. CZ en Achmea zijn daarin koplopers.”

“Dat kwaliteit bij verzekeraars betekent dat je minder behandelt en vooral voor de verzekeraar geld uitspaart.”

“Menzis: dat zij bepalen of ik kwaliteit lever ja of nee. Terwijl het hun niet om kwaliteit gaat maar om geld.”

“De boekhoudersmentaliteit van zogenaamde medisch adviseurs van het VGZ die alleen maar zo weinig mogelijk kosten willen maken en geen enkele feeling hebben met de soms uitzichtloze situatie van ongeneeslijke patiënten.”

“De dreiging met een beheersaudit voelt als een zwaard van Damocles. Ik doe wel erg mijn best om daar aan te voldoen maar niet uit overtuiging dat hun eisen het beste voor mijn patiënten zijn, maar uit angst voor de consequenties. Dus niet afwegingen op het gebied wat mijn patiënt de beste behandeling biedt, maar wat de zorgverzekeraar van mij verlangt vieren de boventoon.”

“De beheersaudit, en het verpesten van het vak, zij willen gewoon een behandelgemiddelde afdwingen, het gaat dus om het geld.”

“Auditeer-beleid werkelijk alleen maar in het leven geroepen om financiële redenen... heeft geen drol met kwaliteit te maken.”

“De verplichting van vooral Menzis waarbij er totaal geen rekening wordt gehouden met de patiëntenpopulaties die behandeld worden en de daaraan vastzittende gemiddelden, die steeds maar verder naar beneden toe bij worden gesteld om ons zo de duimschroeven nog verder aan te draaien.”

“Het belang van de patiënt staat niet meer voorop. Hoe kan het allemaal zo goedkoop en zo snel mogelijk? Hierdoor wordt onze eigen verslaglegging tegen ons zelf gebruikt.”

“Ik vraag me af waarom ik me aan behandelgemiddeldes moet houden en er verantwoording over moet af leggen. Ook al heeft de patiënt bijv. de eerste 20 behandelingen en het eigen risico zelf al betaald... Daar staat een verzekering los van en heeft er geen schade van geleden. Het gaat er steeds meer om: hoe kan ik mijn patiënt zo snel mogelijk naar buiten werken...”

“De verzekeraars mopperen nu dat er door de pluspraktijken niet bezuinigd wordt op de gezondheidskosten. De pluspraktijken investeren fors in hun praktijk, op een of andere manier moet dat terug worden verdiend, niet door minder om te zetten.”

“Verdeel-en-heerstactiek; door een onderscheid te maken in goede en slechte praktijken (op basis van gemiddelde en dossiervulling) wordt naar mijn idee een grote sanering voorbereid. Binnenkort worden alleen nog contracten afgesloten met plus/plus-praktijken.”

“Er volgt een koude sanering van de beroepsgroep op deze manier. Nadruk ligt alleen maar op geld, niet op kwaliteit. We worden alleen gezien als kostenpost, niet wat we opleveren.”

“In de wandelgangen hoor je van verzekeraars dat ze 80% van de fysiotherapeutische zorg willen laten uit voeren door 20% van de praktijken. Dat zullen dan wel de plus/plus-praktijken zijn. In een overleg met de complementaire beweegzorg (osteopaten, AOT, haptonomie, chiropractie etc.) met VGZ gaf VGZ aan dat ze ook zorg willen verschuiven van regulier naar complementair. Er lijkt dus een grote sanering bezig te zijn waarbij veel huidige praktijken contracten en werk zullen verliezen. De enige manier om een schifting te maken voor de verzekeraar is op basis van getallen en dossiervulling. Hier mogen we niet langer aan mee werken en ons niet laten verdelen en overheersen.”

4. DE VELE EN TOENEMENDE EISEN VAN ZORGVERZEKERAARS

122 respondenten noemen de eisen die bovendien toenemen en steeds veranderen. Eisen die vaak niets met behandeling te maken hebben: enorme en onzinnige vragenlijsten die worden voorgeschreven bij behandeling; absurde voorwaarden zoals openingstijden in avonduren. Het is vooral moeilijk en bijna onmogelijk voor kleine praktijken om hieraan te voldoen.

“CZ heeft de meeste absurde eisen: milieu-paragraaf in kwaliteitsjaarverslag; 2 avonden per week 3 uur na 18.00 uur open zijn; binnen een half uur iedereen die op antwoordapparaat heeft ingesproken terug bellen (meeste mensen zijn dan zelf niet te bereiken en het gaat af van de behandeltime van een andere patiënt).”

“Menzis dicteert een aanwezigheidsplicht in mijn eigen solopraktijk in avonduren en in het weekend.”

“Vorig jaar werd voor de Achmea-audit 3 maanden teruggekeken. Dit jaar kijken ze een half jaar terug. Recent is daarbij gekomen dat ze voor chronische patiënten een jaar terugkijken. Voor volgend jaar hebben ze al aangekondigd om voor alle patiënten een jaar terug te gaan kijken. Dit is echt gewoon belachelijk.”

“In het contract staat heel duidelijk dat je op bepaalde punten in de verslaglegging geen fouten mag maken. Dit is onmenselijk.”

“CZ is vreselijk om mee te werken, de eisen zijn niet reëel en hebben niks te maken met het vak fysiotherapie. Bijvoorbeeld: de praktijk eisen vind ik belachelijk, hun toon en nog meer. Valt niet mee te werken.”

5. LAGE EN DALENDE TARIEVEN

93 respondenten noemen de lage tarieven. Veel zorgverzekeraars hebben bovendien hun tarieven verlaagd, met name de basistarieven, zodat je wordt gedwongen voor pluscontracten te gaan. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met specifieke groepen; de extra tarieven voor specialisaties worden beperkt of afgeschaft.

“Verder is de gehele plus-status niets meer of minder dan een enorme drempel, iedereen die het niet haalt wordt hier de komende jaren op af gerekend en er zullen in 5 jaar alleen plus-praktijken zijn die überhaupt een vergoeding fysiotherapie krijgen.”

“Ze dwingen ons steeds meer richting een audittraject. De eisen daarvoor zijn absurd, de extra betaling niet navenant en ze gaan ten koste van de patiënt. Ik ben heel bang dat straks alle verzekeraars de kant op gaan van wat Menzis doet: het basistarief verlagen en het audittarief verhogen, zodat je wel gedwongen wordt voor een audit te gaan. Je hebt dan geen keuze meer, omdat het basistarief te laag is om van rond te komen.”

“Agis/Aachmea het slechtst. De eerste regel bij de aanbiedingsbrief is al een lachertje: “gezien de economische omstandigheden is het niet maatschappelijk verantwoord om de tarieven te verhogen (...).” De salarissen van de Achmeagroep worden wel gewoon jaarlijks geïndexeerd incl. die van de bestuurders (ruim zelfs). Het is een grof schandaal.”

“De verzekeraars lijken bezig te zijn alle specialisaties te gaan vergoeden als basis-fysiotherapie, ondanks alle scholing, ervaring etc. Er is geen enkele vergoeding voor meer kwaliteit. Een zojuist afgestudeerde beginner krijgt hetzelfde tarief als een erkende specialisatie ev. met mastergraad.”

6. SLECHTE INFORMATIE NAAR PATIËNTEN

60 respondenten noemen de slechte informatie van de verzekeraars naar de patiënten toe. Aan de voorkant wordt reclame gemaakt met onbeperkte vergoeding, terwijl via de achterdeur het aantal behandelingen wordt beperkt (beheersaudit en behandelgemiddelde). Patiënten worden hierdoor misleid.

“Verder het feit dat zorgverzekeraars reclame maken met ons vak en vervolgens ons pushen om minder te behandelen.”

“Achmea: 4 sterrenpolis geeft naar patiënten toe aan onbeperkt fysiotherapie vergoed te krijgen. Wij moeten ons echter aan protocollen houden waardoor we na drie maanden moeten stoppen. Als de patiënt Achmea belt, zeggen ze daar doodleuk: dan gaat u toch naar een andere praktijk.”

“Dat de pluspraktijk als beter wordt afgeschilderd, terwijl zij alleen zeer uitgebreid administratie bij houden; dat gaat ten koste van de tijd die zij aan patiënten kunnen besteden.”

“Terwijl je een therapeut bent die gespecialiseerd is, en let op kwaliteit, wordt je omdat je geen pluspraktijk wilt worden afgeschilderd als een inferieure praktijk.”

“Achmea: onjuiste polisvoorwaarden voor verzekerden. Achmea biedt verzekerden in haar polis meer aan dan ze ingekocht heeft. In de polisvoorwaarden staat geen beperking voor het aantal

behandelingen manuele therapie. In de contracten met manueel therapeuten heeft Achmea vastgelegd dat ze maximaal 9 behandelingen manuele therapie per jaar per verzekerde vergoedt.”

“Het is toch belachelijk dat mensen door de behandelgemiddelden wel behandelingen kunnen krijgen bij een andere praktijk, maar niet meer bij hun eigen praktijk? Dan blijven de kosten toch even hoog? En het is niet uit te leggen. Verzekeraars doen dat dan ook niet, dat mogen wij doen. Komt heel raar over, alsof je iemand niet meer wil en naar een ander stuurt.”

“Slechte voorlichting aan patiënten door de verzekeraars over de vergoedingen en wijzigingen in de (aanvullende) polisvoorwaarden!!! Door de grote verscheidenheid aan polissen is het voor de verzekerden nauwelijks mogelijk om nog een gedegen afweging te maken in de keus voor een polis; hierdoor blijven veel mensen bij hun huidige verzekeraar ondanks slechte of niet optimaal op hun situatie aangepaste polis.”

7. SLECHTE COMMUNICATIE EN DECLAREERVERKEER MET ZORGVERZEKERAARS

54 respondenten noemen voorbeelden van slechte communicatie met zorgverzekeraars: moeilijke bereikbaarheid, soms alleen per mail; eindeloos doorverbinden voordat je antwoord krijgt op een vraag. Het kost soms veel tijd declaraties boven water te krijgen. Declaraties komen vaak terug omdat er iets niet is ingevuld. Late betalingen en verrekeningen achteraf, soms nog na twee jaar.

“Er wordt met twee maten gemeten. Wij moeten binnen een half jaar onze declaraties op orde hebben, nadien hebben we geen recht meer op vergoeding. Zelf vorderen ze na twee jaar nog bedragen terug.”

“Achmea kan mijn contract gedurende de looptijd 2012 niet veranderen omdat ik per ongeluk een vraag met nee heb beantwoord in de vragenlijst 2012 terwijl dezelfde vraag in 2011 met ja was beantwoord (Kwaliefy). Hierdoor is mijn tarief 3 euro minder.”

“Omdat de verslaglegging niet aan bepaalde eisen voldeed, werd een bedrag aan behandelingen teruggevorderd. De reden van de overschrijding was, dat ik dat jaar meer chronische patiënten heb behandeld.”

“VGZ: veel gedoe over pietluttigheden bij declaraties, het werk moet dan weer over. Als de fout duidelijk bij de verzekeraar ligt, moet toch de praktijk alles weer op nieuw indienen i.p.v. dat VGZ zelf zijn fout herstelt.”

8. TOEGANKELIJKHEID ZORGVERZEKERING

32 respondenten noemen de slechte financiële toegankelijkheid van de zorgverzekering. Hierbij wordt vooral gewezen op de verslechtering van de collectieve contracten voor de mensen met een minimuminkomen. Ook de beperking van aanvullende verzekeringen tot minder behandelingen en de chronische lijst worden genoemd. Aangezien deze vraag is gesteld aan het einde van het hoofdstuk over contracten, hebben veel mensen hier de toegankelijkheid van patiënten tot fysiotherapeutische zorg niet genoemd.

“Agis heeft in samenwerking met gemeente Amsterdam de vergoedingen voor fysiotherapie in de collectieve verzekeringen gekort naar 12x terwijl dit de comfortverzekering (27x) zou volgen.”

“Dat men zomaar even besluit dat bijv. reuma niet meer op de lijst Borst hoort & dat er geen sprake is van een gunstige invloed voor de patiënt door marktwerking, aangezien iedere verzekering het doel heeft zo min mogelijk uit te keren, waardoor patiënten – zoals mensen met reuma – de dupe worden.”

“Azivo: royeert mensen uit de basisverzekering na wanbetaling zonder daar op Vecozo melding van te maken. Gevolg is dat mensen achteraf een nota moeten betalen, het gebeurt regelmatig dat mensen het zelf ook niet weten.”

“Soms moeten mensen al tot de 20ste keer bijbetalen en dan ook nog in de basis hun eigen risico betalen als ze deze niet hebben opgebruikt, bijv. bij frosen shoulder.”

9. MACHTIGINGEN VERKRIJGEN MOEILIK EN TIJDROVEND

28 respondenten wijzen er op hoe moeilijk het soms is machtigingen te verkrijgen, bijvoorbeeld bij chronische aandoeningen. Het antwoord komt laat of er komt helemaal geen reactie. De aanvraag komt keer op keer terug.

“Ongelofelijk moeilijk doen bij chronische machtigingen; moeten ingestuurd, met een penkleur geschreven, in volledige termen zoals op de lijst Borst (die de artsen niet hanteren). Waardoor wij vaak artsen moeten bellen om nieuwe machtigingen te schrijven, omdat de tekst niet volledig is.”

“Machtigingen aan moeten vragen om dan keer op keer zaken terug te krijgen omdat men steeds iets anders wil. Bijv. aanvraag deze week teruggekregen omdat alles wat door hen gevraagd is er opstaat maar nu opeens ook de datum van de laatste chemo van patiënt erop dient te staan. En zo komt er steeds iets nieuws.”

“Bij alle chronische indicaties copd elk jaar weer alles aan moeten tonen met fev.1 blaastest terwijl die chronisch longpatiënt toch echt nog die aandoening heeft.”

“VGZ: het eindeloos aanvragen van chronische indicaties (schriftelijk!!), wat bij de helft van de gevallen kwijt raakt of afgewezen wordt. Een soort ontmoedigingsbeleid. Bij vraag naar de medisch adviseur ben je minimaal een half jaar bezig, voor je die te pakken krijgt.”

“Het aanvragen van een machtiging voor chronische patiënten. VGZ: ook al staat iets op de verwijzing maar staat het niet op de juiste plek, dan wordt het afgewezen en moeten we het opnieuw aanvragen bij de verwijzer.”

10. GEEN UNIFORMITEIT

23 respondenten noemden het ontbreken van uniformiteit in de regels en tarieven van de zorgverzekeraars.

“In algemeen is het gewoon rottig dat er 1001 pakketten zijn en iedereen weer anders verzekerd is... dat zorgt voor veel verschillen in aanpak van patiënten.”

“Iedere zorgverzekeraar komt met z'n eigen toetsing; dat is verwarrend en maakt de administratieve last alleen maar groter.”

“De verschillen in administratieve regels. Bijv. het opsturen van aanvragen bij chronische indicaties en op deze regel dan nog weer uitzonderingen maken (Univé).”

“De chaos aan tarieven per pakket en zorgverzekeraar is zeer irritant! En hoezo beweegzorg: verschilt bij iedereen!”

11. PRIVACY

“De CQ-index vind ik een verschrikkelijk instrument. Ik ben verplicht hier aan mee te doen, betaal er elke maand geld voor en ik wordt er straks ook nog op afgerekend als er onvoldoende patiënten de enquête invullen. Terwijl ik ook ouderen zonder computer en allochtonen met taalproblemen heb. En steeds meer mensen uit een soort van protest tegen de maatschappelijke enquête-cultuur principieel weigeren enquêtes in te vullen. En dan kan ik er toch niets aan doen dat zij hem niet invullen. Bovendien heb ik ontzettende moeite met het feit dat ik gegevens van mijn patiënten moet delen met een 3e commerciële partij.”

“Het doen van beheersaudits door verzekeraars wordt als een behoorlijke inbreuk ervaren op de privacy van patiënten en hun gegevens... Daar hebben verzekeraars niets te zoeken... Ik hoop ook dat de politiek hier snel een eind aan zal maken.”

Achmea, CZ en Menzis springen er uit vanwege hun hoge verslaggevingseisen, gehanteerde behandelindex en auditdwang. Menzis wordt de grootste bemoeial genoemd. Zij stelt zeer hoge eisen aan de praktijkvoering, eisen die niet te maken hebben met de inhoud van het vak. De tarieven worden laag gehouden, bijvoorbeeld als men geen enkele specialisatie heeft. De extra tarieven voor specialisaties zijn verlaagd. CZ bemoeit zich te veel met de inhoud van de behandeling, wil in de dossiers. Het is lastig om machtigingen te krijgen. Ook bij VGZ is het lastig machtigingen te krijgen, aanvragen komen keer op keer terug. De betalingen zijn vaak te laat. Achmea heeft de laagste tarieven en meeste eisen volgens sommige respondenten. De restitutietarieven zijn laag (14,50 euro) waardoor zorgaanbieders geen keuze hebben en wel een contract moeten sluiten.

BIJLAGE 3

WILT U NOG IETS KWIJT WAAROVER GEEN VRAGEN ZIJN GESTELD?

442 respondenten maken gebruik van een laatste opmerking.

OVER DE MARKTWERKING

“De interactie van TENA Lady, dat de producent gaat bepalen wat de klant nodig heeft. Dit overschrijdt elke privacy grens.”

“Op dit moment beginnen er fysiotherapeuten vanuit garage of slaapkamertje aan een praktijk, naast een andere parttimebaan of naast inkomen partner. Investerings nul, maar ze kapen de patiënten weg bij de praktijken die wel investeren in ruimte, rolstoelbereikbaarheid en apparaten. Die hebben het daardoor moeilijk. Je houdt tenslotte alleen een paar heel grote praktijken over, maar alleen als de zorgverzekeraars die in stand houden of als ze in een sportzaal zitten of in een ziekenhuis.”

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

“Een patiënt gaat niet een paar weken internetten en zo het beste uitzoeken, zoals je bij een televisie of koelkast doet. Die gaat naar iemand waar hij zich prettig voelt, en verwacht dan automatisch dat de kwaliteit wel in orde is.”

“Er zijn een paar basisbehoeften die voor iedereen goed toegankelijk moeten zijn en dat zijn: onderwijs, huisvesting en ZORG!! Daar mag geen marktwerking in zijn!!”

“De marktwerking moet eruit, dit leidt alleen maar tot onnodige oplopende ziektekosten. Fysiotherapie mag zeker niet meer op bezuinigd worden, sterker nog, deze zal weer meer vergoed moeten worden en toegankelijker moeten worden. Er is nu eenmaal bewezen dat (preventieve) fysiotherapie behoorlijk kan besparen/opleveren.”

OVER PLEZIER IN HET WERK

“Wij fysiotherapeuten werken tegenwoordig in een systeem van beoordeeld en veroordeeld worden. Het gaat meer om verantwoording afleggen dan verantwoording nemen. Het vertrouwen is totaal zoek. Indien het mes nog meer op de keel wordt gezet, door regering en verzekeringsmaatschappijen, haak ik af en ga iets simpels doen. Minder geld, minder stress.”

“Ik vind dit hartstikke leuke vak niet leuk meer.”

“Een groot drama. Slapeloze nachten!”

“De lol is eraf. Liever vandaag stoppen dan morgen.”

“Van meerder fysiotherapeuten heb ik al gehoord dat ze om redenen aangegeven hierboven eerder stoppen, of al zijn gestopt met werken. Als we zo doorgaan blijven er steeds minder fysiotherapeuten over om de “grijze golf” van goede, enthousiaste beweegprogramma’s en zorg te voorzien. Fysiotherapie is een leuk vak, welke wordt plat gegooid. In plaats van werken met mensen, naar werken op een computer!!!”

“Goed initiatief, de lol gaat er af. Mooi beroep, fijne praktijk, maar altijd zorgen!!!”

“Door alle administratie en angst dat je controle krijgt en het niet precies volgens de regels hebt gedaan, waardoor je heel veel moet terug betalen, verdwijnt het plezier in je werk. Ook zijn er minder mensen die kiezen voor dit vak.”

“De lol in het werk als fysiotherapeut is tot een minimum gedaald en ik denk er serieus over om, na 30 jaren gewerkt te hebben, een andere professie te gaan zoeken.”

“Door de administratieve stress wordt mijn plezier in het werk, mijn gedrevenheid, creativiteit en passie om goede zorg te verlenen aan mijn patiënten van mij afgenomen, ik ben daar erg kwaad over. Ik hoop dat we het tij kunnen keren.”

“Ik hoop dat deze enquête iets voor ons mooie vak kan doen. De signalen die ik de laatste tijd opvang van collega's en werknemers zijn er negatief. Vele mensen geven aan geen plezier meer te hebben in hun werk/vak, het gevoel hebben dat ze nooit klaar zijn met hun werk (als ze aan het eind van de dag naar huis gaan) en het gevoel hebben veel werk te doen waar ze geen vergoeding voor krijgen.”

“Fysiotherapie is een mooi vak maar we geven het volledig uit handen. Het enige belang dat zorgverzekeraars hebben is een financieel belang: de winst moet nog groter zijn dan het jaar ervoor. Hoe lang laten we dit nog gebeuren?”

OVER HET VAK

“Ik vind het ook zorgelijke toestand. Jonge lichten fysiotherapeuten zijn opgeleid tot veredelde fitnessinstructeurs. Gruwel te denken aan mijn voorland: bejaardencentrum, last van mijn rug, komt therapeut en zegt zonder te onderzoeken en kennis heeft: ‘Mijnheer u moet gaan wandelen met 2 stokken en wij noemen dat nordic walking’.”

“Uit gesprek met bijv. Achmea blijkt een behoorlijk wantrouwen van verzekeraar. Noemt 20% van de praktijken veredelde sportmassagepraktijken.”

OVER DE VRAGENLIJST

Een enkeling vindt de enquête te negatief. Veel respondenten laten weten blij met de enquête te zijn en dat het verzet tegen de zorgverzekeraars door moet gaan. De toenemende onzekerheid over de toekomst zorgt voor veel stress en risico op burn-out.

“Ik heb met mijn praktijk plus-audit behaald en vindt het superpositief. Ik ervaar voor mezelf, mijn werknemers en patiënten een betere zorg. Simpelweg omdat je onderzoekt, meet, vertelt wat je

doet en doen moet. Iedere collega die bovenstaande 28 vragen veelal negatief beantwoordt, zie ik niet als een professionele collega anno 2012, maar als een absoluut goed handelende, menselijke, dienstverlenende, zorgzaam persoon. Ik streef naar de combinatie van die 2 en ben daar trots en gemotiveerd op en wil daar beter door betaald worden. Succes allen.”

“Ik vind de vraagstelling erg suggestief en aansluiten bij negatieve beeldvorming. Natuurlijk is er een verschuiving naar meer dossiervoering, maar we moeten ook reëel zijn en rekening houden met het feit dat de zorg onbetaalbaar dreigt te worden en dat er gedifferentieerd kan en misschien wel moet worden om het kaf van het koren te scheiden. Je hebt nog steeds de keuze om wel of geen pluspraktijk te willen zijn of worden, en daar horen consequenties bij.”

“Ik ben zo blij met deze enquête! Hartelijk dank, het heeft alles in zich waar ik mee zit!”

“Goede vragen die ingrijpen op de praktijk!”

“Hulde voor de samenstellers van deze vragenlijst; deze getuigt van inzicht in de werkelijke problemen!”

“Ik vond de lijst bijzonder goed en uitgebreid, raakt het hart van de problemen, zorg in de buurt, fysiotherapie aan huis kost per jaar minder dan dure verzorgingstehuizen waar niet verzorgd wordt.’

“Dank julle wel voor dit initiatief. Het geeft een goed gevoel gehoord te willen worden en je mening kwijt te kunnen. Wat ik ontzettend jammer vind is de negatieve sfeer die er in onze zorgsector is ontstaan. Het voelt of je je voortdurend moet bewijzen, je voelt een soort collectieve argwaan vanuit de zorgverzekeraars of je hun geld wel goed besteed.”

“Het is fijn dat er nu een keer vanuit de fysiotherapie een verlanglijstje wordt gemaakt om aan verzekeraars te laten zien dat we ons best doen om mensen te behandelen en niet om als administrateur aan het werk te gaan. Dat is in het belang van onze patiënten die graag van hun klachten af willen en dat niet zien gebeuren door het vastleggen van veel gegevens en in het belang van de fysiotherapeut die zijn werk dan weer met meer plezier kan doen.”

“Ik hoop dat jullie het mooie vak weer wat aanzien kunnen geven met de verkregen informatie.”

“Hartelijk dank voor uw initiatief, ik hoop met heel Nederland dat deze kritiek de verantwoordelijke

ministers wakker zal maken. Waren zij maar eens ziek!”

“Erg goed dat er eindelijk actie wordt ondernomen. Deze taak had ik eigenlijk al veel langer van het KNGF verwacht.”

OVER CESAR EN MENSENDIECK

Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck vragen ook aandacht voor hun vak, omdat zij patiënten zelfredzaamheid leren.

“Oefentherapie Cesar werkt aan gedragsverandering. Zij vallen buiten de boot met versobering van vergoedingen. Je kan mensen op de goede weg zetten, maar doel kan nauwelijks meer bereikt worden.”

OVER DE ROL VAN DE KNGF

“Ik wil de fysiotherapeuten oproepen om een vereniging voor fysiotherapeuten op te richten naast het KNGF die voor het vak fysiotherapie is en minder voor ons. Dit zal een betere onderhandelingspositie innemen tussen de beoefenaars en de verzekeraars. U kunt het vergelijken met de landelijk huisartsenvereniging LHV en het Nederlandse huisartsen genootschap NHG.”

“Hoop dat KNGF eens een duidelijk standpunt wil innemen en stelling neemt tegen administratieve belasting en dictaten van zorgverzekeraars. Hoop dat fysiotherapeuten de rijen eens sluiten: genoeg is genoeg.”

“Het lijkt me een goed plan om als beroepsgroep de verzekeraars die nu audits uitvoeren te boycotten. Laten we patiënten met z'n allen oproepen om naar een andere zorgverzekeraar te gaan. In ons geval betekent dat dat ze weg moeten bij Achmea.”

“Veel hardere opstelling naar zorgverzekeraars, die misbruik maken van de slechte organisatiegraad der fysiotherapeuten. Weten wat we waard zijn en dat uitstralen en onze eigen waarde voor de gezondheidszorg meer verdedigen.”

NOG ENKELE ADVIEZEN

“De kosten in de gezondheidszorg in het algemeen lopen op doordat de relatief goedkope zorg

FYSIOTHERAPIE IN NOOD

van fysiotherapie voor veel mensen niet meer toegankelijk is (niet verzekerd zijn en niet zelf kunnen betalen). Deze mensen consumeren uiteindelijk veel meer huisartsen- en specialistische zorg waardoor de kosten in de gezondheidszorg uiteindelijk veel meer zullen stijgen. Ook de resultaten van operaties zullen verslechteren als er geen goed behandel/revalidatietraject kan volgen.”

“Als ik minister zou zijn zou ik elke maand een dagdeel overleggen met de huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, thuiszorgmedewerkster, apotheekassistente etc. binnen een provincie over hoe mijn beleid gaat bij de mensen die het uitvoeren i.p.v. directies en managers het te vragen.”

