

CTG/ZAio

Monitor fysiotherapie 2006

Analyse van de contractaanbiedingen voor het jaar 2006

mei 2006

Inhoud

Voorwoord	7
Managementsamenvatting	9
1. Monitoren van de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie	15
1.1 Inleiding.....	15
1.2 Monitorrapportage 2006.....	15
1.3 Doelstelling monitor.....	16
1.4 Informatiebronnen.....	16
1.4.1 Kwantitatieve informatie.....	16
1.4.2 Kwalitatieve informatie.....	17
1.5 Opbouw van dit rapport.....	19
2. Marktstructuur inkoopmarkt	21
2.1 Inleiding.....	21
2.2 Zorgverzekeraars.....	21
2.3 Fysiotherapeuten.....	23
2.4 Verhoudingen op de inkoopmarkt.....	23
2.5 Is er sprake van een aanbodoverschot op de markt voor fysiotherapie?.....	24
2.6 Conclusie.....	25
3. Werking van de markt voor fysiotherapie	27
3.1 Inleiding.....	27
3.2 Invloed van zorgverzekeringsmarkt.....	27
3.2.1 Keuze gedrag verzekerden (exit-optie).....	27
3.2.2 Kenbaar maken wensen en behoeften patiënten (voice-optie).....	28
3.2.3 Transparantie op de markt voor verzekeringen.....	28
3.3 Invloed zorgverleningsmarkt.....	29
3.3.1 Hoe zijn patiënten verzekerd voor fysiotherapie?.....	30
3.3.2 Keuzeprocess patiënt voor een fysiotherapeut.....	30
3.3.3 Transparantie van fysiotherapeuten.....	33
3.4 Inkoopproces.....	35
3.4.1 Inleiding.....	35
3.4.2 Context inkoopproces.....	35

3.4.3 Inkoopproces.....	37
3.4.4 Onderhandelen	39
3.4.5 Administratieve lasten	41
3.5 Conclusie	44
4. Kwaliteit.....	45
4.1 Inleiding.....	45
4.2 Afspraken in 2006.....	45
4.3 Afspraken over kwaliteit buiten de standaardcontracten om	47
4.4 Ervaringen patiënten met kwaliteit	47
4.5 Ontwikkelingen in kwaliteit	48
4.6 Conclusie	49
5. Innovatie/variantie in het aanbod	51
5.1 Inleiding.....	51
5.2 Afspraken 2006.....	51
5.2.1 Variantie in het aanbod	51
5.2.2 Innovatie.....	53
5.3 Conclusie	55
6. Toegankelijkheid.....	57
6.1 Inleiding.....	57
6.2 Fysieke toegankelijkheid	57
6.2.1 Bereikbaarheid	58
6.2.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg	58
6.2.3 Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie	59
6.2.4 Ervaringen patiënten met toegankelijkheid	59
6.3 Sturing.....	60
6.3.1 Algemeen	60
6.3.2 Afspraken in 2006	60
6.3.3 Restitutievergoeding	61
6.3.4 Voornemens/verwachtingen	62
6.4 Conclusie	62
7. Betaalbaarheid	65
7.1 Inleiding.....	65
7.2 Prijzen	65
7.2.1 De gecontracteerde prijzen.....	65
7.2.2 De standaardprijzlijst.....	68

7.2.3 Eigen bijbetalingen door verzekerden.....	70
7.3 Volumeontwikkeling	71
7.3.1 Volumeafspraken	71
7.3.2 Beheerssystemen	72
7.4 Macrokostenstijging	73
7.4.1 Budgettair Kader Zorg.....	73
7.5 Ervaringen patiënten met betaalbaarheid.....	74
7.6 Inkomensontwikkeling.....	74
7.7 Conclusie	75
Evaluatie experiment.....	77

Voorwoord

Het experiment met vrije prijzen voor vrijgevestigde fysiotherapie is zijn tweede jaar ingegaan. Dit monitordocument analyseert de ontwikkelingen in de markt en gaat in op de afspraken die zijn opgenomen in de contracten tussen fysiotherapeuten en verzekeraars. Een oriënterende monitor fysiotherapie is in het najaar van 2005 verschenen. Daaruit bleek duidelijk dat er veel onrust was in de markt en partijen tijd nodig hadden om te wennen aan de vrije tariefvorming. In deze monitorrapportage is een soortgelijke analyse voor het jaar 2006 gedaan en lijkt de rust in de markt voor een groot deel te zijn weergekeerd.

Net zoals in 2005 onderzoekt CTG/ZAio wat de invloed is van het loslaten van de prijzen op de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Daarnaast wordt expliciet stilgestaan bij de vraag of vrije tariefvorming heeft bijgedragen aan de doelstellingen van het experiment. De vrije prijsvorming dient in dit kader fysiotherapeuten perspectief te bieden op het gebied van innovatie, variatie in het aanbod en ondernemerschap. Nieuw in de monitor is dat uitgebreid wordt stilgestaan bij de ervaringen van patiënten met het experiment. Het is opvallend dat 68% van de patiënten niet op de hoogte was dat er een experiment liep.

Nu het experiment in principe eind dit jaar afloopt, is het goed om de balans op te maken van twee jaar vrije tariefvorming. Aansluitend op de bevindingen in dit monitorrapport geeft CTG/ZAio een advies aan de minister van VWS over een eventuele voortzetting van het experiment. Het is uiteindelijk aan de minister om te beslissen of het experiment wordt voortgezet of niet.

Voor deze monitorrapportage is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen. Ten eerste van de informatie die in de contracten is opgenomen. Ten tweede heeft CTG/ZAio twee grote enquêtes onder fysiotherapeuten en patiënten laten uitvoeren. Ten derde heeft zij interviews gehouden met verzekeraars en de koepelorganisaties. CTG/ZAio heeft tot slot een rondetafelbijeenkomst met fysiotherapeuten georganiseerd om direct met hen van gedachten te kunnen wisselen. Al deze informatie heeft bijgedragen aan het geschetste beeld in dit rapport.

Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de management-samenvatting. Rest ons nog een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze monitor.

mr. F.H.G. de Grave,
voorzitter CTG/ZAio

drs. A.L.M. Barendregt,
algemeen directeur CTG/ZAio

Managementsamenvatting

Voor de vrijgevestigde fysiotherapie is op 1 februari 2005 een experiment gestart met vrije prijzen. Het Ministerie van VWS heeft CTG/ZAio gevraagd om de ontwikkelingen in deze markt tijdens het experiment te monitoren. Het experiment duurt twee jaar en loopt in principe op 31 december 2006 af. Er is geen sprake van een experiment op basis van het experimenteerartikel 15 van de WTG-Expres, maar van een voor alle fysiotherapeuten geldend experiment. Er wordt van een experiment gesproken omdat de looptijd van de vrije prijzen in beginsel twee jaar is.

Monitor 2006

In deze monitor worden de contractaanbiedingen voor 2006 en de daaruit voortvloeiende afspraken geanalyseerd. Bij de analyse in dit document is gebruikgemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie. De kwantitatieve analyses zijn gebaseerd op de informatie die in de contracten is opgenomen én twee enquêtes onder patiënten en fysiotherapeuten. De kwalitatieve informatie is gebaseerd op interviews met zorgverzekeraars, een rondetafelbijeenkomst met fysiotherapeuten en interviews met de koepels van fysiotherapeuten, verzekeraars en patiëntenorganisaties.

Doelstelling monitor

Met deze monitor beoogt CTG/ZAio inzicht te geven in de ontwikkelingen op de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie aan de hand van de structuur, de gedragingen van spelers en uitkomsten op deze markt. Meer specifiek wordt bekeken in hoeverre de afspraken tussen partijen bijdragen aan de borging van de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze dienen de consument. Ook geeft de monitor inzicht in de mate waarin de doelstellingen van het experiment zijn gerealiseerd. Het experiment dient fysiotherapeuten in dit kader perspectief te bieden op het gebied van innovatie, variatie in het aanbod en een impuls te geven aan het ondernemerschap van fysiotherapeuten. De monitor besteedt aandacht aan het perspectief van de verzekeraars, de fysiotherapeuten en de patiënten op deze gebieden.

Belangrijkste bevindingen

- De contractprijzen voor fysiotherapie zijn gemiddeld met ruim 8% gestegen. Als gecorrigeerd wordt voor inflatie bedraagt de stijging ongeveer 5%. Het verschil in de aangeboden prijzen tussen verzekeraars is toegenomen. Er zijn geen signalen ontvangen die er op duiden dat de betaalbaarheid van de zorg in het geding is gekomen.
- De prijsstijging kan volgens marktpartijen grotendeels verklaard worden door de inhaalslag naar een redelijker tarief dat nog steeds plaatsvindt. Daarnaast kan de stijging gerelateerd worden aan een verbetering van kwaliteit, doelmatigheid, transparantie en declaratie-eisen.
- De rust in de markt is weergekeerd na het eerste turbulente jaar met vrije tariefvorming.

- De prikkels die verzekeraars hebben om voldoende fysiotherapeuten te contracteren worden bepaald door de zorgplicht die zij hebben voor de basisverzekering en omdat verzekeraars zich met het door hen ingekochte pakket fysiotherapie willen profileren richting de verzekerden.
- Het proces rond het contracteren van zorg is niet wezenlijk veranderd ten opzichte van 2005. Verzekeraars maken gebruik van standaardcontracten en presenteren de contracten veelal via informatiebijeenkomsten. Over de standaardcontracten die aan elke fysiotherapeut worden gestuurd wordt veelal niet onderhandeld.
- Fysiotherapeuten hebben hun onderhandelingspositie in 2006 beter benut.
- Toegankelijkheid en kwaliteit zijn belangrijke thema's bij het contracteren van zorg.
- Buiten de contracten om maken verzekeraars met ongeveer 15% van de fysiotherapeuten afspraken over kwaliteit en innovatie door individuele producten en zorgprogramma's te contracteren. Deze afspraken worden zowel gemaakt met individuele fysiotherapeuten als netwerken. Over deze afspraken kan onderhandeld worden.
- Ongeveer 90% van de fysiotherapeuten is gecontracteerd door verzekeraars. Ten opzichte van vorig jaar is het aantal gecontracteerde fysiotherapeuten met ruim 5% gedaald. De toegankelijkheid van de zorg blijft geborgd.
- De transparantie op het gebied van prijs en kwaliteit is onvoldoende.
- De plicht voor fysiotherapeuten om een standaardprijslijst bij CTG/ZAio aan te leveren vervalt.

Hieronder volgt een toelichting op deze bevindingen.

Betaalbaarheid

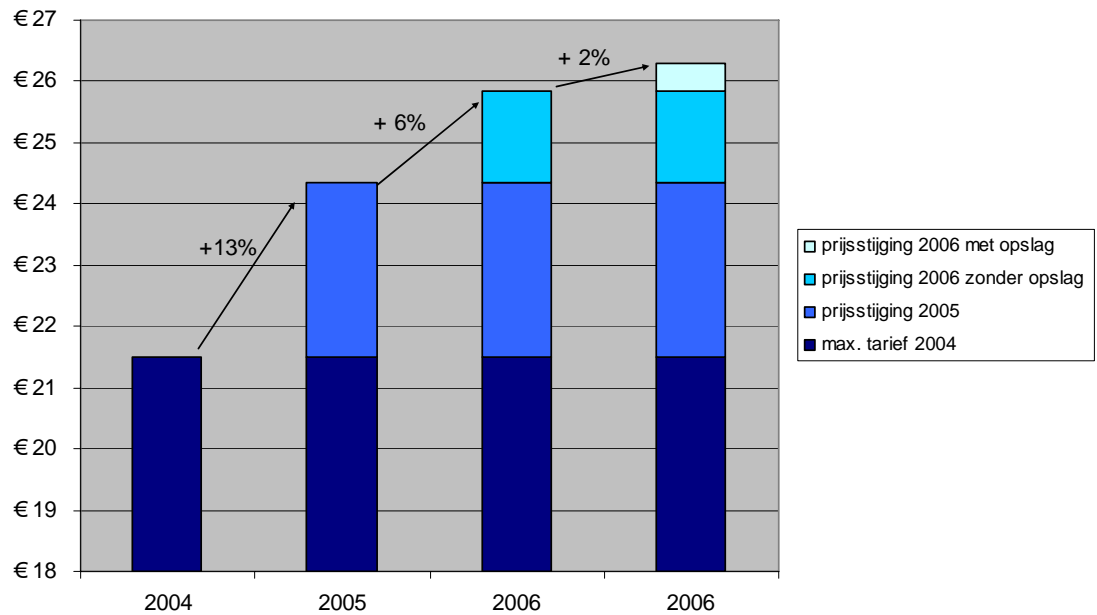
Ten opzichte van 2005 zijn de gecontracteerde prijzen nominaal gemiddeld met ruim 8% gestegen. Gecorrigeerd voor inflatie betreft de prijsstijging ongeveer 5%. De spreiding in de gecontracteerde prijzen tussen verzekeraars is in 2006 groter dan in 2005. Ook verschilt de prijsstijging sterk per regio. De passantenprijzen liggen ongeveer 3% boven de gecontracteerde prijs. Ten opzichte van 2005 is het verschil tussen de passantenprijs en de gecontracteerde prijs gelijk gebleven. De betaalbaarheid op microniveau blijft geborgd doordat de meeste patiënten aanvullend verzekerd zijn voor fysiotherapie. Slechts een klein deel, 6% van de patiënten, moet de behandeling in zijn geheel of gedeeltelijk zelf betalen. Er zijn geen signalen van patiënten dat de betaalbaarheid van de fysiotherapeutische zorg in het geding is gekomen.

Prijsstijging

De prijsstijging kan niet verklaard worden door schaarste op de markt. De belangrijkste reden achter de prijsstijging is de inhaalslag naar een redelijker tarief die op dit gebied volgens verzekeraars nog steeds plaatsvindt. De prijsstijging kan daarnaast deels verklaard worden door het feit dat verzekeraars verschillende tarieven hanteren, waarbij de tariefopslag gekoppeld wordt aan zwaardere eisen op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid (een laag behandelgemiddelde), transparantie en declaratie-eisen. De prijsstijging kan daarom deels

gekoppeld worden aan verbeteringen op deze gebieden. Deze tariefopslag bedraagt gemiddeld eenvierde van de totale tariefstijging.

Overzicht stijging gemiddelde contractprijzen reguliere zitting



Rust in de markt

Zowel fysiotherapeuten als verzekeraars geven aan dat, nu het tarief voor de door de fysiotherapeut aangeboden prestaties op een volgens hen meer redelijk niveau is gekomen, de rust in de markt is weergekeerd. Voorheen werden de contractbesprekingen vooral gedomineerd door de prijshoogte. Partijen geven aan dat er inmiddels een klimaat bestaat waarbij afspraken zich meer kunnen richten op verbeteringen op het gebied van kwaliteit en innovatie.

Eenzijdige prikkels voor verzekeraars op de markt voor fysiotherapie

De verzekeraar ervaart nauwelijks prikkels van verzekerden om als hun vertegenwoordiger op te treden op de markt voor fysiotherapie. Ten eerste neemt een verzekerde bij het kiezen van een verzekeraar of het sluiten van een polis maar in zeer beperkte mate het product fysiotherapie in zijn beslissing mee. Ten tweede vergelijkt een verzekerde bij zijn keuze voor een fysiotherapeut amper meerdere fysiotherapeuten met elkaar. Fysiotherapeuten kennen daardoor geen prikkel om zich te onderscheiden. Toch voelen verzekeraars zich geprikkeld om fysiotherapeuten te contracteren en tegen zo laag mogelijke kosten zorg in te kopen. Ten eerste streven winstgerichte verzekeraars winstmaximalisatie na en willen zij zich profileren richting hun verzekerden, hetzij via een lage premie, hetzij via een goed product. Daarnaast hebben

verzekeraars die een polis met gecontracteerde zorg aanbieden een zorgplicht voor de basisverzekering om voldoende en betaalbare zorg in te kopen.

Proces rond contracteren

Verzekeraars hebben net zoals in 2005 vooral standaardcontracten naar fysiotherapeuten gestuurd. Deze contracten zijn in een voorstadium voorgelegd aan klankbordgroepen van fysiotherapeuten en daarnaast via informatiebijeenkomsten aan grotere groepen. De contracten zijn naar aanleiding van deze overleggen in sommige gevallen aangepast. Het is meestal niet mogelijk om individueel te onderhandelen over deze contracten.

Administratieve lasten

CTG/ZAio gaat onderzoek doen naar de omvang van het probleem rond de administratieve lasten. Op dit moment is het namelijk lastig om te beoordelen in welke mate de toename in administratieve lasten die door marktpartijen wordt geconstateerd een onontkoombaar aspect is dat samenhangt met marktwerking en in welke mate er sprake is van een ongewenste toename in administratieve lasten.

Betere benutting onderhandelingspositie fysiotherapeut

Fysiotherapeuten hebben hun onderhandelingspositie beter benut dan in 2005. Dit blijkt onder meer uit het feit dat verzekeraars meer problemen hebben ondervonden bij het contracteren van zorg. Daarnaast kunnen fysiotherapeuten doordat de verschillen in de aangeboden contractprijzen tussen verzekeraars zijn toegenomen, in bepaalde gevallen makkelijker een contract van een verzekeraar naast zich neerleggen. Dit blijkt ook uit de praktijk. De afhankelijkheid van een fysiotherapeut om een contract met een verzekeraar te tekenen is onder meer afhankelijk van de reistijd naar een nabijgelegen gecontracteerde fysiotherapiepraktijk. Deze afhankelijkheid verschilt per regio en per klant. De fysiotherapeut is daarom niet in alle gevallen afhankelijk van een contract met een verzekeraar.

Toegankelijkheid en kwaliteit zijn belangrijke thema's bij het contracteren van zorg

In 2005 was de prijs het belangrijkste thema tijdens het contracteerproces. In 2006 speelt de prijs nog steeds een belangrijke rol, maar verzekeraars geven aan dat de toegankelijkheid van de zorg door middel van het contracteren van zo veel mogelijk fysiotherapeuten net zo belangrijk is. Daarnaast vinden verzekeraars kwaliteit een steeds belangrijker onderwerp worden.

Afspraken over kwaliteit en innovatie buiten de standaardcontracten om

In de standaardcontracten zijn kwaliteitseisen opgenomen die zich richten op het proces van zorg. Over innovatie staan geen afspraken in de standaardcontracten. Buiten de standaardcontracten om maken verzekeraars op lokaal en regionaal niveau concrete afspraken over kwaliteit en innovatie met fysiotherapeuten. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de vorm van zorgprogramma's en specifieke producten. Voorzichtige schattingen geven aan dat verzekeraars ongeveer met 15% van de fysiotherapeuten dergelijke afspraken maken. De

afspraken worden gemaakt met zowel individuele fysiotherapeuten als met samenwerkingsverbanden van fysiotherapeuten. Over deze afspraken onderhandelen verzekeraars en fysiotherapeuten. De vastgestelde prestaties fungeren hierbij als betaaltitels. Nog niet alle verzekeraars zijn begonnen met het maken van afspraken. Zij zullen dit later in het jaar oppakken. Ten opzichte van 2005 zijn er meer afspraken gemaakt over producten en zorgprogramma's. De markt is op dit punt in beweging.

Toegankelijkheid

Het percentage landelijk gecontracteerde fysiotherapeuten door verzekeraars is ongeveer 90%. Het aantal gecontracteerde fysiotherapeuten is met ruim 5% gedaald ten opzichte van vorig jaar. Dit betreft een voorlopig cijfer omdat verzekeraars nog pogingen ondernemen om meer fysiotherapeuten te contracteren. De toegankelijkheid van de zorg is niet in het geding gekomen. Er zijn geen klachten binnengekomen van patiënten over de toegankelijkheid van de zorg. Ook is er geen sprake van wachtlijsten bij fysiotherapeuten. Verzekerden kunnen daarnaast kiezen voor een restitutiepolis waarmee ze elke fysiotherapeut van hun keuze kunnen bezoeken. Zorgverzekeraars maken nog geen gebruik van sturing.

Transparantie

Kwaliteit is nog onvoldoende transparant. Verzekeraars geven aan dat zij verschillen in kwaliteit tussen fysiotherapeuten zichtbaar willen maken, maar dit proces bevindt zich nog in de beginfase. Ook de koepels van verzekeraars en fysiotherapeuten hebben plannen in deze richting. CTG/ZAio en IGZ zullen zich samen met de koepelorganisaties van verzekeraars, fysiotherapeuten en patiënten gaan inzetten om zo snel mogelijk prestatie-indicatoren voor de fysiotherapie te ontwikkelen. CTG/ZAio en IGZ voeren hierbij de regie. De transparantie op het gebied van prijs is onvoldoende. Fysiotherapeuten zijn verplicht om een standaardprijslijst op te hangen zodat de patiënt zich op de hoogte kan stellen van de prijs die de fysiotherapeut hanteert. Uit deze monitor blijkt dat fysiotherapeuten dit maar in heel beperkte mate doen. CTG/ZAio zal de transparantie op het gebied van prijs bevorderen door de ophangplicht van de prijslijsten actief te handhaven.

Vervallen aanleverplicht fysiotherapeuten

Het verzamelen van de standaardprijslijsten door middel van een representatieve enquête onder fysiotherapeuten is een goed alternatief voor de algemene verplichting van alle fysiotherapeuten om een prijslijst bij CTG/ZAio aan te leveren. De aanleverplicht kan daarom vervallen. Op deze manier worden fysiotherapeuten minder administratief belast.

Evaluatie experiment

Omdat op een aantal terreinen de markt nog onvoldoende functioneert, adviseert CTG/ZAio de minister om het experiment met een jaar te verlengen. Er dienen daarom eerst nog een aantal stappen te worden gezet voordat de prijzen kunnen worden vrijgegeven in deze markt. Dit is allereerst een vergroting van de transparantie op het gebied van kwaliteit en prijs. Daarnaast is er meer inzicht nodig in de werking van het prijsmechanisme op deze markt, de mate waarin het

contracteren van producten en zorgprogramma's zich verder zal ontwikkelen en de initiatieven van verzekeraars om meer voorkeursaanbieders te contracteren. Als laatste is er meer inzicht nodig in de omvang van vermijdbare administratieve lasten. Indien de resultaten op deze punten in 2007 gunstig zijn en de markt zich verder goed blijft ontwikkelen, kan volgens CTG/ZAio in 2008 worden overgegaan op een systeem van vrije prijsvorming.

Acties CTG/ZAio

- Regie voeren over ontwikkeling prestatie-indicatoren.
- Ophangplicht standaardprijslijst fysiotherapeuten actief handhaven.
- Onderzoek doen naar omvang probleem administratieve lasten.
- Vervallen aanleverplicht standaardprijslijst door alle fysiotherapeuten aan CTG/ZAio.
- Onderzoek doen naar de afbakening op de markt. Is er sprake van lokale of regionale markten?

1. Monitoren van de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie

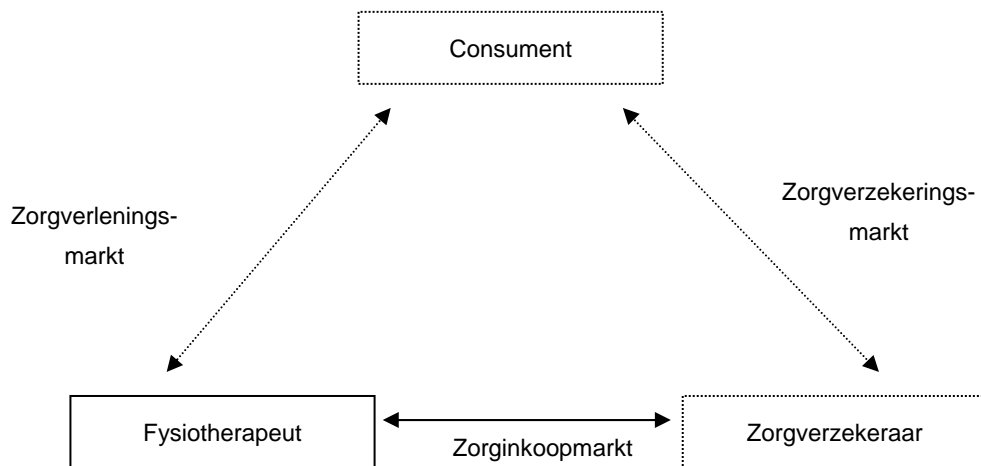
1.1 Inleiding

Op 1 februari 2005 is voor de vrijgevestigde fysiotherapie een experiment van twee jaar gestart. Fysiotherapeuten en verzekeraars mogen nu zelf afspraken maken over de prijs van het geleverde product. Daarnaast stond het hen al vrij om afspraken te maken over kwaliteit, volume en investeringen en bestond er al contracteervrijheid voor verzekeraars.

Het Ministerie van VWS heeft het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. (CTG/ZAio) gevraagd om deze markt gedurende de periode van het experiment te monitoren. In het visiedocument fysiotherapie is uitgebreid ingegaan op de vormgeving en de doelstellingen van de monitor. Dit visiedocument staat op de website van CTG/ZAio, www.ctg-zaio.nl.

De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten (zie figuur 1.1). Dit zijn de zorgverlenings-, de zorginkoop- en de zorgverzekeringsmarkt. Aangezien de introductie van vrije prijsvorming betrekking heeft op de inkoop van zorg, zijn de analyses in dit rapport vooral gericht op de zorginkoopmarkt.

Figuur 1.1: Markten in de gezondheidszorg



1.2 Monitorrapportage 2006

Het experiment met vrije tariefvorming is zijn tweede jaar ingegaan. Eind 2005 hebben veel fysiotherapeuten de contractaanbiedingen voor het jaar 2006 ontvangen. Deze monitorrapportage analyseert deze contracten. Ook wordt aandacht besteed aan de afspraken die buiten de contracten om zijn/worden gemaakt. Een soortgelijke analyse heeft CTG/ZAio voor het jaar 2005 gedaan. Toen is in het najaar van 2005 een oriënterende monitor fysiotherapie verschenen. De term oriënterend geeft al aan dat die rapportage alleen op

hoofdpijnen inzicht gaf in wat zich rond de contractaanbiedingen voor het jaar 2005 afspeelde. In deze rapportage kan een volledig beeld worden gegeven voor het jaar 2006. Nieuw in de monitor is dat uitgebreid wordt stilgestaan bij de ervaringen van de patiënten met het experiment. Het rapport is in die zin veel rijker qua analyse en bevindingen dan de oriënterende monitor.

1.3 Doelstelling monitor

Het doel van deze monitor is om:

- Inzicht te geven in de structuur, gedragingen en uitkomsten op de inkoopmarkt voor fysiotherapie. Hierbij staan de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid centraal. Daarnaast wordt onderzocht hoe de vrije tariefvorming heeft bijgedragen aan de doelstellingen van het experiment. Dit betreft de innovatie, variatie in het aanbod en het ondernemerschap van fysiotherapeuten.
- De minister van VWS te adviseren over de evaluatie van het experiment.
- Na te gaan of optreden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) noodzakelijk zal zijn.

1.4 Informatiebronnen

Om goed te kunnen monitoren is gedetailleerde informatie nodig. Voor deze monitor is gebruikgemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve bronnen.

1.4.1 Kwantitatieve informatie

De kwantitatieve analyses zijn gebaseerd op de informatie die in de contracten staat opgenomen. Hierbij is gebruikgemaakt van de meest recente contractinformatie waarin ook de prijzen zijn opgenomen voor de nieuw toegevoegde prestaties. Daarnaast zijn er twee enquêtes uitgezet. Één onder fysiotherapeuten en één onder patiënten. De vragenlijsten die aan de fysiotherapeuten en patiënten zijn gestuurd, zijn in een vroeg stadium voorgelegd aan de koepelorganisaties van verzekeraars, patiënten en fysiotherapeuten, respectievelijk Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF). CTG/ZAio heeft uiteindelijk in samenwerking met het onderzoeksbureau definitieve vragenlijsten vastgesteld, rekening houdend met het ontvangen commentaar van de diverse partijen. Beide onderzoeken zijn door TNS-NIPO uitgevoerd. De informatie over de passantenprijzen voor een reguliere zitting is verzameld door een korte enquête onder 1.400 fysiotherapeuten uit te zetten. Hiervan heeft ongeveer 50% de enquête ingevuld en teruggestuurd.¹ Daarnaast is een uitgebreidere enquête uitgezet bij een kleinere steekproef van 700 fysiotherapeuten. Daarin werden ook vragen

¹ Om landelijke spreiding te garanderen heeft het onderzoeksbureau uit het adressenbestand van het KNGF een aselecte steekproef getrokken. Iedere praktijk had daardoor evenveel kans om in de bruto steekproef terecht te komen. CTG/ZAio beschikt over ruim 900 prijslijsten. Dit biedt voldoende mogelijkheden om op landelijk niveau uitspraken te doen over de hoogte en ontwikkelingen van de passantenprijzen in 2005 en 2006. Verder zijn er per provincie minimaal 50 prijslijsten beschikbaar. Hierdoor kan op provincieniveau indicatief inzicht gegeven worden in de hoogte van de passantenprijs en de verschillen ten opzichte van andere provincies.

gesteld over de ervaringen van de fysiotherapeuten met de contractaanbiedingen voor het jaar 2006 en de gemaakte afspraken met verzekeraars. Hiervan heeft 33% de enquête ingevuld en teruggestuurd. De enquêtes zijn gestuurd naar een representatieve groep fysiotherapeuten zodat op landelijk niveau uitspraken over deze onderwerpen konden worden gedaan. De patiëntenenquête had als doel om de ervaringen van patiënten met fysiotherapie in zijn algemeenheid en het experiment in het bijzonder te kunnen meten.² Ruim 500 patiënten hebben deze enquête ingevuld. Hierdoor kunnen op landelijk niveau representatieve uitspraken worden gedaan over de aan hen gestelde vragen.

1.4.2 Kwalitatieve informatie

In dit rapport is gebruikgemaakt van vier bronnen met kwalitatieve informatie. Ten eerste is er informatie vergaard door persoonlijk met fysiotherapeuten en verzekeraars te spreken. Om met fysiotherapeuten in contact te komen heeft CTG/ZAIo een rondetafelbijeenkomst georganiseerd waaraan in totaal acht fysiotherapeuten hebben deelgenomen.³ Daarnaast hebben CTZ en CTG/ZAIo tien verzekeraars persoonlijk geïnterviewd. De verzekeraars zijn hierbij zo gekozen dat deze een representatieve afspiegeling van het totale aantal verzekeraars vormden. Tijdens de interviews is steeds gesproken met direct verantwoordelijken bij inkoop van de fysiotherapeutische zorg. Ten tweede heeft CTG/ZAIo gesproken met de koepels van verzekeraars, fysiotherapeuten en patiënten. Ook heeft zij contact gehad met de koepelorganisaties van oefentherapeuten, de VvOCM en de NVZ. Ten derde heeft CTG/ZAIo gebruikgemaakt van de informatie en signalen die fysiotherapeuten en verzekeraars hebben opgestuurd. Ten vierde heeft CTG/ZAIo zelf informatie verzameld via vakbladen en andere media. Al deze gesprekken en verzamelde informatie hebben bijgedragen aan de analyse in dit rapport. In onderstaande tabel zijn de gebruikte informatiebronnen weergegeven.

Tabel 1.1 Gebruikte informatiebronnen

Informatie	Informatiebron	Opmerkingen
Kwantitatief		
Gecontracteerde prijzen, restitutievergoeding, afspraken over kwaliteit, innovatie, toegankelijkheid	Contracten verzekeraars	De contractprijzen en de door verzekeraars vastgestelde restitutievergoedingen zijn afgeleid uit de door verzekeraars aangeboden contracten aan fysiotherapeuten en de door verzekeraars opgemaakte polissen.
Passantenprijzen fysiotherapeuten	Fysiotherapeuten	De informatie is verzameld via een enquête door een onafhankelijk onderzoeksbureau in opdracht van

² De patiënten zijn uit het respondentenbestand van TNS-NIPO gekozen. Uit de deelpopulatie van 9000 patiënten die hadden aangegeven dat ze de afgelopen drie maanden een fysiotherapeut bezochten, is vervolgens een a-selectie steekproef uitgezet.

³ De animo om deel te nemen aan de rondetafelbijeenkomst was niet groot. Ongeveer 10% van de benaderde fysiotherapeuten heeft positief gereageerd op de uitnodiging om hieraan deel te nemen. Deze groep fysiotherapeuten betrof geen representatieve afspiegeling van de totale beroepsgroep.

		CTG/Zaio
Ervaringen van patiënten	Verzekerden/ patiënten	De informatie is verzameld via een enquête door een onafhankelijk onderzoeksbureau in opdracht van CTG/ZAio
Ervaringen van fysiotherapeuten	Fysiotherapeuten	De informatie is verzameld via een enquête door een onafhankelijk onderzoeksbureau in opdracht van CTG/Zaio
Kwalitatief		
Ervaringen marktpartijen bij contractaanbiedingen in 2006 en experiment met fysiotherapie plus aspecten die hiermee samenhangen.	Verzekeraars, fysiotherapeuten en koepelorganisaties	Persoonlijke interviews met tien zorgverzekeraars, rondetafelbijeenkomst met acht fysiotherapeuten, interviews met het KNGF, ZN, de NPCF, de VvOCM en NVZ
Overige informatie	Signalen van fysiotherapeuten, verzekeraars. Informatie uit kranten, vakbladen en andere media	Het betreft hier zowel naar CTG/ZAio gestuurde brieven of e-mails als informatie die CTG/ZAio zelf heeft gevonden in de verschillende media

De informatie is verzameld gedurende de maanden januari en februari van 2006. In deze periode zijn zowel de enquêtes verstuurd als de interviews gehouden. Tijdens het schrijven van dit rapport waren enkele verzekeraars nog bezig met het contracteren van zorg. Daarnaast waren verzekeraars veelal nog niet begonnen met het maken van afspraken over individuele producten op lokaal niveau. Volgens verzekeraars zal dit pas in een later stadium gebeuren. De gepresenteerde resultaten met betrekking tot deze punten betreffen daarom voorlopige bevindingen.

Het rapport is in samenwerking geschreven met het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ). Het CTZ heeft zich hierbij vooral gericht op de analyse van de positie, rol en output van de zorgverzekeraars op de inkoopmarkt van fysiotherapie. Onderliggend rapport is dus een gemeenschappelijke publicatie.

1.5 Opbouw van dit rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd. De eerste twee hoofdstukken geven inzicht in de structuur van de markt en het gedrag van de spelers op de markt. De daarna volgende hoofdstukken besteden aandacht aan de publieke belangen op deze markt en richten zich op de uitkomsten in de markt. Hoofdstuk 2 geeft een schets van de marktstructuur op de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie en gaat in op de vraag of er sprake is van een evenwichtige markt in termen van vraag en aanbod. Hoofdstuk 3 besteedt aandacht aan de werking van de markt voor fysiotherapie. Het gaat in op de invloed van de zorgverlenersmarkt en de zorgverzekeringsmarkt op het functioneren van de zorginkoopmarkt. Het gedrag van de patiënt in deze markten staat hierbij centraal. Hoe kiest deze zijn polis voor fysiotherapie en zijn fysiotherapeut uit? Ook wordt stilgestaan bij de transparantie op deze markten voor de patiënt. Vervolgens worden deze bevindingen gekoppeld aan het daadwerkelijke inkoopproces op deze markt. Worden marktpartijen geprikkeld om efficiënt en vraaggericht in te (ver)kopen? Hoofdstuk 4 tot en met 7 gaat in op de uitkomsten in de markt. Elk van deze hoofdstukken bespreekt hoe het experiment met vrije tariefvorming de publieke belangen heeft beïnvloed. Hierbij komen ook de ervaringen van patiënten aan bod. Hoofdstuk 4 behandelt de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit. Het besteedt aandacht aan de afspraken die er op dit vlak zijn gemaakt en of de kwaliteit is veranderd ten opzichte van vorig jaar. Hoofdstuk 5 bekijkt in hoeverre de expliciete doelstellingen van het experiment zijn gerealiseerd. Het gaat in dit kader in op de afspraken die er zijn gemaakt over innovatie en variatie in het aanbod. Hoofdstuk 6 gaat in op de toegankelijkheid van de zorg. Het hoofdstuk richt zich hierbij voornamelijk op concrete afspraken die verzekeraars op dit gebied gemaakt hebben met fysiotherapeuten en hoe deze de toegankelijkheid beïnvloeden. Hoofdstuk 7 gaat in op de betaalbaarheid van de zorg. In dit hoofdstuk komen onder andere de gecontracteerde prijzen, de passantenprijzen en de macrouitgaven aan fysiotherapie aan bod. Tevens worden de ontwikkelingen in deze variabelen geanalyseerd. Ten slotte evalueert CTG/ZAIo het experiment en adviseert zij de minister over een eventuele continuering van het experiment. Hierbij besteedt CTG/ZAIo ook aandacht aan welke lessen er met betrekking tot marktwerking in andere sectoren getrokken kunnen worden uit het experiment met vrije tariefvorming voor vrijgevestigde fysiotherapeuten.

2. Marktstructuur inkoopmarkt

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bespreekt de structuur van de inkoopmarkt voor fysiotherapie. Het gaat in op het aantal verzekeraars en fysiotherapeuten op deze markt en de ontwikkelingen hierin. Daarnaast gaat het in op de verhouding tussen beide partijen en geeft het antwoord op de vraag of er sprake is van een aanbodoverschot op deze markt. Deze aspecten zijn belangrijk om vast te kunnen stellen of er sprake is van een evenwichtige markt in termen van vraag en aanbod.

2.2 Zorgverzekeraars

De positie en spreiding van zorgverzekeraars op de inkoopmarkt⁴ voor fysiotherapie worden aan de hand van de volgende kenmerken beschreven:

- aantallen en posities zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt;
- ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt;
- het aantal inkopers van fysiotherapeutische zorg en samenwerking tussen verzekeraars op dit gebied;
- de werkgebieden van verzekeraars.

Aantallen zorgverzekeraars

In Nederland zijn in 2006 31 zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt werkzaam.⁵ Hiervan bieden vijf zorgverzekeraars alleen restitutiepolissen zonder gecontracteerde fysiotherapeutische zorg aan. De andere 26 zorgverzekeraars bieden in (een van) hun polissen gecontracteerde fysiotherapeutische zorg aan. Deze 26 zorgverzekeraars zijn op de zorginkoopmarkt fysiotherapie de vragende partijen namens hun verzekerden.

Ontwikkelingen zorgverzekeringsmarkt

Door de invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 (ZVW) is het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgeheven. Het aantal verzekeraars dat gecontracteerde zorg aanbiedt, is in 2006 toegenomen. Door fusies, overnames en samenwerkingsverbanden is aan de andere kant in 2005 en 2006 het aantal verzekeraars gedaald. In totaal zijn er in 2005 zes verzoeken ingediend bij de NMa voor een fusie. Een aantal andere verzekeraars heeft aangegeven van plan te zijn om met elkaar te fuseren of heeft dit reeds gedaan.⁶

⁴ In dit monitorrapport wordt gesproken over de inkoopmarkt voor fysiotherapie om de markt aan te duiden waarop verzekeraars fysiotherapie inkopen. Het betreft hier geen formeel afgebakende markt in traditionele zin.

⁵ Om als zorgverzekeraar te kunnen opereren is een vergunning van de Nederlandse Bank (DNB) nodig. Daarnaast moet de verzekeraar in het bezit zijn van een goedgekeurde modelpolis. Het CTZ beoordeelt deze polissen. Zorgverzekeraars die ten aanzien van aanvullende verzekeringen of ziektekostenverzekeringen ook een rechtspersoon voeren zijn gezamenlijk als één zorgverzekeraar in de telling meegenomen.

⁶ In de monitor over de zorgverzekeringsmarkt wordt nader ingegaan op de gevolgen van deze ontwikkelingen op de concurrentie in de markt en de consumenten. Deze monitor komt naar verwachting in juni 2006 uit.

Aantal inkopers en mate van samenwerking

Het aantal verzekeraars dat fysiotherapie inkoop is ten opzichte van 2005 veranderd. Door de ZVW is een aantal inkoopende marktpartijen toegetreden, andere partijen hebben de markt verlaten. Zoals uit onderstaande tabel blijkt, zijn er in 2006 op de inkoopmarkt voor fysiotherapie vijftien inkopers actief. Elf inkopers kopen zelfstandig zorg in, al dan niet namens grote concerns waaronder meerdere verzekeraars vallen. Vier inkopers kopen via een extern samenwerkingsverband in. Sommige van deze samenwerkingsverbanden bestonden al in 2005. Andere zijn nieuw of betreffen aanpassingen op bestaande samenwerkingsvormen. Een van deze vier inkopers opereert sinds 2006 namens de daarbij aangesloten verzekeraars als inkoopcombinatie.⁷

Manier van inkopen	Aantallen inkopers	Aantal betrokken zorgverzekeraars
Eigen inkoop (individuele zorgverzekeraars, inkoop op concernniveau, fusiepartners)	11	20
Externe samenwerking (middels uitbesteding, inkoopcombinatie)	4	6
Totaal	15	26

Werkgebieden

De polissen van de meeste verzekeraars worden op landelijk niveau aangeboden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de meeste zorgverzekeraars op landelijk niveau zorg inkopen. Er is één zorgverzekeraar die in het polisaanbod onderscheid maakt tussen twee regio's. Voor zijn kernwerkgebied contracteert het wel zorg, voor de rest van Nederland niet. Als naar de inkoopactiviteiten van zorgverzekeraars op het gebied van fysiotherapie gekeken wordt komt naar voren dat de inkoopende partijen, m.u.v. de inkoopcombinatie, zich veelal oriënteren op specifieke regio's. Dit zijn gebieden waar verzekeraars van oudsher veel verzekerden hebben of waar zij hun werkgebied willen uitbreiden. Deze oriëntatie blijkt uit het gegeven dat in deze gebieden bijvoorbeeld het contract het eerst is aangeboden en dat op die plaats informatiebijeenkomsten zijn gehouden. In deze regio's wordt ook geëxperimenteerd met voorkeursaanbieders. De regionale focus van verzekeraars kan deels worden afgeleid uit de marktconcentratie op provinciaal niveau. Vrijwel in elke provincie is de concentratiegraad hoog⁸. Dit betekent dat er op provinciaal niveau vaak maar een of twee grote verzekeraars verantwoordelijk zijn voor de bulk van de inkoop van fysiotherapie.

⁷ De verzekeraars waarvoor de inkoopcombinatie optreedt geven aan dat de inkoopcombinatie is opgericht om doelmatig zorg in te kunnen kopen voor hun over het land gespreide verzekerden. Zij geven aan dat dit op eigen kracht een stuk moeilijker is. Het samenbundelen van de inkoop levert de inkoopcombinatie geen aanzienlijk marktaandeel op in regionale gebieden. In de kernwerkgebieden kopen enkele verzekeraars die zijn aangesloten bij de inkoopcombinatie zelfstandig hun zorg in.

⁸ Voor meer informatie zie p. 29/30 Visie zorgverzekeringsmarkt door CTZ/CTG/ZAio, 2006.

2.3 Fysiotherapeuten

De positie van fysiotherapeuten op de inkoopmarkt wordt aan de hand van de volgende kenmerken beschreven:

- aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten en ontwikkelingen hierin;
- mate van samenwerking tussen fysiotherapeuten.

Aantallen fysiotherapeuten en praktijken

Volgens de meest recente informatie van NIVEL telt Nederland op 1 januari 2005 ongeveer 13.355⁹ extramuraal werkzame fysiotherapeuten. In 2003 was dit ongeveer 13.425. Sinds 2003 zijn ongeveer 1.080 fysiotherapeuten begonnen met werken in een eerstelijnspraktijk, ofwel ongeveer 8% van de werkzame fysiotherapeuten. In dezelfde periode zijn 1.150 fysiotherapeuten gestopt met werken, ongeveer 9% van de werkzame fysiotherapeuten. In 2003 waren er 4.786 fysiotherapiepraktijken. In 2005 zijn dat er 4.683, 103 minder dan in 2003. Het gemiddelde aantal fysiotherapeuten per praktijk ligt tussen de twee en drie. In de afgelopen jaren is hierin weinig verandering te zien.

Samenwerking tussen fysiotherapeuten

Er is geen goed inzicht in het aantal samenwerkingsverbanden dat tussen fysiotherapeuten bestaat en de grootte hiervan. Uit de Beroepsmonitor van het KNGF (voorjaar 2005) blijkt dat 34.6% van de extramuraal werkzame fysiotherapeuten (die aan deze beroepsmonitor heeft meegewerkt) samenwerkt met andere praktijken. Nog eens 25% van de respondenten geeft aan dat zij op dit moment niet samenwerken, maar wel plannen op dit gebied hebben. De voornaamste reden voor het aangaan van een samenwerkingsverband is de dienstverlening aan de cliënt/patiënt (37%) gevolgd door het verbeteren van de marktpositie van de betreffende fysiotherapeut (29%). Op basis van artikelen op het internet en de rondetafelbijeenkomst kan daarnaast het volgende beeld worden geschetst. Er zijn in ieder geval twee grote samenwerkingsverbanden, met meer dan 20 praktijken, van fysiotherapeuten actief. Een daarvan is dit jaar opgericht¹⁰. Tijdens de rondetafelbijeenkomst gaven twee fysiotherapeuten expliciet aan sinds het begin van het experiment samenwerkingsverbanden met andere fysiotherapeuten te zijn aangegaan. Het aantal samenwerkingsverbanden lijkt daarom toe te nemen.

2.4 Verhoudingen op de inkoopmarkt

Aan de vraagzijde van de inkoopmarkt voor fysiotherapie wordt de markt meestal gedomineerd door een of twee grote verzekeraars per provincie. Daarnaast is een groot aantal andere verzekeraars met een kleiner marktaandeel actief in de markt. Aan de aanbodkant is een groot aantal relatief kleine spelers actief. Hierbij is het moeilijk om het aantal spelers precies aan elkaar te koppelen omdat de markt niet goed is afgebakend. Is er in deze zin sprake van lokale

⁹ Hiervan is circa 61 % als vrijgevestigde fysiotherapeut werkzaam. Dat wil zeggen als praktijkeigenaar in een solo praktijk of een maatschap.

¹⁰ Nieuwsbericht op FysioForum: Samenwerkingsverband praktijken fysiotherapie Bergen Op Zoom.

of regionale markten? CTG/ZAio gaat dit onderzoeken. Hoofdstuk 3 gaat verder in op de gevolgen van de verhouding tussen de spelers in deze markt op het inkoopproces in deze markt.¹¹

2.5 Is er sprake van een aanbodoverschot op de markt voor fysiotherapie?

In de oriënterende monitor fysiotherapie was er discussie over de vraag of er sprake is van een aanbodoverschot aan fysiotherapeuten op de markt¹². Het is lastig om hier harde uitspraken over te doen. CTG/ZAio beschikt namelijk niet over informatie die inzicht geeft in de vraag naar en het aanbod van fysiotherapie per specifieke regio. Deze paragraaf geeft aan de hand van indirecte indicatoren enig inzicht in dit vraagstuk.

Argumenten die wijzen op een aanbodoverschot zijn:

- Voor fysiotherapie bestaan geen wachtlijsten.
- Volgens de HBO-monitor¹³ was 11% van de afgestudeerde fysiotherapeuten in 2004 werkloos (op het moment van enquêteren), in vergelijking met 5% voor overige HBO-beroepsgroepen in de zorg. Daarnaast werkt 10% van de afgestudeerde fysiotherapeuten als uitzendkracht ten opzichte van 3% van de andere HBO'ers in de zorg.
- Sinds de pakketmaatregelen van 1 januari 2004 is de vraag naar fysiotherapie gedaald met 6,1%¹⁴.
- Het aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten is afgenomen.¹⁵
- Een grote reserve aan beroepsbeoefenaren die in het BIG register staan opgenomen als fysiotherapeut. Deze groep zal mogelijk de markt betreden als de marktomstandigheden verbeteren bijvoorbeeld als de prijs voor behandelingen stijgt.

¹¹ Het KNGF meent dat zorgverzekeraars op onderdelen hun inkoopmacht misbruiken op de markt voor fysiotherapie. Het KNGF stelt dat naast de hoogte van de door de verzekeraar bepaalde tarieven (inclusief eventuele staffels, waarbij geen rekening is gehouden met de feitelijke kostprijs) er van misbruik sprake kan zijn met betrekking tot de hoogte van de restitutievergoeding, de objectiviteit van volumeafspraken en beheerssystemen, van de koppeling HV en AV en beperkingen om eigen tarieven in rekening te brengen voor diensten buiten de verzekeringspolis. Deze punten zijn momenteel onderwerp van onderzoek door de NMa.

¹² In de interviews die gehouden zijn met zorgverzekeraars voor de oriënterende monitor beweerden zij dat zij vaak met de helft van het aantal fysiotherapeuten toe zouden kunnen. Hieruit kon geconcludeerd worden dat er sprake was van een aanbodoverschot aan fysiotherapeuten. Ze benadrukten echter dat er alleen sprake is van een aanbodoverschot in aantallen uren en niet specifiek in aantallen personen. Als fysiotherapeuten beter beloond worden, zo stelden zij, zullen ze minder uren werken en zal het aanbodoverschot verdwijnen.

¹³ Deze cijfers komen uit het landelijk rapport *De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroepsonderwijs*, dat in het kader van de HBO-Monitor 2004 is uitgebracht.

¹⁴ NIVEL, 'Daling in de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie in het jaar 2004'. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat in hetzelfde jaar fysiotherapeuten meer mensen hebben behandeld met een chronische aandoening waarbij fysiotherapie wordt vergoed in het ziekenfonds. Dit betreft een zogenoemde lijstaandoening. Het aantal bezoeken van lijstpatiënten is volgens NIVEL gestegen met 30%. Er lijkt dus sprake van enige vorm van substitutie te zijn. Rekening houdend met deze substitutie lijkt de potentiële vraaguitval groter te zijn dan de door NIVEL gerapporteerde 6,1% en daarmee het effect op de aanbodkant van fysiotherapie.

¹⁵ Als de uitstroom op een markt groter is dan de instroom zou geconcludeerd kunnen worden dat fysiotherapeuten moeilijkheden ondervinden om aan het werk te blijven. Dit kan bijvoorbeeld verklaard worden door de daling van de vraag naar fysiotherapie als gevolg van de verkleining van het ziekenfondspakket.

Argumenten die een aanbodoverschot tegenspreken zijn:

- Zorgverzekeraars kunnen een aanbodoverschot aan fysiotherapeuten niet aantonen. Enkele geïnterviewde zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij in sommige gebieden problemen hebben met in voldoende mate contracteren van kinderfysiotherapeuten en bekkentherapeuten. In deze gebieden bestaat een tekort aan deze specifieke fysiotherapeuten.
- Volgens de HBO-monitor vindt 92% van de afgestudeerden na drie maanden een baan en is 2% van afgestudeerden langer dan een jaar werkzoekend. Dit zijn geen ongebruikelijke cijfers als deze vergeleken worden met andere sectoren.

Als bovenstaande argumenten tegenover elkaar worden gezet kan niet geconcludeerd worden dat er een onevenwichtig aanbod op de markt voor fysiotherapie is. Per regio kan dit beeld echter verschillen, zoals de box op de volgende pagina laat zien. In dit kader worden de ervaringen van pas afgestudeerde fysiotherapeuten weergegeven alsmede de ervaringen van fysiotherapeuten die reeds werkzaam zijn. Om concrete uitspraken op regionaal niveau te doen is inzicht nodig in de vraag naar en het aanbod van fysiotherapie in een specifieke regio. Hier ontbreekt het op dit moment aan.

2.6 Conclusie

De markt voor fysiotherapie laat enige dynamiek zien. Zowel aan de vraagkant als aan de aanbodkant verandert de structuur van de markt. Aan de vraagkant verandert het aantal spelers door fusies en samenwerkingsverbanden. De aanbodkant toont grote dynamiek door het aantal instromende en uitstromende fysiotherapeuten dat tussen de 8 en 9% ligt. Er zijn geen directe bewijzen die duiden op een aanbodoverschot in deze markt.

3. Werking van de markt voor fysiotherapie

3.1 Inleiding

Om inzicht te krijgen in de gedragingen van verzekeraars en fysiotherapeuten op de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie is het goed om stil te staan bij de invloeden die andere markten op de zorginkoopmarkt uitoefenen. In figuur 1.1 zijn de relaties tussen de verschillende markten weergegeven. Dit hoofdstuk behandelt ten eerste de invloed van de zorgverzekeringsmarkt op de zorginkoopmarkt. Hoe bepaalt een verzekerde zijn keuze voor een bepaalde verzekeraar? En wat voor invloed heeft dit op het gedrag van de verzekeraar op de inkoopmarkt voor fysiotherapie? Daarnaast gaat het in op de relatie tussen de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt. Hoe kiest een verzekerde voor een bepaalde fysiotherapeut? Beschikt hij over alle informatie om deze keuze te maken? En wat voor invloed heeft dit op de werking van de zorginkoopmarkt? Dit inzicht is nodig om de werking van de zorginkoopmarkt te kunnen doorgronden. De mate waarin de markt werkt, beïnvloedt namelijk het gedrag van verzekeraars en fysiotherapeuten op de markt en de uitkomsten in de markt. De bevindingen worden gekoppeld aan het daadwerkelijke inkoopproces op deze markt. Worden marktpartijen geprikkeld om efficiënt en vraaggericht in te (ver)kopen? Dit hoofdstuk concentreert zich op het gedrag van de spelers. Hoofdstuk 4 tot en met 7 gaan in op de uitkomsten van het inkoopproces.

3.2 Invloed van zorgverzekeringsmarkt

De rol van de zorgverzekeraar op de inkoopmarkt zou idealiter zo ingevuld moeten zijn dat deze geprikkeld wordt om rekening te houden met de wensen en behoeften van zijn verzekerden. Als hij dit niet doet verliest hij klanten. Verzekerden hebben in principe twee mogelijkheden om hun invloed te laten gelden. Ten eerste door te stemmen met de voeten; de exit optie. Ten tweede door wensen en behoeften direct kenbaar te maken aan de verzekeraar, de voice-optie. Beide aspecten hangen nauw met elkaar samen. Hieronder wordt kort ingegaan op deze aspecten.

3.2.1 Keuze gedrag verzekerden (exit-optie)

Zoals blijkt uit een enquête onder consumenten in het begin van 2006 spelen vooral de hoogte van de premies voor de basis- en de aanvullende verzekering een rol bij de keuze voor een verzekeraar.¹⁶ Hoewel verzekerden aangeven dat zij de opgenomen dekking voor fysiotherapie en de vrije keuze voor een fysiotherapeut belangrijk vinden, speelt dit uiteindelijk nauwelijks een rol bij de keuze voor een verzekeraar. Slechts 2,5% van de ondervraagden geeft bijvoorbeeld aan dat de dekking voor fysiotherapie in de aanvullende verzekering uiteindelijk belangrijk is voor de keuze tussen zorgverzekeraars. De prikkel voor een zorgverzekeraar om zich te onderscheiden op het gebied van fysiotherapie is dus niet erg groot omdat maar een klein deel van de verzekerden dit expliciet meeneemt bij zijn keuze voor een verzekeraar. Als hij niet goed

¹⁶ Laske-Aldershof en Schut (2005) concluderen hetzelfde in de *Monitor verzekerdenmobiliteit onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS*, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus MC, Rotterdam.

inkoopt zal maar een beperkt deel van zijn klanten gebruikmaken van de exit-optie. Met de groei van specifieke collectiviteiten in verzekeringen bijvoorbeeld op het gebied van bedrijfsfysiotherapie of fysiotherapie voor bepaalde doelgroepen zoals diabetespatiënten zou het percentage klanten dat gebruikmaakt van de exit-optie kunnen toenemen als het collectief naar een andere verzekeraar overstapt. Verzekeraars worden dan geprikkeld om goed in te kopen.

3.2.2 Kenbaar maken wensen en behoeften patiënten (voice-optie)

Bijna de helft van de ondervraagde patiënten in de patiëntenenquête weet niet of zijn zorgverzekeraar bij de inkoop van fysiotherapeutische zorg rekening houdt met de aspecten die voor hem belangrijk zijn. Bijna een kwart van de patiënten geeft aan dat de zorgverzekeraar bij zijn inkoop juist in sterke mate rekening houdt met zijn wensen en behoeften. 10% van de patiënten neemt contact op met zijn verzekeraar om wensen en behoeften kenbaar te maken. Zij maken hiervoor vooral gebruik van tevredenheidsenquêtes of telefoneren direct met de zorgverzekeraar. Chronische patiënten nemen in verhouding tot de totale groep ondervraagde patiënten iets meer contact op met hun verzekeraar om hun wensen en behoeften kenbaar te maken. De groei van collectiviteiten in verzekeringen kan er toe leiden dat verzekerden/patiënten die bij een collectief zijn aangesloten direct hun wensen en behoeften via het collectief kenbaar kunnen maken aan een verzekeraar. Het aantal patiënten dat direct of indirect zijn wensen kenbaar kan maken neemt hierdoor toe.

3.2.3 Transparantie op de markt voor verzekeringen

Deze paragraaf gaat dieper in op een mogelijke verklaring voor het gedrag van verzekerden/patiënten zoals naar voren komt in bovenstaande twee paragrafen. Het richt zich hierbij op de transparantie van de informatie die verzekeraars geven op het gebied van fysiotherapie.

Transparante informatie van zorgverzekeraars

Om het fysiotherapeutische zorgaanbod van zorgverzekeraars te vergelijken hebben verzekerden transparante informatie nodig. Een belangrijke bron hiervoor is de informatie die afkomstig is van zorgverzekeraars zelf. Voor deze monitor zijn van de tien geïnterviewde zorgverzekeraars het door hen verstrekte informatiepakket over de zorgverzekering en de websites vergeleken op de volgende punten:

- of de gecontracteerde fysiotherapeuten duidelijk zijn aangegeven;
- of de vergoedingen voor fysiotherapie vergelijkbaar zijn omschreven;
- of bij het vermelde aanbod wordt gerefereerd aan de kwaliteit en de specificiteit van de fysiotherapeuten.

Uit de door verzekeraars beschikbaar gestelde informatie blijkt duidelijk bij welke gecontracteerde fysiotherapeuten verzekerden terecht kunnen. De informatie staat vermeld op

de websites van de verzekeraars. Op basis van deze informatie kan een verzekerde dus die verzekeraar kiezen die een contract heeft gesloten met de fysiotherapeut van zijn voorkeur.

De informatie om een keuze te kunnen maken tussen de verschillende polissen van verzekeraars is niet transparant¹⁷. Verzekeraars bieden zelf verschillende aanvullende pakketten die qua omvang en in vergoeding verschillen. Daarnaast verschillen de aangeboden pakketten tussen verzekeraars onderling. De variatie in de vergoedingen van de aanvullende verzekeringen is niet eenduidig en daardoor moeilijk vergelijkbaar. Sommige verzekeraars maximeren op het aantal zittingen, andere op basis van een forfaitair bedrag en weer andere op basis van een bedrag per zitting of een combinatie hiervan. Hierdoor kunnen verzekerden polissen moeilijker met elkaar vergelijken. Dit kan het keuzeproces voor een verzekeraar bemoeilijken en vermindert daarmee de prikkel van een verzekeraar om goed in te kopen. In de monitor zorgverzekeringsmarkt die naar verwachting in juni 2006 uitkomt, wordt ingegaan op mogelijke acties die de toekomstige NZa zal nemen om de transparantie op dit vlak te vergroten.

Zorgverzekeraars hebben vaak geen informatie opgenomen over de kwaliteit en de kenmerken van fysiotherapeuten die zij hebben gecontracteerd. In het algemeen wordt volstaan met de verwijzing om voor kwalitatief goede zorg naar gecontracteerde fysiotherapeuten te gaan. In hoofdstuk 4 wordt uitgebreider stilgestaan bij de vraag of verzekeraars dit op dit moment kunnen.

3.3 Invloed zorgverleningsmarkt

Om de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie aan de aanbodkant goed te laten functioneren is het noodzakelijk dat fysiotherapeuten geprikkeld worden om de best mogelijke zorg te leveren aan patiënten in termen van prijs en kwaliteit. Voor de verzekerde zorg is deze rol primair toebedeeld aan de zorgverzekeraars. Verzekerden/patiënten hebben echter ook zelf invloed op de prestaties van fysiotherapeuten. Zij kunnen immers zelf bepalen naar welke fysiotherapeut zij gaan. Dit geldt bij uitstek voor patiënten die niet aanvullend verzekerd zijn. Deze paragraaf gaat nader in op het keuzeproces van een patiënt voor een fysiotherapeut. Hoe kiest hij een fysiotherapeut en met welke aspecten houdt hij rekening bij zijn keuze? De analyse van dit keuzegedrag is gebaseerd op de uitkomsten van de patiëntenenquête. Als laatste wordt ingegaan op de vraag hoe dit keuzeproces de werking van de markt beïnvloedt.

Voordat wordt ingegaan op het keuzeproces van een patiënt voor een fysiotherapeut, nu eerst algemene informatie over de manier waarop patiënten verzekerd zijn. Mensen die een verzekering hebben afgesloten kunnen immers andere afwegingen hebben bij het selecteren

¹⁷ Door de pakketmaatregelen van 1 januari 2004 wordt fysiotherapie binnen het basispakket alleen nog vergoed voor jongeren tot 18 jaar en komen alleen patiënten met bepaalde chronische aandoeningen nog in aanmerking voor een vergoeding vanaf de tiende behandeling. De resterende fysiotherapeutische zorg, tussen de 70 en 80%, komt ten laste van de aanvullende verzekering of eigen bijbetalingen.

van een fysiotherapeut dan patiënten die niet aanvullend verzekerd zijn of deels verzekerde patiënten.

3.3.1 Hoe zijn patiënten verzekerd voor fysiotherapie?

Tweederde van de respondenten die heeft meegewerkt aan de patiëntenenquête was in 2005 ziekenfonds verzekerd, 86% van de totale onderzoekspopulatie was aanvullend verzekerd voor fysiotherapie¹⁸. Van de groep met het laagste jaarinkomen was 96% aanvullend verzekerd. Voor de groep met het hoogste jaarinkomen is dat 76%. Chronische patiënten sluiten vaker een aanvullende verzekering dan andere patiënten. Nog geen twee procent van de respondenten heeft geen aanvullende verzekering afgesloten. Van de patiënten die verzekerd zijn bezoekt 4% een fysiotherapeut die niet gecontracteerd is door zijn verzekeraar. Deze patiënten moeten een (deel) van de behandeling dus zelf betalen. In 2005 was dit gemiddeld vier euro.

3.3.2 Keuzeproces patiënt voor een fysiotherapeut

Keuze voor een fysiotherapeut

17% van de patiënten heeft bij de keuze voor een fysiotherapeut een vergelijking gemaakt tussen meerdere fysiotherapeuten. Bij chronische patiënten ligt dit percentage hoger, namelijk 26%. De patiëntenenquête wijst uit dat een fysiotherapeut wordt gekozen op basis van:

- het advies van de (huis)arts (42%);
- eigen ervaring met deze fysiotherapeut (30%);
- het gegeven dat het de dichtstbijzijnde fysiotherapiepraktijk is (19%).

Informatie over deze aspecten wordt verkregen via navraag bij familie/vrienden, via de (huis)arts of via vragen aan de fysiotherapeut zelf. Voor informatie over de vergoeding van de verzekeraar en de eigen bijbetaling richt de patiënt zich zowel tot zijn zorgverzekeraar als de eigen fysiotherapeut.

Belangrijke aspecten voor keuze

Bij het maken van een keuze tussen verschillende fysiotherapeuten wordt vooral gelet op de deskundigheid van de fysiotherapeut, hoe snel een patiënt bij een fysiotherapeut terecht kan en of de behandeling door de verzekeraar wordt vergoed. De specialisatie van de fysiotherapeut is voor de chronische patiënten een belangrijker aspect bij hun keuze dan voor andere patiënten.

Invloed inkomen op keuze voor fysiotherapeut

De invloed van het inkomen van de patiënt op de keuze voor een fysiotherapeut speelt vooral een rol in die gevallen waar de verzekerde een deel van zijn behandeling zelf moet betalen. Als hij verzekerd is krijgt hij namelijk meestal alles vergoed. De prijs van de behandeling is bij degenen met een hoog bruto jaarinkomen (> 45.000 euro) niet belangrijk, voor patiënten met

¹⁸ In 2006 kan deze situatie veranderd zijn. Voorlopige bevindingen laten zien dat het aantal mensen dat zich aanvullend verzekert is gedaald. De monitor Zorgverzekeringsmarkt die in de zomer van 2006 zal uitkomen zal hier meer inzicht over geven.

een laag bruto jaarinkomen (< 20.500 euro) is prijs een heel belangrijk aspect bij hun keuze voor een fysiotherapeut. Ook de vergoeding van de behandeling door de zorgverzekeraar is bij de respondenten met een hoog bruto jaarinkomen minder belangrijk, maar wel duidelijk belangrijker dan de prijs. De bereikbaarheid van de praktijk met openbaar vervoer en de nabijheid in de omgeving is voor de laagste inkomensgroep en de 55-plussers een belangrijk aspect bij de keuze voor een fysiotherapeut.

Kiezen voor een andere fysiotherapeut

Van de patiënten geeft 93% aan dat hij in principe voor dezelfde fysiotherapeut zou kiezen indien hij opnieuw behandeld zou moeten worden. Een groot aantal patiënten (46%) verandert echter van fysiotherapeut. De belangrijkste reden hiervoor is een verhuizing (23% van de patiënten die een behandeling volgen bij een andere fysiotherapeut dan vorig jaar). Andere redenen waarom patiënten van fysiotherapeut veranderen zijn de aanwezigheid van een bepaald specialisme in een andere praktijk (15%), ontevredenheid over de vorige fysiotherapeut (12%), omdat zij een praktijk gevonden hebben die dichterbij is dan de vorige praktijk (10%) en omdat de fysiotherapeut niet meer werkzaam is in de vorige praktijk (11%). Chronische patiënten veranderen minder vaak van fysiotherapeut, maar als ze naar een andere fysiotherapeut gaan komt dit in vergelijking met andere respondenten meer doordat ze ontevreden zijn over de vorige fysiotherapeut. Hoger opgeleide patiënten wisselen vaker van fysiotherapeut dan andere patiënten. Dit komt voornamelijk omdat deze groep vaker verhuist.

Afruïl patiënt tussen reisbereidheid en prijsbereidheid

In deze monitor is onderzocht hoe patiënten verschillende zorgaanbiedingen met elkaar vergelijken en is vooral stilgestaan bij de vraag wat de afruil van een patiënt is op het gebied van eigen bijbetaling en reistijd. Hoeveel geld is een patiënt bijvoorbeeld bereid te betalen als hij bij de fysiotherapeut om de hoek zijn behandeling kan ondergaan in plaats van de door de verzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut waarvoor hij tien minuten moet reizen?

Om dit te onderzoeken heeft TNS-NIPO bij de respondenten van de patiëntenenquête een conjunctmeting verricht.¹⁹ Hieraan hebben 515 respondenten meegewerkt. Uit de resultaten van de conjunctmeting blijkt dat patiënten bij het vergelijken van de attributen reistijd, wachttijd

¹⁹ Conjunct meten is een instrument om een keuzeproces in kaart te brengen. De respondenten kregen via de computer een aantal fictieve situaties voorgelegd, in dit geval toegespitst op fysiotherapie. Vervolgens wordt aan de respondent gevraagd om deze fictieve situaties te waarderen. De respondent maakt dan een integrale afweging op basis van de kenmerken die in de situatie zijn opgenomen. Door de kenmerken voldoende te variëren, kan in de analyse van ieder afzonderlijke kenmerk de invloed worden bepaald.

De fictieve situaties zijn aan de hand van de volgende eigenschappen beschreven:
Reistijd (met niveaus 5, 10, 15 en 20 minuten);
Wachttijd (met niveaus geen, 1 week, 2 weken en 3 weken wachttijd) en
Eigen bijbetaling (met niveaus 0, 2, 4, 6 en 8 euro).

Het belang van verschillende attributen in dit beslissingsproces kan worden uitgedrukt in een gewicht dat ook wel relatief belang wordt genoemd. De som van deze gewichten is 100%.

en eigen bijbetaling de wachttijd het belangrijkste vinden (42.3%).²⁰ Op de tweede plaats staat de eigen bijbetaling (35%). De reistijd scoort relatief het laagst (22.7%).

Bij de keuze voor een fysiotherapeut is de wachttijd theoretisch gezien dus de belangrijkste factor voor de patiënten. In de praktijk is er bijna geen sprake van wachtlijsten voor fysiotherapeutische zorg, hoofdstuk 6 gaat hier verder op in. De eigen bijbetaling en de reistijd zullen in de praktijk dus belangrijker beslisfactoren zijn bij een keuze voor een fysiotherapeut dan de wachttijd voor een behandeling.

Door de wachttijd constant te houden of helemaal niet in de fictieve situaties mee te nemen kan de afruil tussen reistijd en eigen bijbetaling bepaald worden voor de gemiddelde patiënt. De meest ideale situatie voor de patiënt is de fictieve situatie geen wachttijd, 5 minuten reistijd en 0 euro bijbetalen. Hoeveel is de patiënt nu bereid te betalen als hij voor een bezoek aan een fysiotherapeut niet of minder hoeft te reizen? Of hoeveel (premie)korting wenst de patiënt te krijgen voor een langere reistijd als een verzekeraar een patiënt bijvoorbeeld naar een verder gelegen voorkeursaanbieder wil sturen? Uit de resultaten van de conjunctmeting volgt dat de verzekeraar een patiënt voor elke hypothetische verlenging van de reistijd met vijf minuten twee euro korting zou moeten geven om de patiënt hiertoe te bewegen.²¹ Hier is sprake van een min of meer lineair verband. Voor een verlenging van de reistijd met tien minuten zou de verzekeraar de patiënt vier euro korting moeten geven et cetera.

Het is goed om te benadrukken dat het hier om zogenaamde "stated preferences" gaat en niet om het daadwerkelijke gedrag dat consumenten vertonen. CTG/ZAIo zal in de nabije toekomst aan de hand van postcodegegevens van patiënten die door LiPZ worden verzameld, onderzoek doen naar het daadwerkelijke reisgedrag van patiënten om de markt voor fysiotherapie te kunnen afbakenen. Ook is in deze analyse geen rekening gehouden met de loyaliteit die een klant kan hebben ten opzichte van de fysiotherapeut die hem behandelt. De voorkeur voor een klant voor een bepaalde fysiotherapeut kan bijvoorbeeld zo groot zijn dat deze niet geneigd is om naar een andere fysiotherapeut te gaan, ook al is dit goedkoper en hoeft hij hier minder voor te reizen.²² Ook het inkomen, de leeftijd, de verbijzonderingen die de betreffende fysiotherapeut aanbiedt, de ernst van de aandoening en de chroniciteit van de aandoening kunnen hierbij een rol spelen.

In de oriënterende monitor werd de vraag gesteld hoe afhankelijk een fysiotherapeut is van een contract met een verzekeraar. Fysiotherapeuten stelden dat zij geen andere keuze hadden dan het contract van een verzekeraar te tekenen omdat de patiënt bij een geringe bijbetaling er voor

²⁰ Andere factoren als kwaliteit of reputatie die een rol in het keuzeproces kunnen spelen zijn niet meegenomen omdat deze niet goed meetbaar zijn.

²¹ Als dit wordt omgerekend naar een uur, dan zou de patiënt er 24 euro voor over hebben om een uur aan reistijd te besparen. Hoewel dit niet veel zal voorkomen voor fysiotherapie geeft het bedrag een soort gemiddelde van de "opportunity costs" aan voor de waarde die patiënten aan tijd toekennen. In die zin zouden mensen met een hoger inkomen minder snel geneigd zijn om ver te reizen voor een fysiotherapeut. Zij kunnen deze tijd bijvoorbeeld beter besteden aan alternatieve bezigheden. Daarnaast spelen de echte reiskosten een belangrijke rol die de afruil tussen eigen bijbetaling en reistijd zullen bepalen.

²² De wachtlijsten bij bepaalde fysiotherapeuten die geen contract hebben getekend met een verzekeraar en een tarief ver boven de gemiddelde marktprijs vragen geven hier blijk van.

kiest om naar een gecontracteerde fysiotherapeut te gaan. Als een patiënt een niet gecontracteerde fysiotherapeut bezoekt moet hij het verschil tussen de door de fysiotherapeut vastgestelde passantenprijs en de door de verzekeraar vastgestelde restitutievergoeding zelf bijbetalen. In de oriënterende monitor bedroeg dit verschil gemiddeld vijf euro. Uit deze paragraaf blijkt dat de afhankelijkheid van een contract van een verzekeraar onder andere afhangt van de reistijd naar de meest nabijgelegen praktijk waar de patiënt naartoe kan gaan zonder bijbetaling. Als hij in een stedelijke omgeving werkt waar ook veel andere fysiotherapeuten werkzaam zijn die wel een contract met een verzekeraar van de betreffende klant hebben gesloten, loopt hij een grote kans dat de klant naar een gecontracteerde fysiotherapeut gaat. Als deze reistijd oploopt is de klant bereid een bepaald bedrag bij te betalen. In 2005 vertaalde dit zich bijvoorbeeld in een reistijd van tien minuten. Relatief geïsoleerde praktijken kunnen dus makkelijker een contract van een verzekeraar naast zich neerleggen dan fysiotherapiepraktijken die omringd worden door andere praktijken, waarvan de kans groot is dat deze wel een contract hebben met een verzekeraar.

3.3.3 Transparantie van fysiotherapeuten

In de voorgaande paragraaf werd gesteld dat patiënten vaak niet actief fysiotherapeuten met elkaar vergelijken. Deze paragraaf gaat na of de patiënt over voldoende transparante informatie beschikt om een afgewogen keuze te kunnen maken tussen fysiotherapeuten. Hierbij zijn vooral de transparantie op het gebied van prijs en kwaliteit belangrijk.

Transparantie prijs

Er bestaat geen inzicht in de manier waarop de patiënt zich informeert over de prijs van een behandeling als hij een fysiotherapeut bezoekt. Hiervoor kan hij gebruikmaken van verschillende bronnen zoals de website van een fysiotherapeut als deze er een heeft, folders die door fysiotherapeuten worden verspreid of een standaardprijslijst die een fysiotherapeut verplicht is om op te hangen. Om de transparantie op het gebied van prijs te waarborgen zijn fysiotherapeuten verplicht om een standaardprijslijst op een in het oog springende plek in de praktijk op te hangen. Hierdoor kunnen patiënten die niet aanvullend verzekerd zijn of patiënten van een verzekeraar die geen contract heeft gesloten met de bewuste fysiotherapeut, zich informeren over de prijs die deze fysiotherapeut in rekening brengt. Voor verzekerde patiënten die gebruikmaken van een door zijn verzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut is deze prijslijst van minder belang. De verzekeraar vergoedt namelijk gewoon de kosten als de patiënt naar een gecontracteerde fysiotherapeut gaat. Het ophangen van de standaardprijslijst moet er voor zorgen dat er een wettelijk minimum aan transparantie op het gebied van prijs voor de patiënt bestaat, mede om er voor te zorgen dat deze kostenbewust kan inkopen. In de enquête onder patiënten is de vraag opgenomen of er een prijslijst in de praktijk hing. Een vijfde deel van de patiënten weet zeker dat er een prijslijst in de praktijk aanwezig was; 42% zegt van niet en de overige respondenten weten het niet. De transparantie op het gebied van prijs is daarom gering. Omdat het hier om een wettelijk minimum aan transparantie gaat kan dit signaal als indicatie dienen dat de transparantie op het gebied van prijs in zijn algemeenheid niet goed is. Het aantal personen waarvoor transparantie op het gebied van prijs op dit moment belangrijk is, is echter

ook gering. Zoals eerder in het hoofdstuk werd aangegeven gaat het hier om ongeveer 6% van de patiënten die een fysiotherapeut bezoekt. Indien deze groep groter wordt neemt het belang van transparantie op het gebied van prijs toe. Dit is bijvoorbeeld het geval indien patiënten minder aanvullende verzekeringen afsluiten voor fysiotherapie. Ook hangt dit af van het percentage fysiotherapeuten dat geen contract ondertekent met een verzekeraar.

Beoordeling CTG/ZAio

Transparantie op het gebied van prijs is een cruciaal onderdeel voor het functioneren van de markt. Als er geen transparantie op dit gebied is kan een consument niet kostenbewust kiezen en bestaat er onzekerheid over de hoogte van de prijs die hij moet betalen. Een vergroting van de transparantie is daarom een “no regret option”. Om een wettelijk minimum aan transparantie te waarborgen zal CTG/ZAio de transparantie op het gebied van prijs bevorderen door de ophangplicht van de prijslijsten actief te handhaven. Als blijkt dat fysiotherapeuten niet voldoen aan de ophangplicht zullen zij een last onder dwangsom opgelegd krijgen. CTG/ZAio zal het KNGF verzoeken om haar achterban er nogmaals op te wijzen dat fysiotherapeuten verplicht zijn om een prijslijst op te hangen.

Transparantie kwaliteit

Naast de prijs is normaliter de kwaliteit van een fysiotherapeut van belang bij de keuze van een fysiotherapeut. Op dit moment zijn de kwaliteitsverschillen tussen fysiotherapeuten niet inzichtelijk voor de zorgverzekeraar en de patiënt. Dit komt omdat er geen indicatoren voor fysiotherapie bestaan aan de hand waarvan deze kwaliteitsverschillen gemeten kunnen worden. Waardevolle indicatoren om kwaliteitsverschillen te kunnen meten zijn prestatie-indicatoren. Bij prestatie-indicatoren kan er een onderscheid worden gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.²³

Prestatie-indicatoren zijn van belang om onderdelen van de zorg te meten en uit te drukken in een maat en/of getal. Prestaties van fysiotherapeuten kunnen dan vergeleken worden, bijvoorbeeld op het gebied van het resultaat van de behandeling door middel van uitkomstindicatoren. De kwaliteit van de zorg wordt hierdoor transparanter en kwaliteitsverschillen tussen fysiotherapeuten worden inzichtelijk gemaakt. Dit bevordert de vraaggestuurde zorg. De patiënt kan hierdoor beter een fysiotherapeut kiezen op basis van kwaliteit en een prijsverschil tussen fysiotherapeuten beter duiden.

²³ Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over de omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. Een concreet voorbeeld betreft bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifiek specialisme binnen een praktijk.

Procesindicatoren geven informatie over de handelingen om kwaliteit te leveren. Het gaat meestal om het bepalen van het percentage waarbij een bepaalde procedure is uitgevoerd. Bijvoorbeeld de mate van gebruik van protocollen of door een beroepsgroep vastgestelde richtlijnen.

Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg. Een concreet voorbeeld: de mate waarin een specifieke klacht van een patiënt is verminderd door de behandeling van een fysiotherapeut.

De verzekeraar heeft met prestatie-indicatoren een instrument waarmee hij kwaliteitsverschillen tussen fysiotherapeuten op een objectieve manier kan belonen en gemotiveerd consumenten naar bepaalde fysiotherapeuten kan sturen. Hierbij geldt dat als een patiënt een fysiotherapeut niet kiest op basis van kwaliteit de verzekeraar in theorie ook geen prikkel heeft om dit in zijn inkoopproces mee te nemen.

De transparantie in de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie dient verbeterd te worden. Zonder deze transparantie kunnen patiënten en verzekeraars geen goede fysiotherapeutische zorg inkopen. Hoofdstuk 4 gaat verder in op de acties die CTG/ZAio zal nemen om de transparantie op dit gebied te verbeteren.

3.4 Inkoopproces

3.4.1 Inleiding

De twee voorgaande paragrafen gingen in op de mogelijke invloed die de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt op de zorginkoopmarkt kunnen uitoefenen. Deze paragraaf gaat nader in op het inkoopproces van verzekeraars op de zorginkoopmarkt voor het jaar 2006. Het beschrijft allereerst de context waarin dit inkoopproces heeft plaatsgevonden. Daarna gaat het in op het contracteerproces zelf en de vraag of er onderhandeld kon worden over de contracten. Als laatste besteedt het aandacht aan de administratieve lasten die het gevolg zijn van het inkoopproces. In hoofdstuk 4 tot en met 7 wordt ingegaan op de uitkomsten van het inkoopproces.

3.4.2 Context inkoopproces

Deze paragraaf staat kort stil bij enkele factoren die het inkoopproces hebben beïnvloed. Deze factoren zijn grotendeels door de marktpartijen zelf naar voren gebracht.

Eenzijdige prikkels voor zorgverzekeraars om goed in te kopen

Zoals uit de twee voorgaande paragrafen bleek, lijken er vanuit de kant van de verzekerden nauwelijks prikkels voor zorgverzekeraars te zijn om goed in te kopen. Ten eerste neemt een verzekerde bij het kiezen van een verzekeraar of het sluiten van een polis maar in zeer beperkte mate het product fysiotherapie in zijn beslissing mee. Ten tweede vergelijkt een verzekerde bij zijn keuze voor een fysiotherapeut niet meerdere fysiotherapeuten met elkaar. Fysiotherapeuten hebben daardoor geen prikkel om zich van elkaar te onderscheiden. Als verzekerden hier niet op letten zullen verzekeraars ook niet geprikkeld zijn om de beste fysiotherapeuten te contracteren. Verzekeraars ondervinden aan de andere kant echter wel degelijk prikkels bij de inkoop van zorg. Winstgerichte verzekeraars streven winstmaximalisatie na en zullen daarom tegen een zo laag mogelijke prijs zorg willen inkopen. Daarnaast ervaren verzekeraars een prikkel om richting de klant de premie te drukken om op die manier extra klanten te werven.

Zorgplicht verzekeraars

Verzekeraars die polissen aanbieden met gecontracteerde zorg hebben een zorgplicht voor zover deze zorg onder de basisverzekering valt.²⁴ Voor de aanvullende verzekering hebben verzekeraars geen zorgplicht.

Oproep KNGF om voorlopig geen contracten te tekenen

Meerdere zorgverzekeraars hebben de oproep van het KNGF op 6 oktober 2005 om de contracten van zorgverzekeraars voorlopig niet te tekenen als storend ervaren.²⁵ Voor enkele zorgverzekeraars heeft dit tot vertraging in het inkoopproces geleid. De oproep heeft volgens de verzekeraars invloed gehad op de keuzes die zijn gemaakt om fysiotherapeutische zorg in te kopen. Zoals bij de beslissing om een polis met gecontracteerde zorg aan te bieden of te kiezen voor een restitutiepolis met niet gecontracteerde zorg.

Invoering Zorgverzekeringswet (ZVW)

Meerdere zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de invoering van de ZVW gevolgen heeft gehad voor de uitvoering van de inkoop van fysiotherapie. Dit betreft de onzekerheid over de gevolgen van het aanbieden van een natura- of restitutiepolis, onzekerheid over de administratieve gevolgen en het juridisch aanpassen van het contract.

Late besluitvorming over nieuwe prestaties en onduidelijkheid over de aanspraken

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij problemen hebben ervaren bij het opnemen van de nieuwe prestaties in de contracten. Enerzijds is dit te wijten aan de late besluitvorming over het opnemen van de prestaties op de lijst van prestatiebeschrijvingen. Anderzijds was dit een gevolg van de onduidelijkheid over de aanspraken in de verzekering over deze nieuwe prestaties. Zo is pas in december 2005 bekend geworden dat de telefonische zitting onder de aanspraak valt. Verder deden zich problemen voor rond het onderwerp directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF). De introductie van DTF maakt het mogelijk dat een patiënt zich direct kan wenden tot een fysiotherapeut zonder een verwijzing van een (huis)arts. De problematiek rond dit onderwerp concentreerde zich op de bepalingen die verzekeraars hierover hebben opgenomen in de contracten. De meeste verzekeraars vergoeden alleen DTF bij gecontracteerde zorgaanbieders, bij niet gecontracteerde zorgaanbieders is een verwijzing van de huisarts nodig als de verzekerde voor een vergoeding in aanmerking wil komen. Het KNGF had echter aan haar achterban aangegeven dat er geen beperkingen zouden zijn. Dit heeft tot verwarring geleid.

²⁴ In de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet (ZVW) wordt het begrip zorgplicht als volgt omschreven. Verzekeraars hebben een rol om de betaling van de kosten van zorg te waarborgen en om er voor te zorgen dat burgers de verzekerde zorg in voorkomend geval ook werkelijk kunnen verkrijgen. Zie ook de memorie van toelichting van de ZVW.

²⁵ Het KNGF riep haar leden destijds op om in actie te komen tegen de minister, om deze te bewegen om een betere positie van de fysiotherapeuten op de markt te garanderen. De minister moest volgens het KNGF zorgen voor evenwicht tussen de marktpartijen. Op 28 oktober heeft het KNGF de oproep om niet te tekenen beëindigd. Het KNGF kwam tot deze stap nadat de minister volgens hen aangegeven had dat hij serieus de mogelijkheden zou onderzoeken om de positie van fysiotherapeuten ten opzichte van verzekeraars te verbeteren. Paragraaf 3.4.4 gaat nader in op de bevindingen van het onderzoek dat door de minister is uitgevoerd.

Opinie in de media

Enkele zorgverzekeraars noemen de opinie in de media als een aspect waarmee rekening dient te worden gehouden bij de inkoop van zorg. Een zorgverzekeraar geeft bijvoorbeeld aan dat onder druk van de opinie, die zich uitspreekt over het belang van keuzevrijheid, te zijn overgestapt naar een polis met restitutiemogelijkheden. ZN meent daarnaast dat het onderhandelingsproces negatief beïnvloedt wordt doordat fysiotherapeuten in de media veel bombarie maken over wurgcontracten. ZN stelt dat de mogelijkheden voor fysiotherapeuten om media en verzekerden te benutten en in te zetten voor het onderhandelingspel groter zijn dan voor verzekeraars.

3.4.3 Inkoopproces

Op hoofdlijnen zijn er bij fysiotherapie twee inkooptrajecten te onderscheiden:

- een traject waarbij zorgverzekeraars de reguliere zorg contracteren via het aanbieden van standaardcontracten (waarin de tarieven zijn opgenomen) aan fysiotherapeuten. Hierbij dienen fysiotherapeuten aan bepaalde kwaliteits- en administratieve voorwaarden te voldoen²⁶ én
- een traject waarbij zorgverzekeraars afspraken met fysiotherapeuten buiten de standaardcontracten om maken, bijvoorbeeld over zorgprogramma's voor specifieke klachten en ziekten. Het gaat hierbij vooral om aanvullende afspraken op het gebied van kwaliteit en innovatie. Hoofdstukken 4 en 5 gaan hierop verder in.

Contracteerproces

Het eerste traject is veelal gericht op het landelijk contracteren van fysiotherapeuten. Dit traject speelde zich af in de periode november 2005 – februari 2006. Bij de inkoop waren voor verzekeraars de toegankelijkheid van de zorg in termen van het zoveel mogelijk contracteren van fysiotherapeuten en de hoogte van de aangeboden prijs de belangrijkste aspecten. Net zoals in 2005 hebben verzekeraars overleg gevoerd met regionale vertegenwoordigers van fysiotherapeuten over de in de contracten opgenomen afspraken, bijvoorbeeld op het gebied van administratie en het contracteren van de nieuwe prestaties. Het contractaanbod is vervolgens door de meeste verzekeraars via informatiebijeenkomsten gepresenteerd aan groepen fysiotherapeuten in de kernwerkgebieden van de verzekeraars. Verzekeraars verstuurden daarna de contracten naar de fysiotherapeuten met de vraag om het contract te ondertekenen.²⁷ Bij de beoordeling van de contracten konden fysiotherapeuten gebruikmaken van de informatie die door het KNGF op haar website was geplaatst over de individuele aanbiedingen van verzekeraars. Hierbij vat het KNGF per contract de positieve en negatieve kanten van de individuele contracten samen.²⁸ Eveneens geeft zij informatie over de

²⁶ Dit betreft de zorgverlening gebaseerd op de te contracteren zorgprestaties zoals verwoord door CTG/ZAio.

²⁷ In de toekomst kunnen verzekeraars mogelijk ook gebruikmaken van andere instrumenten bij de aanbesteding van zorg. Bij kraamzorg wordt op dit moment bijvoorbeeld gebruikgemaakt van het veilinginstrument. De initiatiefnemer van deze veiling geeft aan dat fysiotherapie mogelijk ook op deze wijze aanbesteed kan worden.

²⁸ Het KNGF neemt bij het begin van iedere beoordeling expliciet de passage op dat in het kader van de Mededingingswet het KNGF alleen objectieve informatie geeft. Ook stelt het KNGF dat ten hoogste van de tarieven de fysiotherapeut zelf een afweging moet maken of hij het contract tekent of niet. Wel merkt zij bij sommige beoordelingen op dat het aangeboden bod tot de laagste in de markt of tot de bovenkant van de markt behoort.

onduidelijkheden en het ontbreken van informatie in het contract. Veel zorgverzekeraars hebben naar aanleiding van deze beoordeling de overeenkomst aangepast.

Bij het contracteren van zorg hebben enkele verzekeraars gebruikgemaakt van verschillende rondes. In de eerste ronde contracteerden zij de zorg in hun eigen kernwerkgebied. In een later stadium werd de zorg buiten het kernwerkgebied gecontracteerd. Enkele zorgverzekeraars zijn op het moment van schrijven van dit rapport nog bezig om het percentage gecontracteerde zorg te vergroten.

Enkele geïnterviewde verzekeraars geven aan dat zij met fysiotherapeuten graag een langdurige relatie willen aangaan om de zorgcontinuïteit te garanderen. Zij willen daarom meerjarige contracten sluiten. In verband met de onzekerheid over het voortduren van het experiment hebben deze verzekeraars dit jaar hier nog van afgezien.

Uit de enquête onder fysiotherapeuten blijkt dat 51% tevreden is met de (inhoud van de) contracten die in 2006 door de verzekeraars zijn aangeboden, 37% is ontevreden en 7% is zeer ontevreden over de aangeboden contracten. Ten opzichte van 2005 vindt 64% van de fysiotherapeuten de inhoud van de contracten verbeterd, 19% van de fysiotherapeuten vindt deze minder goed dan de contracten van 2005.

Menu van tarieven

De fysiotherapeuten kunnen bij negen van de vijftien inkopers die een contract aanbieden kiezen uit een menu van verschillende tarieven. Een verzekeraar biedt vijf verschillende tarieven aan. Vier verzekeraars bieden drie verschillende tarieven aan en vier verzekeraars twee tarieven. Tijdens de interviews hebben twee verzekeraars aangegeven dat zij in de toekomst ook meer willen differentiëren. Zij hebben dit tot nu toe nog niet gedaan omdat zij nog niet beschikken over objectieve criteria waarop deze differentiatie gebaseerd kan worden.

De criteria op basis waarvan een hoger tarief kan worden gekregen zijn meestal gekoppeld aan een combinatie van eisen op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid (een laag behandelgemiddelde) en transparantie. De prijsopslag tussen het hoogste tarief en het daarop volgende tarief ligt tussen de 50 eurocent en 2,50 euro per behandeling. Fysiotherapeuten kunnen in beginsel zelf een keuze maken voor welk tarief ze in aanmerking willen komen. Verzekeraars controleren vaak achteraf of de fysiotherapeut aan alle criteria voldoet en voor het gekozen tarief in aanmerking komt. In hoofdstuk 4 en 5 wordt uitgebreider ingegaan op de tariefdifferentiatie die verzekeraars toepassen. Zoals in hoofdstuk 6 staat beschreven bieden enkele verzekeraars twee contracten aan, waarbij één van de contracten specifiek gericht is aan voorkeursaanbieders.

Ten opzichte van 2005 hebben meer verzekeraars een menu aan tarieven opgenomen in hun contracten waaruit fysiotherapeuten kunnen kiezen. Enkele verzekeraars die vorig jaar tariefdifferentiatie toe pasten zijn hierop echter teruggekomen. Naar eigen zeggen, omdat hier

te veel kritiek op is geuit vanuit de fysiotherapeuten. Het betrof hier vooral kritiek op de objectiviteit van de criteria om voor verschillende tarieven in aanmerking te komen.

Prijssignalen

Bij het aanbieden van de contracten is door verzekeraars bewust gelet op het aanbod dat andere verzekeraars in de markt hadden gezet. Een verzekeraar had als strategie om als eerste zijn contract in de markt te zetten. Met dat aanbod wilde hij zich in een vroeg stadium onderscheiden van andere verzekeraars en fysiotherapeuten aan zich binden. Een aantal verzekeraars heeft expliciet aangegeven dat zij hebben gewacht met het aanbieden van een contract tot andere verzekeraars een aanbod hadden gedaan, om zo een marktconform tarief te kunnen aanbieden.

Problemen rond contracteren

Enkele verzekeraars hebben problemen ondervonden bij het contracteren van voldoende zorg in specifieke regionale gebieden. Dit doet zich onder andere voor in regio's waar verzekeraars geconfronteerd worden met andere verzekeraars die hogere contracteertarieven aanbieden. In deze regio weigeren fysiotherapeuten contracten met sommige verzekeraars te tekenen vanwege het lagere aangeboden tarief. Doordat de meerderheid van de zorgverzekeraars een polis aanbiedt met gecontracteerde zorg en daardoor een zorgplicht heeft voor de basisverzekering, moet hij voldoende zorg contracteren voor dat gedeelte van de zorg.²⁹ Enkele verzekeraars hebben hierop hun aanbod verhoogd. Een andere verzekeraar laat fysiotherapeuten die op het eerste tariefaanbod niet ingaan offreren. Daarnaast maken enkele verzekeraars gebruik van restitutie in deze gebieden. Het is nog niet bekend of verzekeraars de contracten dan op landelijk niveau zullen aanpassen of dat er ook gedifferentieerd wordt naar regio.

3.4.4 Onderhandelen

Algemeen

Over de standaardcontracten hebben in het algemeen geen onderhandelingen plaatsgevonden op individueel niveau. In de enquête onder fysiotherapeuten geeft 84% van hen aan dat zij niet hebben kunnen onderhandelen over de inhoud van het contract met de verzekeraar. Op het gebied van prijs heeft 98% niet kunnen onderhandelen. Rond de 2% heeft wel over de prijs kunnen onderhandelen, waarvan 60% uiteindelijk een hogere prijs heeft kunnen bedingen voor zijn product ten opzichte van het standaardaanbod. De contracten die tijdens de informatiebijeenkomsten worden gepresenteerd worden soms aangepast als hierop veel kritiek is van fysiotherapeuten. Voorbeelden hiervan zijn de opname van een nieuwe prestatie en kleine aanpassingen in de hoogte van het tarief.

Van de 16% van de fysiotherapeuten die in 2006 over de contracten heeft kunnen onderhandelen geeft 43% aan tevreden te zijn over de manier waarop dit is gegaan, 23% is ontevreden, 9% is zeer ontevreden en 26% heeft geen mening.

²⁹ Daarnaast willen zorgverzekeraars zoveel mogelijk zorg contracteren om hun schadelast te kunnen beheersen.

Bagatelgrens

Naar het oordeel van het KNGF is er nog steeds sprake van een gebrekkige onderhandelingspositie van fysiotherapeuten. Daarnaast ervaren fysiotherapeuten de onderhandelingen met verzekeraars als een administratieve last. De wens van het KNGF was daarom dat de bagatelgrens zou worden opgerekt. Binnen de huidige bagatelgrens kunnen dienstverlenende bedrijven met een gezamenlijke omzet van 908.000 euro of minder vergaand samenwerken als het maximale aantal ondernemingen niet groter dan acht is. Zij mogen dan bijvoorbeeld samen onderhandelen op het gebied van prijs.

De minister heeft op verzoek van de Tweede Kamer onderzocht in hoeverre de onderhandelingspositie van vrije beroepsbeoefenaren versterkt kan worden en hoe de onderhandelingen vereenvoudigd kunnen worden. Op 22 december 2005 heeft hij hier de Tweede Kamer over geïnformeerd.³⁰

Kort samengevat constateert de minister in zijn brief dat er over het algemeen sprake is van eerlijke onderhandelingen tussen fysiotherapeuten en verzekeraars. Hij constateert dat er ruimschoots mogelijkheden zijn voor individuele beroepsbeoefenaren om samen te werken³¹. Hierdoor kunnen de transactiekosten die samenhangen met onderhandelen verlaagd worden en de onderhandelingspositie van fysiotherapeuten versterkt worden. Het staat fysiotherapeuten daarnaast vrij om gebruik te maken van zogenoemde zorgmakelaars voor de onderhandelingen om de administratieve lasten hiervan te beperken³². Hij ziet dan ook geen reden om de bagatelgrens te verruimen.

Betere benutting onderhandelingspositie fysiotherapeuten

Zoals reeds in het visiedocument fysiotherapie werd geconstateerd moeten fysiotherapeuten over voldoende ondernemersvaardigheden beschikken om te kunnen onderhandelen. Zij beschikken hiertoe veelal niet over de kennis en expertise. Over het algemeen zijn fysiotherapeuten simpelweg (nog) niet gewend om zich als ondernemer op te stellen. Fysiotherapeuten zullen opmerken dat zij niet de kans krijgen om te onderhandelen over standaardcontracten. Dat is waar, maar hier moet rekening worden gehouden met de omstandigheid dat het voor een verzekeraar niet te overzien is als hij individueel met elke fysiotherapeut moet onderhandelen.

Fysiotherapeuten kunnen echter wel degelijk de inhoud van het contract beïnvloeden. Hun sterkste troef in deze is door het contract van een verzekeraar niet te ondertekenen. Verzekeraars bieden contracten waarvan de prijzen onderling verschillen. De keuzemogelijkheid voor een fysiotherapeut om een contract naast zich neer te leggen neemt

³⁰ Zie ook de brief die het Ministerie van VWS hier over heeft gestuurd aan de Tweede Kamer met kenmerk MC/MO-2646682.

³¹ In hoofdstuk 7 in het Visiedocument Fysiotherapie worden de mogelijkheden voor horizontale samenwerking tussen fysiotherapeuten uitgebreid besproken. Dit visiedocument is te vinden op www.ctg-zaio.nl.

³² Op 2 maart 2006 heeft de NMa een aanvulling van de Richtsnoeren voor de zorgsector gepubliceerd. Deze aanvulling geeft aan wat binnen de kaders van de Mededingingswet de mogelijkheden voor zorgaanbieders zijn om met behulp van een zorgmakelaar te onderhandelen. Zie ook www.nmanet.nl

daardoor toe. Dit is niet voor elke fysiotherapeut een reële optie, zie ook paragraaf 3.3. In sommige regio's kunnen zij verzekeraars echter wel degelijk onder druk zetten zoals uit paragraaf 3.4.3 bleek. Verzekeraars die een polis met gecontracteerde zorg aanbieden hebben namelijk een zorgplicht voor die zorg die binnen de basisverzekering valt en zijn verplicht om voldoende zorg te contracteren. Het feit dat verzekeraars expliciet aangeven dat zij zoveel mogelijk fysiotherapeuten willen contracteren versterkt de onderhandelingspositie van fysiotherapeuten. Één verzekeraar heeft aangekondigd individueel te gaan onderhandelen met fysiotherapeuten in die gebieden waar nog onvoldoende zorg is gecontracteerd. Fysiotherapeuten zijn ook op andere vlakken actief op zoek naar manieren om tegenwicht te bieden aan verzekeraars tijdens de onderhandelingen. Uit de rondetafelbijeenkomst bleek dat een aantal fysiotherapeuten door een samenwerkingsverband aan te gaan met andere fysiotherapeuten, probeert zijn onderhandelingspositie te versterken. Een van de aanwezige fysiotherapeuten geeft aan dat hij zijn onderhandelingspositie probeert te versterken door een speciaal product te ontwikkelen waarin verzekeraars zijn geïnteresseerd. Uit de enquête onder fysiotherapeuten blijkt dat van de 84% van de fysiotherapeuten die in enige vorm samenwerkt een kleine 30% dit ook op het gebied van prijs doen door samen met andere fysiotherapeuten een gezamenlijke prijs richting de verzekeraar vast te stellen³³. De markt is op dit punt in ontwikkeling. Fysiotherapeuten zullen steeds meer gebruikmaken van de mogelijkheden die hun ter beschikking staan. Dit om hun onderhandelingspositie te versterken ten opzichte van de verzekeraars.

3.4.5 Administratieve lasten

Zoals in de oriënterende monitor werd geconstateerd is de administratieve belasting voor fysiotherapeuten als gevolg van de introductie van marktwerking toegenomen.³⁴ Dit was deels het gevolg van de verschillende polissen die verzekeraars aanbieden waardoor fysiotherapeuten met verschillende tarieven en bepalingen werden geconfronteerd. In de oriënterende monitor werd reeds opgemerkt dat een toename van de administratieve lasten een onontbeerlijk onderdeel van de introductie van marktwerking is. In deze paragraaf zullen de administratieve lasten die samenhangen met het experiment vanuit het perspectief van de fysiotherapeut en de verzekeraar worden besproken.

Administratieve lasten fysiotherapeuten

Uit de enquête onder fysiotherapeuten blijkt dat 39% van de fysiotherapeuten tussen de zes en tien contracten ondertekent, 30% tussen de elf en vijftien contracten, 12% tussen de zestien en 20 contracten en 12% meer dan 20 contracten ondertekent. Ten opzichte van 2005 heeft 34% van de fysiotherapeuten meer contracten afgesloten in 2006, 20% heeft minder contracten afgesloten in 2006 en voor 40% van de fysiotherapeuten is dit hetzelfde gebleven. Een kleine

³³ Er zijn bij CTG/ZAio geen aanwijzingen van verzekeraars binnengekomen dat het gezamenlijk vaststellen van prijzen door fysiotherapeuten de grenzen van de bagatelbepaling overschrijdt.

³⁴ Het oude systeem met prijsregulering bracht ook administratieve lasten met zich mee. Het is dus niet zo dat als het nieuwe systeem vergeleken wordt met het oude systeem er sprake is van veel administratieve lasten tegen in het geheel geen administratieve lasten.

3% van de fysiotherapeuten geeft aan dat hij ten opzichte van 2005 minder contracten heeft afgesloten omdat dit teveel administratie met zich meebrengt.

In de enquête die onder fysiotherapeuten is uitgezet is gevraagd hoeveel uur extra tijd hun administratie kost, als gevolg van het experiment. Hieruit blijkt dat 34% van de fysiotherapeuten een tot twee uur extra tijd aan hun administratie kwijt waren, 34% 3 tot 5 uur en 28% meer dan vijf uur extra per week kwijt was.

De fysiotherapeuten geven als belangrijkste oorzaken van de toename in administratieve lasten de volgende factoren aan (in volgorde van belangrijkheid):

- De verwerking van meerdere prijzen.
- De controle van het verzekeringsrecht wordt bij de fysiotherapeut gelegd.
- De introductie van een machtigingssysteem.
- Steeds uitgebreidere administratieve processen.
- Verschillende voorwaarden voor verschillende verzekeraars.

Fysiotherapeuten kunnen op een aantal manieren zelf hun administratieve lasten verminderen. Zij kunnen bijvoorbeeld hun administratie uitbesteden.³⁵ Binnen de Mededingingswet mogen fysiotherapeuten ook samenwerken op het gebied van administratie.

Fysiotherapeuten(praktijken) mogen op het gebied van boekhouding en gemeenschappelijke incasso samenwerken. Zo mogen gezamenlijk afspraken worden gemaakt over het declaratie- en betalingsverkeer. Het is echter niet toegestaan dat de samenwerking de beslissingen ten aanzien van die activiteiten zelf beïnvloedt.

Op 10 april 2006 heeft het KNGF een bijeenkomst georganiseerd over de administratieve lasten met als doel om te kijken hoe de administratieve lasten beperkt kunnen worden. Uit die bijeenkomst kwam het beeld naar voren dat de afhandeling van declaraties het grootste deel van de administratieve lasten veroorzaakt.

In de contractaanbiedingen voor 2006 hebben verzekeraars een aantal expliciete passages over administratie opgenomen die een vermindering van de administratieve lastendruk voor fysiotherapeuten inhouden. Dit betreft:

- De overname van het debiteurenrisico.³⁶
- De afhandeling van declaraties door de verzekeraar.

³⁵ Door de administratie uit te besteden houden fysiotherapeuten meer tijd over voor de behandeling. Ook kunnen zij sneller hun geld innen, waardoor ze minder rente derven.

³⁶ Fysiotherapeuten kunnen niet altijd achterhalen of verzekerde patiënten het in de polis opgenomen maximum aantal vergoede behandelingen reeds hebben 'opgebruikt'. Als dit zo is, dan dient de patiënt de rekening zelf te betalen. Dit debiteurenrisico wordt door de verzekeraar overgenomen. Fysiotherapeuten hoeven dit geld dan niet zelf te vorderen van de patiënt, dit doet de verzekeraar. Veel verzekeraars nemen het risico niet geheel over. Als verzekeraars de vergoeding voor de behandeling niet kunnen verhalen op de patiënt, zal de fysiotherapeut aan het eind van het jaar toch vaak zelf voor de kosten hiervan moeten opdraaien. Tijdens de rondetafelbijeenkomst bleek dat dit voor fysiotherapeuten een extra risico met zich meebrengt, omdat een deel van de door verzekeraars uitgekeerde betalingen dan teruggevorderd kan worden.

Van verzekeraars mag verwacht worden dat zij er voor zorgen dat de fysiotherapeut op een makkelijke en snelle manier kan achterhalen of een patiënt verzekeringsgerechtigd is.

- Vereenvoudiging van de machtigingsprocedure.³⁷
- Inleesmogelijkheid via het automatiseringssysteem.

Bij alle verzekeraars kunnen declaraties ingediend worden volgens het Externe Integratie Model via VECOZO. De controle op verzekeringsgerechtigheid van patiënten, de zogenaamde COV-check, kan ook via de website van VECOZO uitgevoerd worden. Fysiotherapeuten kunnen daardoor op eenzelfde wijze declareren voor verschillende zorgverzekeraars. Fysiotherapeuten die niet elektronisch aanleveren krijgen bij enkele verzekeraars een lager tarief voor de ingeleverde declaraties.

Administratieve lasten verzekeraars

De administratieve lasten zijn volgens de verzekeraars ook toegenomen tijdens het experiment. Deze worden veroorzaakt door:

- Een toename van het aantal te contracteren prestaties.
- Late besluitvorming rond prestaties waardoor de contracten moesten worden aangepast.
- Beoordeling individuele protocollen, productverzoeken.
- Afhandeling van vragen en klachten over de contracten.
- Tariefdifferentiatie (eventueel ook naar regio).
- Toetsing en controles, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit.

Om de administratieve lasten bij zichzelf te beperken maken verzekeraars gebruik van standaardcontracten die op landelijk niveau gelden. Enkele verzekeraars maken ook gebruik van een inkoopcombinatie om de administratieve lasten voor henzelf én voor fysiotherapeuten te verminderen.

Beoordeling CTG/ZAio

In deze paragraaf is beschreven hoe de administratieve lasten voor fysiotherapeuten en verzekeraars zijn toegenomen door de introductie van marktwerking in deze sector. Het is lastig om te beoordelen in welke mate de toename in de administratieve lasten een onontkoombaar aspect is dat samenhangt met meer marktwerking en in welke mate er sprake is van een ongewenste administratieve lastentoename. Zoals blijkt uit de acties van verzekeraars zijn er initiatieven ontplooid om de lasten te beperken. Zij hebben in deze zin gereageerd op het signaal dat de toename in administratieve lasten daadwerkelijk een probleem is. Ook het KNGF heeft stappen ondernomen door een bijeenkomst te organiseren over dit onderwerp. CTG/ZAio verwelkomt dit soort initiatieven en geeft in eerste instantie marktpartijen zelf de ruimte om oplossingen te vinden voor het probleem van de administratieve lasten. CTG/ZAio zal zelf ook onderzoek doen naar de omvang van het probleem van de administratieve lasten. Daarnaast zal CTG/ZAio onderzoeken of de administratieve lasten op een eerlijke manier verdeeld zijn

³⁷ Dit geldt veelal niet voor chronische patiënten. Ook maken verzekeraars onderscheid tussen gecontracteerde en niet gecontracteerde zorgaanbieders waarbij gecontracteerde zorgaanbieders wel zonder machtiging mogen werken.

tussen partijen. Op basis van dit onderzoek en de mate waarin marktpartijen zelf oplossingen aandragen voor dit probleem, zal CTG/ZAio volgend jaar beslissen of zij ingrijpt op dit gebied.

3.5 Conclusie

De onderhandelingspositie van fysiotherapeuten is ten opzichte van 2005 beter benut door fysiotherapeuten. Ten eerste blijkt dit uit het feit dat zorgverzekeraars meer problemen hebben ondervonden bij het contracteren van zorg. Ten tweede omdat fysiotherapeuten zelf manieren vinden om meer tegenwicht te bieden aan verzekeraars. Bijvoorbeeld door met andere fysiotherapeuten samen te werken. Ten derde kunnen zij kiezen uit contractaanbiedingen van verschillende verzekeraars waardoor het in sommige gevallen makkelijker wordt om een contract van een verzekeraar met een naar de mening van de fysiotherapeut te lage prijs niet te tekenen. Het bewustzijn van fysiotherapeuten van de mogelijkheid om geen contract te tekenen lijkt ook toe te nemen, al zal dat niet in elke regio hetzelfde zijn. De verzekeraar ervaart in theorie nauwelijks prikkels van verzekerden om scherp in te kopen op de markt voor fysiotherapie. Ten eerste neemt een verzekerde bij het kiezen van een verzekeraar of het sluiten van een polis maar in zeer beperkte mate het product fysiotherapie in zijn beslissing mee. Ten tweede vergelijkt een verzekerde bij zijn keuze voor een fysiotherapeut niet meerdere fysiotherapeuten met elkaar. Fysiotherapeuten hebben daardoor geen prikkel om zich van elkaar te onderscheiden. Verzekeraars ondervinden aan de andere kant wel prikkels om tegen zo laag mogelijke kosten in te kopen als zij winstgericht zijn of als zij klanten willen aantrekken door een zo laag mogelijke premie voor de aanvullende verzekering of een zo goed mogelijk product in de markt te zetten. Verzekeraars die gecontracteerde zorg aanbieden hebben daarnaast een zorgplicht voor die zorg die onder de basisverzekering valt, waaraan zij moeten voldoen. Het inkoopproces zelf is niet wezenlijk veranderd ten opzichte van 2005. Verzekeraars bieden standaardcontracten waarover veelal niet onderhandeld kan worden. Verzekeraars nemen in de contracten meer tarieven op. De tarieven worden onder andere gedifferentieerd op basis van kwaliteitscriteria, gerealiseerde behandelgemiddeldes en eisen die samenhangen met transparantie. Op het gebied van de administratieve lasten zal CTG/ZAio nader onderzoek doen naar de omvang van het probleem.

4. Kwaliteit

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de kwaliteit van de zorg. Het hoofdstuk gaat specifiek in op de rol van kwaliteit in het inkoopproces en de afspraken die hierover zijn opgenomen in de contracten. Dit hoofdstuk is gebaseerd op interviews en de afspraken die in de contracten zijn opgenomen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

CTG/ZAio monitort niet de medische kwaliteit van handelen, hiervoor is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de primaire verantwoordelijke toezichthouder. Wel heeft CTG/ZAio als doelstelling het inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren en zo de vergelijkbaarheid van en de concurrentie tussen zorgaanbieders te vergroten. Zonder transparante kwaliteit bestaat het risico dat concurrentie de kwaliteit van de zorg schaadt. Uitgangspunt hierbij is dat de marktpartijen zelf voor deze transparantie zorgen. Op grond van de Wmg kan de NZa in de toekomst marktpartijen zonodig verplichten om informatie te verstrekken over kwaliteit indien transparantie op dit vlak ontbreekt.

De kwaliteit van de zorg is niet in één definitie te omschrijven,³⁸ zij kent namelijk verschillende dimensies. Bij deze verschillende dimensies kan bijvoorbeeld gedacht worden aan: de deskundigheid/bekwaamheid van de fysiotherapeut, de patiëntgerichtheid en de veiligheid en effectiviteit van de verleende zorg. Andere dimensie-indelingen zijn echter ook mogelijk.

4.2 Afspraken in 2006

Bij het contracteren van zorg nemen verzekeraars afspraken over kwaliteit op in de contracten en de daaraan gekoppelde bijlagen die zij naar fysiotherapeuten sturen. Hiermee willen zij de kwaliteit van de door hen ingekochte zorg waarborgen. In tabel 4.1 is een overzicht gegeven van de verschillende criteria die verzekeraars gebruiken om de kwaliteit te waarborgen. Kwaliteitsaspecten die bijvoorbeeld veel naar voren komen zijn registratie in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) en praktijk- en inrichtingseisen. De meeste kwaliteitseisen komen net zoals in 2005 overeen met de kwaliteitseisen die door de beroepsgroep zelf zijn vastgesteld, namelijk de richtlijnen van het KNGF.³⁹ De kwaliteitseisen zijn procesgericht. Ze zijn toegespitst op de werkwijze van de fysiotherapeuten bij de zorgverlening. Ten opzichte van 2005 zijn geen

³⁸ In de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer met kenmerk MC-2653714 wordt de volgende definitie voor kwaliteit gebruikt: Bij kwaliteit van zorg gaat het om veiligheid, klantgerichtheid en doelmatigheid.

- Veiligheid staat voor de mate waarin de zorg onnodige schade aan patiënten voorkomt.
- Klantgerichtheid staat voor de mate waarin de zorg naar inhoud, service en bejegening aansluit bij de reële noden en preferenties van de klant.
- Doelmatigheid staat voor de mate waarin de zorg aan zorginhoudelijke standaarden voldoet, goed georganiseerd en kosteneffectief wordt aangeboden en optimale gezondheidswinst/kwaliteit van leven realiseert.

³⁹ In een onderzoek van Swinkels e.a. wordt onderzocht of fysiotherapeuten zich ook daadwerkelijk houden aan de voorgeschreven richtlijnen bij de behandeling van patiënten met een lage rugklacht in Nederland. Zij concluderen dat dit voor een kleine meerderheid van de behandelde patiënten het geval is. Zij observeren een grote variatie tussen fysiotherapeuten op dit gebied en concluderen op basis hiervan dat er ruimte is om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Zie ook Swinkels et al, Physiotherapy management of low back pain: Does practice match the Dutch guidelines?, Australian Journal of Physiotherapy 2005, vol 51, pp 35-41.

ontwikkelingen op dit gebied te melden. Het betreft vooral een continuering van bestaand beleid.

Tabel 4.1: Opgenomen aspecten met betrekking tot kwaliteit in de contracten

Voorbeelden van ingezette kwaliteitsaspecten	
Contractvoorwaarden algemeen	<p><i>Veel voorkomende voorwaarden/thema's:</i> BIG-registratie, CKR, waarneming, continuïteit praktijk (bijvoorbeeld gehele jaar open).</p> <p><i>Daarnaast voorkomende voorwaarden/thema's:</i> Klachtenregeling, informatieverstrekking verzekerden, inspanning voor samenwerking andere zorgaanbieders, methodisch handelen al dan niet a.d.h.v. spiegelinformatie, kennis/kunde personeel, richtlijnen en eisen praktijk.</p> <p><i>Sporadisch voorkomende voorwaarden/thema's:</i> Privacy, hulplevering binnen aantal werkdagen, outillage praktijk, inzet kwaliteitsverslag bij solisten.</p>
Criteria voor differentiatie	Doelmatig werken of methodisch handelen (veelal o.b.v. spiegelinformatie), structureel samenwerken/overleg, HKZ-certificatie, CKR/BIG, geprotocolleerd werken, verbijzonderingen.

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat kwaliteit een aspect is waar verder aan gewerkt zal worden. Zorgverzekeraars zijn wel van mening dat de kwaliteit van zorg iets van de beroepsgroep zelf is.

Uit de enquête onder fysiotherapeuten blijkt dat verzekeraars meer aandacht besteden aan kwaliteit in de contracten ten opzichte van 2005. Van de fysiotherapeuten geeft 7% aan dat de verzekeraar hier veel meer aandacht aan besteed, 47% geeft aan dat de verzekeraar hier meer aandacht aan besteed, 34% is van mening dat dit hetzelfde is gebleven en 2% geeft aan dat hier minder aandacht aan wordt besteed.

Prijs/kwaliteit differentiatie

De helft van de geïnterviewde zorgverzekeraars past tariefdifferentiatie toe op het gebied van kwaliteit. Hiermee prikkelen zorgverzekeraars fysiotherapeuten om in kwaliteit te investeren. In de contracten kunnen fysiotherapeuten kiezen uit een menu van tarieven waarbij hogere kwaliteitseisen worden gekoppeld aan hogere tarieven. Hierbij kan opgemerkt worden dat de verschillende tarieven niet eenduidig aan kwaliteit kunnen worden toegekend. Om voor een hoger tarief in aanmerking te komen speelt doelmatigheid bijvoorbeeld ook een belangrijke rol. In tabel 4.1 staan enkele voorbeelden van voorwaarden die verzekeraars hanteren met

betrekking tot differentiatie in de tarieven. De door verzekeraars gehanteerde criteria met betrekking tot differentiatie zijn vooral te relateren aan procesmatige aspecten. Ze richten zich niet op daadwerkelijke kwaliteitsverschillen tussen fysiotherapeuten zelf, bijvoorbeeld door de resultaten van behandelingen van fysiotherapeuten met elkaar te vergelijken. Zoals reeds in hoofdstuk 3 werd vermeld is het in eerste instantie aan de fysiotherapeut zelf om voor een bepaald tarief te kiezen als hij denkt te voldoen aan de voorwaarden. Zorgverzekeraars zullen aan de hand van de gestelde eisen dan vooraf of achteraf beoordelen of de fysiotherapeut hiervoor in aanmerking komt.

Zoals in de contracten valt af te lezen passen verzekeraars verschillende criteria toe bij de differentiatie van tarieven. In het ene geval is CKR-geregistreerd zijn en het draaien van een laag gerealiseerd behandelgemiddelde genoeg om in aanmerking te komen voor een hoger tarief. Bij andere verzekeraars dient een fysiotherapeut voor een hoger tarief aan aanvullende voorwaarden te voldoen. Fysiotherapeuten merken op dat dit verwarrend is. Het is echter ook een uitvloeisel van marktwerking waarbij verzekeraars op een verschillende manier invulling geven aan hun inkooprol.

4.3 Afspraken over kwaliteit buiten de standaardcontracten om

Buiten de standaardcontracten om proberen verzekeraars afspraken te maken met fysiotherapeuten over kwaliteit. Deze afspraken richten zich vooral op voorstellen van fysiotherapeuten om de kwaliteit te verbeteren. De afspraken worden gemaakt met zowel individuele- als netwerken van fysiotherapeuten. Deze fysiotherapeuten zouden, zo geven verzekeraars aan, in de toekomst ook als voorkeursaanbieders kunnen fungeren als zij daarnaast aan een aantal andere eisen voldoen, bijvoorbeeld op het gebied van doelmatigheid en transparantie. In hoofdstuk 5 en 6 wordt uitgebreider ingegaan op de afspraken die verzekeraars maken over producten die bijdragen aan de kwaliteit van de verleende zorg en het selecteren van voorkeursaanbieders.

4.4 Ervaringen patiënten met kwaliteit

In de patiëntenenquête is een aantal vragen gesteld aan patiënten om hun ervaringen over de door fysiotherapeuten geleverde kwaliteit te kunnen meten. Uit deze enquête blijkt dat het overgrote deel van de patiënten, 97%, (zeer) tevreden is over de kwaliteit van door fysiotherapeuten verleende zorg. Fysiotherapeuten geven heldere en bruikbare antwoorden op vragen die door patiënten worden gesteld, leggen de behandelprocedure goed uit, leggen goed uit wat de patiënt zelf moet doen tijdens de behandeling en passen hun behandeling goed aan naar de specifieke klachten van patiënten. 95% van de patiënten zou de fysiotherapeut die hem behandeld heeft aanbevelen bij vrienden of familie.

Het merendeel van de patiënten (63%) denkt dat de kwaliteit van fysiotherapie het afgelopen jaar hetzelfde is gebleven. Degenen die het gevoel hebben dat de kwaliteit van fysiotherapeutische zorg het afgelopen jaar verbeterd is (16%) vinden dat dit komt doordat de

fysiotherapeuten deskundiger zijn geworden (29%) en hun technieken hebben verbeterd of gebruikmaken van nieuwe behandelmethoden (21%). Andere redenen waarop zij dit gevoel baseren is dat de fysiotherapeut meer aandacht heeft voor de patiënt en de behandeling beter is afgestemd op de klacht. Bijna 3% heeft het gevoel dat de kwaliteit verslechterd is.

4.5 Ontwikkelingen in kwaliteit

CTG/ZAio kan op dit moment geen uitspraken doen over de invloed van het experiment op de kwaliteit van de geleverde zorg en de ontwikkeling van kwaliteit. Hier is namelijk geen informatie over beschikbaar. De ervaringen van patiënten wijzen erop dat deze tevreden zijn over de door de fysiotherapeut geleverde kwaliteit. Dit oordeel heeft echter vooral betrekking op de klantgerichtheid van de fysiotherapeut. De consument kan wel beoordelen of de klachten waarvoor hij wordt behandeld zijn afgenomen of geheel verdwenen zijn, maar hij kan geen oordeel geven over de doelmatigheid of effectiviteit van de behandeling omdat hier zoals gezegd geen informatie over wordt verstrekt. In hoofdstuk 3 werd al aangegeven dat hij daardoor ook moeilijk een keuze kan maken tussen fysiotherapeuten op het gebied van kwaliteit. Het is daarom nodig dat er prestatie-indicatoren ontwikkeld worden die hier wel uitsluitsel over kunnen geven.⁴⁰

Prestatie-indicatoren

De geïnterviewde zorgverzekeraars hebben voor kwaliteit geen outputgerichte doelen geformuleerd. Deze insteek kan mogelijk verklaard worden doordat zorgverzekeraars vinden dat kwaliteit vooral iets van de beroepsgroep zelf is. Een andere reden waarnaar sommige verzekeraars refereren is het ontbreken van output/prestatiegerichte indicatoren voor fysiotherapeutische zorg. Ongeveer de helft van de geïnterviewde verzekeraars zegt dat zij plannen hebben om naar een meer resultaatgerichte vorm van inkopen te gaan, al dan niet aan de hand van prestatie-indicatoren. Een aantal verzekeraars geeft aan dat zij nog niet weet hoe ze dit gaan oppakken. Om te voorkomen dat er een wildgroei aan allerlei prestatie-indicatoren ontstaat is het goed dat hier op de regie centraal niveau wordt overgenomen. ZN en het KNGF hebben reeds aangegeven dat zij dit jaar een grote stap willen zetten richting de ontwikkeling van een set van prestatie-indicatoren waarmee inzicht wordt gegeven in de proces en structuuraspecten die met een brede definitie van kwaliteit samenhangen. CTG/ZAio ondersteunt dit initiatief, maar vindt het wenselijk dat er ook enkele uitkomstindicatoren⁴¹ ontwikkeld worden als deel van deze set.

Met behulp van prestatie-indicatoren kunnen verzekeraars gericht op kwaliteit sturen. Zij krijgen hiermee ook een objectief instrument in handen op basis waarvan zij fysiotherapeuten

⁴⁰ Pas een jaar na de introductie van prestatie-indicatoren kan er inzicht worden verkregen in de ontwikkeling van kwaliteit. Het is niet mogelijk om uitspraken te doen over de ontwikkeling van kwaliteit in achterliggende perioden omdat hiervoor een nulmeting ontbreekt.

⁴¹ Bij het inzichtelijk maken van kwaliteit met behulp van uitkomst-indicatoren moet in voldoende mate gecorrigeerd worden voor exogene verschillen, bijvoorbeeld ten aanzien van de patiëntenpopulatie. Hiermee kan risicoselectie worden voorkomen.

verschillend kunnen belonen. Fysiotherapeuten met een hogere kwaliteit kunnen dan beter beloond worden.

Om de administratieve belasting voor verzekeraars en fysiotherapeuten zo beperkt mogelijk te houden wordt gestreefd naar een landelijke set van prestatie-indicatoren die breed gedragen wordt door verzekeraars en fysiotherapeuten. Kwaliteit wordt daarmee voor consumenten op landelijk niveau transparant en vergelijkbaar.

4.6 Conclusie

Op het punt van kwaliteit is de markt in beweging. Om fysiotherapeuten te prikkelen om te investeren in kwaliteit biedt ongeveer de helft van de verzekeraars een menu van tarieven aan. Daarbij kunnen fysiotherapeuten die aan hogere kwaliteitseisen voldoen, voor een hoger tarief in aanmerking komen. Een hoger tarief valt hierbij niet eenduidig te relateren aan kwaliteit, maar bevat ook aspecten als doelmatigheid en transparantie waar de fysiotherapeut aan moet voldoen. De kwaliteitseisen waarop gedifferentieerd wordt zijn procesmatig van aard. Prestatieverschillen tussen fysiotherapeuten worden niet beloond. Er ontbreken indicatoren waarmee deze prestatieverschillen inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Hierdoor is het ook niet goed mogelijk voor verzekeraars om gerichte afspraken te maken op resultaatniveau. Zij beschikken daardoor ook niet over een instrument waarmee zij op een objectieve manier kwaliteitsverschillen tussen fysiotherapeuten kunnen belonen of patiënten gemotiveerd naar een andere fysiotherapeut kunnen sturen. Voor fysiotherapeuten zijn prestatie-indicatoren van belang omdat zij investeringen in kwaliteit beter inzichtelijk kunnen maken. Dit verstevigt hun onderhandelingspositie ten opzichte van verzekeraars. Ook kunnen fysiotherapeuten zich dan beter onderscheiden van elkaar, waardoor zij geprikkeld worden om in kwaliteit te investeren. Door het ontbreken van prestatie-indicatoren is het niet goed mogelijk om een uitspraak te doen over de ontwikkeling van de kwaliteit ten opzichte van 2005 en het begin van het experiment. CTG/ZAio en IGZ zullen zich samen met de koepelorganisaties van verzekeraars, fysiotherapeuten en patiënten gaan inzetten om zo snel mogelijk prestatie-indicatoren voor de fysiotherapie te ontwikkelen.

5. Innovatie/variatie in het aanbod

5.1 Inleiding

Het experiment met vrije prijsvorming dient fysiotherapeuten perspectieven te bieden op het gebied van innovatie, variatie in het aanbod en ondernemerschap. In dit kader zal CTG/ZAio en de toekomstige NZa deze specifieke aspecten expliciet in het toezicht meenemen en daar waar nodig marktpartijen aansporen om afspraken op dit gebied te maken.

Een noodzakelijke voorwaarde voor variatie in het aanbod is de aanwezigheid van gevarieerde prestatiebeschrijvingen en prestatie-indicatoren, zodat er voldoende mogelijkheden voor fysiotherapeuten bestaan om hun aanbod te kunnen differentiëren en zich op deze wijze van hun concurrenten te kunnen onderscheiden.

Het begrip innovatie kan op veel manieren worden uitgelegd. Innovatie houdt vernieuwing in. Het kan echter vernieuwing van producten, diensten of processen inhouden. Innovatie kan tot goedkoper werken leiden, tot een betere kwaliteit of tot de introductie van een nieuw product. Dit hoofdstuk concentreert zich op de laatste vorm van innovatie en is in feite nauw verwant aan de beoogde aanbodvariatie.

Het Ministerie van EZ ⁴² definieert ondernemerschap als volgt: "Ondernemerschap is de mentaliteit en het proces waarbij in een nieuwe of bestaande organisatie economische activiteit wordt gecreëerd en ontwikkeld. Het ontstaat door een mix van: risico's nemen, creativiteit, innovatie en gezond verstand." Innovatie en variatie in het aanbod zijn in dit kader uitingvormen van ondernemerschap. De mate waarin een fysiotherapeut ondernemend kan optreden, is afhankelijk van zijn eigen ondernemingsvaardigheden en van de ruimte die hiervoor wordt geboden door de verzekeraar.

Dit hoofdstuk richt zich op de afspraken die in 2006 zijn gemaakt over variatie in het aanbod en innovatie. De informatie in het hoofdstuk is gebaseerd op interviews en de afspraken die in de contracten staan opgenomen over variatie in het aanbod en innovatie.

5.2 Afspraken 2006

5.2.1 Variatie in het aanbod

De uitvoeringstoets experiment fysiotherapie bestaat uit twee gedeelten: in 2005 zouden vrije tarieven gelden op basis van de zitting; in 2006 zouden vrije tarieven gelden op basis van producten. Zoals in de oriënterende monitor fysiotherapie werd vermeld bleek dat er voor de landelijke invoering van productbeschrijvingen geen draagvlak onder verzekeraars en fysiotherapeuten bestond. Partijen spraken de nadrukkelijke wens uit om de zitting als basis te handhaven. Daarnaast wilden partijen af van het invoeren van producten op landelijk niveau

⁴² Ministerie van Economische Zaken (2003), Beleidsbrief 'In actie voor ondernemers!', Den Haag

maar dit initiatief vooral aan partijen op lokaal en regionaal niveau overlaten. Per 1 januari 2006 worden er dan ook op landelijk niveau nog geen producten fysiotherapie ingevoerd. In 2006 is er opnieuw een aantal prestaties toegevoegd aan de lijst met prestatiebeschrijvingen. Met deze prestaties, zo was de afspraak, kunnen verzekeraars en fysiotherapeuten in 2006 op lokaal en regionaal niveau afspraken maken over producten.

Nieuwe prestaties

Per 1 januari 2006 zijn de volgende prestaties toegevoegd aan de lijst van prestatiebeschrijvingen.⁴³

- lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen;
- telefonische zitting;⁴⁴
- screening;
- intake en onderzoek na screening;
- intake en onderzoek na verwijzing;
- eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport;
- toeslag buiten reguliere werktijden.

Over het algemeen worden de nieuwe prestaties die onder de aanspraak⁴⁵ vallen ingekocht door zorgverzekeraars. Van de nieuwe prestatiebeschrijvingen valt alleen de toeslag buiten reguliere werktijden⁴⁶ niet onder de aanspraak. Deze toeslag wordt door geen enkele zorgverzekeraar ingekocht. De telefonische zitting wordt door vier (van de vijftien) verzekeraars die als inkoper optreedt gecontracteerd.⁴⁷ De prestatie screening is vastgesteld omdat het per 1 januari 2006 mogelijk is om zonder verwijfsbrief van de (huis)arts naar de fysiotherapeut te gaan. Ongeveer de helft van de verzekeraars heeft, naast de verplichte scholing "module DTF" van het KNGF,⁴⁸ extra eisen gesteld waaraan de fysiotherapeuten moeten voldoen, voordat zij patiënten zonder verwijzing mogen ontvangen. Deze eisen zijn onder andere: een inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister; werken volgens een opgesteld protocol, beschikken over een ruim netwerk van fysiotherapeuten, doelmatig werken en terugkoppeling naar huisarts. Vijf verzekeraars hebben expliciet in hun contract vermeld staan, dat indien de indicatie op de

⁴³ Zie ook prestatiebeschrijvingbeschikking 5800-1900-06-1, te vinden op www.ctg-zaio.nl.

⁴⁴ Met betrekking tot de telefonische zitting is met partijen afgesproken om het jaar 2006 als een jaar te beschouwen waarin wordt onderzocht of deze WTG-prestatie in de toekomst tot een prestatie ingevolge de Zvw zal gaan behoren. Voor het jaar 2006 is besloten dat de telefonische zitting vooralsnog geen prestatie is ingevolge de Zvw, tenzij de zorgverzekeraar in zijn polisvoorwaarden deze dekking heeft geregeld. In dit laatste geval is er wel sprake van een prestatie ingevolge de Zvw.

⁴⁵ Het criterium of een prestatie onder de aanspraak Zorgverzekeringswet valt, is gelegen in het feit of de geleverde prestatie, zorg is zoals een fysiotherapeut die pleegt te bieden. Als een prestatie onder de aanspraak valt wordt deze in de basisverzekering vergoed.

⁴⁶ CTG/ZAio heeft besloten om de prestatie "toeslag buiten reguliere werktijden" voor de duur van één jaar vast te stellen. In het kader van het experiment met vrije tarieven krijgen de fysiotherapeuten daarmee de mogelijkheid om in te gaan op de wensen van de patiënt om buiten de reguliere werktijden zorg te krijgen. Door CTG/ZAio zal gemonitord worden in hoeverre er gebruik wordt gemaakt van deze prestatie, wat de prijsontwikkeling daarvoor is en wat de kostengevolgen zijn. CTG/ZAio merkt op dat er geen precedentwerking naar andere beroepsgroepen is, omdat het hier gaat om een onderdeel van een experiment met volledig vrije prijzen.

⁴⁷ De telefonische zitting dient ter vervanging van een reguliere zitting. Er moet een duidelijk onderscheid zijn tussen serviceverlening (als onderdeel van de behandeling) en een telefonische zitting.

⁴⁸ Uit de enquête blijkt dat 99% van de fysiotherapeuten deze cursus heeft gevolgd. 26% gaat de vervolg modules DTF volgen, 32% gaat deze waarschijnlijk volgen en 25% gaat deze niet volgen, De overige fysiotherapeuten weten het niet.

chronische lijst staat, de patiënt een verwijzing van de (huis)arts dient te hebben. Hoofdstuk 6 gaat verder in op de Directe Toegankelijkheid van de Fysiotherapie.

Uit de enquête onder fysiotherapeuten blijkt dat bij 51% van de fysiotherapeuten alle door hen aangeboden prestaties gecontracteerd zijn. Bij 43% zijn niet alle, maar een gedeelte van de door hen aangeboden prestaties gecontracteerd. De prestatie screening is bij 17% van de fysiotherapeuten niet gecontracteerd en de telefonische zitting niet bij 15% van de fysiotherapeuten.

Naast het contracteren van nieuwe prestaties houden verzekeraars bij het contracteren van zorg op verschillende andere manieren rekening met het waarborgen van een gevarieerd zorgaanbod. Dit gebeurt bijvoorbeeld door meerdere types zorgaanbieders en zorgsoorten in te kopen. Meer specifiek gaat het hier om:

- Contracteren van bestaande prestaties, waaronder die van de verbijzonderingen kinderfysiotherapie, bekken therapie, oedeemtherapie en manuele therapie.
- Toepassen van prijs/kwaliteit differentiatie, waardoor fysiotherapeuten met verschillende kwaliteitsniveaus worden gecontracteerd.
- Het contracteren van voorkeursaanbieders, zorgprogramma's en innovatieve producten.

5.2.2 Innovatie

Met de huidige lijst van prestatiebeschrijvingen zijn de bouwstenen gelegd om producten te ontwikkelen. De prestaties moeten hierbij als betaaltitel worden gezien waarmee initiatieven van fysiotherapeuten op het gebied van kwaliteit en innovatie kunnen worden afgesproken en afgerekend.

Afspraken 2006 in standaardcontracten

In de standaardcontracten die aan fysiotherapeuten zijn voorgelegd zijn weinig tot geen bepalingen opgenomen over innovatie. Er is een verzekeraar die via een bijgesloten addendum bij het contract fysiotherapeuten mogelijkheden geeft om afspraken te maken over een innovatief product. Het gaat hierbij specifiek om een door een fysiotherapeut ontwikkelde werkwijze die effectief en op een wetenschappelijk bewezen manier bijdraagt aan een vermindering van bepaalde aandoeningen die op fysiotherapeutisch vlak onder patiënten voorkomt.

Afspraken over innovatie buiten de standaardcontracten om

Buiten de standaardcontracten om worden wel afspraken gemaakt met fysiotherapeuten over innovatie⁴⁹. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het contracteren van zorgprogramma's en individuele producten. Voorbeelden van zorgprogramma's zijn toegespitste programma's voor

⁴⁹ Bij bestaande afspraken op het gebied van zorgprogramma's of producten maken verzekeraars gebruik van addenda die aan het standaardcontract worden toegevoegd.

de behandeling van knieklachten, COPD, schouder-, spier- en kruisbandenletsels, reuma en diabetes. De voorstellen voor innovatie komen vanuit de beroepsgroep zelf. Verzekeraars zijn ook van mening dat het initiatief met betrekking tot het ontwikkelen van producten en zorgprogramma's bij de fysiotherapeut moet liggen. Fysiotherapeuten sturen gedurende het hele jaar voorstellen voor producten of zorgprogramma's naar verzekeraars toe. Enkele verzekeraars hebben reeds een start gemaakt met het contracteren van producten of zorgprogramma's uit de voorstellen die zijn binnengekomen. Meer dan de helft van de verzekeraars is nog niet begonnen met het contracteren van zorgprogramma's of innovatieve producten. Zij geven aan hierover in de loop van 2006 afspraken te zullen maken met fysiotherapeuten. Het proces verkeert zich momenteel voor deze verzekeraars nog in de verkennende fase (overleg plannen/houden en experimenteren bijvoorbeeld door het opzetten van pilots). De meeste verzekeraars hanteren vooraf gestelde criteria waaraan een door een fysiotherapeut aangedragen product of zorgprogramma moet voldoen. Het product moet bijvoorbeeld bijdragen aan de doelmatigheid, de kwaliteit of onderdeel zijn van ketenzorg. Verzekeraars maken hierbij zowel afspraken over innovatie met individuele fysiotherapeuten als netwerken van fysiotherapeuten. Deze groepen fysiotherapeuten kunnen in de toekomst mogelijk ook als voorkeursaanbieder fungeren of doen dit nu al.

Het KNGF is een traject gestart om innovatieve fysiotherapeuten op regionaal niveau te ondersteunen bij de ontwikkeling van producten onder andere via het organiseren van workshops voor haar leden. Het KNGF verwacht dat de verzekeraars open staan voor deze nieuwe initiatieven.

Tijdens de interviews gaf de helft van de verzekeraars aan dat ze het belangrijk vinden dat er producten en zorgprogramma's ontwikkeld worden. Zij zijn van mening dat het initiatief bij de fysiotherapeut moet liggen om producten en zorgprogramma's te ontwikkelen.

Uit de enquête onder fysiotherapeuten blijkt dat sinds het begin van het experiment bij 15% van de fysiotherapeuten producten of zorgprogramma's zijn ingekocht door de verzekeraar. Bij 73% is dat niet het geval. Het aantal verschilt per regio. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat 20% van de fysiotherapeuten voorstellen aandragen voor nieuwe producten, 80% van de fysiotherapeuten heeft dit niet gedaan. Van de 84% van de fysiotherapeuten die samenwerken met andere fysiotherapeuten, werkt 41% samen op het gebied van innovatie.

De helft van de ondervraagde fysiotherapeuten is van mening dat er in 2006 geen betere afspraken konden worden gemaakt over innovatie en variatie in het aanbod ten opzichte van 2005. 20% van de fysiotherapeuten is van mening dat dit wel zo is en 30% van de fysiotherapeuten heeft hier geen mening over.

Knip HV en AV

In de oriënterende monitor fysiotherapie gaven verzekeraars aan dat door de ontkoppeling van de basisverzekering en de aanvullende verzekering het moeilijk is om producten te ontwikkelen voor chronische patiënten. Dit komt omdat de eerste negen behandelingen in de aanvullende verzekering vallen en de rest in de hoofdverzekering. Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet is het mogelijk dat een patiënt de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij twee verschillende verzekeraars heeft afgesloten. Indien deze patiënt de eerste negen behandelingen bij een fysiotherapeut heeft waarmee de verzekeraar van zijn basisverzekering geen contract heeft afgesloten, dan zal deze patiënt vanaf de tiende behandeling óf moeten bijbetalen of naar een fysiotherapeut moeten gaan met wie de verzekeraar wel een contract heeft afgesloten. Volgens verzekeraars is het daardoor niet goed mogelijk om integrale producten te ontwikkelen. Tijdens de interviews met de zorgverzekeraars voor deze monitor wordt dit beeld opnieuw bevestigd. Verzekeraars merken daarnaast op dat het niet valt te controleren of de patiënt al een aantal behandelingen heeft gevolgd bij een fysiotherapeut als hij tevens een verzekering heeft afgesloten bij een andere verzekeraar. De administratieve rompslomp bij zowel de verzekeraar als de fysiotherapeut om dit te achterhalen neemt hierdoor toe.

Verzekeraars geven aan dat het probleem wordt opgelost als de eerste negen behandelingen voor chronische patiënten die nu binnen de aanvullende verzekering vallen in de basisverzekering worden ondergebracht. Het Budgettair Kader Zorg zal hierdoor echter stijgen. De verzekeraars zijn van mening dat de nadelen hiervan opwegen tegen de administratieve lasten die hiermee gereduceerd kunnen worden.

Het is op dit moment niet bekend of verzekerden hun basisverzekering en aanvullende polis bij twee verschillende verzekeraars afsluiten. De monitor zorgverzekeringsmarkt die naar verwachting aan het begin van de zomer zal verschijnen zal hier meer uitsluitsel over geven. Dan zal meer inzicht worden gekregen in de mate waarin dit probleem zich voordoet. Het is daarbij interessant om te achterhalen wat de motieven van verzekerden zijn om hun polissen over twee verzekeraars te spreiden en in hoeverre verzekeraars zelf een oplossing kunnen aandragen voor dit probleem. Als blijkt dat verzekerden bijvoorbeeld geen aanvullende verzekering bij een verzekeraar kunnen afsluiten omdat deze risico selectie toepast dan is er sprake van een geheel andere invalshoek. Verzekeraars kunnen dan immers zelf dit probleem aanpakken door geen risicoselectie toe te passen. Voordat CTG/ZAio daarom een oordeel zal geven over dit onderwerp wacht zij eerst de resultaten van de monitor zorgverzekeringsmarkt af. Deze komt naar verwachting in juni 2006 uit.

5.3 Conclusie

Met de toevoeging van de nieuwe prestaties is de mogelijkheid voor fysiotherapeuten om tot een gevarieerd aanbod te komen toegenomen of zichtbaarder geworden als deze prestaties reeds in het verleden door fysiotherapeuten werden verricht. Oorspronkelijk was het de

bedoeling dat er op landelijk niveau in 2006 producten vastgesteld zouden worden. Dit bleek echter een te lastig traject. Met de nu vastgestelde prestaties ontstaat er ruimte om op lokaal en regionaal niveau producten te ontwikkelen met de zitting als basis/bouwsteen. In de standaardcontracten die aan fysiotherapeuten zijn voorgelegd zijn weinig tot geen bepalingen opgenomen over innovatie. Buiten de standaardcontracten om worden er wel afspraken gemaakt over innovatie en variatie in het aanbod door individuele producten en zorgprogramma's te contracteren. De contractering van producten en zorgprogramma's komt langzaam op gang. Verzekeraars leggen het initiatief om met voorstellen te komen bij fysiotherapeuten neer. Op dit moment hebben verzekeraars met ongeveer 15% van de fysiotherapeuten afspraken gemaakt op dit gebied. Het gaat hier zowel om afspraken met individuele fysiotherapeuten als netwerken of samenwerkingsverbanden van fysiotherapeuten. Enkele verzekeraars hebben aangegeven dat zij later in het jaar afspraken zullen maken met fysiotherapeuten over producten en zorgprogramma's. Het aantal afgesproken producten en zorgprogramma's kan daardoor nog toenemen. Innovatie en variatie in het aanbod zijn uitingsvormen van ondernemerschap. Bovenstaande ontwikkelingen geven aan dat het experiment een impuls heeft gegeven aan het ondernemerschap. Dit zal zich de komende jaren nog verder kunnen ontwikkelen.

6. Toegankelijkheid

6.1 Inleiding

Als de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) van kracht wordt, kan de NZa toezien op de werking van de markt. Als zich problemen voordoen op het gebied van toegankelijkheid kan zij nader onderzoeken hoe verzekeraars hun zorgplicht vervullen. Kopen zorgverzekeraars voldoende zorg in voor hun verzekerden en is deze toegankelijk? Dit toezicht is vergelijkbaar met het huidige toezicht door het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), dat samen met CTG/ZAio opgaat in de NZa.

De NZa kan de toegankelijkheid bevorderen als deze in het gevaar komt. Dit kan zowel via de Zorgverzekeringswet als de Wmg. In de Zorgverzekeringswet staan de mogelijkheden opgesomd die de wetgever heeft om de zorgplicht bij verzekeraars af te dwingen. De Wmg biedt nog enkele andere instrumenten. Zo kan de NZa individuele marktpartijen met aanmerkelijke marktmacht een contracteerplicht opleggen. Dit betreft wel een ultimatum remedium. Ook kan de NZa het Ministerie van VWS adviseren over beleidsmaatregelen die de toegankelijkheid van de zorg kunnen verbeteren.

Dit hoofdstuk geeft een beeld van de toegankelijkheid van de fysiotherapeutische zorg. De toegankelijkheid van de zorg wordt vanuit twee gezichtspunten bekeken. Ten eerste door de hoeveelheid gecontracteerde zorg te bekijken. Zijn er in dit kader voldoende aanbieders gecontracteerd en is er per aanbieder voldoende volume gecontracteerd? Deze informatie wordt gespiegeld aan de ervaringen van patiënten over de toegankelijkheid van de zorg. Zijn er in dit kader signalen dat de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt? Ten tweede door de mate van sturing van verzekeraars bij de inkoop van zorg te bekijken. Sturing kan op twee manieren invloed hebben op de toegankelijkheid van de zorg. Enerzijds kan sturing voor een verzekerde betekenen dat de toegang tot een bepaalde fysiotherapeut wordt beperkt. Anderzijds kan sturing juist bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg. Sturing kan namelijk zorgen voor een betere prijs-kwaliteitverhouding van de zorg, en daarmee van de polissen. Er bestaat in deze zin dus een afruil tussen fysieke toegankelijkheid of de keuzevrijheid van verzekerden en financiële toegankelijkheid.

6.2 Fysieke toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de zorg staat bij veel verzekeraars hoog op de agenda. Meer dan de helft van de geïnterviewde verzekeraars heeft als expliciete doelstelling om zoveel mogelijk fysiotherapeuten te contracteren zodat de toegankelijkheid van de zorg voor zoveel mogelijk verzekerden gewaarborgd is. Volgens verzekeraars is dit het onderwerp waar het bij de klant om draait.

In de contracten van verzekeraars worden expliciete passages opgenomen over zorgcontinuïteit en de toegankelijkheid van patiënten tot een praktijk. Verzekeraars maken in de

overeenkomsten met fysiotherapeuten bijvoorbeeld gebruik van Treeknormen. Deze norm houdt in dat verzekerden binnen vijf werkdagen na de datum van aanmelding terecht kunnen bij de fysiotherapeut voor de eerste afspraak. Eén verzekeraar heeft in de overeenkomsten met fysiotherapeuten een zorggarantie opgenomen. Verzekerden met een medische urgentie kunnen daardoor binnen twee dagen bij een fysiotherapeut terecht.

6.2.1 Bereikbaarheid

Verschillende verzekeraars geven aan dat zij nadenken over hoe zij invulling moeten geven aan het begrip bereikbaarheid. Welke kilometernorm moet hiervoor bijvoorbeeld worden aangehouden en welk onderscheid moet hierbij gemaakt worden tussen landelijke en stedelijke gebieden? Is het bijvoorbeeld voldoende als er een fysiotherapeut gecontracteerd is binnen een straal van twee kilometer? De concrete invulling van de norm bevindt zich hierbij vooral nog in de discussiefase. Als verzekeraars hier invulling aan hebben gegeven wordt het ook makkelijker om selectief te contracteren als zij hiervoor willen kiezen.

6.2.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg

Op basis van interviews met verzekeraars blijkt dat het aantal gecontracteerde fysiotherapeuten per verzekeraar verschilt. Van de tien geïnterviewde verzekeraars hebben er zes meer dan 90% van de (bij hun bekende) fysiotherapeuten gecontracteerd. De rest van de verzekeraars heeft een landelijke contracteringsgraad tussen de 70 en 90%. Het percentage gecontracteerde fysiotherapeuten is in het eigen kernwerkgebied⁵⁰ van de verzekeraar hoger dan buiten het kernwerkgebied. De genoemde contracteringsgraden zijn voorlopige cijfers omdat een aantal verzekeraars nog contracten probeert af te sluiten met fysiotherapeuten op het moment van schrijven van dit rapport. Uit de resultaten van de enquête onder fysiotherapeuten komt een soortgelijk beeld naar voren, 30% van de fysiotherapeuten geeft aan dat 76 tot 90% van de door hem verleende zorg gecontracteerd is en 51% van de fysiotherapeuten geeft aan dat 91 tot en met 100% van de door hem verleende zorg gecontracteerd is. 2% van de fysiotherapeuten heeft geen enkel contract met een verzekeraar gesloten. Op basis van deze gegevens kan geconcludeerd worden dat de landelijke contracteringsgraad ongeveer 90% bedraagt. Vergeleken met 2005 is de landelijke contracteringsgraad met ruim 5% gedaald.

Verzekeraars geven aan dat het ze over het algemeen gelukt is om voldoende zorg te contracteren. Voor bepaalde verbijzonderingen is het moeilijk om voldoende zorg te contracteren zoals voor bekken- en kinderysiotherapeuten. Daardoor is het volgens een verzekeraar ook niet mogelijk om hierop actief te sturen. Als er witte vlekken bestaan met betrekking tot het contracteren van zorg dan, zo zeggen twee verzekeraars tijdens de interviews, zullen zij fysiotherapeuten faciliteren bij het opstarten van een praktijk in deze regio's.

⁵⁰ Dit kunnen meerdere regio's zijn.

Zoals reeds in hoofdstuk 3 werd geconstateerd hebben verzekeraars aangegeven dat het niet gelukt is om in elke regio contracten te sluiten. Fysiotherapeuten weigeren volgens enkele verzekeraars een contract met hen te ondertekenen omdat de fysiotherapeuten zich niet kunnen vinden in de contractvoorwaarden. In enkele gebieden treden fysiotherapeuten hierbij volgens verzekeraars gezamenlijk op. Het is dan volgens de verzekeraar moeilijk om aan zijn zorgplicht te voldoen als hij een polis met gecontracteerde zorg aanbiedt. Verzekeraars stellen dan dat zij noodgedwongen met restitutie moeten werken.

6.2.3 Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie

Sinds 1 januari 2006 zijn de fysiotherapeuten direct toegankelijk. De wettelijke verplichting om voor fysiotherapie een doorverwijzing van de huisarts te hebben om voor een vergoeding van de verzekeraar in aanmerking te komen is per die datum vervallen. Een patiënt kan zich nu direct wenden tot een fysiotherapeut. Deze bepaalt dan door middel van een screening (hiervoor is een prestatie vastgesteld) of fysiotherapeutische zorg geïndiceerd is. Zoals in hoofdstuk 5 staat hebben alle verzekeraars de directe toegankelijkheid tot een fysiotherapeut in hun contracten opgenomen. Hierdoor kunnen verzekerden makkelijker een fysiotherapeut bezoeken en zou geconcludeerd kunnen worden dat de toegankelijkheid voor verzekerden is toegenomen. De meeste verzekeraars hebben aan de DTF wel bepaalde voorwaarden gekoppeld die in de polis van verzekerden staan opgenomen. Deze voorwaarden zijn in hoofdstuk 5 paragraaf 2 behandeld.

Het KNGF heeft een campagne gestart om de mogelijkheid van de directe toegankelijkheid onder de aandacht van het publiek te brengen. Via de radio wordt bijvoorbeeld reclame gemaakt voor deze mogelijkheid. Patiënten kunnen via een website raadplegen welke fysiotherapeuten in hun omgeving zij direct kunnen bezoeken. Fysiotherapeuten maken zelf veel reclame om de mogelijkheid voor DTF onder de aandacht te brengen. Bijvoorbeeld door posters op de ramen aan de buitenkant van de praktijk te hangen.

De fysiotherapeuten die hebben deelgenomen aan de rondetafelbijeenkomst geven aan dat zij er door DTF nieuwe patiënten bij hebben gekregen.⁵¹ Zij kunnen hierdoor meer volume draaien. De samenwerking met de huisarts verloopt volgens hen goed. Veelal hoeven patiënten niet naar de huisarts verwezen te worden.

6.2.4 Ervaringen patiënten met toegankelijkheid

Op de vraag of patiënten geconfronteerd worden met een wachtlijst als zij behandeld willen worden door een fysiotherapeut geeft 90% van de ondervraagde patiënten in de patiëntenenquête aan dat hier geen sprake van is, 4% weet het niet en 6% van de ondervraagde patiënten geeft aan dat hier wel sprake van is. Van de patiënten die met een

⁵¹ NIVEL heeft aangegeven dat zij met behulp van het LiPZ netwerk mogelijk onderzoek zal gaan doen naar de gevolgen van het direct toegankelijk worden van de fysiotherapeut.

wachtlijst geconfronteerd worden kon het merendeel van de patiënten binnen een week terecht bij een fysiotherapeut.

58% van de respondenten heeft de indruk dat de keuzevrijheid rondom fysiotherapeutische zorg het afgelopen jaar hetzelfde is gebleven, 9% vindt dit toegenomen en 5% vindt dat er minder keuzevrijheid is ontstaan. De rest van de ondervraagde patiënten had hier geen mening over.

De NPCF heeft geen signalen gekregen dat de toegankelijkheid voor de patiënten in het algemeen in het gedrang is gekomen, daar er vrij ruim gecontracteerd is. De NPCF heeft dit jaar (2006) een zeer beperkt aantal klachten (8) over fysiotherapie binnengekregen van patiënten via haar meldpunt 'last van veranderingen in de zorg'.

6.3 Sturing

6.3.1 Algemeen

Deze paragraaf gaat nader in op de sturing van de verzekeraars in het jaar 2006. Hierover zijn, een enkele verzekeraar daargelaten, geen concrete passages opgenomen in de contractaanbiedingen die naar fysiotherapeuten zijn gestuurd. De informatie in de volgende paragrafen is dan ook vooral gebaseerd op interviews met verzekeraars. Onder sturing worden de initiatieven verstaan die verzekeraars ontplooiën om hun verzekerden gericht naar een selecte groep voorkeursaanbieders te sturen.

6.3.2 Afspraken in 2006

De meeste verzekeraars sturen hun verzekerden niet op een directe manier naar bepaalde voorkeursaanbieders. Verzekeraars maken vooral gebruik van zachte sturing. Via de verschillende zorggidsen die op de websites van de verzekeraars staan worden verzekerden bijvoorbeeld geïnformeerd over welke fysiotherapeuten zijn gecontracteerd door de betreffende verzekeraar. Op de websites is ook informatie opgenomen over de maximale vergoeding waarvoor verzekerden in aanmerking komen als zij een niet gecontracteerde fysiotherapeut bezoeken. Verzekerden die contact opnemen met hun verzekeraar om advies in te winnen kunnen wel direct gestuurd worden. Één verzekeraar biedt zowel standaardcontracten als contracten voor voorkeursaanbieders aan. In de toekomst kunnen verzekerden op een meer directe manier gestuurd worden naar deze voorkeursaanbieders. Verzekeraars geven aan dat de spreiding van het aantal voorkeursaanbieders over het land belangrijk is. In principe moet elke verzekerde naar een voorkeursaanbieder in zijn buurt kunnen.

Een verzekeraar geeft aan dat hij het moeilijk vindt om patiënten te sturen naar voorkeursaanbieders in verband met de mogelijke weerstand die hier voor bestaat bij de beroepsgroep. Ook kan er nu nog geen zichtbaar voordeel aan de klant en aanbieder worden

geboden. Deze verzekeraar kiest er daarom voor de sturing over te laten aan de klant zelf door deze te laten beslissen naar welke fysiotherapeut hij gaat.

Verschillende verzekeraars zijn pilots begonnen om ervaring op te doen met voorkeursaanbieders. Het gaat hierbij zowel om het ontwikkelen van producten in bepaalde netwerken van fysiotherapeuten voor specifieke groepen patiënten als het selecteren van voorkeursaanbieders in zijn algemeenheid. Een verzekeraar geeft bijvoorbeeld aan dat voorkeursaanbieders geselecteerd worden aan de hand van het behandelgemiddelde, het aantal aanwezige specialismen, of er sprake is van een groepspraktijk, de aanwezigheid van een oefenruimte, het CKR en HKZ gecertificeerd zijn, het bijhouden van een patiëntenvolgsysteem en een jaarplan/jaarverslag.

6.3.3 Restitutievergoeding

De meest directe vorm waarmee verzekeraars hun verzekerden kunnen sturen naar gecontracteerde fysiotherapeuten is via de restitutievergoeding. De patiënt die een bezoek aflegt aan een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, betaalt het tarief op de standaardprijslijst van de fysiotherapeut en krijgt van de verzekeraar vervolgens het bedrag terug dat gelijk is aan de restitutievergoeding. Het verschil moet de patiënt zelf bijbetalen. Door deze vergoeding lager vast te stellen dan de gecontracteerde prijs kan een verzekeraar zijn verzekerden financieel prikkelen om naar gecontracteerde fysiotherapeuten te gaan.

Onder de Zorgverzekeringswet kan een verzekerde vooraf voor een polis kiezen met vrije restitutie. Wanneer hij in plaats daarvan kiest voor een polis met gedeeltelijk gecontracteerde zorg heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding als hij een niet gecontracteerde zorgaanbieder bezoekt. De verzekeraar heeft de vrije ruimte om die vergoeding zelf in te vullen. Hij moet wel de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opnemen zodat de verzekerde zich hier vooraf over kan informeren.

Bijna alle verzekeraars hebben de restitutievergoeding in 2006, net zoals dit in 2005 het geval was, lager vastgesteld dan de gecontracteerde prijs. De restitutievergoeding verschilt per verzekeraar. Er zijn verzekeraars die een vast restitutietarief hanteren. Andere verzekeraars vergoeden een percentage van de gecontracteerde prijs eventueel begrensd aan een maximale vergoeding. Het verschil tussen de restitutievergoeding en de gemiddelde prijs op de door fysiotherapeuten gehanteerde standaardprijslijsten, varieert voor de reguliere zitting van nul euro tot ruim 20 euro. Hoofdstuk 7 gaat hier verder op in.

Vier verzekeraars hebben in 2006 geen concreet bedrag voor een restitutietarief opgenomen, terwijl dit in 2005 wel zo was. In deze polissen staat dat de verzekerde voor een marktconform tarief in aanmerking komt. Drie verzekeraars hebben het restitutietarief in 2006 niet verhoogd ten opzichte van 2005, drie verzekeraars hebben het tarief verlaagd terwijl vier het tarief hebben verhoogd. De stijging van het tarief van de laatste groep verzekeraars varieert tussen de 2% en de 32%. Eén verzekeraar heeft geen informatie verstrekt over de hoogte van het restitutietarief.

De geïnterviewde zorgverzekeraars kunnen de hoogte van de restitutievergoeding die zij hanteren niet exact onderbouwen. De gemiddelde vergoeding varieert van 23 euro tot een door de verzekeraar gestipuleerd marktconform tarief waarbij de hoogte van het tarief niet verder wordt gespecificeerd. Verzekeraars geven aan dat zij het tarief zo gekozen hebben dat de patiënt niet in zijn keuzevrijheid wordt belemmerd.

In hoofdstuk 3 werd enig inzicht gegeven in de mate waarin verzekerden zich financieel laten prikkelen door verzekeraars. Uit de patiëntenenquête bleek dat verzekerden bereid zijn vijf minuten extra te reizen om twee euro te besparen. Het is dus onder andere afhankelijk van het bedrag dat verzekerden zelf moeten bijbetalen in hoeverre zij zich laten sturen naar gecontracteerde fysiotherapeuten.

6.3.4 Voornemens/verwachtingen

Meer dan de helft van de geïnterviewde zorgverzekeraars geeft aan dat zij in de toekomst met voorkeursaanbieders willen gaan werken. Dit kunnen zowel individuele fysiotherapeuten zijn als bestaande of toekomstige netwerken van fysiotherapeuten. Met deze aanbieders kunnen dan vergaande afspraken gemaakt worden over kwaliteit, innovatie en specifieke zorgprogramma's zoals diabetes en obesitas. Twee van de geïnterviewde verzekeraars zeggen expliciet dat zij in de toekomst met voorkeursaanbieders willen werken om specifieke collectiviteiten te bedienen. Met bedrijven kunnen dan bijvoorbeeld concrete afspraken worden gemaakt over verzuim en preventie. Verzekeraars die aangeven met voorkeursaanbieders te willen werken benadrukken wel het belang dat fysiotherapeuten goed met elkaar moeten samenwerken.

Het contracteren van voorkeursaanbieders betekent volgens verzekeraars niet dat dit ten koste zal gaan van het sluiten van contracten met overige fysiotherapeuten. Wel kan het zijn dat voorkeursaanbieders een groter aantal volume aan zittingen krijgen toegewezen. In die zin is er sprake van enige volumeverschuiving. Bij het selecteren van voorkeursaanbieders, zo geven verzekeraars aan, speelt de spreiding van deze voorkeursaanbieders over het land een belangrijke rol. In principe moet elke patiënt naar een voorkeursaanbieder in zijn regio kunnen.

6.4 Conclusie

De toegankelijkheid van de zorg is, als alleen gekeken wordt naar het aantal gecontracteerde fysiotherapeuten, iets afgenomen. Het landelijk aantal gecontracteerde fysiotherapeuten is ten opzichte van 2005 met meer dan 5% gedaald naar 90%. Het grootste gedeelte van de fysiotherapeuten blijft daarmee gecontracteerd. De toegankelijkheid van de zorg is echter niet in het geding gekomen. Er zijn geen klachten binnengekomen van patiënten over de toegankelijkheid van de zorg en ook worden patiënten niet geconfronteerd met wachtlijsten. Verzekerden kunnen daarnaast zelf in grote mate bepalen of ze bij alle fysiotherapeuten terecht willen kunnen of alleen bij gecontracteerde fysiotherapeuten door hun polis hierop uit te kiezen. Maximale keuzevrijheid op het gebied van fysieke toegankelijkheid kan wel ten koste gaan van de financiële toegankelijkheid. Zorgverzekeraars maken (nog) geen gebruik van sturing.

Verzekeraars experimenteren met voorkeursaanbieders. Verzekeraars geven aan dat deze in de toekomst mogelijk meer volume krijgen toegewezen dan andere fysiotherapeuten. Als het percentage gecontracteerde fysiotherapeuten in de toekomst afneemt, hetzij door bewust inkoopgedrag aan de kant van de verzekeraar, hetzij door de keuze van fysiotherapeuten zelf om geen contracten te ondertekenen, dan zal sturing een belangrijker mechanisme worden. Het is uiteindelijk afhankelijk van de consument of sturing een belangrijke rol kan spelen in de markt voor fysiotherapie. Als deze zich niet laat beïnvloeden door financiële prikkels heeft de verzekeraar geen prikkel om selectief te contracteren.

7. Betaalbaarheid

7.1 Inleiding

CTG/ZAio (en straks de NZa) heeft voor de fysiotherapeutische zorg een rol ten aanzien van de microbetaalbaarheid van deze zorg. Indien een instelling met aanmerkelijke marktmacht te hoge prijzen hanteert, kan de NZa als ultimum remedium voorwaarden opleggen ten aanzien van de prijsberekening.

Om een oordeel te kunnen geven over de betaalbaarheid van de fysiotherapeutische zorg, dient als eerste gekeken te worden naar de ontwikkeling van de prijzen. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de gecontracteerde prijzen, de passantenprijzen en de eigen bijbetaling van de patiënt besproken. De passantenprijzen zijn de prijzen die fysiotherapeuten zelf mogen vaststellen voor personen zonder aanvullende verzekering of voor verzekerden waarvan de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de fysiotherapeut. Ze moeten deze prijzen opnemen in een standaardprijslijst.

Om een uitspraak te doen over de macrobetaalbaarheid van de zorg is daarnaast informatie nodig over de volumeontwikkeling. Hierover wordt gerapporteerd op basis van ruwe cijfers die door verzekeraars zijn verstrekt. Ten slotte besteedt het hoofdstuk aandacht aan de macrobetaalbaarheid van fysiotherapie, de ervaringen van patiënten met de betaalbaarheid van de zorg en de inkomensontwikkeling van fysiotherapeuten.

7.2 Prijzen

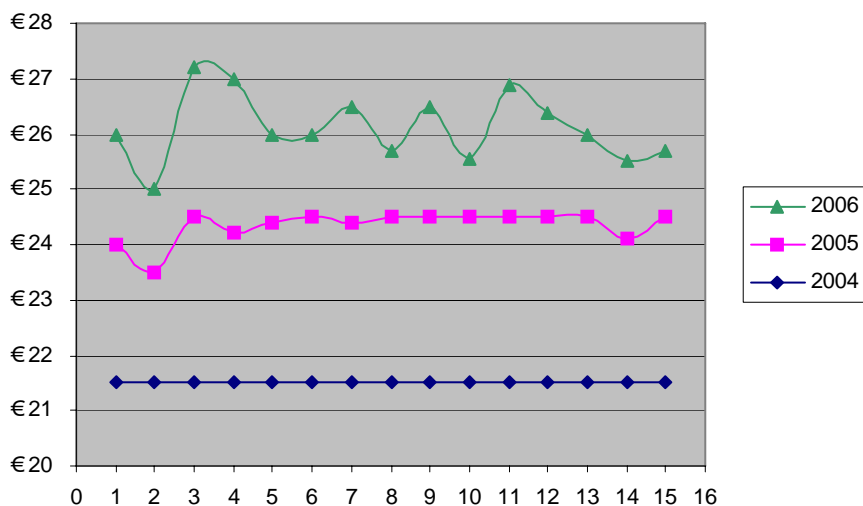
7.2.1 De gecontracteerde prijzen

Reguliere zitting

De gecontracteerde prijzen voor de reguliere zitting zijn gemiddeld met ruim 8% gestegen ten opzichte van 2005. De prijsstijgingen per regio liggen tussen de 4 en 11%. Bij deze prijsstijgingen is geen rekening gehouden met de inflatie van ongeveer 3%; de reële prijsstijging is ongeveer 5%. De landelijk gewogen gemiddelde prijs in 2006 is ruim 26 euro.⁵² De gewogen gemiddelde prijs in 2005 was ruim 24 euro. De gecontracteerde prijzen van de reguliere zitting voor een representatieve groep zorgverzekeraars in 2005 en 2006 zijn in de onderstaande grafiek weergegeven. Zoals figuur 7.1 laat zien, is de spreiding in de contractprijzen in 2006 groter dan de spreiding in 2005.

⁵² De landelijke gewogen gemiddelde prijs is berekend door het aantal verzekerden per verzekeraar te delen door het totaal aantal verzekerden en dit te vermenigvuldigen met de aangeboden prijs van die verzekeraar. Door deze quotiënten bij elkaar op te tellen wordt de landelijke prijs verkregen. Indien verzekeraars meerdere prijzen hanteren voor de reguliere zitting dan is bij deze verzekeraars het percentage fysiotherapeuten per verschillende prijs opgevraagd. Op basis hiervan wordt één gemiddelde prijs berekend per verzekeraar. Deze prijs is meegenomen in de berekening van de landelijke gemiddelde prijs 2006.

Figuur 7.1: Spreiding gemiddelde gecontracteerde prijzen 2005 en 2006 per verzekeraar en het maximumtarief 2004



"Maximumtarief" 2006

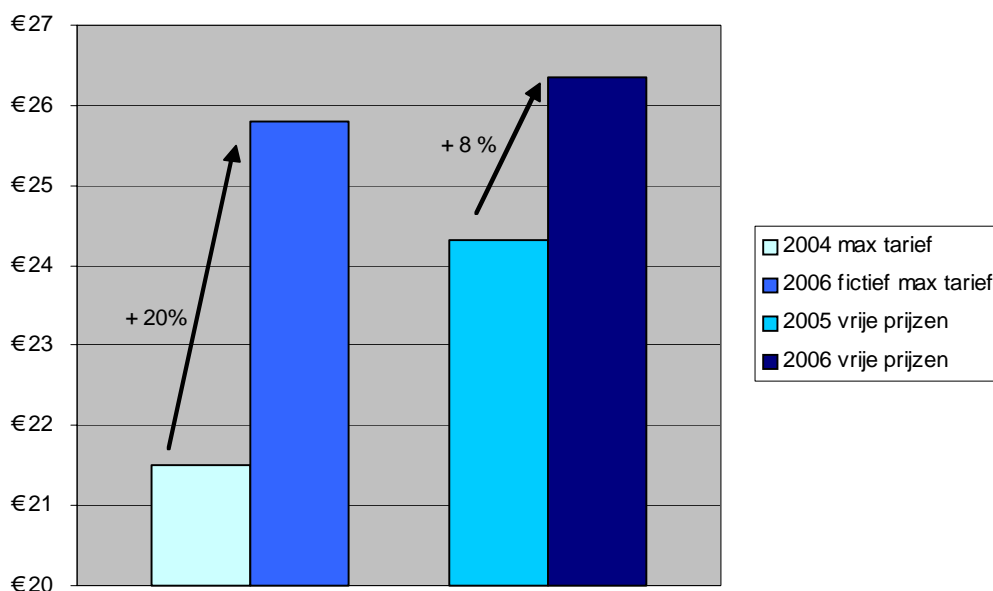
In deze alinea wordt verondersteld dat de prijzen niet zijn vrijgegeven en het tarief in 2005 tot stand is gekomen door een eenmalige rekennormverlaging.⁵³ Het maximumtarief 2005 zou dan 25 euro zijn geworden. Door de jaarlijkse trendmatige aanpassing zou het maximumtarief in 2006 dan bijna 26 euro zijn. De huidige landelijk gewogen gemiddelde gecontracteerde prijs van ruim 26 euro ligt dus ruim 2% hoger dan het fictieve maximumtarief in 2006. In figuur 7.2 is de stijging van het fictieve maximumtarief in 2006 ten opzichte van het maximumtarief voor 2004 (21,50 euro) te zien en is de prijsstijging van de landelijk gewogen gemiddelde prijzen in 2005 ten opzichte van 2006 weergegeven.

Verbijzonderde zittingen

De gecontracteerde prijzen voor de verbijzonderde zitting kinderfysiotherapie liggen tussen 35,90 en 40,40 euro. Het gewogen gemiddelde is ruim 38 euro. Dit is een nominale stijging van 6% ten opzichte van 2005. De gemiddelde gecontracteerde prijs van een zitting manuele therapie ligt tussen de 36 en 39,75 euro. In ruim de helft van de contracten is de opgenomen prijs van een zitting manuele therapie lager dan de prijs voor een zitting kinderfysiotherapie. Één derde van de verzekeraars heeft de prijs gelijk gesteld voor beide verbijzonderingen. De verbijzonderingen bekkentherapie en oedeemtherapie hebben over het algemeen dezelfde gecontracteerde prijs als de verbijzondering kinderfysiotherapie.

⁵³ Het KNGF heeft zowel in 2002 als in 2004 een verzoek gedaan om de rekennorm te verlagen van zestien zittingen naar veertien zittingen per dag. Bij gelijkblijvende normkosten en norminkomen zou het tarief verhoogd worden door de rekennorm verlaging. In deze alinea wordt de aanname gemaakt dat CTG/ZAio conform dit verzoek de beleidsregels per 1 februari 2005 zou hebben aangepast en dat de Minister van VWS de beleidsregels vervolgens zou hebben goedgekeurd.

Figuur 7.2: Maximumtarief 2004, landelijk gemiddelde prijzen 2005 en 2006, fictief maximumtarief 2006



Nieuwe prestaties

Voor de nieuwe prestatie ' lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen' wordt over het algemeen een prijs aangeboden die overeenkomt met de prijs van een van de verbijzonderingen. De gecontracteerde prijs ligt tussen 35,90 en 40 euro. De prijs van screening ligt tussen de 8,50 en 13 euro.. Drie van de vier verzekeraars die de telefonische zitting hebben gecontracteerd, hebben de prijs hiervan gelijk gesteld aan de prijs van screening.

Toeslag aan huis behandeling

De toeslag voor de aan-huis-behandeling is gemiddeld gestegen met 3%. Zes verzekeraars hebben de toeslag in 2006 niet gewijzigd ten opzichte van 2005 en negen verzekeraars hebben de toeslag verhoogd ten opzichte van 2005. Eén verzekeraar bood in 2005 een nultarief voor de aan-huis-behandeling. Deze verzekeraar had de toeslag verdisconteerd in het reguliere zittingentarief. In 2006 heeft deze verzekeraar de toeslag uit het zittingentarief gehaald en kan de toeslag weer separaat gedeclareerd worden.

Beoordeling CTG/ZAio

Het tarief is in 2006 gemiddeld gestegen met ruim 8% ten opzichte van 2005. De stijging ten opzichte van het maximumtarief dat tot 1 februari 2005 gold is gemiddeld 23%. Bij de prijsstijging kan een aantal kanttekeningen worden gemaakt:

- Meerdere verzekeraars geven aan dat de prijsstijgingen dit jaar nog steeds beïnvloed worden door de tariefsachterstand die volgens marktpartijen in het verleden is

opgelopen.⁵⁴ Het prijsmechanisme wordt daarom in eerste instantie niet bepaald door vraag en aanbodontwikkelingen.

- Verzekeraars lijken in 2006 niet op het scherpst van de snede te hebben willen (reputatieverlies) of kunnen (administratieve drukte) onderhandelen. Nu de premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars in 2006 sterk is toegenomen zou dit in 2007 kunnen veranderen.
- Fysiotherapeuten moeten indien zij voor een hoger tarief in aanmerking willen komen, aan een aantal concrete criteria voldoen, zoals een laag behandelgemiddelde en hoge kwaliteitseisen. Deze opslag bedraagt ongeveer een vierde van de totale prijsstijging⁵⁵. Er staan dus prestaties tegenover een hogere prijs.
- Er dient niet alleen gekeken te worden naar de prijsstijging maar ook naar het volume. Een aantal verzekeraars stelt dat zij alleen aan de meest doelmatige fysiotherapeuten het hoogste tarief betalen. De totale schadelast kan hierdoor dus beperkt worden en daarmee de uitgaven.
- Er is sprake van een grotere spreiding van de tarieven tussen verzekeraars. Sommige verzekeraars bieden 25,50 euro aan, andere verzekeraars 28,50 euro. De tariefstijgingen variëren hierdoor sterk per regio. Omdat er geen goed inzicht bestaat in de vraag naar en het aanbod van fysiotherapie per regio is het moeilijk om een bepaalde prijsstijging in een regio te relateren aan deze twee variabelen.

7.2.2 De standaardprijslijst

Fysiotherapeuten dienen met ingang van 1 februari 2005 een standaardprijslijst bij CTG/ZAio aan te leveren. Deze prijslijst dient te voorzien in één prijs per aangeboden prestatie. In 2005 heeft ongeveer 10% van de fysiotherapeuten de standaardprijslijst aangeleverd aan CTG/ZAio. Met behulp van die informatie kon geen representatieve uitspraak gedaan worden over de hoogte van de passantenprijzen. Hoewel de fysiotherapeuten formeel verplicht zijn om de standaardprijslijst bij CTG/ZAio aan te leveren, heeft CTG/ZAio dit jaar ervoor gekozen om de informatie via een steekproef te verzamelen. Hierdoor worden de administratieve lasten voor de beroepsgroep beperkt. Met het KNGF is afgesproken dat CTG/ZAio voortaan de prijslijsten op deze manier zal verzamelen als de fysiotherapeuten voldoende meewerken aan de enquête. Dit is in 2006 gebeurd. CTG/ZAio heeft via de enquête ruim 900 prijslijsten ontvangen. De komende jaren zal de prijslijst daarom via een steekproef worden verzameld.

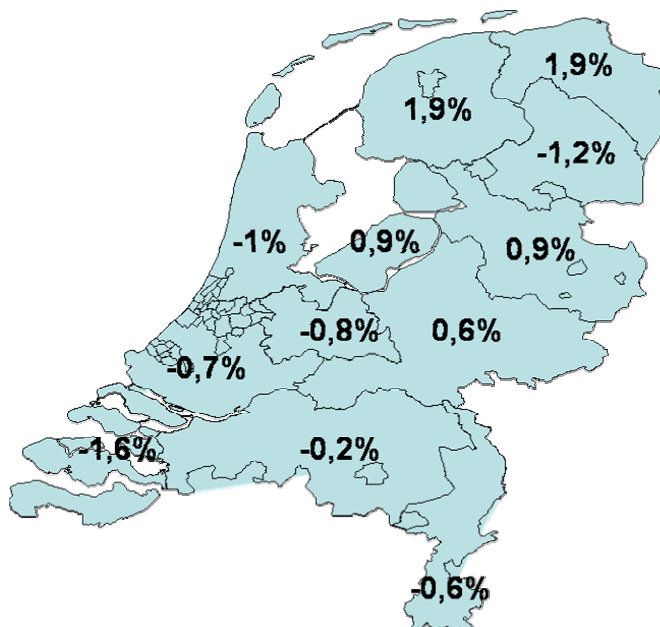
⁵⁴ Zij verwijzen hierbij naar de conclusie die in het rapport van Deloitte, Touche en Bakkenist "Onderzoek naar de tijdsbesteding en het inkomen van de vrijgevestigde fysiotherapeut, 2001" is opgenomen. Hierin werd geconstateerd dat het feitelijk verdiende inkomen van een fysiotherapeut onder het norminkomen ligt.

⁵⁵ Bij de berekening van de tariefopslag zijn alleen die verzekeraars meegenomen die daadwerkelijk tariefdifferentiatie toepassen met betrekking tot kwaliteit, een laag behandelgemiddelde en transparantie. De verzekeraars die hun differentiatie relateren aan declaratie-eisen zijn buiten beschouwing gelaten. De tariefopslag is uitgedrukt als percentage van de totale prijsstijging voor de reguliere zitting van alle verzekeraars en dus niet per individuele verzekeraar. Indien het laatste het geval was zal de tariefopslag een groter percentage van de prijsstijging uitmaken. Het verschil wordt veroorzaakt door het gegeven dat niet alle verzekeraars hun tarief differentiëren.

De landelijke gemiddelde passantenprijs van de reguliere zitting was in 2005 25 euro. In 2006 is deze ruim 27 euro. Dit is een gemiddelde stijging van bijna 9%⁵⁶. De passantenprijzen liggen hiermee ongeveer 3% hoger dan de gemiddelde gecontracteerde prijs van ruim 26 euro. In 2005 lag de passantenprijs ook ongeveer 3% hoger dan de gemiddelde gecontracteerde prijs van ruim 24 euro.

In figuur 7.3 is per provincie het verschil tussen de gemiddelde landelijke passantenprijs en de gemiddelde regionale passantenprijs aangegeven. In figuur 7.3 is te zien dat de passantenprijzen in Groningen en Friesland bijna 2% boven de gemiddelde passantenprijs liggen. Dit was in 2005 ook het geval. De totale spreiding tussen de gemiddelde passantenprijzen per provincie bedraagt 3,5% ofwel iets minder dan een euro.

Figuur 7.3: Verschil tussen gemiddelde landelijke prijs standaardprijslijst en de gemiddelde regionale prijs standaardprijslijst 2006



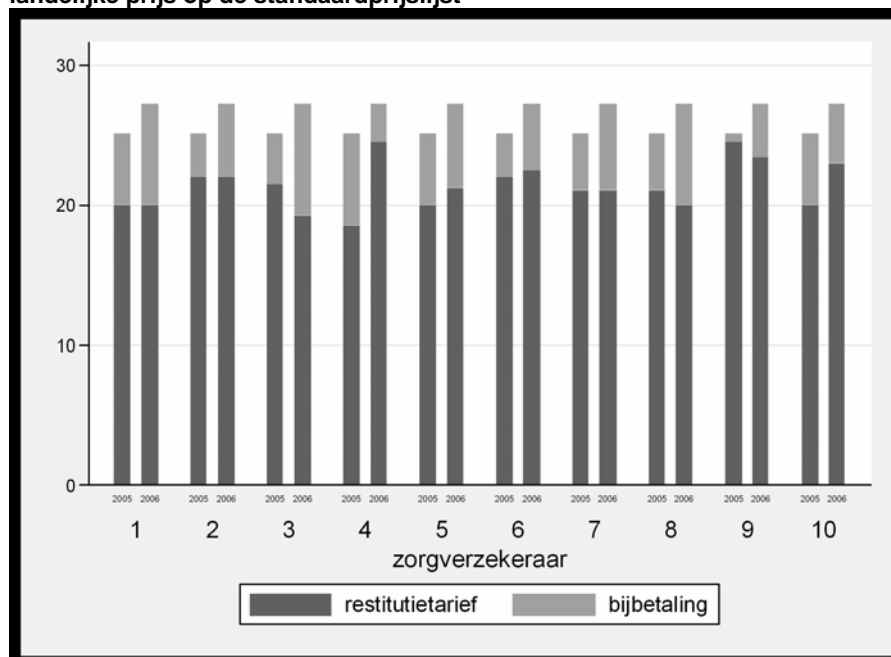
Tijdens de rondetafelbijeenkomst gaf een deel van de fysiotherapeuten aan dat zij de prijs op de standaardprijslijst gelijk had gesteld aan de hoogste prijs die een verzekeraar biedt met wie zij een contract hebben. Één fysiotherapeut had geen contracten gesloten met zorgverzekeraars. Deze fysiotherapeut had de prijs iets lager vastgesteld dan de gemiddelde contractprijzen.

⁵⁶ De stijging van de passantenprijzen in 2006 ten opzichte van 2005 per provincie is als volgt: Drenthe: 9,7%; Flevoland: 8,3%; Gelderland: 8,3; Friesland: 10,6%; Groningen: 9,7%; Limburg: 8,3%; Noord Brabant:8,9%; Noord Holland:7,6%; Zuid Holland:8,4%; Overijssel: 8,9%; Utrecht: 7,9%; Zeeland: 7,2%.

7.2.3 Eigen bijbetalingen door verzekerden

Zoals reeds in hoofdstuk 6 werd uitgelegd kan het voorkomen dat patiënten een deel van de behandeling zelf moeten betalen als zij een door hun verzekeraar niet gecontracteerde fysiotherapeut bezoeken. Deze bijbetaling is het verschil tussen de prijs op de standaardprijslijst en het restitutietarief van de betreffende verzekeraar. Bij vier verzekeraars is het niet duidelijk wat de hoogte van de restitutievergoeding is. Deze verzekeraars hanteren een niet nader gespecificeerd marktconform tarief. Hierdoor is het voor de patiënten niet duidelijk wat de hoogte van de eigen bijbetaling is. Voor deze informatie zullen patiënten contact moeten opnemen met hun verzekeraar. Tien verzekeraars hanteren wel een gespecificeerd restitutietarief. Deze tarieven liggen tussen 19,20 euro en 24,50 euro. De patiënten moeten dan tussen 2,75 en 8,05 euro bijbetalen ten opzichte van de gemiddelde prijs op de standaardprijslijst⁵⁷. In 2005 lagen de restitutietarieven tussen 18,50 en 24,50 euro. De eigen bijbetalingen van patiënten lag toen tussen 0,50 en 6 euro. In figuur 7.4 zijn voor de jaren 2005 en 2006 de bijbetalingen weergegeven die een patiënt moet betalen als hij een niet gecontracteerde fysiotherapeut bezoekt. De gemiddelde bijbetaling is bij twee verzekeraars afgenomen in 2006 ten opzichte van 2005. De reden hiervan is dat het restitutietarief bij deze verzekeraars meer is gestegen dan de gemiddelde prijs op de standaardprijslijst. Bij de andere verzekeraars is de bijbetaling toegenomen doordat het restitutietarief in 2006 minder is gestegen dan de gemiddelde prijs op de standaardprijslijst. De drie verzekeraars die het restitutietarief in 2006 hebben verlaagd ten opzichte van 2005, kennen de grootste stijging van de bijbetaling.

Figuur 7.4: Restitutietarief per verzekeraar met bijbetaling ten opzichte van de gemiddelde landelijke prijs op de standaardprijslijst



⁵⁷ Deze bijbetaling kan bij een enkele fysiotherapeut oplopen tot ongeveer 20 euro.

7.3 Volumeontwikkeling

Over de volume ontwikkeling over 2005 zijn geen officiële cijfers beschikbaar, wel beschikt CTG/ZAIo over voorlopige cijfers over de volumeontwikkeling van de verzekeraars die deze partijen op verzoek van CTG/ZAIo en het CTZ hebben verstrekt. De volume ontwikkeling laat een gevarieerd beeld zien tussen de verzekeraars. Van de tien verzekeraars die informatie hebben verstrekt geven zeven verzekeraars aan dat het aantal zittingen in 2005 is toegenomen ten opzichte van 2004. De stijging schommelt hierbij tussen de 0.5 en 8%. Bij de drie andere verzekeraars is het aantal zittingen gedaald. De afname varieert hierbij tussen de 0.5% en 10%.

Het Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) heeft onderzoek⁵⁸ gedaan onder de fysiotherapeuten over de volumeontwikkeling. Hieruit blijkt dat de daling in het aantal fysiotherapeutische behandelingen in 2004 zich niet in 2005 heeft voortgezet. De situatie is gestabiliseerd, hoewel er opnieuw variatie tussen praktijken wordt gevonden. Het aantal behandelde patiënten in 2005 is vergelijkbaar met het niveau van 2004, evenals het gemiddeld aantal zittingen per patiënt en daardoor het totale aantal behandelingen⁵⁹. Binnenkort zal door het LiPZ onderzocht worden wat de effecten van de directe toegang fysiotherapie op de vraag naar fysiotherapie zijn.

Verzekeraars proberen op verschillende manieren de volumeontwikkeling te sturen. Enerzijds door volumeafspraken te maken en ten tweede door beheerssystemen te gebruiken.

7.3.1 Volumeafspraken

Uit de fysiotherapeutenenquête blijkt dat 20% van de fysiotherapeuten volumeafspraken met verzekeraars heeft gemaakt en 73% van de ondervraagden niet. 64% van de volumeafspraken zijn gerelateerd aan historische omzetgegevens, 44% heeft een maximum aantal behandelingen afgesproken en 20% een gemiddeld aantal behandelingen op historische basis⁶⁰. Twee verzekeraars letten bij de toekenning van een volumegetal aan een praktijk expliciet op het aantal behandelde patiënten en de samenstelling van de patiëntenpopulatie van de betreffende praktijk in voorgaande jaren. Hierbij maken deze verzekeraars ook gebruik van spiegelinformatie. Fysiotherapeuten kunnen bij de verzekeraars die gebruikmaken van volumeafspraken verzoeken indienen voor een verhoging van het volume. Ondernemende fysiotherapeuten krijgen hierdoor gelegenheid om meer volume te draaien. Om de noodzaak van een verhoging te toetsen maken verzekeraars gebruik van de spiegelinformatie waarover zij bezitten.

1% van de fysiotherapeuten geeft aan dat er in 2006 minder volume ingekocht is dan in 2005, bij 6% van de fysiotherapeuten is meer volume ingekocht. Bij 38% heeft de verzekeraar hetzelfde volume ingekocht en 55% weet het niet of heeft geen mening.

⁵⁸ Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg, 6 april 2006, te vinden op www.nivel.nl.

⁵⁹ Tijdens de rondetafelbijeenkomst gaven fysiotherapeuten aan dat door de pakketmaatregelen in 2004 het volume flink was gedaald. Het volume in 2005 is daarna verder gedaald of gelijk gebleven.

⁶⁰ Doordat het bij deze vraag mogelijk was om meerdere antwoorden te geven, is de som van de percentages meer dan 100%.

7.3.2 Beheerssystemen

Naast volumeafspraken maken alle verzekeraars, sommige meer direct dan andere, gebruik van beheerssystemen. Uit de contracten en uit interviews met verzekeraars blijkt dat verzekeraars net zoals in 2005 hierbij zowel op de doelmatigheid als de kwaliteit van de verleende zorg proberen te sturen. In de oriënterende monitorrapportage werd reeds beschreven hoe verzekeraars hieraan vorm geven. In deze monitor wordt daarom niet verder hierop ingegaan.

Uit de fysiotherapie enquête blijkt dat verzekeraars bij 55% van de fysiotherapeuten beheersafspraken en beheerssystemen hanteren en bij 18% niet⁶¹. Bij 79% van de fysiotherapeuten gebruiken verzekeraars een praktijkgemiddelde en bij 32% wordt een benchmarksysteem gehanteerd. 3% van de fysiotherapeuten heeft te maken met een maximum vergoedingsbedrag.⁶²

Gevolgen volumeontwikkeling voor aanpalende sectoren

Het experiment met vrije tariefvorming is alleen van toepassing voor vrijgevestigde fysiotherapeuten. De oefentherapeuten Cesar/Mensendieck die een mogelijk substituuat voor fysiotherapie vormen vallen niet onder het experiment. Dit geldt ook voor instellingen met fysiotherapeuten in loondienst. Voor de oefentherapeuten C/M blijven maximumtarieven gelden en voor de instellingen vaste tarieven. Voorafgaand aan het experiment bestond de vrees dat deze scheiding invloed zou kunnen hebben op de werking van de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie. Als er prijsverschillen tussen de verschillende beroepsgroepen zouden bestaan zou dit bijvoorbeeld tot volumeverschuivingen tussen de beroepsgroepen kunnen leiden. In deze box wordt stilgestaan bij de vraag of dit heeft plaatsgevonden. De informatie is gebaseerd op gesprekken die hebben plaatsgevonden met de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar & Mensendieck (VvOCM) en de NVZ vereniging van ziekenhuizen. Tevens is aan de geïnterviewde verzekeraars gevraagd of zij hier rekening mee hebben gehouden bij hun inkoopbeleid.

Volgens de VvOCM heeft het experiment met vrije tariefvorming niet wezenlijk de volumeontwikkeling voor oefentherapeuten beïnvloed. Er is geen sprake van substitutie tussen de beroepsgroepen. In 2004, toen door pakketmaatregelen een groot deel van de fysiotherapie uit het basispakket is gehaald, was de vraaguitval voor oefentherapeuten bijvoorbeeld nihil. Wel waren er grote regionale verschillen in vraaguitval tussen oefentherapeuten.⁶³ Enkele

⁶¹ 26% weet het niet of heeft geen mening.

⁶² 13% heeft andere afspraken gemaakt en 8% weet het niet of heeft geen mening. Doordat het bij deze vraag mogelijk was om meerdere antwoorden te geven, is de som van de percentages meer dan 100%.

⁶³ Het LiPZ heeft onderzoek gedaan naar de volumeontwikkeling onder oefentherapeuten C/M in 2005. Hieruit blijkt dat bij de meerderheid van de praktijken het aantal behandelingen met 5,5% is afgenomen ten opzichte van 2004. Er zijn wel grote verschillen tussen praktijken. In 2005 zijn gemiddeld 0,3% minder patiënten behandeld. Het LiPZ heeft niet onderzocht of deze afname een gevolg is van het experiment vrije prijzen voor fysiotherapeuten

geïnterviewde verzekeraars geven aan dat toen er nog een prijsverschil⁶⁴ bestond tussen het maximumtarief voor oefentherapie en het vrije tarief voor vrijgevestigde fysiotherapie, zij hierop niet geïntericeerd hebben door meer volume te contracteren bij oefentherapeuten.

Verzekeraars geven aan dat het uiteindelijk toch om verschillende producten gaat. Een verzekeraar geeft aan dat als er in de toekomst met functionele omschrijvingen gewerkt zal worden en oefentherapeuten interessante producten aanbieden zij mogelijk wel een reëel alternatief kunnen vormen voor fysiotherapie.

Volgens de NVZ vereniging van ziekenhuizen zijn er geen effecten merkbaar voor intramuraal werkzame fysiotherapeuten als gevolg van het experiment, alhoewel de NVZ vereniging van ziekenhuizen in 2005 wel enkele klachten heeft ontvangen van intramuraal werkende fysiotherapeuten die het 'oneerlijk' vonden dat zij geen vrije prijzen hebben⁶⁵.

7.4 Macrokostenstijging

7.4.1 Budgettair Kader Zorg

Aan de hand van het jaarverslag 2004 van het Ministerie van VWS en op basis van de voorlopige CVZorgcijfers over 2005 kan er een uitspraak worden gedaan over de uitgavenontwikkeling die binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) valt.

In het jaarverslag 2004 van het Ministerie van VWS staat vermeld dat de totale uitgaven in 2004 van fysiotherapie en oefentherapie C/M die binnen de hoofdverzekering vallen 319 miljoen euro was. Voor 2004 was er oorspronkelijk een bedrag van 287,8 miljoen euro begroot. Dit betekent dat het BKZ met 31,2 miljoen euro overschreden is. Deze overschrijding bestond per saldo uit een grotendeels structurele volume-tegenvaller van 39,5 miljoen euro en uit een incidentele, nominale meevaller van 8,3 miljoen euro. De tegenvaller wordt veroorzaakt doordat het aantal patiënten met een aandoening op de chronische lijst in 2004 is gestegen. De behandelingen van deze patiënten vallen vanaf de tiende behandeling in de hoofdverzekering⁶⁶. Voor de behandelingen die voor 2004 begonnen waren, gold deze pakketmaatregel nog niet. Er is hiervoor incidenteel 50 miljoen euro begroot als overgangsregeling. De meevaller is het gevolg van de bevrozing van de tarieven in 2004 ten opzichte van 2003⁶⁷.

⁶⁴ Per 1 januari 2006 is het maximumtarief voor oefentherapeuten aangepast. Het tarief bedraagt nu 26.40 euro en ligt hiermee heel dicht bij de gemiddelde prijs voor vrijgevestigde fysiotherapeuten die een contract hebben gesloten.

⁶⁵ Er is destijds bewust gekozen voor een experiment uitsluitend gericht op vrijgevestigde fysiotherapeuten, omdat marktwerking hier logischer is dan bij fysiotherapeuten die vanuit een instelling werken en in loondienst zijn. Verder heeft marktwerking vooral te maken met ondernemerschap. En dat is eerder aan de orde bij vrijgevestigde praktijken dan bij praktijkvoering vanuit een instelling.

⁶⁶ Uit een onderzoek van het NIVEL blijkt dat het aantal bezoeken van chronische patiënten aan een fysiotherapeut met 30% is gestegen in 2004. Deze stijging wijkt af van de landelijke vraagdaling naar fysiotherapie met 6% als gevolg van het inkrimpen van het basispakket.

⁶⁷ De maximumtarieven in 2004 zijn niet gestegen ten opzichte van 2003. Door de ombuigingsbijdrage zou het tarief in 2004 dalen en om jojo-effecten te voorkomen is er besloten om het maximumtarief 2004 te bevroren.

Op basis van de voorlopige CVZorgcijfers over 2005 bedragen de totale uitgaven in 2005 van het BKZ 337,3 miljoen euro. Oorspronkelijk was er voor 2005 237,8 miljoen euro begroot. Dit is de begroting 2004 minus de overgangsregeling van 50 miljoen euro. Het budget voor 2005 is daarna bijgesteld door de overschrijding van het BKZ van 2004 structureel mee te nemen. Daarnaast is rekening gehouden met een prijsstijging van 14% als gevolg van het experiment. Hiervoor is er 30 miljoen euro meegenomen. Verder is er 6,9 miljoen euro toegevoegd voor demografische groei. Dit betekent dat uiteindelijk voor 2005 een bedrag van 308,7 miljoen euro begroot is voor de hoofdverzekering. Het BKZ in 2005 is dus met 28,6 miljoen euro overschreden. Het Ministerie van VWS gaat er van uit dat 22,6 miljoen euro hiervan veroorzaakt wordt door volumestijging en 6 miljoen euro wordt veroorzaakt door prijsstijging.

Voor 2006 is in de begroting 2006 328,5 miljoen euro begroot. Dit bedrag is nog exclusief de doorwerking van de tegenvaller uit 2005 en de prijsstijging 2006. In dit bedrag zit 20 miljoen euro extra; dit is een technische mutatie voor de overgang naar het nieuwe zorgstelsel⁶⁸

7.5 Ervaringen patiënten met betaalbaarheid

6% van de patiënten heeft, voordat zij een behandeling zou ondergaan, nagevraagd wat de prijs van een behandeling is bij zijn fysiotherapeut. Van de chronische patiënten heeft 10% de prijs nagevraagd. Driekwart van de patiënten vindt de prijs van een behandeling niet belangrijk, omdat de zorgverzekeraar toch alle kosten vergoed. Een eigen bijbetaling vindt 83% niet belangrijk bij hun fysiotherapiekeuze. Voor de laagste inkomensgroepen en voor de chronische patiënten is een eigen bijbetaling meer van invloed op hun keuze voor een fysiotherapeut.

15% van de patiënten is van mening dat de fysiotherapeutische zorg het afgelopen jaar duurder is geworden, voornamelijk door een toename van de eigen bijdrage of doordat de zorgverzekeraar slechts een bepaald bedrag of een aantal behandelingen vergoed. Geen enkele patiënt geeft aan dat de zorg goedkoper geworden is.

Over de betaalbaarheid van de fysiotherapeutische zorg voor patiënten durft de NPCF geen uitspraak te doen. Er zijn in ieder geval geen klachten binnengekomen van patiënten dat de betaalbaarheid van de zorg in het geding is gekomen in 2006. In 2005 zijn hier wel klachten over binnengekomen.

7.6 Inkomensontwikkeling

Het is lastig om uitspraken te doen over de inkomensontwikkeling van fysiotherapeuten in de voorbijgaande jaren. Als het bruto inkomen centraal staat is informatie nodig over de ontwikkeling in de prijzen en de hoeveelheden van de betreffende fysiotherapeut. De prijzen

⁶⁸ De oefentherapeuten C/M hebben per 1 januari 2006 een hoger tarief. Deze tariefsverhoging heeft geleid tot een stijging van het BKZ van 1 miljoen euro.

verschillen echter per verzekeraar en er is geen informatie over de ontwikkeling in het volume per fysiotherapeut. Om uitspraken te doen over de ontwikkeling in het netto-inkomen is daarnaast informatie over de kostenstructuur van fysiotherapeuten nodig. Deze informatie is op dit moment niet beschikbaar. Daarnaast zegt de inkomensontwikkeling van fysiotherapeuten niets over het feit of een markt wel of niet goed werkt. Op de ontwikkeling van het volume en de prijs heeft de fysiotherapeut namelijk zelf invloed. Bijvoorbeeld door een innovatief product te ontwikkelen waar veel vraag naar is of door harder te werken. Het is daarom moeilijk om een uitspraak te doen of een bepaalde inkomensontwikkeling gewenst is of niet. Op basis van de uitgavenontwikkeling aan fysiotherapie (die is toegenomen) en het aantal fysiotherapeuten dat niet is toegenomen kan wel geconstateerd worden dat het gezamenlijke inkomen van de beroepsgroep is toegenomen. Door marktwerking kan er sprake zijn van winnaars en verliezers.

7.7 Conclusie

De gecontracteerde prijzen voor een reguliere zitting fysiotherapie zijn in 2006 nominaal gemiddeld met ruim 8% gestegen ten opzichte van de gecontracteerde prijzen in 2005. Gecorrigeerd voor inflatie bedraagt de prijsstijging ongeveer 5%. Ten opzichte van het maximumtarief dat tot 1 februari 2005 gold, is de prijs van de reguliere zitting in 2006 met ongeveer 23% gestegen. De spreiding in de gecontracteerde prijzen tussen verzekeraars is in 2006 groter dan in 2005. Deze liggen voor het grootste deel tussen de 26 en 28 euro. Een belangrijke reden voor de prijsstijging is de inhaalslag in de prijs die volgens verzekeraars en fysiotherapeuten ten opzichte van het verleden gemaakt moest worden omdat de tarieven toen te laag waren. Naar verwachting zal de prijs de komende jaren wel meer door het marktmechanisme bepaald worden. De passantenprijzen liggen ongeveer 3% boven de gecontracteerde prijs. Ten opzichte van 2005 is het verschil tussen de passantenprijs en de gecontracteerde prijs nauwelijks gestegen. De restitutievergoeding ligt gemiddeld zo'n 15 à 20% onder de gecontracteerde prijs voor de fysiotherapeutische zorg. De betaalbaarheid op microniveau blijft geborgd doordat de meeste patiënten aanvullend verzekerd zijn voor fysiotherapie en het grootste deel van de fysiotherapeuten gecontracteerd is. 6% van de verzekerden moet de behandeling in zijn geheel of gedeeltelijk bijbetalen. Er zijn geen signalen ontvangen van patiënten dat de betaalbaarheid van de fysiotherapeutische zorg in het geding is gekomen. Dit was in 2005 wel het geval.

De macrokosten voor fysiotherapie en oefentherapie C/M die binnen de hoofdverzekering vallen zijn in 2005 met bijna 6% gestegen ten opzichte van 2004.

Evaluatie experiment

Het experiment vrije tariefvorming fysiotherapie duurt in principe tot 31 december 2006. Zoals de minister heeft aangegeven in zijn toespraak tijdens het jaarlijks congres van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, op 28 oktober 2005, wordt binnen niet al te lange tijd de balans opgemaakt over een eventuele voortgang van het experiment. Zoals door de minister is gevraagd in de uitvoeringstoets experiment fysiotherapie zal CTG/ZAio het experiment evalueren en de minister adviseren over continuering van het experiment.

Voor een evaluatie van het experiment dient een aantal vragen beantwoord te worden:

- Wat voor gevolgen heeft het experiment met vrije tariefvorming op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de fysiotherapeutische zorg gehad?
- Is voldaan aan de centrale doelstelling van het experiment? Het experiment dient in die zin perspectief te bieden aan fysiotherapeuten op het gebied van innovatie, variatie in het aanbod en ondernemerschap, alsmede de gebruikers van deze zorg.
- Is aan alle voorwaarden voor een goede werking van de markt voldaan en blijft dit ook zo in de toekomst? Zo niet, kunnen de belemmeringen die dit in de weg staan opgeheven worden? Welke prikkel/ impuls heeft marktwerking gegeven?
- Wat voor lessen kunnen er met betrekking tot marktwerking in andere sectoren worden getrokken?

Invloed experiment op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Zoals uit de oriënterende monitor in 2005 en deze monitor valt op te maken heeft de introductie van marktwerking nog niet aanwijsbare positieve invloeden op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg gehad. De publieke belangen zijn echter niet in het geding gekomen. In de contracten die door verzekeraars zijn afgesloten met fysiotherapeuten staan minimum kwaliteitseisen opgenomen, waardoor de kwaliteit wordt geborgd. De toegankelijkheid van de zorg is geborgd doordat er ruim gecontracteerd wordt door verzekeraars. Patiënten worden over het algemeen niet geconfronteerd met wachtlijsten en er zijn geen directe signalen van patiënten vernomen dat de toegankelijkheid van de zorg in het geding is gekomen. Zoals in de oriënterende monitor in 2005 werd gemeld zijn er in 2005 een aantal signalen ontvangen van patiënten dat zij hun behandeling niet meer konden betalen. Het ging hier om 60 patiënten. Deels kwam dit doordat zij een pakket hadden gekozen dat een maximum aantal behandelingen vergoedde waardoor zij een deel van de behandelingen zelf moesten betalen (indien zij meer behandelingen nodig hadden). Daarnaast had een aantal patiënten een niet gecontracteerde fysiotherapeut bezocht, waardoor zij een deel van de behandeling zelf moest bijbetalen. Hierdoor is een aantal patiënten gestopt met de behandeling. De micro betaalbaarheid van de zorg lijkt echter niet in het geding te zijn gekomen. Verzekerden kunnen voor een uitgebreidere aanvullende verzekering kiezen of vanaf 1 januari 2006 voor een polis kiezen die maximale keuzevrijheid biedt zodat zij niet hoeven bij te

betalen⁶⁹. In 2006 zijn geen signalen binnengekomen van patiënten over de betaalbaarheid van de zorg. De prijzen voor een reguliere zitting zijn vanaf 1 februari 2005 nominaal met ongeveer 23% gestegen, gecorrigeerd voor inflatie bedraagt de stijging ongeveer 16%. Als deze prijsstijging vergeleken wordt met de hypothetische situatie dat het tarief nog door CTG/ZAio zou zijn vastgesteld, bedraagt de stijging ongeveer 2%. Het is niet bekend in hoeverre de prijsstijging is doorgerekend in de premies van de polissen.

Realisatie doelstelling experiment fysiotherapie

Uit deze monitor blijkt dat er op lokaal en regionaal niveau een voorzichtig begin wordt gemaakt met het contracteren van nieuwe producten en zorgprogramma's. De markt is op dit punt in beweging. Door het ontbreken van prestatie-indicatoren is het echter de vraag of de doelstelling van het experiment op dit gebied echt verwezenlijkt kan worden. In een situatie van marktwerking komen productdifferentiatie en innovatie alleen van de grond als de verwachting bestaat dat er ook daadwerkelijk vraag is naar de nieuwe aan te bieden producten. Dit laatste vergt niet alleen dat er bij patiënten behoefte moet bestaan aan verschillende en nieuwe of betere vormen van fysiotherapie, maar ook dat zorgverzekeraars zich met behulp van hun inkoopgedrag op het gebied van fysiotherapie van elkaar kunnen en willen onderscheiden. Alleen wanneer aan beide voorwaarden is voldaan, zullen verzekeraars moeite doen om een gevarieerd en innovatief aanbod aan fysiotherapie in hun polissen op te nemen. Indien dat niet het geval is, zullen innovaties onvoldoende aftrek vinden en daardoor simpelweg niet rendabel en vanuit maatschappelijk perspectief ook niet wenselijk zijn. Over dit laatste aspect kan op dit moment geen uitspraak worden gedaan, aangezien het enige tijd kan duren voordat een product aanslaat. Variatie in het aanbod en innovatie zijn uitingvormen van ondernemerschap. Nu het contracteren van producten en zorgprogramma's op gang begint te komen nemen de mogelijkheden voor fysiotherapeuten om zich als ondernemer op te stellen toe. Een toename van het ondernemerschap manifesteert zich ook via de samenwerkingsverbanden die fysiotherapeuten vormen en het zoeken naar voordelen van gezamenlijke inkoop. Ondernemerschap brengt echter zowel kansen als risico's met zich mee. Door nieuwe producten te ontwikkelen kunnen ondernemende fysiotherapeuten meer inkomen genereren (kans). Als de introductie van een nieuw product echter niet blijkt aan te slaan kan dit leiden tot een financiële strop (risico). Fysiotherapeuten zijn over het algemeen (nog) niet gewend om zich als ondernemer op te stellen. In gesprekken met fysiotherapeuten wordt dit beeld bevestigd. Het heeft dan ook tijd nodig voordat het ondernemerschap binnen de fysiotherapie daadwerkelijk een nieuwe impuls krijgt, al zijn er voldoende signalen dat hier reeds invulling aan wordt gegeven door een toenemend aantal ondernemende fysiotherapeuten.

Is aan alle voorwaarden voor een goede werking van de markt voldaan en blijft dit ook zo in de toekomst? Zo niet, kunnen de belemmeringen die dit in de weg staan opgeheven worden?

Zoals in dit monitorrapport wordt beschreven ervaren verzekeraars nauwelijks prikkels bij de inkoop van zorg vanuit de kant van de verzekerden. Dit heeft geen noemenswaardige gevolgen

⁶⁹ Particuliere patiënten konden dit voor 1 januari 2006 ook al.

gehad voor het inkoopproces door verzekeraars als gevolg van de zorgplicht en de wens van de verzekeraars om zich met het product fysiotherapie richting de klant te profileren. Het is echter de vraag of dit zo zal blijven indien minder verzekerden kiezen voor een aanvullende verzekering of wanneer verzekeraars met minder fysiotherapeuten een contract afsluiten. De prikkels voor verzekeraars om goed in te kopen kunnen hierdoor verminderen. Om dit te voorkomen is het noodzakelijk dat de transparantie op de markt op zowel het gebied van kwaliteit als prijs vergroot wordt. Met deze transparantie kunnen verzekerden weloverwogen een keuze maken voor een aanvullende verzekering of geen verzekering en een keuze maken voor een specifieke verzekeraar aan de hand van het product dat deze verzekeraar inkoop. Verzekeraars worden dan direct geprikkeld om goede zorg in te kopen.

In dit monitorrapport werd geconstateerd dat de transparantie op de markt voor fysiotherapie op het gebied van prijs onvoldoende is. Transparantie op dit gebied is een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt. Transparantie zorgt ervoor dat het consumentenbelang wordt beschermd (de consument wordt niet met onverwachte kosten geconfronteerd) en kan aan de hand van de prijs een duidelijke keuze maken tussen fysiotherapeuten. De transparantie moet daarom zo snel mogelijk vergroot worden. Er is een duidelijke rol voor marktpartijen weggelegd om een bijdrage te leveren aan transparantievergroting. Fysiotherapeuten zijn verplicht hun prijslijst op te hangen op een in het oog springende plek om de prijstransparantie te vergroten. CTG/ZAio zal toezien op de handhaving van deze verplichting. Als de prijstransparantie wordt vergroot, ontstaat er mogelijk ook een prikkel voor marktpartijen zelf om de transparantie verder te vergroten, bijvoorbeeld door het openen van vergelijkingssites of andere initiatieven. Indien dit niet het geval is, dan neemt CTG/ZAio deze taak zelf op zich.

De koepels van verzekeraars en fysiotherapeuten moeten daarnaast een daadwerkelijke start maken met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren om de transparantie op het gebied van kwaliteit te vergroten.

- Innovatie en variatie in het aanbod komt alleen van de grond als fysiotherapeuten voldoende prikkels ondervinden om zich via de introductie van gevarieerdere en nieuwe en/of betere producten van elkaar te onderscheiden. Zonder prestatie-indicatoren is het voor fysiotherapeuten moeilijk om de effectiviteit of het innovatieve gehalte van een nieuw product aan te tonen en daarmee de meerwaarde van deze producten. Dit belemmert de productontwikkeling.
- Voor verzekeraars is het moeilijk om resultaatgericht in te kopen zonder prestatie-indicatoren. Zij hebben geen instrument om de kwaliteit of effectiviteit van een product te beoordelen.
- Zonder prestatie-indicatoren is het ook niet mogelijk om kwaliteitsverschillen tussen fysiotherapeuten inzichtelijk te maken. Hierdoor kan de patiënt dit aspect niet goed in zijn beslissing meenemen en kan hij prijsverschillen tussen fysiotherapeuten niet goed duiden.

De introductie van prestatie-indicatoren is daarom noodzakelijk! De toekomstige NZa en IGZ zullen dit proces begeleiden en zo nodig actief aansturen.

De prijsstijging die sinds het begin van het experiment heeft plaatsgevonden kan niet verklaard worden door een eventuele schaarste op de markt. De inhaalslag naar een volgens marktpartijen redelijker tarief is de belangrijkste verklaring achter de prijsstijging. De prijsstijging kan daarom niet goed gerelateerd worden aan de werking van de markt. De verwachting is dat de prijs de komende jaren wel meer door het marktmechanisme bepaald zal worden. De komende jaren zullen dit moeten uitwijzen.

Sinds het begin van het experiment zijn volgens de marktpartijen de administratieve lasten toegenomen. Deels is een toename van de administratieve lasten inherent aan marktwerking. Er bestaat op dit moment echter nog geen inzicht in welke mate de toename in administratieve lasten een onvermijdelijk gevolg is van de introductie van marktwerking en in welke mate er sprake is van vermijdbare administratieve lasten. CTG/ZAio zal dit onderzoeken.

Welke prikkel/impuls heeft marktwerking gegeven?

De concurrentie tussen verzekeraars is toegenomen sinds het begin van het experiment. Dit valt vooral af te leiden uit een toename van de spreiding van de tarieven tussen verzekeraars. Zoals uit deze monitor blijkt, reageren verzekeraars bij het aanbieden van het contract in de markt bovendien veel op elkaar, vooral bij het bepalen van de prijs.

Door de introductie van marktwerking is er meer dynamiek op de markt ontstaan. De meeste verzekeraars bieden een contract met een menu van tarieven aan. Fysiotherapeuten kunnen daardoor uit verschillende tarieven kiezen. Doordat de tariefopslag is gekoppeld aan zwaardere eisen op het gebied van kwaliteit (procesgericht), doelmatigheid en transparantie zijn er prikkels voor fysiotherapeuten om hierin te investeren. De omvang van de tariefopslag bedraagt ongeveer een vierde van de totale prijsstijging in de markt. Verzekeraars experimenteren daarnaast met voorkeursaanbieders. Met deze aanbieders kunnen vergaande afspraken gemaakt worden op het gebied van kwaliteit en innovatie.

Lessen met betrekking tot marktwerking in andere sectoren

Voor de aanvang van het experiment zijn er afspraken gemaakt en regels opgesteld om de transparantie op de markt op het gebied van kwaliteit en prijs te bevorderen. Dit experiment laat echter zien dat deze transparantie niet vanzelf van de grond komt. Het voornemen om vanaf 1 januari 2006 verzekeraars en fysiotherapeuten met elkaar te laten onderhandelen op basis van heldere prestatiebeschrijvingen (lees: zorgproducten) bleek een brug te ver. Dit heeft het proces om prestatie-indicatoren te ontwikkelen ook vertraagd. Het is in die zin goed om stil te staan bij de rol die de overheid bij de ontwikkeling van de indicatoren kan hebben. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren moet in eerste instantie aan de partijen zelf worden overgelaten. Als blijkt dat dit niet van de grond komt is er echter een sturende rol voor de overheid weggelegd. Zeker als blijkt dat marktpartijen deze rol niet oppakken of hier niet voortvarend genoeg mee zijn.

Zoals uit de oriënterende monitor in 2005 bleek, speelden er allerlei ontwikkelingen in de markt voor fysiotherapie bij de aanvang van het experiment. De prijzen werden vrijgegeven nadat een groot deel van de fysiotherapeutische zorg uit het basispakket werd gehaald. Ook liet een aantal wetgevingstrajecten op zich wachten. De introductie van de Zorgverzekeringswet heeft ook onzekerheid veroorzaakt op deze markt. Door deze onzekerheden waren de condities voor een experiment met vrije prijsvorming niet optimaal. Het vrijgeven van een markt zou daarom idealiter niet tegelijk moeten vallen met andere hervormingsoperaties omdat dit te veel onzekerheid met zich meebrengt.

Het vrijgeven van de prijzen in een voorheen gereguleerde markt is een ingrijpende gebeurtenis. Partijen kunnen moeite hebben om aan hun nieuwe rol te wennen. De spelers op de markt hebben tijd nodig om zich te informeren over de nieuwe spelregels op de markt. Er is een taak voor de NZa en de NMa weggelegd om partijen hierover te informeren voordat de prijzen worden vrijgegeven. Ook moet er rekening mee gehouden worden dat er weerstand kan bestaan tegen het vrijgeven van de tarieven. Niet elke aanbieder of verzekeraar zal het experiment en de kansen die dit biedt omarmen. Zij zullen vooral naar de risico's wijzen. Er is soms een cultuurverandering nodig op dit gebied. Zoals bleek uit de oriënterende monitor in 2005 liepen de verwachtingen van marktpartijen over hetgeen vrije prijsvorming in deze markt nou precies moet bewerkstelligen en hoe de contracten zouden moeten worden aangeboden sterk uiteen. Het is daarom wenselijk hierover vooraf helder te communiceren en de juiste verwachtingen te wekken. Dit voorkomt veel discussie.

Als een markt wordt vrijgegeven is het niet reëel om te verwachten dat de baten van marktwerking meteen zichtbaar zijn. Een markt heeft tijd nodig om zich te ontwikkelen. Ervaringen uit de Verenigde Staten laten bijvoorbeeld zien dat verzekeraars pas goede onderhandelingsresultaten boeken nadat ze enige ervaring op dit gebied hebben opgedaan.⁷⁰ Daarnaast is het belangrijk om de effecten die aan marktwerking kunnen worden toegekend los te koppelen van andere mogelijke oorzaken. In de markt voor fysiotherapie is dit bijvoorbeeld een probleem bij de prijsstijging die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Doordat dit tarief volgens marktpartijen te laag was in het verleden, heeft er een inhaalslag plaatsgevonden die in principe los staat van een normaal functionerend prijsmechanisme.

⁷⁰ Zoals in Varkevisser e.a., Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen, Economische Statistische Berichten, 27 januari 2006, blz 38-40 vermeld wordt hebben zorgverzekeraars die gecontracteerde zorg aanboden met een gesloten netwerk betere onderhandelingsresultaten geboekt dan pure schadeverzekeraars die geen zorg contracteren. Hoewel het verschil in prijzen of korting in het eerste jaar nog beperkt was (4%) kwam hier de daaropvolgende jaren verandering in. Zo bedroeg na vier jaar de gemiddelde korting bij meer dan de helft van het aantal gesloten contracten een veelvoud hiervan (16%), waarbij ruim een kwart van de onderhandelingen resulteerde in kortingen van meer dan 35%. Er dient, zo stellen de auteurs, dan ook rekening te worden gehouden met leereffecten.

Advies experiment

Op basis van de bovenstaande bevindingen adviseert CTG/ZAio de minister van VWS om het experiment met een jaar te verlengen. Op een aantal terreinen functioneert de markt voor fysiotherapie namelijk nog onvoldoende om over te gaan op blijvende vrije prijsvorming op 1 januari 2007.

In het komende jaar moet aan de volgende punten aandacht besteed worden:

1. De transparantie op het gebied van kwaliteit moet vergroot worden. Er dient een flinke stap gezet te worden richting de ontwikkeling van prestatie-indicatoren.
2. De transparantie op het gebied van prijs dient vergroot te worden. Alle fysiotherapeuten moeten een standaardprijslijst op een in het oog springende plek hangen.
3. Om beter inzicht te krijgen in de werking van de markt is het nodig om te monitoren hoe de prijs zich ontwikkelt in een marktomgeving waarbij de inhaalslag van de prijs naar een volgens marktpartijen redelijker tarief geen rol meer speelt.
4. Er dient meer inzicht verkregen te worden in de omvang van de vermijdbare administratieve lasten.
5. Ook kan met een verlenging van het experiment beter inzicht worden gekregen in de ontwikkeling van het aantal gecontracteerde producten en zorgprogramma's en de initiatieven van verzekeraars om meer voorkeursaanbieders te contracteren.

Indien de resultaten op deze vijf punten in 2007 gunstig zijn en de markt verder goed blijft werken kan naar de mening van CTG/ZAio overgegaan worden op een systeem van vrije prijsvorming in het jaar 2008. Zoals de minister al zei in zijn toespraak op het jaarcongres van het KNGF is dit in grote mate afhankelijk van de inzet van verzekeraars en fysiotherapeuten.

Voor de toekomstige NZa is een rol weggelegd om de markt te blijven monitoren, ook na het eventueel vrijgeven van de prijzen in het jaar 2008. Op deze manier geeft zij invulling aan haar toezichthoudende taken op dit gebied en zal indien nodig actief ingrijpen in de markt.