



Rapport over transparantie van tarieven paramedische zorg

oktober 2021



Nederlandse
Zorgautoriteit

Samenvatting

Uit ons onderzoek is gebleken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders verschillende verwachtingen hebben over zowel een passend tarief als een transparante onderbouwing hiervan. In de basis komt het er op neer dat zorgaanbieders een hoger tarief willen en zorgverzekeraars juist de tarieven beperken om de betaalbaarheid te borgen. Paramedici willen daarbij graag helderheid over de componenten waaruit een tarief is opgebouwd om daarmee in gesprek te gaan met de zorgverzekeraar over een hoger tarief. Vanuit zorgverzekeraars bezien moet een totaaltarief gemiddeld genomen het totaal aan kosten dekken waarbij zorgverleners naar eigen inzicht de bestedingen bepalen.

Wij hebben geconcludeerd dat een meer transparante onderbouwing van tarieven niet de gewenste oplossing biedt. Een onderbouwing in componenten kan een sturende werking hebben op de besteding door zorgaanbieders, die niet per sé in het belang van de zorgverlening aan de patiënten is. Bovendien verschuift de discussie over de hoogte van tarieven dan naar de onderliggende componenten.

Wij zien wel perspectief in een passend tarief als uitkomst van gesprekken over de inhoud van de zorg waarbij kwalitatief goede of passende zorg beter wordt beloond dan minder goede zorg. Wij zetten in op het aanpassen van de bekostiging voor paramedische zorg, waarbij niet de productie maar de inhoud van zorg leidend is. Een aanpassing in de bekostiging wordt belemmerd door de huidige beperkte aanspraak van fysiotherapie en oefentherapie. Daarnaast is de beperkte aanspraak paramedische zorg niet bevorderend voor het realiseren van passende zorg. Tegelijkertijd moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierin hun verantwoordelijkheid nemen door toe te werken naar een gezamenlijke toekomstvisie.

Het onderzoek

Aanleiding

De NZa heeft zowel in 2019 als in 2020 een monitor gepubliceerd over de paramedische zorg. In beide monitors kwam naar voren dat paramedici ontevreden zijn over de contractering. Die onvrede is nog altijd aanwezig en gaat voornamelijk over de hoogte van de tarieven. Ook willen paramedici duidelijkheid van de zorgverzekeraar. Ze willen weten hoe het geboden tarief in relatie staat tot de kosten voor de zorg en de eisen die worden gesteld aan zorg.

Inleiding

We hebben in de eerste helft van 2021 onderzoek gedaan. We hebben bekeken in hoeverre zorgverzekeraars informatie geven over de tarieven en welke informatiebehoefte er over tarieven is bij verschillende partijen. Tot slot hebben we bekeken of meer transparantie over de totstandkoming van de tarieven bijdraagt aan een passende beloning (in verhouding tot de kwaliteit en inhoud van de geleverde zorg). We hebben de informatie geanalyseerd die zorgverzekeraars aan paramedici verstrekt hebben over de totstandkoming van de tarieven 2020 en 2021. Daarnaast hebben we met de betrokken branchepartijen, individuele zorgverzekeraars en paramedici verdiepende gesprekken gevoerd.

We geven in dit document aan wat de conclusie is van ons onderzoek, waar wij mogelijkheden zien tot verbetering, wat onze rol is bij de transparantie over de totstandkoming van tarieven, en wat wij hierin van zorgaanbieders en zorgverzekeraars verwachten.

Bevindingen onderzoek

Een deel van de zorgverzekeraars geeft aan hoe het tarief tot stand komt ten opzichte van voorgaande jaren. Ook zijn er enkele zorgverzekeraars die helemaal geen informatie verstrekken over de totstandkoming van het tarief.

Een ander deel van de zorgverzekeraars verstrekt veelal algemene informatie aan paramedici over de totstandkoming van tarieven. Met algemene informatie bedoelen we bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars enkel aangeven dat ze het kostprijsonderzoek paramedische zorg ter harte nemen of indexaties uitvoeren op het tarief, maar niet hoe. Als het gaat om de wijze waarop informatie wordt verstrekt over tarieven, hebben zorgverzekeraars het gevoel dat ze duidelijk zijn en voldoende informatie geven over hoe de tarieven tot stand komen.

Het is voor ons van belang dat kwalitatief goede en/of passende zorg beter wordt beloond dan minder goede zorg en dat zorgverzekeraars duidelijk zijn wat onder kwalitatief goede en/of passende zorg wordt verstaan.

Uit onze gesprekken met zorgaanbieders blijkt dat informatie vanuit zorgverzekeraars over de tarieven de paramedici soms onvoldoende bereikt. Tussen de individuele zorgverzekeraars zijn er verschillen over de locatie (bijvoorbeeld plaats op de website), de timing en de manier waarop zij informatie verstrekken aan paramedici over de totstandkoming van het tarief. Verder ervaren paramedici beperkte tijd en/of weinig informatie om een goede afweging te maken voor de contractkeuze. Ze geven aan dat ze pas laat in het contracteerproces het tarief weten waarvoor ze worden gecontracteerd. Bovendien is er beperkt ruimte voor zorgaanbieders om het gesprek aan te gaan met zorgverzekeraars over een hoger tarief.

Het is wenselijk dat zorgaanbieders op één locatie en op eenzelfde wijze alle informatie over contracten kunnen vinden. Het is niet meer dan redelijk als zorgaanbieders voldoende tijd hebben om het contract en tarief te bestuderen om zo een weloverwogen keuze te kunnen maken voor het wel al dan niet ondertekenen van het contract.

De interpretatie over wat transparantie van tarieven inhoudt, hoe het gebruikt kan worden en waartoe het bijdraagt, verschilt tussen zorgverzekeraars en paramedici. Dit verschil in interpretatie zorgt voor spanning in het contracteerproces.

Waar zorgverzekeraars algemeen zijn in hun informatie, hebben paramedici juist behoefte aan meer concrete informatie over het tarief. Vooral over de verschillende kostencomponenten waaruit het tarief is opgebouwd. Bijvoorbeeld het aandeel loonkosten in het tarief. Deze kostenonderbouwing

willen paramedici gebruiken voor hun bedrijfsvoering om te weten hoeveel ze kunnen besteden per kostencomponent. Ook het door GUPTA uitgevoerde kostenonderzoek schept verwachtingen bij paramedici ten aanzien van een kostenonderbouwing van de tarieven. Paramedici willen een onderbouwing op kostencomponenten gebruiken op basis daarvan in gesprek te komen met de zorgverzekeraar over een hoger tarief.

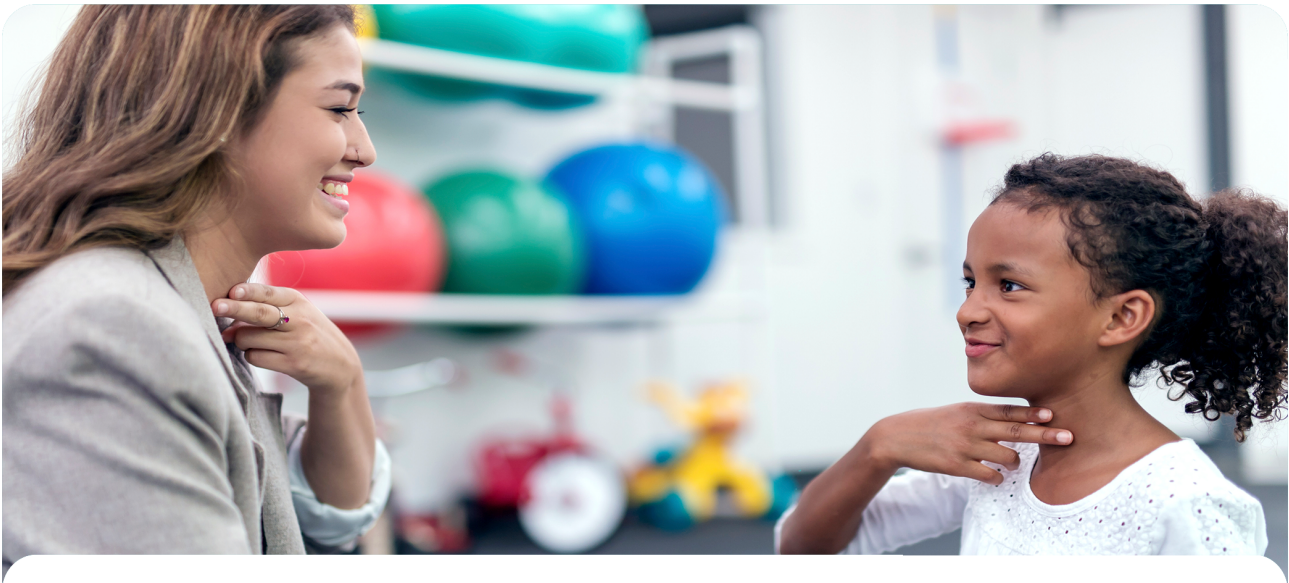
Wij zien een risico als zorgverzekeraars transparant zijn over de kostencomponenten. Dit kan een sturende onderbouwing van tarieven opleveren, die lijkt aan te geven hoe tarieven door zorgaanbieders moet worden besteed. Zorgaanbieders zijn daar juist vrij in.

Zorgverzekeraars geven echter niet zo concreet aan hoe het kostenonderzoek is meegenomen in de tarieven. Ze geven wel in algemene zin aan dat ze het kostprijsonderzoek ter harte nemen, maar niet hoe zij op basis van het kostenonderzoek de tarieven hebben aangepast. Zorgverzekeraars geven in de gesprekken aan dat zij niet transparant kunnen zijn over de tariefopbouw in kostencomponenten voor iedere individuele zorgaanbieder. Het tarief is namelijk gemiddeld kostendekkend.

Bovendien willen de zorgverzekeraars die wij gesproken hebben niet transparant zijn over de tariefopbouw in kostencomponenten vanwege het inzicht dat ze andere verzekeraars daarmee geven (concurrentieoverwegingen).

Gezien het feit dat een tarief gemiddelde kostendekkend is, is de insteek van zorgverzekeraars begrijpelijk. Alleen aangeven dat het kostenonderzoek ter harte wordt genomen zonder concreet aan te geven hoe, geeft weinig vertrouwen aan zorgaanbieders dat het onderzoek daadwerkelijk ter harte wordt genomen.

Conclusie: Waar willen we naartoe?



Uit het onderzoek blijken verschillende invalshoeken denkbaar om de totstandkoming van het tarief transparanter te maken. Bijvoorbeeld door inzichtelijk te maken uit welke onderliggende kostencomponenten het tarief is opgebouwd, hoe het tarief op basis van voorgaande jaren tot stand komt of hoe een tarief zich verhoudt tot een bepaalde kwaliteit van zorg.

De afgelopen jaren hebben wij gezien dat de gesprekken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een impasse zijn beland. Gezien de verschillende invalshoeken waarmee zorgaanbieders en verzekeraars aankijken tegen transparantie van tarieven, zien we niet dat meer transparantie over de (totstandkoming van) de tarieven bijdraagt aan een passende beloning voor de paramedische zorg en daarmee aan een beter contracteerproces.

Wij vinden het belangrijk dat een zorgaanbieder weet hoe het tarief voor de zorg in verhouding staat tot kwaliteit en inhoud van de geleverde zorg. In het contracteerproces komt een goed gesprek hierover tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar nog onvoldoende aan bod. Dit komt mede omdat paramedici nog

onvoldoende zijn georganiseerd om als gelijkwaardige gesprekspartner te fungeren. Een goed gesprek moet niet gaan over de hoogte van het tarief en het doen van behandelingen, maar over de beloning van de kwaliteit van zorg, de inhoud van de zorg en de toegevoegde waarde voor de patiënt. Dit vraagt van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders een andere benadering van onderlinge gesprekken. De ontwikkeling van een gezamenlijke visie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de beloning van kwaliteit moet daarop aansluiten. In het kader van de bestuurlijke afspraken tussen betrokken branchepartijen worden onder andere stappen gezet ten aanzien van het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg.

In ons advies '[Passende zorg; de Toekomst is nu](#)' beschrijven we onze ambitie met betrekking tot de bekostiging, organisatie en contractering van zorg. Voorbeelden van passende zorg in de paramedische sector zijn dat fysiotherapeuten kunnen voorkomen dat patiënten met claudicatio intermittens duurdere vormen van zorg in het ziekenhuis nodig hebben. Ook kunnen diëtisten patiënten begeleiden ter voorkoming van aandoeningen die ontstaan door overgewicht.

Paramedische behandelingen in de eerste lijn worden beperkt vergoed vanuit de basisverzekering. Deze beperkte aanspraak draagt niet bij aan contractafspraken over passende zorg, omdat de zorgdisciplines waarmee samenwerking wordt gezocht om passende zorg te kunnen leveren (zoals tweedelijnszorg en huisartsenzorg) wel volledig worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Daarnaast worden fysiotherapie en oefentherapie in rekening gebracht per behandeling omdat de aanspraak in behandelingen is uitgedrukt. Wij constateren dat voor een structurele aanpassing van de bekostigingsstructuur de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie nu een belemmering vormt. De NZa zet daarom in op een aangepaste bekostigingsstructuur die niet uitgaat van declaratie per behandeling, maar waar de uitkomsten voor de patiënt en het samen organiseren van zorg centraal staan. Alleen zo kan de beweging naar passende zorg worden ingezet. Partijen (VWS, Zorginstituut, branchepartijen en NZa) zijn in gesprek over het aanpassen van de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie. Op dit moment zijn er al wel diverse experimenten met alternatieve bekostiging mogelijk, bijvoorbeeld via de facultatieve prestaties. Nu gebruiken alleen fysiotherapeuten deze prestaties.

Rol NZa



De NZa heeft een rol in de ontwikkeling van de contractering en bekostigingssystematiek naar passende zorg. Ten aanzien van de bekostigingssystematiek stelt de NZa regels op voor het in rekening brengen van paramedische zorg (prestaties en declaratievoorschriften). De NZa zet in op een aangepaste bekostigingsstructuur waar de uitkomsten voor de patiënt en het samen organiseren van zorg centraal staan.

Ook houdt de NZa toezicht op de [transparantievoorwaarden](#) die wij stellen aan het contracteerproces. We kunnen bijvoorbeeld optreden als de zorgverzekeraar haar zorginkoopbeleid en procedure van zorginkoop niet publiceert voor 1 april, als de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar of zorgaanbieders tijdens het zorginkoopproces onvoldoende is, of als de zorgverzekeraar geen redelijke termijn biedt voor zorgaanbieders om het contractvoorstel te bestuderen. In de transparantievoorwaarden zijn geen eisen opgenomen ten aanzien van transparantie over de onderbouwing van het door verzekeraars geboden tarief. De NZa heeft daarom geen formele bevoegdheden en toetsingskader ten aanzien van de transparantie op tarieven en wij kunnen daarom ook niet optreden richting verzekeraars.

Daarnaast houden we toezicht op de naleving van de [zorgplicht](#) door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten voor de basisverzekerde zorg voldoende kwalitatief goede zorg inkopen om aan hun zorgplicht te voldoen. Een tarief van een zorgverzekeraar zal daarom altijd hoog genoeg moeten zijn om voldoende zorgaanbieders te kunnen contracteren. Indien de zorgplicht niet wordt nageleefd, kunnen we ingrijpen. Onze wettelijke bevoegdheden ten aanzien van het toezicht op de zorgplicht kunnen wij niet inzetten voor aanvullend verzekerde zorg of niet-basisverzekerde zorg.

Het zorginkoopproces (contractering) is een proces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij beide partijen zowel vrijheden als verantwoordelijkheden hebben. De NZa ziet niet toe op de hoogte van de tarieven in de paramedische zorg. Er zijn namelijk vrije tarieven in de paramedische zorg die tot stand komen in de contractering tussen aanbieders en verzekeraars. We benoemen dit hier expliciet omdat we in de gesprekken met zorgaanbieders gemerkt hebben dat zij wel verwachtingen van de NZa hebben ten aanzien van onze inmenging op de hoogte van de tarieven. Deze verwachtingen belemmeren nu mogelijk het gesprek tussen verzekeraars en aanbieders. We hopen dat duidelijkheid hierover het onderlinge gesprek tussen hen verder faciliteert.

Wat verwachten we van partijen?

Passende zorg is een beweging van de lange adem, waarbij de resultaten niet direct zichtbaar zijn en waarin verschillende actoren samenwerken. Wij zijn ons ervan bewust dat het een lerend traject is, dat reeds loopt en waarbij een klimaat van leren, experimenteren en overnemen van goede voorbeelden van belang is. Op onderstaande verwachtingen van partijen worden ook (deels) via de bestuurlijke afspraken al stappen gezet. Ook wordt er momenteel binnen een traject met het ministerie van VWS en het Zorginstituut gewerkt aan het onderbouwen van de meerwaarde van de geleverde zorg voor de fysio- en oefentherapie. Toch vinden wij het van belang (nogmaals) onze verwachtingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars te schetsen.

Zorgaanbieders (of brancheaanbieders) en zorgverzekeraars: ga in gesprek met elkaar over gezamenlijke toekomstvisie

- We verwachten dat partijen op een constructieve manier het gesprek voortzetten over de toekomst van de paramedische sector. Hiervoor is het belangrijk dat zij met een duidelijke gezamenlijke, breed gedragen visie komen waarin wordt toegewerkt naar passende zorg. In het onderlinge gesprek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vinden wij het belangrijk dat beide partijen zich richten op een bredere discussie dan alleen de hoogte van het tarief.
- Daarnaast is het maken van concrete afspraken van belang voor het onderlinge gesprek. Bijvoorbeeld afspraken over de inhoud van de zorg, de (beloning van) kwaliteit van zorg en de toegevoegde waarde voor de patiënt. Zorgverzekeraars kunnen hierop differentiëren in de inkoop. Ook zou de kwaliteit en toegevoegde waarde van zorg inzichtelijk moeten zijn voor patiënten.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen met elkaar het gesprek aangaan over goede ideeën of experimenten om te komen tot passende zorg. De NZa kan bijdragen aan het verder uitwerken van deze ideeën of experimenten, bijvoorbeeld door het aanpassen van de bekostiging.

Zorgverzekeraars: stimuleer passende zorg en organiseer afstemming met paramedici

Al eerder heeft de NZa aanbevelingen gedaan richting zorgverzekeraars om het zorginkoopproces te verbeteren.

- Wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij, onder andere via zorginkoop, passende zorg stimuleren. Het is voor ons van belang dat kwalitatief goede en/of passende zorg beter wordt beloond dan minder goede zorg en dat zorgverzekeraars duidelijk zijn over wat zij onder passende zorg verstaan. Zorgverzekeraars kunnen passende zorg onder meer stimuleren door:
 - Praktijkvariatie te monitoren en hierover het gesprek aan te gaan met paramedici;
 - Aan te sturen op samenwerkingsafspraken tussen de tweede lijn en paramedici over bijvoorbeeld de behandeling van patiënten met artrose aan heup of knie;
 - Samen met paramedici werk te maken van het definiëren van zorgtrajecten met uitkomstmetingen voor bepaalde patiëntgroepen en deze passend te belonen.
- Bij het realiseren van passende zorg verwachten we dat zorgverzekeraars aan zorgaanbieders voldoende mogelijkheden geven tot afstemming over contractafspraken zodat zorgaanbieders een volwaardige gesprekspartner kunnen zijn.
- Daarnaast is het belangrijk dat bestaande initiatieven op het gebied van passende zorg worden gedeeld en opgeschaald.
- Tot slot is het in het zorginkoopproces wenselijk dat zorgaanbieders op één locatie en op eenzelfde wijze alle informatie over contracten kunnen vinden en niet meer dan redelijk als zorgaanbieders voldoende tijd hebben om het contract en tarief te bestuderen.

Zorgaanbieders: verenigen, ondernemen en innoveren

Zorgaanbieders zijn voor het grootste deel van hun inkomsten aangewezen op hun omzet op geleverde (aanvullend) verzekerde zorg. Zij zijn daarmee in grote mate afhankelijk van de tarieven en contractvoorwaarden van de zorgverzekeraars.

- Paramedici hebben soms de verwachting dat zorgverzekeraars met alle individuele zorgaanbieders het gesprek aangaan. Dit kan in de praktijk lastig zijn vanwege de keuze van zorgverzekeraars voor het aantal inkopers in relatie tot de grote hoeveelheid individuele zorgaanbieders. Het zal zorgaanbieders beter lukken om in gesprek te gaan en samen te werken met zorgverzekeraars wanneer zij zich verenigen of er sprake is van een hogere organisatiegraad. Als de samenwerking in het belang is van de patiënt, zijn er mogelijkheden binnen de [mededingingsregels](#), waarop de Autoriteit Consument en Markt toezicht houdt.
- Zorgaanbieders zijn ondernemende organisaties die hun eigen bedrijfsvoering organiseren, met de vrijheid om eigen keuzes te maken in hun bestedingen. Bijvoorbeeld over de hoogte van hun investeringen. Deze keuzes zijn dus voor rekening en risico van de zorgaanbieders. De NZa vindt het belangrijk dat zorgaanbieders (blijven) ondernemen naar passende zorg en innoveren, met een passende beloning vanuit zorgverzekeraars om dit mogelijk te maken. Het is aan zorgverzekeraars om te bepalen welke beloning passend is in verhouding tot de geleverde kwaliteit en toegevoegde waarde van zorg voor de patiënt.

Bijdrage NZa

Op basis van onze analyse concluderen wij dat transparantie over de totstandkoming van de tarieven niet bijdraagt aan een beter contracteerproces. De gesprekken tussen zorgverzekeraars en paramedici moeten gevoerd worden langs de inhoud van de zorg: zorg die waarde toevoegt voor de patiënt. Wij zullen hier een bijdrage aan leveren door het ontwikkelen van een bekostigingsstructuur die zich richt op het belonen van passende zorg.