

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

1779

Vragen van het lid **Tielen** (VVD) aan de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de paramedische zorg, o.a. naar aanleiding van het bericht «De paramedische zorg wankelt»* (ingezonden 25 februari 2025).

Antwoord van Staatssecretaris **Maeijer** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 31 maart 2025). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2024–2025, nr. 1648.

Vraag 1

Herkent u de berichten over de niet-kostendekkende tarifiering van paramedici, onder andere zoals opgetekend in het artikel in Arts en Auto «De paramedische zorg wankelt»?¹

Antwoord 1

Ik herken de berichten over de niet-kostendekkende tarifiering van de zorg geleverd door vrijgevestigde zelfstandige paramedische beroepsbeoefenaren. Deze signalen neem ik serieus.

In de paramedische zorgsectoren gelden vrije tarieven. Dat betekent dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deze tarieven niet reguleert. Het is aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om samen tot prijsafspraken te komen. Naar aanleiding van signalen en de motie van Kamerlid Krul (12 november 2024²), heb ik de NZa gevraagd onderzoek te doen naar het functioneren van de paramedische zorgmarkten.

Vraag 2

In hoeverre hebben het kostenonderzoek paramedische zorg van Gupta³ en het rapport over transparantie van tarieven paramedische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)⁴ geleid tot veranderingen in de (tarifiering van) paramedische zorg? Welke stappen zijn sindsdien gezet?

¹ Arts en Auto, 21 februari 2025, De paramedische sector wankelt – Arts en Auto.

² Kamerstuk 29 515, nr. 573

³ Gupta-Kostenonderzoek-paramedische-zorg-2020.

⁴ Kamerstuk 33 578, nr. 86, bijlage: Rapportage over transparantie van tarieven paramedische zorg (2021D38166).

Antwoord 2

De onderzoeken van Gupta en de NZa hebben tot verschillende stappen geleid. Zo wordt er bijvoorbeeld meer fysio- en oefentherapie vergoed vanuit het basispakket voor patiënten met reumatoïde artritis en zijn er geen restricties meer op de zorg voor patiënten met chronisch obstructive pulmonary disease (COPD). Ook start dit jaar een vijfjarig experiment om te onderzoeken of bundelbekostiging (een vergoeding per behandeltraject in plaats van per losse behandeling) voor COPD-zorg passende zorg meer stimuleert dan de huidige bekostiging. De NZa gebruikt daarnaast richtsnoeren om de transparantie van tarieven bij de contractering te verbeteren. Ik heb de NZa gevraagd onderzoek te doen naar het functioneren van de markt van de paramedische sectoren. Uw Kamer wordt voor het Commissiedebat over het zorgverzekeringsstelsel op 19 juni a.s. geïnformeerd over een eerste analyse van de NZa met inzichten rondom het functioneren van de markt en de toegankelijkheid binnen de fysiotherapie.

Vraag 3

Welke signalen krijgt u over de effecten van de handhaving van de wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelatie (DBA) in relatie tot de tarieven in de paramedische sector en de verwachting dat vele paramedische zorgprofessionals de (eerstelijns)zorg daardoor verlaten? Wat is uw reactie daarop?

Antwoord 3

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) geeft op zijn website aan dat er naar schatting 1.300 fysiotherapeuten werkzaam zijn als zzp'er⁵. Er waren 21.250 fysiotherapeuten werkzaam in de eerste lijn in 2023⁶. Op dit moment heb ik geen concrete signalen ontvangen over de effecten van de wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelatie (DBA) en de verwachting dat vele paramedische professionals de (eerstelijns) zorg verlaten. Ook de NZa heeft geen concrete signalen ontvangen. De NZa heeft geen specifieke aandacht voor ZZP'ers, aangezien er ook andere vormen van arbeidsverhoudingen bestaan.

Vraag 4

Herkent u de signalen die wij krijgen dat paramedische zorgprofessionals graag meewerken aan de transitie naar passende zorg, maar dat het huidige vergoedingensysteem deze transitie in de weg staat? Zo ja, welke signalen zijn daarin wat u betreft prominent? Wat doet u in reactie op deze signalen?

Antwoord 4

Paramedische zorgverleners spelen een belangrijke rol in de transitie naar passende zorg. Daarvoor is het nodig dat duidelijk is wat onder passende zorg wordt verstaan en dat de vergoeding daarop aansluit. De huidige systematiek bevat een behandelprikkel, wat remmend kan werken voor deze transitie. Daarom start dit jaar het experiment met bundelbekostiging voor COPD-zorg. Dat loopt vijf jaar en moet uitwijzen of deze bekostiging leidt tot betere, passende zorg. Daarnaast heeft Zorginstituut Nederland (ZIN) op verzoek van het Ministerie van VWS onderzocht welke mogelijkheden er zijn voor een betere omschrijving van de aanspraak om de toegankelijkheid van eerstelijns fysio- en oefentherapie te kunnen bevorderen en bij te dragen aan passende zorg. Het advies verschijnt binnenkort.

Vraag 5

Deelt u de mening dat het inzetten van digitale zorg en zorg op afstand, de eigen regie van de zorgvrager helpen vergroten en dat dit zeker in de paramedische zorg van grote toegevoegde waarde is? Zo ja, wat doet u momenteel om digitale zorg en zorg op afstand in de paramedie te stimuleren? Zo nee, waarom niet?

⁵ Bron: Fysiotherapeut als zzp'er | KNGF

⁶ Bron: StatLine - Medisch geschoolden; specialisme, arbeidspositie, sector, leeftijd

Antwoord 5

Ja, ik deel de mening dat digitale zorg en zorg op afstand kunnen bijdragen aan het versterken van de eigen regie van de zorgvrager. De inzet van digitale zorg is primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, in samenspraak met zorgvragers en zorgverzekeraars. Ik ondersteun deze ontwikkeling vanuit het Ministerie van VWS met verschillende maatregelen, zoals:

- Het verstrekken van een meerjarige subsidie (2024–2028) aan zeven paramedische beroepsgroepen om de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en patiënten te verbeteren;
- Het uitvoeren van experimenten met bundelbesteding om te onderzoeken of deze bestedingsvorm onder meer digitale innovatie stimuleert;
- Het beschikbaar stellen van de «Wegwijzer besteding digitale zorg 2025» van de NZa, die inzicht geeft in de financiering en mogelijke vergoedingen van digitale zorg, inclusief de (besteding van) technologieën die de capaciteit van zorgverlening kunnen vergroten.

Met deze en andere maatregelen wil ik bijdragen aan betere toegankelijkheid, effectiviteit en eigen regie in de paramedische zorg.

Vraag 6

Wat is de reden dat de paramedische zorgsector nauwelijks wordt betrokken, laat staan mee kan praten, bij het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord? Bent u bereid de paramedische sector alsnog nauwer te betrekken bij deze akkoorden en de transitie naar passende zorg? Zo ja, wat doet u om dat voor elkaar te krijgen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

De paramedische zorgsectoren zijn geen formele onderhandelingspartner bij het IZA, maar zijn wel degelijk betrokken bij de inhoud en uitvoering ervan. Regelmatig worden alle zorgpartijen geïnformeerd en vinden gesprekken plaats om input op te halen.

Een belangrijk onderdeel van het IZA is het versterken van de eerstelijnszorg. De paramedische zorgsectoren hebben hierin een belangrijke rol. De partijen die de paramedische zorgsectoren vertegenwoordigen, het KNGF en het Paramedisch Platform Nederland (PPN), zijn daarom nauw betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van de visie voor de versterking van de eerstelijnszorg en nemen deel aan de overleggen die hierover worden georganiseerd.

Vraag 7

Op welke manier bent u bereid opvolging te geven aan de conclusie uit het Gupta-rapport dat grotere inzet van e-health een forse besparing kan opleveren, variërend van 4 miljoen euro (9%) bij diëtetiek tot 164 miljoen euro (11%) voor fysiotherapie?

Antwoord 7

Het Gupta-rapport laat zien dat een grotere inzet van e-health tot besparingen kan leiden voor de genoemde beroepsgroepen. Tegelijk blijkt uit het rapport ook dat succesvolle implementatie afhankelijk is van specifieke omstandigheden per beroepsgroep, zoals regelgeving, het bestedingsmodel en de acceptatie door patiënten.

Om dit potentieel in de fysiotherapie beter te benutten, ondersteun ik deze ontwikkeling met diverse maatregelen. Deze zijn benoemd bij het antwoord op vraag 5.

Vraag 8

Kunt u een overzicht geven van de kosten voor digitale zorgontwikkeling en dan met name de licentiekosten waarmee paramedische zorgaanbieders momenteel al te maken hebben en gaan krijgen? Herkent u dat in het vergoedingensysteem wel ruimte is voor digitale zorgontwikkeling voor huisartsen, medisch-specialisten en apothekers, maar niet voor paramedische zorgverleners? Zo nee, welke overeenkomsten en verschillen zijn er dan tussen de verschillende zorgverleners in de eerste- en tweedelijnszorg? Kunt u dat met cijfers toelichten?

Antwoord 8

Op dit moment beschik ik niet over een volledig overzicht van de kosten voor digitale zorgontwikkeling binnen de paramedische zorg, waaronder licentiekosten. Deze gegevens worden niet systematisch verzameld. Daarom kan ik ook geen onderbouwd cijfermatig onderscheid maken tussen paramedici en andere beroepsgroepen.

Wel zijn er verschillen tussen sectoren waar de tarieven (grotendeels) worden gereguleerd, zoals de huisartsenzorg, en sectoren waar dat (grotendeels) niet het geval is, zoals de paramedische zorg en de medisch-specialistische zorg. In sectoren waar de tarieven gereguleerd zijn, heeft de NZa de wettelijke taak om

ten minste redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast te stellen. De kosten die in de voorliggende periode daadwerkelijk gemaakt zijn worden gemeten en gebruikt om de tarieven vast te stellen. Daaruit volgt dus ook meer directe informatie over de opbouw van de tarieven, zoals kostencomponenten als digitalisering.

Vraag 9

Herkent u het aandachtspunt uit het Gupta-rapport dat de toename van verwachte ICT/licentiekosten niet op een passende manier wordt meegenomen in de vergoedingensystematieken? Zo ja, wat is uw reactie daarop?

Antwoord 9

De paramedische zorgsectoren kennen vrije prijsvorming. Dat betekent dat zorgaanbieders deze kosten zelf moeten inbrengen bij de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars. De NZa heeft de prestaties voor paramedische zorg zo ingericht dat ruimte bestaat om dit soort kosten op te nemen in de prijsafspraken. Het is aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om passende prijsafspraken te maken. Tegelijkertijd blijkt uit signalen dat dit niet altijd eenvoudig is. Zoals aangegeven bij het antwoord op vraag 1 voert de NZa een onderzoek uit naar het functioneren van de paramedische zorgmarkten.

Vraag 10

Bent u bereid in kaart te brengen met rekenmodellen hoe hybride zorg wel arbeidsuren bespaart voor zorgprofessionals en regie voor zorgvragers en de effectiviteit van paramedische behandelingen vergroot, maar er voor de betrokken zorgverlener geen verlies van inkomsten plaatsvindt? Zo ja, kunnen deze rekenmodellen voor juni 2025 met de Kamer worden gedeeld? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10

Op dit moment zijn geen rekenmodellen beschikbaar die in kaart brengen hoe hybride zorg bijdraagt aan arbeidsbesparing, regie voor de zorgvrager en behoud van inkomsten voor de zorgverlener. We verkennen mogelijkheden om hier meer inzicht in te krijgen.

Om de inzet van hybride zorg in de paramedische zorg te stimuleren werken we aan het op orde krijgen van de digitale basis, zoals gestandaardiseerde gegevensuitwisseling. Daarbij hoort ook het inzetten van online zorgmodules via de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO). Deze activiteiten vallen onder de eerdergenoemde subsidie aan paramedische beroepsgroepen.