

KOSTENEXPLOSIË IN DE PARAMEDISCHE SECTOR

De zorgsector wordt steeds zwaarder belast door stijgende kosten en een toename van administratieve lasten. Dit raakt vooral de paramedici in de eerstelijnszorg. Bianca Rootsaert, directeur van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en voorzitter van het Paramedisch Platform Nederland en Johan Bruijnen, praktijkhouder in de paramedische sector, schetsen een alarmerend beeld. In de paramedische sector, met zo'n 70.000 professionals en de grootste sector in de eerstelijnszorg, dreigt een toenemende uitstroom van werknemers. Niet alleen fysiotherapeuten, maar ook diëtisten, logopedisten en andere paramedici worden getroffen. Wat is er aan de hand?



Stijgende kosten, stagnerende tarieven

Paramedici worden geconfronteerd met een opeenstapeling van verplichte kosten. Verplichte bijdrage voor klachtenloketten, kwaliteitsregistraties, huisvesting en praktischeisen die per zorgverzekeraar verschillend kunnen zijn. ICT, softwareprogramma's en elektronische patiëntendossiers (EPD's) vormen daarnaast een hoge kostenpost. Bovendien moeten paramedici betalen voor het ontvangen van digitale verwijzingen. Verwijzers zoals huisartsen en ziekenhuizen betalen niet. Een voorbeeld hiervan is ZorgDomein.

Daarnaast zijn er verzekeringen (zoals bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid en rechtsbijstand) en talloze nieuwe kosten als gevolg van wet- en regelgeving, zoals accountantsverklaringen, ook voor hele kleine praktijken of controles op naleving van de AVG die voor alle paramedici enorm oplopen.

'En de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering komt er ook nog aan' zegt Rootsaert. Dit alles komt nog bovenop noodzakelijke investeringen binnenkort om digitale en hybride zorg te kunnen verlenen ('IZA digital first'), waarvoor geen paramedische subsidies beschikbaar zijn. Paramedici kunnen ook nauwelijks aanspraak maken op O&I-gelden, die nu alleen voor huisartsen en apothekers zijn bedoeld.

Diëtisten extra belast

Voor specifiek de diëtetiek is er ook nog iets anders aan de hand. Johan Bruijnen, praktijkeigenaar en voorzitter Commissie Eerste Lijn van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, noemt voorbeelden uit het eigen vakgebied: "Ben je gespecialiseerd in bijvoorbeeld Parkinson? Dan lever je als diëtist voedingszorg via landelijke netwerken, zo krijg je je doorverwijzing. Op zich is dat een mooie ontwikkeling, want interdisciplinaire zorg is wat we allemaal willen. Maar dat vraagt om aansluiting en contributie als eerstelijnsdiëtist.

‘En in de eerste lijn in de wijk zie je eigenlijk altijd patiënten met meerdere aandoeningen. Deelname aan specialistische landelijke netwerken is kostentechnisch niet te doen, zeker niet als ze gaan toenemen. Betalen via een licentie is ook van toepassing op de meeste interventies zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) terwijl diëtistische behandelingen buiten een interventie die voor de zorgverzekeraar goedkoper zijn een minstens zo goed resultaat boeken, blijkt uit NIVEL-onderzoek.

Johan Bruijnen legt uit dat organisaties die zorgprogramma en verwijso oplossingen combineren ook geld vragen, soms een jaarlijkse contributie, soms een bedrag per verwijzing. Organisaties die opgezet zijn vanuit de ziekenhuizen zoals Beter Verwijs of Chronisch Zorgnet (claudicatio en COPD) zijn daar een voorbeeld van. Over deze laatste zegt Bruijnen; ‘hier is sprake van zorginhoud, een verwijzing, maar ook verplichte inzet van een digitale verwijstool’.

Ongelijkheid in aanspraken

Terwijl de kosten de pan uitrijzen, blijven de tarieven voor paramedische zorg achter. Voor diëtisten is er nog een extra complicerende factor en dat komt door de aanspraak: “Diëtisten hebben slechts drie uur zorg per jaar in de basiszorg en een beperkt aantal uren in de ketenzorg. In deze tijd moet ook alle administratie gedaan worden,” aldus Bruijnen.

Uit recent NIVEL-onderzoek blijkt bovendien dat diëtisten veel zorg leveren in hun eigen tijd. Rootsaert: “dat is bij meer paramedici het geval. Dat komt door de complexer wordende problematiek in de eerstelijnszorg door de transitie van zorg van tweede naar eerste lijn, met toenemende comorbiditeit, sociale problematiek en ouderen die langer thuis blijven wonen.

Het gebrek aan indexering van tarieven in voorgaande jaren heeft een achterstand gecreëerd die nauwelijks is in te halen, zelfs met recente aanpassingen door zorgverzekeraars. “De stapeling van kosten raakt de hele paramedische sector. Johan Bruijnen: “maar het zwaarst de diëtetiek.”

Geen cao, vrouwen de dupe

Een ander probleem is het ontbreken van een cao voor paramedici in de eerstelijnszorg, waardoor pensioenopbouw vaak te wensen overlaat. Dit treft vooral vrouwen, die het grootste deel van de paramedische sector vertegenwoordigen. Ongeveer 80% van alle paramedici is vrouw. “Het is schrijnend dat de grootste zorgsector in de eerstelijnszorg zo weinig zekerheid biedt voor vrouwen. Vanuit emancipatieoogpunt moet hier iets aan gedaan worden. Vrouwen moeten kunnen kiezen voor een HBO-zorgberoep zonder dat dit hen later in een kwetsbare positie brengt,” benadrukt Rootsaert. ‘Opleidingen worstelen hier ook mee en bieden studenten ook afstudeerprofielen aan die buiten de zorg liggen.’ Wel begonnen aan een paramedische studie, kiezen studenten uiteindelijk dan toch niet aan afstuderen als wettelijk erkend paramedicus. ‘Maar was de urgentie van IZA niet juist dat er te weinig mensen in de zorg instroomden terwijl de zorgvraag oploopt?’

Regionalisering drijft kosten verder op

De opkomst van regionale samenwerkingsverbanden zet de sector nog verder onder druk. Deelname aan een paramedisch netwerk dreigt praktijken honderden euro's per jaar te kosten als de reorganisatie in de zorg echt van start gaat volgend jaar. “En als je regio-overschrijdend werkt, betaal je dubbel,” voegt Rootsaert toe. Hoewel deze netwerken bedoeld zijn om samenwerking te bevorderen, vragen paramedici zich steeds vaker af of de kosten wel gaan opwegen tegen de baten.

“Het idee achter de Visie op de Eerstelijnszorg is monodisciplinaire netwerken die vervolgens multidisciplinair samenwerken aan de eerstelijnsstafel. Maar paramedische verbanden van monodisciplinaire beroepsnetwerken zijn tussenlagen en tussenlagen veroorzaken altijd meerkosten. Bovendien kennen ze het risico van verwatering van belangen’. Toen vier jaar geleden het programma Organisatiegraad Paramedische Zorg startte, was er nog geen Visie Eerste Lijn. ‘Het was natuurlijk nooit de bedoeling dat paramedische samenwerking kostenverhogend zou werken. We gingen uit van juist niet’. Maar samen organiseren kan ook betekenen; samen kosten delen? Rootsaert: ‘zorgverzekeraars contracteren nog steeds per praktijk en dat zullen ze ook blijven doen zo staat het in de Visie Eerste Lijn die tot 2030 loopt. Veel kosten van paramedische praktijken zijn of zorgverlener niveau en niet op organisatieniveau, dus kun je geen kostenverlaging verwachten’.

Maar mogelijk houdt het met deze kosternverzwaring niet op want wijsamenwerkingsverbanden die aan het ontstaan zijn op van start gaan vragen om deelname van een aantal paramedici die de complexe zorg in de wijk gaan organiseren. ‘Hier moeten we zorgen dat er geen nieuwe entiteiten ontstaan, want dan sluipt zelfs in de wijk de bureaucratie binnen met het risico op kosten. Afspraken over financiering van multidisciplinair overleg zijn nog niet tot stand gekomen, wie gaat dat dan in z’n eigen tijd doen?’.

Om de kosten op te vangen zou het tarief van een paramedicus naar €120 per uur moeten gaan. ‘Dat is wat we van praktijken horen’ aldus Rootsaert. Het koppelen van de eerstelijnsstarieven aan de cao van de tweedelijnszorg is wat haar betreft een reële optie, maar ook dan moet er iets gedaan worden aan de kosten.

Onderzoek naar tarieven

Recent heeft staatssecretaris Maijers de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opdracht gegeven om de tarieven voor de zeven paramedische beroepsgroepen te onderzoeken op aandringen van zeven paramedische beroepsorganisaties. Rootsaert is voorzichtig optimistisch: “Het is een belangrijke stap, maar we hebben ook de politiek nodig om in te zien dat het zo niet verder kan.

Paramedici zijn onmisbaar voor het Nederlandse zorglandschap. Aankomende dinsdag staat het IZA-debat gepland. Daar moet het vooral gaan over de paramedische sector, die veel groter is dan alleen de fysiotherapie, en waarbij er tussen beroepen verschillen zijn in hoe ernstig het is. Een fysio en diëtist in elke wijk, instelling en ziekenhuis is geen luxe, maar noodzaak, net als het inzetten van andere paramedische professionals. Dit staat ook in De Zorgbelofte, die door de minister wordt onderschreven.’

Voorbeeld kosten diëtist eerstelijnszorg:

- Elektronisch patiëntendossier (EPD)
- Praktijkmaterialen
- ICT en telefonie
- Huisvesting en inrichting
- Apparatuur
- Communicatie- en marketingkosten
- Vervoer (thuis- of locatiebezoek)
- Arbeidsongeschiktheidsverzekering
- Bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering
- Rechtsbijstandverzekering
- Klachtenloket
- Kwaliteitsregistratie
- Licentie of pay per click verwijstools zoals ZorgDomein
- Contributie, licentie of pay zorgprogramma's/verwijzing
- Deelname inhoudelijke landelijke zorgnetwerken (contributie)
- Contributie aandoeningsgericht kennisnetwerk
- Meetbureau PREM
- Jaarlijkse AVG-controle
- Deelname pensioenregeling
- Opleidingen en congressen
- Lidmaatschap beroepsvereniging
- Visitation (optioneel)
- Certificering (optioneel)

De paramedische sector in Nederland

De paramedische sector in Nederland bestaat uit acht professies: dietisten, logopedisten, optometristen ergo,-huid,-oefen, -podo en fysiotherapeuten,