

Dag Bart,

(Verenigings)democratie is moeilijk. Churchill zei het al: "Democratie is het slechtste systeem dat er bestaat, op alle andere systemen na die uitgeprobeerd zijn."

Dat is old school en een hele goede.

Jij bent inmiddels bijna 10 jaar werkzaam voor het KNGF, een paar jaar in dienstverband en de laatste jaren als ZZP-er. Ik begrijp je loyaliteit aan het KNGF.

Nu de feiten, eerst over de verenigingsstructuur, vervolgens over Kwaliteit in beweging en daarna mijn visie op strategie.

De voorgestelde verenigingsstructuur

- Stemrecht van de leden bij de besluitvorming = 0
- Stemrecht van de leden bij de verkiezing van leden voor het Algemeen Bestuur van het KNGF = 0
- Mogelijkheid van de leden om kandidaten voor het Algemeen Bestuur voor te dragen = 0
Een commissie uit de Ledenraad en het Algemeen Bestuur doet een voordracht voor bestuurskandidaten. Die voordracht is bindend. De leden kunnen geen kandidaat op de kieslijst laten plaatsen.
- Mogelijkheid voor de leden om de besluitvorming te corrigeren = 0
De besluitvorming vindt plaats in de Algemene Vergadering van het KNGF. Die wordt gevormd door de Ledenraad. De mensen in de Ledenraad zitten daar op persoonlijke titel.
Het 100-leden agenda initiatief is een **advies** geworden.
- Het bestuur gaat zwaar op de kantoororganisatie leunen. Het bestuur gaat sturen op afstand.

Kwaliteit in beweging

Verzekeraars eisen in hun contracten dat fysiotherapeuten ingeschreven staan in het CKR. De eisen voor het CKR nemen fors toe. Om geregistreerd te blijven, moeten de leden meewerken aan een herstart van Kwaliefy: Kwaliefy revisited.

- De leden moeten informatie over outcome indicatoren uit hun EPD's aanleveren: behandelgemiddelden, scores op vragenlijsten voor en na behandeling etc. (In de vorige versie van Kwaliefy leverde je alleen procesindicatoren aan.)
- De leden moeten hun gegevens aan het KNGF leveren in plaats van aan de verzekeraars
- Het KNGF maakt een benchmark van alle scores
- De leden met de laagste scores krijgen een verbetertraject opgelegd. Visitatie maakt daar onderdeel van uit. Geen verbetering van de scores na het verbetertraject: verwijdering uit het CKR.
- De verzekeraars kunnen het tarief gaan differentiëren op basis van de scores in deze benchmark. Het KNGF vindt dat tariefsdifferentiatie alleen voor de bovenste 10% zou moeten gelden en zou alleen die groep aan willen leveren. De verzekeraars willen alle gegevens.
- Het KNGF wil dat de verzekeraars na invoering van dit systeem hun eigen kwaliteitseisen over boord zetten. De verzekeraars leggen zich daarop niet vast. Verzekeraars willen zich van elkaar onderscheiden. De verwachting dat zij zich allemaal aan één systeem conformeren is niet reëel. Kwaliefy is met dezelfde doelstelling in het leven geroepen.

Kwaliteit in beweging is meer van hetzelfde. Het is het zoveelste keer dat het KNGF inzet op een kwaliteitsinstrument: CKR, HKZ, Kwaliefy. Geen van deze instrumenten heeft het gewenste resultaat opgeleverd. Wel een enorme verzwarende van lasten, direct financieel en indirect door het tijdsbeslag.

Het wordt tijd voor visie en strategisch inzicht. Het gaat verzekeraars om de kosten. Kwaliteit is belangrijk voor zover die bijdraagt aan kostenbesparing. Laten daar we dan ook naar gaan kijken. Arbeidsintensieve meetprocessen om de kwaliteit te meten, waarvan de validiteit ook nog eens discutabel is, dragen niet aan bij een kostenbesparing. De ervaringen met de Pluspraktijken tonen dat inmiddels aan.

Laten we nu eindelijk eens een andere positie innemen als onderhandelingspartner. Laten we eens uitgaan van onze eigen kracht zoals Henk Jansen al jaren propageert!

Visie en strategie

In de gezondheidszorg moet bezuinigd worden om de druk op de collectieve lasten te beperken. Fysiotherapie speelt nauwelijks een rol in die collectieve lastendruk. Alléén fysiotherapie in de basisverzekering drukt op de collectieve lasten. Veruit het grootste deel van fysiotherapie valt in de aanvullende verzekering. Er is geen discipline in de zorg die zo ver gaat met het kwaliteitsbeleid als de fysiotherapeuten. Het EPD van de huisartsen behelst slechts een fractie van ons EPD. Waarom rennen wij voorop terwijl we nauwelijks een rol spelen? En waarom maken we geen onderscheid tussen fysiotherapie in de basisverzekering en fysiotherapie in de aanvullende verzekering? Waarom beperken we onze afspraken niet tot fysiotherapie uit de basisverzekering?

Bezuiniging voor zorg die in de aanvullende verzekering valt, is alleen van belang voor de winstmarges van de verzekeraars en voor hun concurrentie positie. Voor onze cliënten is een redelijke prijs voor een goed product belangrijk. Onze cliënt wil een andere kwaliteit dan de verzekeraar. Pluspraktijken ervaren de weerstand van cliënten tegen het veelvuldig invullen van extensieve vragenlijsten. De behandelgemiddelden van Pluspraktijken zijn hoog. Begrijpelijk: de extensieve dossiervorming vraagt behandeltijd. Cliënten bellen andere praktijken om een afspraak te maken met de mededeling dat ze geen vragenlijsten in willen vullen, maar voor behandeling komen.

Een uitkomst uit deze impasse zou simpel kunnen zijn. Maak van de aanvullende verzekeringen sommenpolissen. Dat betekent dat de verzekerde recht krijgt op vergoeding van fysiotherapie tot een afgesproken bedrag per jaar. De verzekerde bepaalt zelf hoe hij/zij dat bedrag wil besteden: door vaker naar een goedkope fysiotherapeut te gaan of minder vaak naar een duurdere fysiotherapeut. De verzekerde kiest de kwaliteit die hij/zij wil. De therapeut bepaalt wat voor soort zorg hij wil en kan leveren. Fysiotherapeuten moeten zich profileren en verantwoordten ten opzichte van hun echte cliënt. Verzekeraars hoeven zich niet meer met de inhoudelijke kwaliteit te bemoeien. Indien gewenst kunnen therapeuten en verzekeraars afspraken maken over declaratie. De administratieve belasting van zowel therapeuten en verzekeraars kan dan flink omlaag.

De verwijzing naar de vereniging van psychiaters versterkt mijn kritiek op de voorgestelde structuur. Bij de psychiaters zijn er enorme problemen geweest bij de invoering van declaratie op basis van DBC's. Afgesproken werd dat DBC's pas gedeclareerd konden worden na afloop van de behandeling. Omdat DBC's in de psychiatrie vaak langlopend zijn, kwamen veel eerstelijns psychiaters in grote financiële problemen. Een stem van de leden in de besluitvorming over de systematiek van declaratie bij DBC's had dit kunnen voorkomen.

De positie van fysiotherapeuten vergelijken met die dierenartsen en installateurs is weinig zinvol. Zij maken geen deel uit van de Nederlandse gezondheidszorg en werken daardoor in een heel ander krachtenveld. Aan systemen die werkzaam zijn in deze sectoren kun je geen conclusies verbinden voor ons werkveld.

De huisartsen slagen er heel goed in hun belangen te behartigen; daar hebben de leden stem in de besluitvorming!

Met vriendelijke groet,

Kitty Bouten