

MEERJARENPLAN
2021-2024

AXXON

VOORWOORD - CONCLUSIES

Na de Taskforce kinesitherapie in 2017 waren alle stakeholders het erover eens dat de nomenclatuur van de kinesitherapie zeer complex is, de erelonen ondergewaardeerd zijn, er geen beschikbare gegevens zijn inzake behandelde pathologieën en registratie van praktijken, er gebrek is aan een Elektronisch Kinesitherapeutisch Dossier (EKD), enz.

Ondertussen zijn we 4 jaar later en moeten we spijtig genoeg vaststellen dat er weinig stappen voorwaarts zijn gezet in de toen aangekondigde ambitieuze en innovatieve hervormingen. Daarom vindt AXXON het noodzakelijk dat een meerjarenplan voor de sector **een absolute prioriteit is**.

Uit een onafhankelijke externe studie van *Mind Over Matter Consulting* blijkt duidelijk dat de honoraria kinesitherapie momenteel niet kostendekkend zijn. Een opwaardering van deze honoraria dringt zich op, waarbij de Overheid de nodige financiële middelen zal moeten vrijmaken. Bij een aanvaardbaar en **kostendekkend honorarium** zullen meer kinesitherapeuten toetreden tot de Overeenkomst waardoor een betere toegankelijkheid tot de zorg voor de patiënt wordt gegarandeerd.

De huidige methodologie van de technische ramingen van het budget moet herbekeken worden! Een sector die zijn trend ziet dalen, wordt geconfronteerd met met een structurele achteruitgang van het sectorbudget het daaropvolgend jaar, wat demotiverend werkt. Wanneer blijkt dat middelen, die werden vrijgemaakt voor nieuwe initiatieven, onvoldoende werden ingezet en benut; dan moet deze onderbenutting terug worden geïnvesteerd in de sector. Hetzelfde geldt bij herallocatie van de beschikbare middelen.

Er dient een correcte waardering voor het huisbezoek te komen. Dit omvat de extra tijdsbesteding voor de verplaatsing, de verplaatsingskosten en de prestatie op zich.

Om de huidige competenties van de kinesitherapeut zo adequaat mogelijk in te zetten, is een aanpassing van de 'Gecoördineerde wet van 10 mei 2015' noodzakelijk. Directe toegang onder voorwaarden, met een gedeeld E-Kinesitherapeutisch Dossier met een goede en performante communicatie met de beheerder van het Globaal Medisch Dossier (GMD) van de patiënt zal leiden tot 'appropriate care'.

AXXON heeft, in het kader van appropriate care, **vijf voorstellen** overgemaakt binnen het RIZIV meerjarentraject 2022 – 2024. Het betreft het gebruik van telemonitoring en tele-revalidatie in de kinesitherapie, groepssessies in de eerste lijn kinesitherapie praktijken, project direct acces bij acute lage rugpijn, Stepped Care bij perifeer arterieel vaatlijden en de afschaffing van de -25% discriminatieregeling voor patiënten van een gedeconventioneerde kinesitherapeut.

Bij de **modernisering van de nomenclatuur** moet uitgegaan worden van de zorgnood van de patiënt, waarbij de zorgzwaarte wordt geregistreerd o.a. aan de hand van pathologiecodes. De analyse van de verzamelde data, beheerd door een onafhankelijke partij, zal het mogelijk maken om een dynamische nomenclatuur te ontwikkelen en efficiënte beleidsmaatregelen te formuleren.

Responsabiliserende acties kunnen genomen worden via een op te richten **deontologisch orgaan**, dat hierbij een zelfregulerende functie kan vervullen.

Aparte nomenclatuurnummers moeten worden voorzien voor testing (klinische evaluatie tests, PROM's en/of PREM's), multidisciplinair overleg, groepssessies en adviesverlening zonder voorschrift en voor preventie.

Er moet volop worden ingezet op de **digitalisering** van de sector. Naast de digitalisering van de kinesitherapeutische administratie, zullen tele-revalidatie en het gebruik van mobile health-toepassingen de visibiliteit van de kinesitherapie verhogen.

Ook voor de kinesitherapie in de **ouderenzorg** dringen verregaande hervormingen zich op. Het ontwikkelen van een transmuraal zorgpad zal toelaten de oudere burger met zorg- en ondersteuningsnood doorheen zijn traject te volgen. Zodoende kunnen maatregelen genomen worden om te vermijden dat hij in een hogere zorgnood terecht komt. Hiervoor is een goede communicatie noodzakelijk tussen alle betrokken zorgactoren via een performant communicatieplatform en uniform dossier voor alle Belgische burgers.

Daarnaast dient een shift te komen van curatief naar preventief handelen en gezondheidspromotie bij de ouderen. Er is nood aan een verdere bekwaliging van de kinesitherapeut in aspecten als gerontologie en management volgens het Canmed-model en dit in samenwerking met de opleidingen, waardoor de perceptie van kinesitherapie bij ouderen gaat verbeteren.

Hierbij kan de installatie van een kinesitherapie-ambassadeur / ambassadrice en de creatie van de functie Coördinerend Raadgevend Kinesitherapeut, de meerwaarde van de kinesitherapeut in de begeleiding van de oudere burger met zorg- en ondersteuningsnood in de verf zetten.

Voor AXXON moet de kinesitherapie verstrekt aan patiënten in instellingen kwaliteitsvol zijn en afgestemd op de zorg- en therapienood van het individu, rekening houdend met een **correcte normering**. AXXON pleit voor een aparte plaats, met voldoende autonomie, voor de kinesitherapeut binnen het organigram van de gezondheidszorg.

AXXON streeft naar een gelijk barema volgens hun inschaling voor alle kinesitherapeuten ongeacht de plaats van tewerkstelling. Binnen de IFIC normering sluit de rol van de kinesitherapeut aan bij de functieomschrijving van categorie 17. Kinesitherapeuten die beschikken over een Bijzondere Bekwaamheid worden hierbij ingeschaald op categorie 18 en kinesitherapeuten die een leidinggevende functie uitoefenen op categorie 19.

De kinesitherapeuten die werkzaam zijn in instellingen willen een solidair vergoedingssysteem. Voor de Sociale voordelen RIZIV wil AXXON op gelijkwaardige basis behandeld worden met andere zorgverleners die de Sociale Voordelen genieten. Het bedrag van de Sociale voordelen RIZIV moet worden afgestemd op de prestaties (zowel de M-, K- en/of R-prestaties) van de desbetreffende kinesitherapeut. Dit geeft immers objectief de activiteitsgraad binnen het RIZIV weer.

Zoals voor artsen moeten kinesitherapeuten zich ook partieel kunnen conventioneren met behoud van de Sociale voordelen RIZIV.

Het loont de moeite om u verder te verdiepen in dit uitgebreide rapport over de verschillende probleemstellingen in de kinesitherapiesector en de aanbevelingen van AXXON hierbij waarvan we hopen dat ze door de autoriteiten en de betrokken stakeholders zullen meegenomen worden.

Veel leesgenot,

Peter Bruynooghe
Voorzitter AXXON Physical Therapy in Belgium





MEERJARENPLAN KINESITHERAPIE

Naar aanleiding van de [overeenkomst M21](#), tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen, stelt AXXON PTiB vzw u hier het meerjarenplan Kinesithérapie voor.

AXXON is de Belgische beroepsvereniging voor kinesitherapeuten, die in 2009 voortvloeide uit een fusie van het voormalige Nationaal Kinesitherapeutenkartel en de Algemene Kinesitherapeutenvereniging van België.

De nationale koepel AXXON, Physical Therapy in Belgium houdt zich voornamelijk bezig met beroepsverdediging in verschillende raden en commissies. Er werden twee vleugels opgericht: AXXON, Qualité en Kinésithérapie voor het Franstalige landsgedeelte en AXXON, Kwaliteit in Kinesithérapie voor het Nederlandstalige landsgedeelte. De twee vleugels hebben als opdracht de praktijkorganisatie van de individuele kinesitherapeut te begeleiden en het dagelijks contact met hen te onderhouden.

Vertrekkend vanuit 7 krachtlijnen: Kinesithérapie in de ouderenzorg, Nieuwe Nomenclatuur, Meerjarenplan financieel en budgettair kader, Sociaal Statuut, Project Low Back Pain, Digitalisering en Verdienmodel (loon-trekkende) kinesitherapeuten in instellingen, heeft AXXON dit meerjarenplan kinesithérapie opgesteld. Hierbij werd rekening gehouden met het [AXXON Memorandum van 2019](#) en werd er eveneens zoveel mogelijk rekening gehouden met de Persoon met een (langdurige) Zorgnood.

In februari 2021 werden rond de krachtlijnen Kinesithérapie in de ouderenzorg, Nieuwe Nomenclatuur en Meerjarenplan financieel en budgettair kader ronde tafelgesprekken georganiseerd. Vanuit de input van deze ronde tafels werden rond deze 3 krachtlijnen werkgroepen opgericht voor verdere uitwerking van dit rapport.

Verder vindt u in dit rapport ook voorstellen rond gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care die in een latere fase verder uitgewerkt zullen worden en/of door AXXON reeds zijn overgemaakt aan het RIZIV.

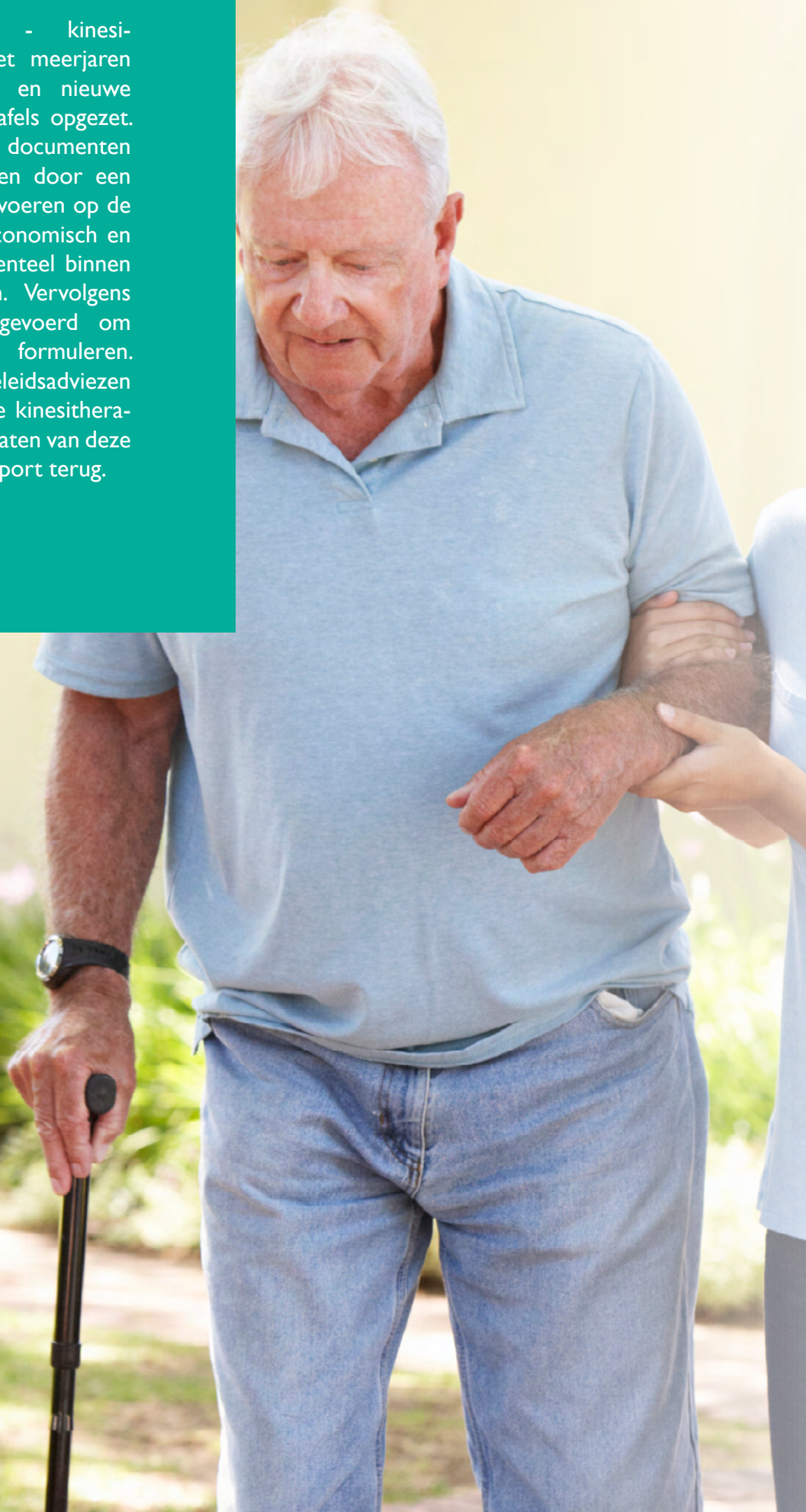
INHOUD

Voorwoord	2
Inleiding	5
Probleemstellingen in de kinesitherapiesector	8
– Methodologie	8
– Kinesitherapie in de ouderenzorg	9
– Nieuwe nomenclatuur	10
– Meerjarenplan financieel en budgettair kader	11
– Sociaal statuut	12
– Verdienmodel van de loontrekkende kinesitherapeut binnen instellingen	12
Aanbevelingen	15
– Kinesitherapie in de ouderzorg	15
– VISIE: Streven naar kwaliteitsverhoging van het kinesitherapeutisch handelen bij ouderen	15
– Het ontwikkelen van transmurale zorgpaden met de kinesitherapie als sleutelwaarde	15
– Oprichten van een communicatieplatform	16
– Preventie en gezondheidspromotie bij ouderen	16
– Onderzoek en samenwerking met het onderwijs	17
– Nood aan “meer waarde” creatie voor de kinesitherapie bij ouderen	17
– Een nieuwe nomenclatuur	18
– Meerjarenplan financieel en budgettair kader	19
– Studie Kostendekkend honorarium van de kinesitherapeut	19
– Voorstellen financieel en budgettair kader	20
– Budget voor volledige digitalisering van de sector	21
– Project Lage rugpijn	21
– Sociaal statuut RIZIV	22
– Verdienmodel loontrekkende kinesitherapeuten in instellingen	22
– Deontologisch orgaan	23

Resultaten van de peilingen	24
– Toetreding tot de conventie M2I	24
– Strategische beleidsadviezen binnen de 3 krachtlijnen	25
Voorstellen omtrent appropriate care (doelmatige zorg) ingediend door AXXON bij het RIZIV in het kader van het meerjarentraject 2022 - 2024	26
– Het gebruik van tele-monitoring en tele-revalidatie in de kinesitherapie	26
– Groepsessies in de eerste lijn kinesitherapie-praktijken	26
– Direct Acces - Project Lage Rugpijn	27
– Claudicatio Stepped Care voor PAV	28
– Financiële toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg	28
Voorstellen omtrent gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care (doelmatige zorg) opgemaakt door de Overeenkomstencommissie Verzekeringsinstellingen – AXXON in het kader van het meerjarentraject 2022 - 2024	29
– Rol van de kinesitherapeut in de Zorgpaden	
– Toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg	
– Transparantie en beschikbaarheid middelen kinesitherapie in instellingen	
– Liaison functie, communicatie, EKD, praktijk- en pathologie-registratie	
– KCE en zorgpad Lage Rugpijn	
– Pre-habitatie voorafgaand aan een geplande majeure chirurgische ingreep	
Dankwoord	30
Bijlagen	31

METHODOLOGIE

Binnen de 3 krachtlijnen - kinesitherapie in de ouderenzorg, het meerjaren financieel en budgettair kader en nieuwe nomenclatuur - werden ronde tafels opgezet. Hiervan werden samenvattende documenten opgemaakt die tot stand kwamen door een SMART- en SWOT-analyse uit te voeren op de problematieken; vanuit sociaal, economisch en juridisch oogpunt; die zich momenteel binnen deze 3 krachtlijnen voordoen. Vervolgens is er een PESTEL-analyse uitgevoerd om aanbevelingen en adviezen te formuleren. Eveneens zijn de strategische beleidsadviezen via een peiling voorgelegd aan de kinesitherapeuten uit het werkveld. De resultaten van deze peiling vindt u eveneens in dit rapport terug.



PROBLEEMSTELLING IN DE KINESITHERAPIESECTOR

Kinesithérapie in de ouderenzorg

Het uiteindelijke doel is om de oudere burger met zorg- en ondersteuningsnood betere toegankelijkheid te bieden naar een kwaliteitsvolle kinesitherapeutische zorg. Er is gereflecteerd over de rol van de kinesitherapeut in de zorg voor de oudere burger met zorg- en ondersteuningsnood, over de therapeutische implicaties en over de mogelijke financiële oplossingen. Het woord “geriatrie” wordt bewust vermeden en vervangen door kinesithérapie bij ouderen.

Door **afwezigheid** van een **goede communicatie** kan de optimale zorgcontinuïteit van de oudere burger met zorg- en ondersteuningsnood niet gegarandeerd worden. De communicatie wordt bemoeilijkt door het ontbreken van:

- Een gestandaardiseerd communicatiekanaal.
- Een volgend kinesitherapeutisch dossier.
- De verplichting om als kinesitherapeut op het multidisciplinair overleg aanwezig te zijn in de eerste lijn.
- Contactgegevens van de kinesitherapeut(en) in de patiëntendossiers in de verschillende zorglijnen.
- Ook lijken instellingen het belang van communicatie onderling en naar de eerste lijn toe nog te weinig in te zien.

Kinesithérapie bij ouderen wordt **niet als een aantrekkelijke beroepskeuze** gezien. Zowel studenten als kinesitherapeuten zien de toegevoegde waarde van de kinesitherapeut bij de oudere burger met zorg- en ondersteuningsnood niet. Een negatieve perceptie over ouderenzorg in het algemeen doorheen de gehele maatschappij speelt hierin ook mee. Eveneens ontbreekt het veel kinesitherapeuten in de algemene praktijk aan specifieke knowhow om met de robuuste of kwetsbare oudere om te gaan. Vaak wordt bij ‘Kinesithérapie bij ouderen’ enkel gedacht aan de kinesitherapeut in loondienst in het WZC, maar het grootste deel van de oudere burgers met nood aan kinesithérapie bevindt zich in de eerste lijn.

Er is een nood aan **preventief handelen** bij de oudere populatie. Een voorbeeld: De huidige nomenclatuur laat het attesteren van valpreventie-therapie slechts toe NA het eerste valincident. Wetenschappelijk onderzoek heeft reeds meermaals aangetoond dat preventief oefenen een zeer gunstig effect heeft in het voorkomen van valincidentie. En dus in het voorkomen van ziekenhuisopname, afhankelijkheid, daling levenskwaliteit, stijging morbiditeit, enz. Er is door de overdracht van bevoegdheden ook veel onduidelijkheid over het niveau waarop de tussenkomst op het vlak van preventie zich bevindt / zou moeten bevinden. Ook een overlap met andere disciplines maakt ageren op dit vlak moeilijk. Momenteel wordt ook weinig invulling gegeven aan het grote belang van fysieke activiteit bij ouderen, alhoewel dit duidelijk in de WHO – richtlijn¹ vervat zit.

De **kwaliteit** van het kinesitherapeutisch handelen bij de oudere burger met zorg- en ondersteuningsnood **kan** op veel niveaus en aspecten **verbeterd worden**. Zowel in de eerste lijn als in de instellingen lijken ‘tijd’ en ‘financiële vergoeding’ hier sterk beperkende factoren te zijn. Ook in het onderwijs kan een grotere aandacht komen voor werken met de oudere populatie in al zijn aspecten en dit binnen verschillende (medische) disciplines. Een verbreding en uitbreiding van het (post-) academische opleidingsaanbod leidt tot professionals met wetenschappelijk onderbouwde kennis en vaardigheden op dit gebied.

Nieuwe nomenclatuur

Bij alle stakeholders is er unanimititeit dat de **nomenclatuur in haar huidige vorm te complex** is onder de geldende toepassingsregels (waardoor het onleesbaar wordt) en administratief zeer omslachtig is. Eveneens is een volledig gedigitaliseerd gebruik van de huidige nomenclatuur niet mogelijk.

Momenteel heeft men in de voorliggende voorstellen betreffende de nomenclatuur enkel de reeds meer dan 20 jaar in voege zijnde nomenclatuur wat opgefrist en een nieuwe façade gegeven. Daarom is AXXON van oordeel dat men voor de opmaak van een nieuwe moderne nomenclatuur moet starten met een volledig wit blad. Om tot het gewenste resultaat te komen vindt AXXON dat dit proces moet begeleid worden binnen een welomschreven methodologie door een **neutraal extern persoon** met een vastgesteld tijdspad.

De Belgische kinesitherapie streeft naar “high value care”. Een shift van kwantiteit naar kwaliteit, gesteund op ‘Evidence-Based Practice’-principes ‘goal oriënted care’, moet de basis zijn van het kinesitherapeutisch handelen, in functie van de patiënt en met aandacht voor het verantwoord omgaan met publieke middelen. De nomenclatuur dient een op zo **transparant en flexibel** mogelijke manier het uitvoeren van deze visie te faciliteren. Het moet een correcte weerspiegeling zijn van de intellectuele, logistieke en tijdsinvestering geleverd door de kinesitherapeut. In de nomenclatuur wordt momenteel onvoldoende rekening gehouden met het **Beroepscompetentieprofiel** en de **Bijzondere Bekwaamheden** van de kinesitherapeut. Eveneens moet een goede nomenclatuur in zich de hefbomen dragen om een **correcte verloning en efficiëntie** mogelijk te maken. **Digitalisering** is ook een onontbeerlijke stap. Enkel zo kan AXXON in real time toegang krijgen tot alle gegevens en op die manier de budgetten beter helpen beheren en inzetten, wat enkel tot kwaliteitsvollere zorg kan leiden.

De sector wenst dat in een nieuw systeem de competenties van de kinesitherapeuten die zich engageren in een kwaliteitsbevorderend systeem worden erkend. De opleidingen staan achter deze filosofie en benadrukken dat deze kinesitherapeuten conform de competenties in het beroepskwalificatiedossier noodzakelijke zorgen kunnen verstrekken aan de patiënten zonder beperkingen opgelegd door een beoefenaar van een ander zorgberoep.

Naast deze technische aspecten van de nomenclatuur, kwam ook uit de rondetafelgesprekken naar boven, dat de oprichting van een **‘Deontologisch orgaan van Kinesitherapeuten’** wenselijk is. Dit deontologisch orgaan kan het ‘sturend orgaan’ zijn van het beroep zijn en bestaan uit collega’s kinesitherapeuten (peers). Ze kan ook controles/audits uitvoeren om na te gaan of voldaan wordt aan vooropgestelde criteria om vervolgens regulerend te gaan werken.

Meerjarenplan financieel en budgettair kader

Vershillende, zeer uiteenlopende aspecten van het beroep kwamen in deze rondetafelgesprekken naar boven. Er is onvermijdelijk een overlap tussen deze ronde tafel en die van de 'nieuwe nomenclatuur'. Voor de volledigheid worden deze punten toch opnieuw meegenomen in dit onderdeel.

Een kostendekkend honorarium voor de kinesitherapie

In het kader van het meerjaren financieel en budgettair kader liet AXXON een onafhankelijke, externe studie uitvoeren naar "Een kostendekkend honorarium voor kinesitherapie" door het bureau Mind Over Matter Consulting. U kan de volledige studie terugvinden in bijlage, de conclusies uit de studie worden weergegeven onder het hoofdstuk 'Aanbevelingen'.

De vraag stelt zich of men dit kostendekkend ereloon zo snel mogelijk moet realiseren, in één beweging of in stappen, parallel aan het meerjarenplan, rekening houdend met de indexaties. Dit kostendekkend basishonorarium moet voorzien worden voor alle kinesitherapeuten. Daarnaast kan een hoger honorarium voorzien worden voor alle geaccrediteerde kinesitherapeuten en een bijkomend supplementair honorarium voor kinesitherapeuten met een bijzondere bekwaming. Het honorarium voor het huisbezoek dient naast de prestatie op zich ook de tijdsbesteding voor de verplaatsing en de verplaatsingskosten te bevatten. Dit zonder de toegankelijkheid van personen met zware zorg- en ondersteuningsnood in het gedrang te brengen (omgekeerd evenredig afstemmen op zorgnood?)

Het effect van de huidige methodologie voor de technische ramingen is dat een sector die zijn trend ziet dalen, een structurele achteruitgang van zijn begroting ziet in het daaropvolgende jaar, wat een **ontmoedigend effect** heeft.

Het bestaande systeem van nomenclatuuraanpassingen via KB werkt bijzonder vertragend en belet tijdige innovatie door de talloze tussenstappen buiten het RIZIV. De kinesitherapie sector moet de kans krijgen om de mogelijke initiatieven op een creatieve manier te ontwerpen en realiseren, en moet zijn **eigen nomenclatuur kunnen ontwikkelen** volgens de zorgbehoeften van de patiënt.

Volgende vragen dringen zich op:

- Moeten alle kinesitherapieprestaties blijvend gefinancierd worden binnen het kader van het RIZIV ?
 - Curatieve zorg : binnen RIZIV, met prestatieverloning.
 - Chronische zorg : binnen RIZIV, met forfaitaire verloning.
- Zorgpaden (preventie): binnen of buiten RIZIV (herfederaliseren preventie ?)
- Moet het budget van de M-nomenclatuur niet uitsluitend voorbehouden blijven voor de zelfstandig werkende practicus?

Een correcte organisatie van het beroep vereist de heropricting van een eigen deontologisch orgaan.





Sociaal Statuut

Kinesitherapeuten kunnen uitkeringen ontvangen voor het afsluiten van een lijfrente, pensioen of kapitaal bij arbeidsongeschiktheid, pensionering en/of overlijden. Indien ze aan bepaalde voorwaarden voldoen, betaalt het RIZIV een jaarlijkse bijdrage aan de verzekeringsmaatschappij of het pensioenfonds van de kinesitherapeut naar keuze. Eén van de voorwaarden is een minimum aantal M-waarden presteren. Dit in tegenstelling tot artsen, tandartsen of apothekers, die geen activiteits-drempel hebben om te kunnen genieten van de Sociale Voordelen Riziv. In een tweede voorwaarde dienen de kinesitherapeuten ook geconventioneerd te zijn, terwijl (tand)artsen partieel kunnen conventioneren met behoudt van sociale voordelen.

Het huidige systeem creëert ongelijkheid tussen collega's kinesitherapeuten om volgende redenen: Binnen eenzelfde ziekenhuis, werken kinesitherapeuten onder M-, K- of R-nomenclatuur al dan niet geconventioneerd. Doch enkel de collega's die (voldoende) M-waarden attesteren en geconventioneerd zijn genieten de sociale voordelen RIZIV. Dit terwijl de 'keuze' van het soort nomenclatuur volledig afhankelijk is van het medisch voorschrift. Kinesitherapeuten die deeltijds zelfstandig zijn en deeltijds in loondienst (bijvoorbeeld in een WZC), komen hierdoor soms aan een te laag totaal aantal M-waarden. Waardoor ze (ondanks hun zelfstandige activiteit) geen sociale voordelen RIZIV kunnen genieten.



Verdienmodel van de loontrekkende kinesitherapeut binnen instellingen

Kinesitherapeuten in instellingen werken onder een bediendestatuut waarbij AXXON in het Memorandum van 2019 de noodzaak aanhaalt van een hogere inschaling in de IFIC-classificatie voor de kinesitherapeuten.

In de huidige IFIC-classificatie staan kinesitherapeuten ingeschaald op categorie 15 en dienstverantwoordelijke kinesitherapeuten op categorie 16. AXXON is van mening dat deze inschaling ruim onder het opleidings- en competentieniveau is van de kinesitherapeuten.

De functieclassificatie houdt onvoldoende of geen rekening met de volgende elementen:

1. Het aparte statuut en adviesorgaan van de kinesitherapeuten, dat volgens de wet van 10 mei 2015 niet onder de paramedische beroepen valt.
2. Het beroepscompetentieprofiel anno 2020 van de kinesitherapeut zoals omschreven door de Federale Raad voor Kinesitherapie, op vraag van de Minister van Volksgezondheid.
3. Het beroepskwalificatiedossier van de kinesitherapeut (BKD-dossier), goedgekeurd door het Vlaams Parlement in december 2017.
4. Het masterdiploma van de kinesitherapeut.
5. De beroepsbekwaamheden zoals ze zijn erkend door de erkenningscommissies van de gewesten.

Voor instellingen die niet onder de IFIC-barema's werken, moet het loonbarema conform zijn met het functieprofiel en in lijn liggen met collega's die vergelijkbaar werk leveren uit andere instellingen.

DE AANBEVELINGEN VAN AXXON

De zes aanbevelingen voor de kinesitherapie in de ouderenzorg

Uit de rondetafelgesprekken zijn zes prioriteiten naar voor gekomen. Aanpak van deze punten is volgens de werkgroep onontbeerlijk voor de toekomst voor de Kinesitherapie in de ouderenzorg.

1 VISIE: Streven naar kwaliteitsverhoging van het kinesitherapeutisch handelen bij ouderen

Ageism in de nomenclatuur en op instellingsniveau moet **uitgesloten** worden. Meerdere hervormingen binnen de nomenclatuur en de financiering zijn hiervoor noodzakelijk. Hier wordt onder andere gedacht aan: het mogelijk maken van groepssessies binnen de nomenclatuur, gelijkwaardige behandel tijden ongeacht de behandelplaats, wegwerken van het onderscheid tussen ROB en RVT bewoners, **preventief behandelen mogelijk maken** in de eerste lijn, de meerwaarde van een huisbezoek bij de oudere burger met zorg en ondersteuningsnood valoriseren.

De **zorgcontinuïteit** moet gewaarborgd worden door de revalidatiemogelijkheden uit te breiden en door de ontwikkeling van een degelijk digitaal platform. Dit laatste om communicatie over de verschillende settings en lijnen heen, en dus de kwaliteit van de kinesitherapeutische zorg, te bevorderen.

Digitale technieken (artificiële intelligentie, kinesitherapie op afstand, smartphone applicaties) mogen bij deze doelgroep niet vergeten worden en kunnen een zeer waardevolle aanvulling vormen op de 'in real time' therapie.

Er moeten **standaard meetinstrumenten** ontwikkeld en gebruikt worden in functie van EBM. Deze meetinstrumenten zouden specifiek moeten zijn voor de doelgroep (gezonde oudere en de geriatrische patiënt).

De nodige ministeriële uitvoeringsbesluiten voor het invoeren van de bijzondere bekwaamheid 'Kinesitherapie in de ouderenzorg' zal zorgen voor de nodige patiënten-veiligheid en waken over de nodige kwaliteit.

2 Het ontwikkelen van transmurale zorgpaden met de kinesitherapie als sleutelwaarde

Naar het inzicht van AXXON, en door de Covid-19 pandemie pijnlijk duidelijk geworden, is een transmurale zorgpad voor de oudere burger met zorgnood onontbeerlijk. De doelstelling is om de oudere burger met zorgnood doorheen zijn traject te kunnen volgen en maatregelen te nemen om te **vermijden dat hij in een hogere zorgnood terecht komt**. Het transmurale zorgpad voor ouderen kan de beleidsmakers een kans bieden om de gevolgen van de vergrijzing aan te pakken. Het grootste budget van de ziekteverzekering gaat naar de groep boven 50 jaar. Als deze groep beter begeleid wordt in zijn zorgnood, dan zal dit leiden tot een efficiënter en effectiever gebruik van de schaarse financiële middelen van de ziekteverzekering. Vanaf een bepaalde leeftijd zou een burger automatisch in dit zorgpad moeten terechtkomen. Er is nood aan een **uniform dossier voor alle Belgische burgers**, waarin elke zorgverlener zijn eigen luik heeft en waarin zorgverleners onderling rechtstreeks kunnen communiceren en gegevens kunnen uitwisselen. Er moet een **juridische basis** gelegd worden voor de communicatie tussen de verschillende actoren van het transmurale zorgpad. De burger heeft hierbij de controle over zijn dossier en controle over welke zorgverleners zijn gegevens kunnen inzien en delen.

Het ontwikkelen van dit transmurale zorgpad kan door verschillende factoren bevorderd worden. Internationaal bestaan reeds verschillende voorbeelden van zorgpaden en burgerdossiers. Het (te ontwikkelen) **'my kine' dossier** gebruiken kan een voorwaarde zijn om de dossiernomenclatuurcode te mogen gebruiken.

Er zou een juridische verplichting kunnen komen om de kinesitherapeut partner te laten zijn in het multidisciplinaire overleg, en dit in en tussen de verschillende lijnen. Afhankelijk van de doelgroep is het betreffende zorgpad onderworpen aan specifieke voorwaarden en modaliteiten. Zowel een prestatie- als een forfaitaire vergoeding kan ingezet worden.

3 Oprichten van een communicatieplatform

Om bovenstaande prioriteit te doen slagen is het gebruik van een communicatieplatform ter ondersteuning van het zorgpad ouderen onontbeerlijk. Indien er reeds een zorgpad ouderenzorg aanwezig was geweest, dan was er tijdens de Covid-19 pandemie misschien een snellere en efficiëntere communicatie geweest over de oudere burger met zorgnood tussen de verschillende stakeholders. Echter lijkt de benodigde uitrol van de digitalisering op meerdere niveaus vast te zitten. Er is geen budget voor ontwikkeling van noodzakelijke tools. Het is door de **versnippering van het zorglandschap** ook niet duidelijk welke overheid in dit budget moet voorzien. Linken/ overdracht-mogelijkheden met andere platformen/ programma's is noodzakelijk om stijgende administratielast te voorkomen. Ouderen zijn momenteel nog onvoldoende mee in de digitale gegevensstroom, dit bedreigt de informed consent van de oudere burger met zorgnood. Door het ontbreken van de juiste platformen voor communicatie tussen zorgverleners kan de GDPR momenteel niet gerespecteerd worden. **Versleutelde gegevensversturing** moet binnen het communicatieplatform voorzien worden en elke burger moet ten allen tijde inzagerecht hebben tot zijn dossier.

De Eerste Lijns Zones in Vlaanderen en het Plateforme de Première Ligne in Wallonië kunnen verantwoordelijk gemaakt worden voor de organisatie van dit communicatieplatform en de aansluiting op reeds bestaande platformen. Er moet hierbij aandacht zijn voor een duidelijke structuur en taaluniformiteit. Promotie binnen en vorming voor het werkveld en bestuursorganen zal noodzakelijk zijn. Het inschakelen van externe specialisten en het onderwijsveld kan hierin een grote meerwaarde bieden.

4 Preventie en gezondheidspromotie bij ouderen

Ouderen zijn door de maatschappij vaak al wat "afgeschreven" waardoor er (onbewust) discriminatie plaatsvindt wat betreft toegankelijkheid tot bepaalde zorgvormen. De twee bestaande **zorgpaden** met een preventief luik zijn heel specifiek, waardoor veel burgers met zorgnood hier geen beroep op kunnen doen. Bovendien is de huidige structuur van de gezondheidszorg volledig gericht op het curatief behandelen van burgers. Op het niveau van het RIZIV zou de omschakeling van het 'College van artsen directeurs' naar een 'College van ZORGVERSTREKKERS directeurs' een meer gedifferentieerd zorglandschap kunnen creëren. Een **shift van curatief handelen naar preventief handelen** heeft reeds in meerdere landen in de wereld zijn nut bewezen. Zowel in de prevalentie van bepaalde zorgsituaties als op vlak van financiële efficiëntie.

Het **ontbreekt** momenteel aan **digitale platformen** die door het oudste deel van de bevolking ook zonder de hulp van derden gebruikt kan worden. Vaak ook zijn (kinesitherapeutische) zorgmogelijkheden en de bestaande digitale platformen voor een deel van deze doelgroep, door geografisch of sociaal isolement en door financiële beperkingen, onvoldoende toegankelijk. De **omgeving evolueert niet mee** met de vergrijzende bevolking met ontoegankelijkheid en onbereikbaarheid van beweegvriendelijke buitenomgevingen. Een gezonde, veilige en beweegvriendelijke buitenomgeving stimuleert het langer zelfstandig thuis wonen van de oudere burger.

Het introduceren van een **gemengde financiering** kan budget vrijmaken om preventie voor ouderen te bekostigen. Een specifieke prestatie-nomenclatuur voor bepaalde groepen (denk aan parkinson, sarcopenie, ...) en een forfaitaire vergoeding voor algemene preventie maatregelen. Een wettelijk kader dat de budgetten voor preventie vastlegt (zowel op gewestelijk als federaal niveau) is noodzakelijk. Onder art.56 binnen het RIZIV kan een Orthogeriatrisch project: "Postheupfractuur bij de geriatrische patiënt" worden ingediend.

5 Onderzoek en samenwerking met het onderwijs

Er is in de huidige opleidingen kinesitherapie nog te weinig aandacht voor de ouderenzorg. Om studenten (en kinesitherapeuten in het algemeen) meer te stimuleren zich te bekwamen in de ouderenzorg, zouden ook aspecten zoals **gerontologie en management volgens het Canmed-model** (binnen de ouderenzorg) in de opleidingen vervat moeten zitten. Het **totaalbeeld van de oudere** met zorgnood moet eveneens meer belicht worden, want de oudere met zorgnood wordt het best via een multifactoriële benadering geholpen.

De weg tussen de opleidingen en het werkveld is te lang. Een financiering die zich niet beperkt tot projecten, maar doorloopt tot praktische realisatie op het werkveld is aangewezen. Door de hoge kostprijs en tijdsinvestering om na de pilootfase een project effectief in de maatschappij verder te zetten, vallen de meeste initiatieven stil bij afronden van de thesis of het doctoraatsonderzoek.

Gebaseerd op de **maatschappelijke plicht** die onderwijsinstellingen hebben en gelet op de demografische gegevens, zou er een wettelijke verankering van een minimaal aantal te behalen studiepunten voor kinesitherapie bij ouderen moeten komen. Hierbij kan een verplichting tot en training/ educatie in interprofessioneel en interdisciplinair onderzoek zorgen voor een breed scala aan mogelijkheden. Eveneens moet het aanbod voor het werkveld verhoogd worden met aandacht voor de toepassing bij ouderen van technieken uit andere disciplines binnen de kinesitherapie, specifieke behandelmethoden bij de meest kwetsbare ouderen (jongdementie, ziekte van Parkinson,...) en door de verplichting tot het volgen van een kinesitherapeutisch opleidingsaanbod van 16 uur per jaar (voor collega's werkzaam in instellingen).

6 Nood aan "meer waarde"-creatie voor de kinesitherapie bij ouderen

De stakeholders binnen de ouderenzorg en de politiek moeten een beter zicht krijgen op de **competenties van de kinesitherapeut**. De maatschappij is zich niet bewust van de brede functie van de kinesitherapeut die bij de oudere persoon komt, niet enkel de therapie maar ook de sociale schakel die de kine vormt is belangrijk. Gezien de grote nood bij het invullen van vacatures, is een **verbeteren van de perceptie** van 'Kinesitherapie bij ouderen' aangewezen bij studenten in het hoger onderwijs en bij jongeren die hun studiekeuze nog moeten maken. Een erkenning van de Bijzondere Beroepsbekwaamheid in de Kinesitherapie bij Ouderen (en de hieraan gekoppelde financiële incentive), kan een stimulerend effect hebben bij studenten, maar eveneens bij kinesitherapeuten uit de eerste lijn, om zich meer te bekwamen in deze specifieke groep. Daarnaast kan ook het installeren van een **kinesitherapie-ambassadeur/ ambassadrice en de creatie van de functie Coördinerend Raadgevend Kinesitherapeut**, de meerwaarde van de kinesitherapeut in de zorg van de oudere burger met zorg- en ondersteuningsnood in de verf zetten.

Uitbreiding van de budgetten die binnen de ouderenzorg specifiek naar kinesitherapie gaan geeft ruimte tot een betere verloning van kinesitherapeuten in bepaalde settings. Een afstemming van de personeelsnorm op de effectieve zorgnood kinesitherapie in plaats van op het totale zorgpakket kan hierin mogelijkheden bieden. Er dient een **revalorisatie** (verloning) **van de competenties** van de kinesitherapeut en de daarbij horende plaats in het organigram te komen. Nu staat een kinesitherapeut wettelijk onder aansturing van de hoofdverpleegkundige, waardoor hij niet zelf-aansturend kan handelen op het gebied van revalidatie. Een aparte sectie kinesitherapie binnen de instellingen zal een manager-rol kunnen opnemen in het bewegingsbeleid van de oudere bewoners, waarbij de therapie wordt afgestemd op de individuele behoeften van de bewoner.

Een Nieuwe nomenclatuur

AXXON wil komen tot een modernisering van de nomenclatuur, gebaseerd op onderstaande elementen:

Een **nomenclatuur die uit gaat van de zorgnood van de patiënt**, met een flexibilisering van de duurtijd van de prestaties, zodat er beter kan ingespeeld worden op die zorgnood. De zorgzwaarte dient geregistreerd te worden aan de hand van een pathologiecode. Ook het aanrekenen van verbruiksmiddelen aan inkoopprijs moet meegenomen worden.

Een onafhankelijke partij dient de volledige **dataopslag** te beheren. De geanonimiseerde data, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen administratieve data en behandeldata, wordt ter beschikking gesteld van alle stakeholders (beroepsverenigingen, ziekenfondsen, patiëntenverenigingen, universiteiten, ...). Met dataverwerking kunnen de prestaties in het werkveld in kaart worden gebracht. De analyse van het geheel van verzamelde data moet het mogelijk maken een dynamische nomenclatuur te ontwikkelen die permanent kan worden bijgestuurd in functie van de evolutie van de wetenschappelijke kennis en van de uitoefening van de kinesitherapie. Ze kan tevens helpen om efficiënte beleidsmaatregelen te formuleren en responsabiliserende maatregelen te treffen. Qua administratieve vereenvoudiging moet dit ook toelaten relevante patiëntgegevens (bv. GMD, EKD, lopende periodes, ...), alsook relevante gegevens van de verstrekker (bv. conventiestatus, BB, certificatie, ...) te verzamelen en beschikbaar te stellen. Responsabiliserende maatregelen zouden kunnen genomen worden via een op te richten deontologisch orgaan, die hierbij een zelf-regulerende functie kan vervullen.

Separate nomenclatuurnummers moeten worden voorzien voor **testing** (klinische evaluatie tests, PROM's en/of PREM's). Door ervoor te zorgen dat hiervoor specifiek tijd, energie en geld wordt uitgetrokken, zal men veel objectiever kunnen evalueren en communiceren over de resultaten van de behandeling. Suggesties hieromtrent zijn één nomenclatuurnummer voor elk testmoment, één nomenclatuurnummer voor elke keer er getest wordt, of één nomenclatuurnummer dat de 3 testmomenten omvat.

Een apart nomenclatuurnummer moet worden voorzien voor **multidisciplinair overleg**. Er zijn immers bepaalde takken binnen de kinesitherapie waarbij de intake veel uitgebreider is en waar veel vaker multidisciplinair overleg nodig is. Door dit mogelijk te maken met al dan niet de aanwezigheid van de patiënt zal dit de "high value care" bevorderen.

Creatie van een nomenclatuurnummer voor **adviesverlening zonder voorschrift** en preventie (huidige consultatief kinesitherapeutisch onderzoek). Hiervoor dient een aangepast juridisch kader worden gecreëerd met een aanpassing van de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015. Dit nummer dient anamnese, testing (klinische evaluatie tests, PROM's) en verslaggeving te omvatten.

Bij de **modernisering van de nomenclatuur** dient ook rekening gehouden te worden met tele- en/of videoconsult, telemonitoring en tele-expertise. Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor **groepsessies** (bij bepaalde pathologiegroepen) en de coachende rol hierbij van de kinesitherapeut.

Verder moeten de huidige nomenclatuurnummers die de prestaties dekken, volledig worden aangepast zodat de omschrijving, de financiële honorering en criteria voldoen aan verschillende onderdelen. Denk aan intellectuele prestaties, tijdsduur, groepstherapie, logistiek, bijzondere bekwaamheden - certificatie en de plaats van de verstrekking. Aan de hand van deze onderdelen kan bepaald worden dat bepaalde aktes alleen door collega's uitgevoerd worden die voldoen aan bepaalde criteria, en doorverwijzing binnen de eerste, tweede en derde lijn beter te laten verlopen.

Men moet zich ook de vraag durven stellen of de chronische kinesitherapeutische zorg niet beter forfaitair wordt vergoed t.o.v. de acute zorg die per prestatie wordt vergoed.

AXXON is ook van oordeel dat een **transversaal overleg** met andere Akkoorden- en Overeenkomstencommissies kan leiden tot een optimalisatie van de **nomenclatuur** over alle gezondheidszorgberoepen heen.

Meerjarenplan financieel en budgettair kader

Studie Kostendekkend honorarium van de kinesitherapeut

De berekening van de kosten, noodzakelijk voor de correcte uitoefening van het beroep van kinesitherapeut moet voldoende accuraat gebeuren om de precieze berekening van de honoraria van deze beroepsgroep mogelijk te maken. AXXON heeft deze missie toevertrouwd aan **Mind over Matter Consulting** ([volledige studie](#)).

Zelfs met een conservatieve inschatting, bedraagt de kost van één uur kinesitherapie activiteit 71,97€. Dit komt overeen met een toename van 24% in vergelijking met de laatste vorige studie in 2014. Dit verschil is te wijten aan een meer volledige schatting van de loonkosten, in combinatie met een normale prijsevolutie van de andere kost-drivers. De huidige honoraria die gebaseerd zijn op een remuneratie van 50€ per uur, zijn dus ruim onvoldoende om de reële kosten van de kinesitherapiepraktijk te dekken. Alle kosten betrokken bij de kinesitherapiepraktijk werden geïdentificeerd aan de hand van **zes kost-drivers**, namelijk:

- Salariskosten: bruto salaris van een kinesitherapeut in een ziekenhuis, volgens de IFIC barema's
- Exploitatiekosten: kosten van energie, telefonie, internet, bureau, verzekeringen, verplaatsing, publicaties, lidgeld van beroepsverenigingen, boekhouding
- Huurprijs van een kabinet
- Benodigde inrichting en materiaal: toestellen (afgeschreven over gemiddeld 9,3 jaar), inrichting en onderhoud (afgeschreven over gemiddeld 11,8 jaar)
- Klein instrumentarium: jaarlijkse kost van de kleine instrumenten gebruikt in een gemiddelde praktijk
- Rentefactor: kosten voor de financiering van de nodige investeringen

Verder stelde de studie ook vast dat de tegemoetkoming voor de verplaatsingskosten bij kinesitherapeuten duidelijk lager is dan de tegemoetkoming voor verpleegkundigen en huisartsen. Daarnaast blijkt dat de loonbarema's van een kinesitherapeut ruim onder deze liggen van gelijkaardig opgeleide beroepsgroepen.



Voorstellen financieel en budgettair kader²

Vanaf 2022 bedraagt de jaarlijkse groeinorm voor de RIZIV-begroting 2,5%. De samenstelling van het **budget kinesitherapie** zou de **som** moeten zijn van:

De technische raming van het RIZIV + 1,5% index als gewaarborgde groeinorm + de gezondheidsindex. De technische raming is gebaseerd op de trend van de 4 à 5 voorgaande jaren, de eigen groeinorm kan dienen om innovatieve maatregelen te financieren en de gezondheidsindex vormt de compensatie voor het verlies aan koopkracht van het voorbije jaar.

AXXON wil zo snel mogelijk komen tot de realisatie van een **kostendekkend ereloon** (zie [studie MOMC](#)). Dit kan zowel in één beweging als in stappen parallel aan het meerjarenplan. Een herijking van de prestaties kan bekomen worden door een identiek honorarium/ minuut voor alle prestaties. En terzelfdertijd dient de sector geresponsabiliseerd te worden over de eigen uitgaven.

Om mee te evolueren met de (niet ingevulde) noden zou **3%** van het sectorieel budget kunnen **geïnvesteed** kunnen worden **in preventie en zorgpaden** (Kinecoach, preventie bij patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes, Claudicatio, en andere innovatieve projecten). Voorafgaandelijk kunnen projecten onder de vorm van zorgpaden en nieuwe digitale innovaties uitgetest worden onder art.56.

Er moet een methode worden ontwikkeld om **efficiëntiewinsten** te **objectiveren** binnen het eigen sectorbudget.

Garantie **trekkingsrecht op niet uitgegeven budget**: wanneer voor een bestaand of een nieuw initiatief blijkt dat de reële kosten minder snel toenemen dan de verwachte kosten, dan kan het verschil door de sector terug geherinvesteerd worden.

² [Meerjaren financieel en budgettair kader](#)

Het budgettair traject in functie van de modernisering van de nomenclatuur

Het **interdisciplinair werken** kan bevorderd worden door een vergoeding te voorzien voor deze extra administratieve belasting. Dit omvat zowel pluridisciplinair overleg, contact met familie / ouders / partner als feedback naar de patiënt zelf en is momenteel niet vergoed. De klemtoon moet gelegd worden op doelmatige zorg door middel van **financiële prikkels** (verkleinen van praktijkvariëaties, samenwerking stimuleren) en **niet door budgettaire sancties**.

Groepsessies zouden eveneens in alle settings onder correcte financiële voorwaarden mogelijk kunnen zijn:

- Onder een forfaitaire vergoeding per uur, met één specifiek nomenclatuurnummer.
- Het aantal patiënten in de groep is beperkt tot een maximum van 8 personen.
- De groepsessies zijn geïndividualiseerd en elke patiënt binnen de groep heeft een apart bilan.

Er is voldoende wetenschappelijke evidentie voor de gezondheidswinst van groepsessies.

Groepsessies zijn financieerbaar en attractiever omdat één uur bij een therapeut voor meerdere patiënten tegelijk toegankelijk wordt.

Voor de **woonzorgcentra** moet er een **transversaal beleid** ontwikkeld worden over de grenzen van de sectoren heen en met een meerjaren-aanpak binnen een stabiel kader met voldoende middelen.

Directe toegang onder voorwaarden moet mogelijk worden met een gedeeld E-Kinesitherapeutisch Dossier met een goede en performante communicatie met de beheerder van het GMD van de patiënt.

Hierbij kan een consultatief onderzoek van de patiënt zonder voorschrift een meerwaarde betekenen (preventief, consultatief, administratief).

Een aanpassing van het juridisch kader (Gecoördineerde wet van 15 mei 2015) dringt zich hierbij op.

Voor loontrekkenden die onder M-, K- of R-nomenclatuur werken moet het Sociaal statuut herbekeken worden om de bestaande discriminatie weg te werken.

Budget voor volledige digitalisering van de sector

Er moet volop worden ingezet op digitalisering. Uitgangspunten hierbij zijn:

- Elektronisch Kinesitherapeutisch Dossier, e-voorschrift, e-facturatie en e-kennisgevingen en e-aanvragen.
- Een E-health platform in combinatie met een budget voor telerevalidatie zal de visibiliteit van de kinesitherapeut verhogen en de communicatie met artsen faciliteren.
- Het ontwikkelen van een sluitend dynamisch kadaster, dit om vanuit correcte en up-to-date cijfers het beleid aan te sturen.
- Budgetten voor het EKD kunnen gehaald worden uit: budget van de telematica-premie (enkel startende kinesitherapeuten krijgen gedurende de eerste 3 jaar deze premie) + het budget “dossier en verslag” + het budget “toeslag opstart dossier in courante pathologie”.

Sociaal statuut RIZIV

Alle kinesitherapeuten die werkzaam zijn in instellingen willen een solidair vergoedingssysteem. Wat betreft de Sociale voordelen RIZIV streeft AXXON ernaar om op gelijkwaardige basis behandeld te worden met andere zorgverleners die het Sociaal Statuut kunnen genieten.

De aanbeveling van AXXON hieromtrent is als volgt:

- Het mogelijk maken dat ook kinesitherapeuten zich gedeeltelijk kunnen deconventioneren en ook bij gedeeltelijke deconventionering kunnen blijven beroep doen op de Sociale voordelen RIZIV.
- Het bedrag van de Sociale voordelen RIZIV afstemmen op de prestaties van de desbetreffende therapeut (het gaat hier wel degelijk over **de M-, K- en/of R- prestaties**). Dit geeft immers objectief de activiteitsgraad binnen het RIZIV weer. Deze activiteitsdrempel wordt verminderd indien het premiejaar dagen inactiviteit bevatte, zoals bepaald in het KB van 26 mei 2020.
- Het bedrag van de Sociale voordelen proportioneel afstemmen op de graad van conventionering. M.a.w. een kinesitherapeut die voor 60% van zijn activiteit geconventioneerd is, zal ook voor 60% van de terugbetalingsbedragen uitgekeerd door het RIZIV een Sociaal voordeel ontvangen.

Project Lage Rugpijn

In deze tweeledige enkel blind gerandomiseerde gecontroleerde klinische pilot-study, uitgevoerd door de Universiteit van Hasselt o.l.v. Dr. Lotte Janssens, worden volgende onderzoeksvragen en -doelstellingen vooropgesteld:

1. Onderzoeksvraag: wat is de toegevoegde waarde (in termen van pijn, handicap en kosteneffectiviteit) van directe toegang voor kinesitherapie in vergelijking tot de gebruikelijke zorg voor patiënten met acute LBP (die langer dan 24 uur en minder dan 6 weken duurt) na doorverwijzing door de (huis)arts.
2. Projectdoel: wat is het verschil in (kosten-) effectiviteit tussen beide onderzochte interventies.

De uitkomsten van de studie worden beoordeeld door middel van een applicatie (Mobile Health Unit) op verschillende tijdstippen, waarbij er via de applicatie ook herinneringen gestuurd worden om ‘drop-out’ te vermijden.

In totaal worden 600 patiënten geïncludeerd in de studie (Vlaanderen n=2x150, Wallonië n=2x150).

De patiënten worden gerekruteerd via een algemene informatiecampagne bij de algemene bevolking in lokale kranten, sociale media, een website en E-mail lijsten en bij (huis)artsen en kinesitherapeuten die potentiële deelnemers informeren over het onderzoek.

Alle beoordelingen omvatten alle primaire en secundaire resultaten; de baseline bevat ook vragen over demografische informatie (leeftijd, gewicht, lengte, BMI, geslacht, opleidingsniveau, werkstatus) en de Start Back Screening Tool. Primaire uitkomsten zijn pijn en invaliditeit. Secundaire uitkomsten zijn gezondheidseffecten, directe zorgkosten, het gebruik van gezondheidszorgmiddelen en kosten die voortkomen uit werkverzuim/werkverlet en productiviteitsverlies.

Het pilootproject Low Back Pain heeft een totale kostprijs van € 393.500, gespreid over 3 jaar.

Gedetailleerde informatie kan u terugvinden onder het hoofdstuk: voorstellen omtrent appropriate care ingediend door AXXON bij het RIZIV in het kader van het meerjarentraject 2022 – 2024 en in de bijlagen. Lees [hier](#) de volledige studie, dat trouwens ook in het AXXON-tijdschrift Exclusief van juni 2021 verscheen.



Verdienmodel loontrekkende kinesitherapeuten in instellingen

Deze aanbeveling bespreekt de visie van AXXON betreffende het verdienmodel van de kinesitherapie binnen instellingen. Hieronder veronderstelt men kinesitherapeuten die werken in ziekenhuizen en revalidatiecentra, woonzorgcentra, onderwijs en de gehandicaptensector.

AXXON streeft naar een **gelijk barema voor alle kinesitherapeuten** ongeacht de plaats van tewerkstelling. Binnen de IFIC-barema's sluit de rol van de kinesitherapeut aan bij de functieomschrijving van **categorie 17**. Kinesitherapeuten die beschikken over een **Bijzondere Bekwaamheid** worden hierbij ingeschaald op **categorie 18** en kinesitherapeuten die een **leidinggevende** functie uitoefenen op **categorie 19**.

Voor AXXON wordt kinesitherapie verstrekt aan de patiënt in instellingen gekenmerkt door 2 absolute basisvoorwaarden: ze is kwaliteitsvol en ze is afgestemd op de zorg- en therapienood van de individuele patiënt. Om kwaliteitsvolle therapie te kunnen leveren is er nood aan een correcte normering die voldoende personeel voorziet om aan de noden van de patiënt tegemoet te komen maar ook de werkdruk voor de zorgverleners aanvaardbaar houdt.

Het is de mening van AXXON dat zowel forfaitaire vergoedingen als betalingen per prestatie (nomenclatuur) een rol kunnen spelen voor de vergoeding van de prestaties van kinesitherapeuten. Belangrijk is dat de financieringsmechanismen voldoende flexibel zijn en kunnen worden ingezet zodat ze beantwoorden aan de reële inzet van de kinesitherapeut.

Binnen de bestaande wettelijke kaders staat de kinesitherapeut in het organigram onder de hoofdverpleegkundige. Dit beperkt in sterke mate de autonomie van de kinesitherapeut. AXXON pleit voor een aparte plaats voor het beroep in het organigram van de gezondheidszorg. Overlapping met andere medische takken in het organigram van de gezondheidszorg kan bestaan, maar sluit geen aparte, belangrijke rol bij de revalidatieberoepen uit. Binnen een aparte revalidatie-dienst, onder aansturing van een kinesitherapeut, kan per burger met zorg- en ondersteuningsnood een individueel behandelplan bepaald worden. Op basis hiervan kan worden bepaald hoe lang en door wie de burger begeleid wordt in zijn zorgtraject.



Wat ziekenhuizen betreft is er begin dit jaar door [Antares Consulting](#) een studie uitgevoerd naar de financieringsmethoden. Het financieringsmodel dat door hen onderzocht is geeft voor de medische beroepsbeoefenaars volgende veranderingen:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een duidelijkere scheiding van de intellectuele prestatie.
- Een focus op de klinische resultaten.
- Het vermijden van ongewenste effecten van het huidige model en onnodige prestaties.
- Een billijkere vergoeding.
- Een vergoeding die niet is gebaseerd op een onderhandeling

De gezondheidszorg kenmerkt zich vandaag door onvoldoende financiële middelen. Tegenover de vraag om correcte verloning en goede bezetting staat de verantwoordelijkheid om deze middelen zorgvuldig en rationeel in te zetten en te beheren als een goede huisvader. Overconsumptie moet worden tegengegaan. Behandeling moet worden gegeven als effectieve en efficiënte bijdrage tot de zorgvraag van de patiënt en moet gestoeld zijn op evidentie. De kinesitherapeut heeft hier een belangrijke verantwoordelijkheid maar doet dit als deel van een zorgteam. AXXON erkent hierin de meerwaarde van al zijn collega's in andere disciplines. AXXON nodigt alle betrokken partners dan ook graag uit om samen te komen tot financieringsmechanismen die duurzaam zijn en leiden tot kwaliteitsvolle en doelgerichte zorg waarin de patiënt centraal staat.

Deontologisch orgaan

Uit meerdere werkgroepen en aanbevelingen kwam de noodzaak tot het oprichten van een eigen deontologisch orgaan naar voor. Daarom willen we graag de visie die de Federale Raad voor Kinesithérapie rond gedragsregels (zie bijlage) formuleerde meegeven. Het integrale document vindt u in bijlage.

De kinesithérapie kon sinds 1973 terugvallen op een vorm van gedragsregels en een ethische code uitgevaardigd via een omzendbrief van de Erkenningsraad van de dienst Geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) (onder de titel 'tekortkomingen in het uitoefenen van het beroep'). Deze omzendbrief verviel met de opheffing van deze Erkenningsraad door de installatie van de Erkenningscommissie Kinesithérapie op 1/10/2002 onder de voogdij van de Minister van Volksgezondheid. Sindsdien bestaat er op het vlak van gedragsregels voor de kinesithérapeut een reëel vacuüm. Dit terwijl dergelijke regels of code toch bijzonder multidimensioneel kunnen fungeren als geheel van professionele standaarden voor de beroepsbeoefenaars in de ruimst mogelijke context.

Als gevolg van talrijke veranderingen in de gezondheidszorg in het algemeen en de sector kinesithérapie in het bijzonder, evenals in de samenleving, worden kinesithérapeuten continu geconfronteerd met professionele en deontologische vraagstukken. Gepaste antwoorden of gedragingen worden dan ook van deze kinesithérapeuten

verwacht, daar waar zij vaak niet voldoende bewust zijn van de ethische dimensie van hun handelen. Het is daarom van cruciaal belang dat een nieuwe set van gedragsregels en deontologische reflecties werden ontwikkeld, maar ook dat hieraan de nodige aandacht wordt gegeven zowel bij de beroepsbeoefening als tijdens de opleiding.

Gedragsregels kunnen worden beschouwd als de instrumenten bij uitstek voor het regelen van de kinesithérapeutische attitude en gedrag en voor het zich rekenschap geven van de kinesithérapeuten ten overstaan van de hoogst mogelijke standaarden in de beroepsbeoefening. Bovendien is het hebben van gedragsregels één van de essentiële onderdelen van de zogenaamde professionalisatie van de kinesithérapie. Met professionalisatie wordt het proces geduid, waarbij leden van een beroeps-groep, op collectieve wijze, vooral gebruikmakend van hun competentie en kunde, trachten de hen toekomstige sociale positie te verwerven of te verdedigen, met als doel de status van het beroep te vrijwaren en te verbeteren.

Het op te richten deontologisch orgaan is een zelfregulerend orgaan en zou toezien op de toepassing van de gedragsregels voor de kinesithérapeut. Het deontologische orgaan verzamelt data over de kinesithérapeutische verstrekkingen en verstrekkers, en stuurt op basis hiervan het werkveld aan tot een juridisch correcte (aanspreken van afwijkende praktijkprofielen/onverklaarbare praktijkvariaties) en Evidence Based praktijkvoering.



RESULTATEN VAN DE PEILINGEN

Toetreding tot de conventie M21

In de tweede helft van januari 2021 werd in de **vier Vlaamse provincies en het Brussels Hoofdstedelijk gewest**, een bevraging georganiseerd rond het thema “Intentie tot al dan niet toetreden tot de Conventie M21”. De grootste groep van respondenten is actief als zelfstandige en bevindt zich in de leeftijdscategorie van 26 tot 45 jaar.

Ongeveer **de helft** van de respondenten was op het ogenblik van de peiling **geconventioneerd** en het grootste deel hiervan gaf aan van ook in 2021 geconventioneerd te blijven.

Drie kwart van de **gedeconventioneerde** respondenten wenst dat AXXON PTiB vzw ook in de toekomst **richttarieven** voor gedeconventioneerde collega's blijft adviseren. Gedeconventioneerde collega's die het richttarief (28,5 euro kabinet, 30,5 euro huisbezoek) niet volgen, vragen een tarief variërend van 28 euro tot 35 euro. Waarbij het tarief meer afhankelijk is van de duur en locatie van de behandeling en of de behandelend kinesitherapeut over een Bijzondere Bekwaamheid beschikt.

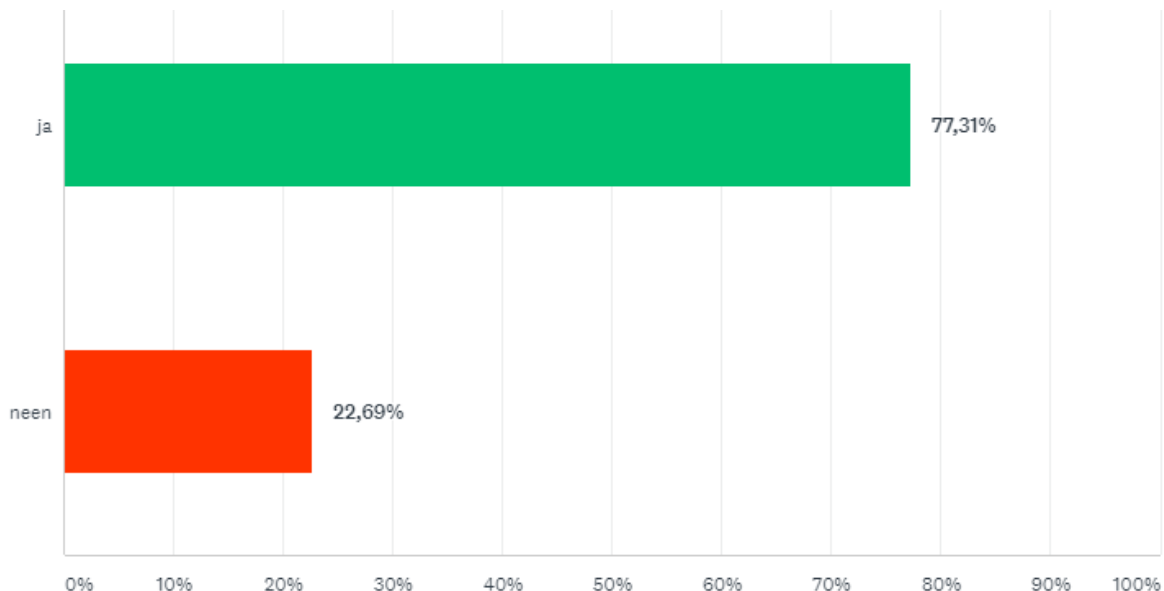
Uit de peiling klonk ook een **sterke vraag tot opheffing van de discriminatie in terugbetaling** van kinesitherapeutische zorg tussen geconventioneerde en gedeconventioneerde verstrekkers. Daarnaast werd meermaals aangegeven dat collega's in loondienst en gemengd statuut vaak verplicht worden door hun werkgever om toe te treden tot de Conventie waardoor de vrije keuze van de verstrekker niet gerespecteerd wordt. Hiervoor zou de mogelijkheid tot **partiële conventie** dienen onderzocht te worden.

De drie meest aangehaalde redenen om niet akkoord te gaan met de conventie zijn:

- het te lage honorarium
- vermindering van het honorarium na de 9de zitting in de courante en na de 20ste zitting in de Fa-pathologie
- de onmogelijkheid om langer dan 30 minuten te behandelen

Verder werd door een aanzienlijk deel van de bevrageden ook de **quorumbevestiging** van het aantal geconventioneerde collega's **in vraag gesteld**. Uit de cijfers van het RIZIV blijkt onder meer dat 812 collega's boven de 70 jaar nog actief zijn in het beroep en verstrekkingen attesteert. Als men de collega's die (deels) in loondienst zijn (en dus door hun werkgever verplicht worden tot conventionering) uit de cijfers haalt, toont de berekening dat 1 op 4 zelfstandige collega's in Brussel en Vlaanderen gedeconventioneerd is.

Wenst u als gedeconventioneerde dat AXXON ook in de toekomst richttarieven blijft voorstellen voor gedeconventioneerde collega's ?



Strategische beleidsadviezen binnen de 3 krachtlijnen

In totaal namen 2031 kinesitherapeuten deel aan de bevraging, waarvan 70.9 % Nederlandstaligen en 29.1% Franstaligen. **70.99%** van de respondenten had **1 of meerdere bijzondere beroepsbekwaamheden**.

- 4/5 van de respondenten geeft prioriteit aan het realiseren van een kostendekkend honorarium
- 3/4 van de Nederlandstalige loontrekkenden wil een hogere inschaling binnen IFIC, maar ook aan franstalige zijde krijgt deze hogere inschaling veel prioriteit (ook al is het daar nog niet aan de orde). 80% van de zelfstandige collega's wil een honorarium vergelijkbaar met andere beroepen in de sector die op Master-niveau betaald worden en wil het kostendekkend honorarium zo snel mogelijk gerealiseerd zien
- 70% van de respondenten wil een transparante, meer flexibele nomenclatuur die afgestemd is op de behoeften van de patiënt
- 60% van de respondenten wil dat er volledige prioriteit gaat naar volledige digitalisering met het EKD als hoeksteen
- ook het huisbezoek moet flink gehervardeerd worden omwille van de extra tijdsbesteding die dit vergt

Het werkveld is minder te vinden voor een heroriëntering van de telematicapremie, of voor wijzigingen van het huidige ROB - RVT systeem, maar wenst wel dat interdisciplinair werken bevorderd en vergoed wordt via een meerjarenaanpak, dat groepssessies mogelijk worden in alle settings onder correcte financiële voorwaarden, en dat directe toegang onder voorwaarden mogelijk wordt.

	UITERMATE PRIORITAIR	ZEER PRIORITAIR	ENIGSZINS PRIORITAIR	NIET ERG PRIORITAIR	HELEMAAL NIET PRIORITAIR
Kostendekkend basishonorarium voorzien voor alle kinesitherapeuten	44.54%	34.45%	17.65%	2.52%	0.84%
Hoger honorarium voorzien voor alle geaccrediteerde kinesitherapeuten	26.89%	26.89%	26.89%	15.13%	4.20%
Bijkomend supplementair honorarium voorzien voor kinesitherapeuten met een bijzondere bekwaaming	15.97%	25.21%	27.73%	20.17%	10.92%

	UITERMATE PRIORITAIR	ZEER PRIORITAIR	ENIGSZINS PRIORITAIR	NIET ERG PRIORITAIR	HELEMAAL NIET PRIORITAIR
Nomenclatuurcode voor interdisciplinaire samenwerking	19.33%	30.25%	33.61%	15.13%	1.68%
Groepssessies herinvoeren in alle settings onder correcte financiële voorwaarden (max. 8 personen, forfaitair bedrag per uur, individueel EKD voor elke patiënt)	15.97%	29.41%	33.61%	16.81%	4.20%
Werkzame nomenclatuur: een eigen, flexibele en transparante nomenclatuur, met vereenvoudigde toepassings- en interpretatie regels ontwikkelen, volgens de behoeften van de patiënt.	30.25%	34.45%	26.05%	8.40%	0.84%

VOORSTELLEN OMTRENT APPROPRIATE CARE (DOELMATIGE ZORG) INGEDIEND DOOR AXXON BIJ HET RIZIV IN HET KADER VAN HET MEERJARENTRAJECT 2022 - 2024:

Het gebruik van tele-monitoring en tele-revalidatie in de kinesitherapie

Al is tele-kinesitherapie niet voor iedere patiënt geschikt (vooral waar hands-on behandeling vereist is), toch faciliteert ze de toegankelijkheid voor de patiënt, en kan ze de ziekteverzekeringskosten verlagen. Een mix van face-to-face consult en tele-kinesitherapie ([Remote Physiotherapy in Belgium](#), studie van Liesbeth de Baets en prof. Dirk Vissers i.s.m AXXON) zou daarom aangemoedigd moeten worden, zonder te raken aan de kwaliteit van de zorg. Kinesitherapeuten moeten worden geïnformeerd over de voordelen van Blended Physiotherapy, en moeten worden getraind om dergelijke diensten te verlenen, en ervoor te zorgen dat ze in de dagelijkse praktijk worden geïmplementeerd. Een degelijk juridisch en financieel kader is vereist om zoals in andere Europese landen, waar het gebruik van innovatieve technologie al ingebed is in de eerstelijnskinesitherapie, bij te benen. De mix van face-to-face consult en tele-kinesitherapie (Blended Physiotherapy) is geschikt voor zowel de post-operatieve revalidatie van patiënten, als voor het verzekeren van de zorgcontinuïteit voor chronische patiënten en voor behandelingen van korte duur met instructies voor nuttige thuisoefentherapie.

Naast de digitalisering van de verplichte administratie zullen digitale kinesitherapie (tele-kinesitherapie) en Mobile Health toepassingen de komende jaren enkel maar aan belang winnen. Identificatie en certificering van betrouwbare platforms en tools, samen met training van de kinesitherapeuten om ze te gebruiken, zullen de implementatie verder vergemakkelijken. Resultaten uit de literatuur geven aan dat Blended Physiotherapy zowel effectief als kosteneffectief is. De implementatie van Blended Physiotherapy zou mogelijk de zorgkosten kunnen verlagen door de daaropvolgende verbetering van het zelfmanagement van de patiënt. Vermits het aantal patiënten dat kinesitherapie nodig heeft stijgt en de komende jaren zal blijven stijgen, in overeenstemming met de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronische aandoeningen, kan deze manier van behandelen de druk op de gezondheidszorg helpen verlichten.

Groepssessies in de eerste lijn kinesitherapie-praktijken

Volgens de huidige nomenclatuur mag een kinesitherapeut slechts 1 patiënt (of zwangere vrouw) al dan niet met een chronische aandoening (obesitas, diabetes, nierlijden, cardiopulmonair lijden, lage rugpijn, ...) of met een mentaal gezondheidsprobleem per 30 minuten behandelen. Hierdoor is het voor kinesitherapeuten in de eerste lijn onmogelijk om significant bij te dragen aan de beperking van de zorglast die deze groep patiënten met zich meebrengt. Bovendien blijkt de expertise van de kinesitherapeut in deze situaties onderbenut, ongekend en/of onderschat door andere zorgverleners, ondanks de toereikende opleiding en vaardigheden.

Oefentherapie is een hoeksteen in de behandeling van de hierboven beschreven gezondheidsproblemen. Wetenschappelijk onderzoek heeft duidelijk de positieve effecten van regelmatige oefentherapie aangewezen op het vlak van cardiovasculaire risicofactoren, lichaams-samenstelling, fysieke fitheid en mentale gezondheid. Ook is er een verlaging van de morbiditeit en mortaliteit vastgesteld. Vele officiële internationale instanties vinden een uitrol van oefentherapie of verhoogde fysieke activiteit op gemeenschapsschaal daarom gerechtvaardigd.

Het huidige systeem van de Belgische gezondheidszorg is zeer beperkt wat betreft de mogelijkheid om gesuperviseerde oefenprogramma's voor te schrijven aan patiënten met niet overdraagbare aandoeningen of mentale problemen. In de ideale situatie zouden Belgische ziekenhuizen hun zorg moeten kunnen focussen op ernstige ziekten en ernstige mentale problemen, terwijl de milde aandoeningen naar de eerstelijns praktijken worden doorverwezen. Ook zal de zorgnood van patiënten die zich niet meerdere keren naar een ziekenhuis of revalidatiecentrum kunnen verplaatsen (o.a. oudere burgers en ernstig gehandicapte personen) beter kunnen ingevuld worden.

De winst van het toelaten van groepssessies binnen de nomenclatuur is te vinden in een daling van de algemene belasting van de gezondheidszorg en doordat met eenzelfde budget meer patiënten kunnen behandeld worden en grotere klinische voordelen kunnen bekomen worden.

Direct Acces - Project Lage Rugpijn

Ongepast gebruik van medische beeldvorming voor lage rugpijn is een aandachtspunt in de ziekteverzekering. Een vroegtijdige aanpak door de kinesitherapeut kan nutteloze beeldvorming, overmatig gebruik van NSAID's en inkorting van de periode gedurende dewelke men arbeidsongeschikt is wellicht gunstig beïnvloeden.

In de internationale literatuur toont men duidelijk aan dat proactieve rol van de kinesitherapeut o.a. bij lage rugpijn een belangrijke kostenreductie impliceert in de ziekteverzekering indien men directe toegang onder voorwaarden in werking stelt.

De toename van de ziektelast en de hoge gezondheidsgerelateerde kosten vragen om een optimalisatie van het klinisch traject voor lage rugpijn dat moet leiden tot meer doelmatige zorg voor LBP, die tevens moet bijdragen tot het empoweren van de patiënt.

Verschillende studies hebben alternatieve klinische trajecten voor Lower Back Pain (LBP) en andere musculoskeletale klachten geëvalueerd, zoals door de kinesitherapeut geleide directe verwijzingen of screening en behandeling van patiënten op orthopedische wachtlijsten. De resultaten zijn gunstig met betrekking tot de verkorte wachttijden en de tevredenheid van patiënten en verwijzers over de geleverde zorg. Bovendien, wanneer verwijzing voor kinesitherapie gerechtvaardigd is voor patiënten met acute LBP (met ischias), kan onmiddellijke verwijzing en initiatie (binnen 3 dagen) leiden tot een lager gebruik van de gezondheidszorg en LBP-gerelateerde kosten. Het is al aangetoond dat vroege kinesitherapie resulteerde in een statistisch significante verbetering van de invaliditeit in (sub)acute LBP.

Claudicatio Stepped Care voor Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)

Het is de bedoeling om vertrekkend van de richtlijn voor de behandeling van Claudicatio Intermittens en van de resultaten van het pilootproject 'Claudicatiocare' een vervolg op te zetten dat vanuit de vastgestelde succesfactoren en barrières initiatieven neemt om de implementatie van de aanbevelingen te concretiseren, integreren en in stand te houden. De nationale richtlijn (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - KCE) en buitenlandse richtlijnen wijzen gesuperviseerde oefen-therapie (staptraining) en leefstijlcoaching aan als initiële behandeling. In België wordt te vaak en te vroeg geopteerd voor chirurgie.

Indien er geen vervolg gerealiseerd wordt van het pilootproject waarin het RIZIV en de FOD Volksgezondheid investeerden, verdwijnt de beoogde doelstelling. Een structurele verankering in de praktijkvoering is nodig. De cel implementatie van EBPractice.net kan begeleidend optreden voor het wegwerken van intrinsieke en extrinsieke barrières en voor de implementatie op alle zorgniveaus.

Een looptijd van 3 jaar is wenselijk omdat een aantal vooropgestelde aanpassingen van de regelgeving tijd en overleg vragen. Attitudeverandering moet stapsgewijs gebeuren en opleiding, vorming en sensibilisatie (van de patiënt, huisarts, vaatchirurg en kinesitherapeut) moeten systematisch en geïntegreerd opgebouwd worden.

Het Nederlandse netwerk (Chronisch Zorgnet, voorheen ClaudicatioNet) stelt enerzijds zijn structurele middelen en anderzijds zijn expertise ter beschikking. In het pilootproject zijn reeds een informatiefolder voor patiënten en huisartsen gemaakt.

Financiële toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg

Op 01-09-2019 werden vaste remgelden ingevoerd in de kinesitherapie-sector om de financiële toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren. De sector heeft daartoe een flink deel van de beschikbare middelen uit zijn begrotingsdoelstelling geïnvesteerd. Op 01-04-2021 werd de vermindering met 25 % van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling van de verstrekkingen van niet-geconventioneerde kinesitherapeuten opnieuw ingesteld, nadat het quorum van 60 % individuele toetredingen tot de overeenkomst M21 was bereikt. Daarmee verhoogt de overheid opnieuw aanzienlijk het remgeld voor een aantal patiënten, wat een deel van de inspanning die de sector heeft geleverd om de zorg betaalbaar te houden vernietigt. De tariefzekerheid inzake terugbetaling moet gewaarborgd zijn voor elke patiënt, ongeacht zijn keuze van zorgverlener.

Om de toegankelijkheid van de zorg te blijven garanderen stelt AXXON voor om een einde te maken aan de -25% discriminatiemaatregel omdat hij directe financiële gevolgen heeft voor de patiënten, terwijl hij eigenlijk het gevolg is van een keuze van de zorgverlener. Het is ontoelaatbaar dat de patiënt wordt gepenaliseerd voor een beslissing van zijn zorgverlener.

De wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering van 22 april 2019 treedt in werking op 1 juli 2021. Artikel 87 van de wet zegt: "De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum van inwerkingtreding van de artikelen 85 en 86." Het betreffende koninklijk besluit dient uitgevaardigd opdat de artikelen 85 en 86 in werking kunnen treden op 01-07-2021.



VOORSTELLEN OMTRENT GEZONDHEIDSZORGDOELSTELLINGEN EN APPROPRIATE CARE (DOELMATIGE ZORG), OPGEMAAKT DOOR DE OVEREENKOMSTENCOMMISSIE VERZEKERINGSINSTELLINGEN – AXXON IN HET KADER VAN HET MEERJARENTRAJECT 2022 - 2024:

U vindt alle volledige voorstellen in bijlage.

- Rol van de kinesitherapeut in de Zorgpaden
- Toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg
- Transparantie en beschikbaarheid middelen kinesitherapie in instellingen
- Liaisonfunctie, communicatie, EKD, praktijk- en pathologie-registratie
- KCE en zorgpad Lage Rugpijn
- Pre-habilitatie voorafgaand aan een geplande majeure chirurgische ingreep

DANKWOORD

Vooreerst gaat onze dank uit naar alle collegae (kinesitherapeuten uit het werkveld, leden van de drie Bestuursraden, en academici) voor de intensieve medewerking tijdens de rondetafelgesprekken en bij het invullen van de talrijke begeleidende enquêtes.

Een bijzondere dank aan de procesverantwoordelijken bij de drie werkgroepen: Kinesitherapie in de ouderenzorg (Dhr. J. Van Hoornweder en Dhr. B. Laplanche), Meerjaren financieel en budgettair kader (Dhr. L. Dieleman en Dhr. D. Wathelet) en Nieuwe Nomenclatuur (Dhr. E. Brassinne en Dhr. E. Schaille).

Dank aan Prof. Dr. Marc Decramer en Dhr. Stefaan Decramer van Mind Over Matter Consulting voor de studie “Een kostendekkend honorarium voor kinesitherapie”.

Dank aan de leden van de Stuurgroep (Algemeen Directeurs Marina Gasten (KiK) en Fabienne Van Dooren (QeK) en Voorzitters van de 2 AXXON-vleugels Dirk Verleyen (KiK) en Bernard Laplanche (QeK)).

Dank aan de AXXON-communicatiedienst en in het bijzonder aan de junior Management Assistant Lien Van Tilborgh voor de uiteindelijke samenstelling van dit uitgebreide rapport.


BIJLAGEN

Alle bijlagen zijn terug te vinden op de AXXON website: www.axxon.be/nl/meerjarenplan


1. [Rapport MOMC + Cijfertabel](#)
2. [Gedragsregels FRK](#)
3. Template doelmatige zorg: [tele-kinesithherapie en mobile health toepassingen](#) + [Studie Remote Physiotherapy](#)
4. Template doelmatige zorg: [Groepsessies](#)
5. Template doelmatige zorg: [LBP](#) + [Studie Low Back Pain](#)
6. Template [Claudicatio](#) + [Website](#)
7. Template Financiële [toegankelijkheid van de zorg](#)
8. Templates gezondheidsdoelstellingen opgemaakt door de Overeenkomstencommissie:
 - a. [Rol van de kine in zorgpaden](#)
 - b. [Toegankelijkheid van de zorg](#)
 - c. [Kine instellingen](#)
 - d. [Liaisonfunctie](#) communicatie EKD praktijk- en pathologieregistratie
 - e. Werkdocument implementatie [KCE lage rugpijn](#)
 - f. Werkdocument [prehabilitatie](#)
9. Volledig uitgeschreven adviezen ronde tafels
 - a. [Naar een nieuwe moderne nomenclatuur](#)
 - b. [Meerjaren financieel en budgettair kader](#)
 - c. [Kinesithherapie bij ouderen](#)
 - d. [Nieuwe nomenclatuur conclusie](#)
 - e. [Voorstellen budgettair meerjarenplan](#)
 - f. [Vlaams verdienmodel van de kine binnen de instellingen](#)
10. Volledige resultaten enquête
 - a. [Conventie M2I](#)
 - b. [Prioriteiten](#)



AXXON, Physical Therapy in Belgium vzw
Imperiastraat 16
1930 ZAVENTEM

 02/709.70.80

 axxon@axxon.be

 www.axxon.be