

Kringbesturendag 2017

Discussie in twee groepen

I. Zorgregio's

Een uiteenzetting door Dirk en minister Van Deurzen

a. Groep I

Men wil naar 60 kringen evolueren. De kring moet vertegenwoordigd zijn in de eerstelijnskring. Wordt dit een verplichting? Er moet dus ook een persoon, een continue kringverantwoordelijke, zijn die het mandaat krijgt van alle leden. Wie doet de verloning? Deze persoon moet zich continue kunnen inzetten. Het is te zeggen; dit is toekomstgericht en iemand van (+-) 60 jaar? Hoe lang kan/mag deze persoon nog gemandateerd zijn?

Dit is niet dringend, maar algemeen bestaat het idee dat serieuze afspraken op zijn plaats zijn. Dit o.a. met de tweede lijn. (vb. het probleem van de ambulante zorgen in ziekenhuizen of revalidatiecentra).

Er is vraag naar een kaart van huidige kringen, om zo te zien waar we kunnen uitkomen. Deze kaart is al beschikbaar.

Zijn eerstelijnskringen beroepsinhoudelijk of strategisch georiënteerd?

b. Groep 2

De eerste lijn zones liggen nog niet vast. Een gemeente kan niet gesplitst worden. Een kring kan meerdere zones bedienen om zo de juiste dekking te voorzien. Alle blinde vlekken trachten opgevuld te worden tegen 2020.

Kringen laten ondersteunen vanuit de overheid, als Vlaanderen hen erkent als officiële entiteiten: waar moeten kringen aan voldoen om vanuit het RIZIV te worden ondersteund? Dit kan wel een meerwaarde zijn bij de organisatie van chronische zorg. Daarnaast is ook de herverkaveling van sommige kringen te bekijken. Details worden door Axxon doorgestuurd.

Men moet vanuit de basis vertrekken en kijken hoe er kan worden verdeeld via overleg tussen kringen. Het getoonde schema zal vermoedelijk het definitieve zijn. 80 procent ligt vast, een kleine 20 is nog ter discussie.

2. Trekkingsrecht

a. **Groep 1**

Momenteel is er een opsplitsing in kringen die meer trekkingsrecht krijgen en kringen die minder krijgen. Blijft dit het geval?

- Wie krijgt geen geld? (SEL, LOGO, LMN)
- Wie krijgt wel geld?

Dit is niet duidelijk. Eventueel overleggen met andere beroepsgroepen die daar vertegenwoordigd zijn.

Als voorbeeld wordt gesteld dat overleggen plaats vinden tussen (vb.) artsen en kinesitherapeuten, of verpleging en kinesitherapeuten, etc. Wordt dit aanvaard als "organisatie"? Bij provinciaal overleg stelt men zich de vraag of de provinciale vertegenwoordiger het geld en de 'punten' ontvangt, terwijl de AXXON kring met lege handen achter blijft? Kan dit verschil worden afgevlakt?

Flexibiliteit wordt heel belangrijk geacht.

Kleine kringen hebben het moeilijker om LOKK, Peerreviews, etc., te organiseren, omdat zij minder personen aantrekken maar het werk om alles te regelen hetzelfde blijft. Kan dit eerlijker verdeeld worden? (Responsabilisering) Voorgesteld wordt om bij georganiseerde evenementen binnen dezelfde regio te zorgen dat dit op het conto van de kring komt.

De meeste kringen zijn vzw's en dragen bijgevolg zelf ook een financiële verantwoordelijkheid om kostendekkend te werken. Dit had men in de loop van het jaar moeten opvolgen.

Uiteindelijk heeft het systeem wel gewerkt, waardoor kringen die actief zijn meer middelen hebben gekregen.

b. **Groep 2**

Er is weinig permanente vormgeving. Hoe komt dit?

Daarnaast is er veel administratieve rompslomp.

Het valt na te vragen waarom alles weinig georganiseerd is. Bepaalde activiteiten vallen niet onder het trekkingsrecht. Hoe kan dit?

Alles moet geregistreerd via POK en dan moet via POK een lijst opgevraagd worden. Op basis hiervan wordt uit betaald.

Wat gebeurt er met de overheids-gerelateerde taken? Welke SEL's geven vergoedingen en waarom doen anderen dat niet? Kan dit via Axxon worden uitgezocht?

Kringen moeten mee te geven wie wel vergoed wordt. Dit moet duidelijk gemaakt worden vanuit Axxon. Het engagement van een zelfstandige zorgverstrekkers binnen zijn uren.

Eventueel een samenwerking met de huisartsen-kringen via FVB?

3. Waar gaan we met de kinesithérapie naartoe in 2020? Masterplan!

Een uiteenzetting van Peter Bruynooghe

a. Groep 1

Er wordt gesproken over een basisbedrag (voor de eerste zittingen) en een forfaitair bedrag (voor de rest). De overheid heeft zelf toegegeven dat kinesitherapeuten serieus ondergewaardeerd zijn en willen zelf een herstructurering van de nomenclatuur. Desondanks hebben ze een extra nomenclatuur gemaakt voor de voorbereide huisbezoeken.

Een vrije/directe toegang voor de kinesitherapeut leidt volgens ons tot besparingen.

Vb. een pathologie rugklachten:

De huisarts: start met medicatie, na 7-14dagen andere medicatie, daarna volgt een RX en een scan & DAN komt het probleem misschien tot bij de kine, die het in 5-9 beurten kan oplossen.

Zeker bij overleg tussen de huisarts en de kinesitherapeut kan een aantal kosten vermijden worden. Wij hebben zowel initiatierecht, als meldingsplicht, met voorschrijvend inzicht.

b. Groep 2

Er is een scheiding tussen commercieel en RIZIV. Een Juridisch kader voor supplementen en niet-vergoedbare verstrekkingen bestaat niet.

Er is duidelijk nood aan goede richtlijnen. De grijze zone moet weggewerkt worden. Reclame komt ook aan bod bij commercieel.

Er is een verschil tussen België en Europa, want de vrije beroeper in België heeft geen winst. Zou het geen voordeel zijn om een orde te hebben in het kader van de Europese regelgeving?

Reclame zou enkel kunnen voor het commerciële gedeelte.

4. Multidisciplinaire samenwerkingsmodellen

Een uiteenzetting door Stefaan Peeters

a. **Groep 1**

Communicatie met andere zorgverstrekkers is essentieel. Dit kan gebeuren via de afgevaardigden in de SEL, LOGO, etc. en hun te bevragen over wat leeft/gebeurd in de regio. Het vermoeden is dat coördinatie en overzicht tussen alle vertegenwoordigers ontbreekt.

Cfr. Professor Annemans op Kine 2020: het overleg met de andere zorgverstrekkers is basis. VB. 1x per jaar.

Er zijn veel solowerkers die niet goed weten waar en wat moet gebeuren.

Op hoger niveau kan het overleg gaan in de FVB. Onze eigen leden weten ook niet wat ze allemaal moeten doen (cfr. Voorbereiding van de eerstelijnsconferentie).

Het WG eerstelijns-gemandateerden is een belangrijk overleg. Wie wordt er uitgenodigd? Dikwijls zijn dit mensen binnen Axxon met een gekend mandaat en de kringvoorzitters.

Er is een warme oproep vanuit Axxon om aanwezig te zijn op deze WG. Aanwezigheid daar is belangrijk om de kringen naar de toekomst toe een serieuze betekenis te geven.

Suggestie: een rechtstreeks overleg met de andere zorgverstrekkers; zie suggestie van Prof. Annemans op KineTop 2020.

Veel gebeurd nu vanuit FVB, maar is dit niet deels overheid gestuurd? Volgens Axxon is dit niet het geval. Bijsturing door Bart Ceulemans, vooral in het kader van de SEL, dikwijls een ver-van-mijn-bed-show. Provinciale koepels met alle zorgverstrekkers, nauwere lokale samenwerken à la FVB; zie ook het voorstel SVU.

b. **Groep 2**

Men komt vrij snel bij het idee om binnen de eerste lijn zorg niet te specialistisch op te stellen. Wensen te opteren voor het generalistisch model, maar wat gebeurd er dan met de BB? Kunnen deze niet beroepsinhoudelijk worden bekeken?

Wellicht ook verkeerde verwachtingen bij de PA's, na 4 jaar. Dit is een generalistisch aanbod, waarvan het laatste jaar BB is. Maar men gaat er vanuit actief te zijn binnen BB. Moeten wij de generalistische kinesitherapeut niet zien als een BB?