



T.a.v.: Conventiecommissie Kinesithérapie
Technische raad Kinesithérapie
Agentschap Zorg en Gezondheid

Kopie aan de Beleidscel van Minister Frank
Vandenbroucke

25/11/2020

ADVIES VAN HET OBSERVATORIUM VOOR CHRONISCHE ZIEKTEN M.B.T. KINESITHERAPIE

1. Situering

1.1. Wat is kinesithérapie?

Patiënten met een chronische ziekte doen voor hun dagelijkse zorg beroep op een groot aantal zorgverleners. Eén van deze zorgverleners is voor veel patiënten de kinesithérapeut. “Kinesithérapie is een patiënt/cliëntgericht gezondheidszorgberoep dat zich zowel in preventieve context als in de welzijns- en gezondheidszorg richt op de gezondheid, op het optimaliseren van het menselijk bewegen, het dagelijks functioneren en het participeren in de samenleving”¹. Binnen de kinesithérapie onderscheiden zich diverse sub-disciplines. Zo hebben sommige kinesithérapeuten zich gespecialiseerd in neurologische kinesithérapie, terwijl anderen voornamelijk patiënten met cardiovasculaire aandoeningen behandelen. Voor zes specialisaties, in het vakjargon benoemd als ‘bijzondere beroepsbekwaamheden’, kunnen kinesithérapeuten een extra opleiding volgen en vervolgens ook een erkenning aanvragen bij hun regionale overheid. Het gaat hierbij om pediatrie, bekkenbodembreëducatie & perinatale, neurologische, manuele, cardiovasculaire en respiratoire kinesithérapie. Om als erkend kinesithérapeut een bijzondere beroepsbekwaamheid te krijgen zijn er twee voorwaarden. De kinesithérapeut moet minstens een jaar praktijkervaring opgedaan hebben in het domein waarin hij of zij erkenning aanvraagt en vervolgens ook een opleiding of afstudeerrichting gevolgd hebben in de betreffende bijzondere beroepsbekwaamheid.² Ondanks het bestaan van deze erkende beroepsbekwaamheden zijn kinesithérapeuten vrij om alle soorten kinesithérapiebehandelingen uit te voeren.

1.2. Toenemende vraag naar kinesithérapie

¹ Zie “Definitie van de kinesithérapie” in “Het beroepsprofiel van de kinesithérapeut in België anno 2020” van de Federale Raad voor de Kinesithérapie (https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/kinesithérapeuten#wat_doet)

²Voor Nederlandstalige dossiers het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse overheid: (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidszorgberoepen>).

Voor de Franstalige dossiers: de Federatie Wallonië-Brussel:

<http://www.enseignement.be/index.php?page=27735&navi=4275>

Voor de Duitstalige dossiers: de Duitstalige Gemeenschap:

<http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-110/>

We verwachten dat de toenemende vergrijzing en de daarmee gepaard gaande multimorbiditeit een impact zal hebben op de vraag naar kinesitherapie. De uitgaven van de verplichte ziekteverzekering per leeftijdsklasse tonen immers aan dat deze stijgen met de leeftijd en dat ze het hoogst zijn in de leeftijdsklasse 70-74 jaar. Hetzelfde geldt voor een steeds ruimer wordende groep chronisch zieken. De vooruitgang van onze wetenschappelijke kennis zorgt er tevens voor dat mensen met een ernstige ziekte langer en 'beter' leven, waardoor de groep groter wordt. Er is dan sprake van een groter wordende groep mensen die een zware of zwaardere, chronische zorgnood hebben. Patiënten, die zich wenden tot een kinesitherapeut, zijn bijvoorbeeld personen met de ziekte van Parkinson. Deze behandelingen hebben ook een preventief karakter. Vanuit het beleid moet er dus tijdig nagedacht worden over hoe de middelen voor kinesitherapie efficiënt kunnen ingezet worden en hoe op deze groeiende vraag ingespeeld kan worden.

2. Vaststellingen

2.1. Een goede kinesitherapeut is goud waard...

2.1.1. Een goede relatie tussen de patiënt en de kinesitherapeut

Kinesitherapeuten blijken om verschillende redenen een belangrijke en zelfs niet te missen schakel te zijn in de zorg van patiënten met bepaalde chronische aandoeningen. Eerst en vooral blijken patiënten vaak een zeer goede relatie te hebben met hun kinesitherapeut. Patiënten met een chronische ziekte worden soms meermaals per week behandeld. Sommige patiënten geven aan dat ze minder frequent bij de huisarts dan bij de kinesitherapeut komen. Omdat patiënten de kinesitherapeut veelvuldig zien, ook in de thuissituatie, heeft hij vaak een zeer goed inzicht in het fysieke welzijn en ook in de globale situatie van de patiënt met een chronische ziekte. De kinesitherapeut ziet namelijk elke kleine verandering en het gebeurt wel eens dat patiënten hun hart luchten tijdens een behandeling. Dat maakt dan ook dat patiënten het belang van de kinesitherapeuten in hun globale zorgplanning en – proces graag onderstrepen.

Ten tweede ervaren heel wat patiënten dat kinesitherapeuten op verschillende manier trachten hen zo goed mogelijk te ondersteunen en bereid zijn om zich aan te passen aan hun individuele situatie. Kinesitherapeuten stellen bijvoorbeeld voor om de derdebetalersregeling toe te passen bij patiënten die het financieel wat moeilijker hebben. Voor patiënten die minder mobiel zijn, blijven kinesitherapeuten toch aan huis komen voor behandelingen, ondanks dat de vergoeding voor huisbezoeken door veel kinesitherapeuten als onvoldoende wordt gepercipieerd.

Ten derde ervaren patiënten kinesitherapeuten doorgaans als erg gemotiveerd en dat wordt sterk gewaardeerd.

2.1.2. Specialisaties of 'bijzondere beroepsbekwaamheid' en pathologie-categorieën

Zoals in de inleiding reeds aangehaald, zijn er binnen de kinesitherapie enkele erkende specialisaties of bijzondere beroepsbekwaamheden. Naast deze specialisaties blijken kinesitherapeuten, ook zonder formele erkenning, zich toe te spitsen op bepaalde behandelingen of specifieke groepen van patiënten. Een voorbeeld daarvan zijn de stijgende groep neurologisch kinesitherapeuten, die een ook financieel vaak kwetsbare doelgroep behandelen van patiënten met een neurologische aandoening (CVA, Parkinson, MS, NAH, ...) Patiënten erkennen het belang van die specialisaties.

2.1.3. Voor bepaalde aandoeningen is er voldoende terugbetaling

Patiënten waarderen dat er voor de zwaarste categorie, namelijk de 'E-pathologie', een zeer uitgebreide kinesitherapeutische zorg bestaat.

2.2. ... Maar er is nog werk aan de winkel!

Ondanks de aangehaalde positieve ervaringen, werd ook duidelijk dat er binnen de kinesithérapie nog heel wat werk- en verbeterpunten zijn. De knelpunten worden hieronder in thema's geclusterd.

2.2.1. Het belang van secundaire en tertiaire preventie

Patiënten ervaren dat de focus van kinesithérapie, maar ook van zorg in het algemeen, nog steeds ligt op curatieve zorg. Uit de bevraging bleek dat er dringend meer aandacht moet gaan naar preventieve kinesithérapie. Op korte termijn vraagt dit mogelijks een investering, maar de verminderde kosten (voor medicatie en behandelingen) op lange termijn maken dit ruimschoots goed. Deze vraag wordt ondersteund vanuit de beroepsvereniging Axxon, voornamelijk binnen de secundaire en tertiaire preventie³. B.v. patiënten, die aan astma lijden en kinesithérapie volgen, hebben minder medicatie nodig, kennen minder ziekenhuisopnames en kunnen vaker gaan werken. Ook bij patiënten met NAH zorgt (tertiaire) preventie ervoor dat ze langer zelfstandig blijven en dus langer kunnen thuis wonen.

Vervolgens ervaren patiënten dat ze soms in een te laat stadium van hun ziekte bij de kinesithérapeut terechtkomen. Volgens patiënten leidt op tijd behandeld worden tot een snellere genezing en het voorkomen van erger. Inzetten op preventie kan er ook voor zorgen dat de ziekte minder snel evolueert, b.v. bij de ziekte van Huntington. Hier is een taak weggelegd voor de voorschrijvende arts, nl. de patiënt tijdig doorverwijzen naar een kinesithérapeut. We willen ook wijzen op het belang van Evidence Based Medicine om te kunnen bepalen waar secundaire / tertiaire preventie leidt tot snellere genezing en / of tot het voorkomen van erger.

Preventie kan ook betekenen dat de kinesithérapeuten de patiënten aanmoedigen om aan zelfzorg te doen, m.a.w. dat de patiënten gestimuleerd worden om ook tussen de kinebehandelingen door actief te blijven werken aan hun problematiek en de aangeleerde oefeningen te blijven doen.

2.2.2. Financiële toegankelijkheid van de kinesithérapie

Patiënten zijn erg bezorgd om de mogelijke toename van gedeconventioneerde kinesithérapeuten. Deze zou een zorgafhankelijke en vaak financieel kwetsbare groep treffen. Het is daarom belangrijk dat kinesithérapeuten, die patiënten met een E-pathologie behandelen, een hogere vergoeding krijgen. Dit is een preventieve maatregel. Een gedeconventioneerde kinesithérapeut kan patiënten een groter eigen aandeel aanrekenen. Daarnaast was de terugbetaling 25% minder bij gedeconventioneerde kinesithérapeuten. Door een arrest van de Raad van State van 7 februari 2019 kon deze regel niet van toepassing zijn in het jaar 2017. Patiënten kunnen dit bedrag nu terugvorderen bij hun ziekenfonds voor verstrekkingen uitgevoerd in 2017⁴. Zij moeten hiervoor wel zelf het initiatief nemen. Deze bedragen zouden automatisch terugbetaald moeten worden, aangezien waarschijnlijk niet elke patiënt op de hoogte is van deze nieuwe regeling.

³ Memorandum 2019. Partner in zorg, pag. 14-15 (AXXON)

⁴ Zie persbericht AXXON, beroepsvereniging van kinesithérapeuten <https://www.axxon.be/nl/nieuws/231-patienten-van-gedeconventioneerde-kinesithérapeuten-krijgen-eindelijk-de-terugbetaling-voor-2017/>

Indien de vaste kinesitherapeut van de patiënt beslist om zich te deconventioneren, zou een patiënt in principe de overstap kunnen maken naar een geconventioneerde kinesitherapeut. Patiënten begrijpen deze redenering maar geven aan dat de goede relatie die ze reeds hebben opgebouwd met hun vaste kinesitherapeut hen vaak weerhoudt van een overstap naar een andere kinesitherapeut. Andere redenen om bij dezelfde kinesitherapeut te blijven zijn de gespecialiseerde behandeling of voor minder mobiele patiënten de nabijheid.

Opvallend is ook dat patiënten zeggen dat kinesitherapeuten op bepaalde tijdstippen wel geconventioneerd en op andere tijdstippen niet geconventioneerd zijn. Met andere woorden, deze kinesitherapeuten zouden deels geconventioneerd zijn. Het is voor kinesitherapeuten echter niet mogelijk om gedeeltelijk geconventioneerd te zijn. Patiënten, hebben de mogelijkheid om klacht in te dienen bij hun ziekenfonds, indien ze hiermee geconfronteerd worden. Wat wel kan, is dat kinesitherapeuten een toeslag vragen wanneer de patiënt in de avonduren of tijdens het weekend behandeld wil worden. Belangrijk hierbij is dat behandeling op deze tijdstippen enkel mogelijk is op uitdrukkelijke vraag van de patiënt. We verwijzen hier naar art.4, §2, van de nationale overeenkomst "Hij mag ook afwijken van de hoegrootheden van die honoraria in geval van bijzondere eisen van de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, namelijk: - als, op verzoek van de rechthebbende, de behandeling tijdens het weekeinde of op een wettelijke feestdag wordt verricht, behalve op uitdrukkelijk voorschrift van de geneesheer, waarin staat dat de behandeling moet worden uitgevoerd op een van de hierboven vermelde dagen; Voor het begin van de behandeling zoals omschreven in dit artikel deelt de verstrekker aan de rechthebbende het bedrag van de honoraria mee. In geval van geschil moet het bewijs dat de informatie verstrekt is, door de verstrekker worden geleverd. Als de kinesitherapeut raadplegingen in zijn spreekkamer vaststelt of op eigen initiatief bij de rechthebbende thuis verzorging verleent, hetzij na 19 uur en voor 8 uur, hetzij tijdens het weekeinde hetzij op een wettelijke feestdag, mogen de honoraria voor die verstrekkingen evenwel niet worden verhoogd. Het weekeinde begint 's vrijdags om 19.00 uur en eindigt 's maandags om 08.00 uur." Het is belangrijk dat patiënten door kinesitherapeuten op voorhand geïnformeerd worden over deze toeslag. De wet patiëntenrechten geeft patiënten ook het recht om deze informatie op voorhand te krijgen⁵.

Nog een opvallende vaststelling is dat niet alle patiënten begrijpen wat conventionering en deconventionering betekent. Deze onduidelijkheid heeft mogelijks tot gevolg dat patiënten geen geïnformeerde keuze kunnen maken en voor kosten komen te staan die niet voorzien waren. Hier zien we een opdracht voor onder andere de ziekenfondsen en de overheid, maar in eerste instantie voor de kinesitherapeut zelf: zie artikel 5, § 1 van de conventie: Art.5, § 1. "De kinesitherapeut verbindt zich ertoe zijn / haar conventiestatus duidelijk zichtbaar te afficheren in de wachtzaal en desgevallend op zijn website. De kinesitherapeut verbindt zich ertoe voor de start van de behandeling de rechthebbende te informeren over de betekenis en de gevolgen daarvan. Eveneens verbindt de kinesitherapeut zich ertoe de rechthebbende te informeren over de gevolgen van de beperkingen voorzien in artikel 7, §§10, 12, 13, 14 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen; In geval van geschil berust de bewijslast dat de informatie verstrekt is, bij de verstrekker." Ziekenfondsen en RIZIV bieden op hun website reeds de mogelijkheid om de conventiestatus van de kinesitherapeut te raadplegen. Maar blijkbaar vinden de patiënten de weg niet naar deze informatie of staan ze niet stil bij de financiële gevolgen bij de keuze van een niet-geconventioneerde kinesitherapeut. Het is dus belangrijk dat patiënten weten wat conventionering en deconventionering precies betekenen, omdat dit een belangrijke garantie is voor de financiële toegankelijkheid.

⁵ Wet patiëntenrechten van 22 augustus 2002. Artikel 8

De financiële toegankelijkheid van de kinesithérapie kan hiermee in het gedrang komen. Uit een elektronische bevraging (N=386) van het VPP uit 2015 bleek dat patiënten met financiële moeilijkheden kinesithérapie wel eens moeten uitstellen. In totaal gaf 48% van de bevrageden aan kinesithérapie uit te stellen omwille van financiële moeilijkheden. Kinesithérapie komt hiermee net na het uitstellen van een consultatie bij de tandarts (65%), de aankoop van hulpmiddelen zoals een bril of rolstoel (59%) en een consultatie bij de specialist (56%).

Een rapport van het Kenniscentrum van 2015⁶ bevestigt deze cijfers en vermeldt eveneens dat er heel wat Belgische gezinnen zijn die sommige gezondheidszorgen (medische zorg, chirurgie, tandzorg,...) om financiële redenen moesten uitstellen. Vooral voor minder mobiele en zorgafhankelijke patiënten heeft dit zware gevolgen.

2.2.3. Stringente indeling volgens categorieën van ziekte (courante pathologie, F-pathologie en E-pathologie)

De indeling volgens categorieën van pathologieën en de hieraan gekoppelde terugbetaling komt niet altijd tegemoet aan de nood aan kinesithérapie die de patiënt heeft. Patiënten onderbouwen dit met verschillende voorbeelden.

In de eerste plaats vinden veel patiënten dat hun pathologie verkeerdelijk wordt toegewezen aan een bepaalde categorie met als gevolg dat ze geen recht hebben op de hoeveelheid terugbetaalde behandelingssessies die ze als noodzakelijk achten. Ze vinden het voorziene aantal sessies en de duur van de sessies niet aangepast aan wat ze nodig hebben. Een recente uitspraak van de Raad van State⁷ heeft zo een maatregel van de overheid van 2017 ongedaan gemaakt. Deze had in 2017 beslist om voortaan 18 sessies van 45 minuten kinesithérapie terug te betalen voor patiënten met fibromyalgie of CVS. Vroeger werden er 60 sessies van 30 minuten terugbetaald aan het hoogste tarief. Het was de bedoeling om via deze langere en specifieke sessies te komen tot een gerichte aanpak voor fibromyalgie en CVS. Maar patiëntenverenigingen, die vonden dat er op die manier te weinig sessies terugbetaald werden en dat 45 minuten te lang was voor een individuele sessie, legden klacht neer bij de Raad van State. Fibromyalgie en CVS⁸ zijn sinds begin juli 2019 opnieuw opgenomen in de lijst van F-pathologie.

In de tweede plaats geven sommige patiënten aan dat ze meer baat hebben bij behandelingen die nu niet terugbetaald zijn (vb. hydrotherapie: vorm van revalidatie in het water). Zij willen liever meer vrijheid krijgen om de behandelingen in te vullen (ander type, tijdsduur, ...).

Een ander knelpunt dat patiënten ervaren is het feit dat het aanvragen of vernieuwen van de attesten over het soort pathologie gepaard gaat met een grote administratieve last.

Patiënten merken ook dat het aantal maximaal terugbetaalde sessies niet altijd overeenkomt met de nood van de patiënt en dat hiervoor een structurele oplossing nodig is. We vragen dat deze nood als uitgangspunt genomen wordt, maar uiteraard moet het steeds gaan om een behandeling die gebaseerd is op kwaliteitsvol handelen (EBM). We pleiten hierbij voor een indeling per 15 minuten

⁶ De performantie van het Belgische gezondheidssysteem - rapport 2015 (KCE)

⁷ Persbericht van Belga van 23 juli 2019: Raad van State vernietigt verminderde terugbetaling kine voor patiënten fibromyalgie

⁸ Jammer genoeg kan een persoon met CVS in de praktijk geen kinesithérapie krijgen, omdat je daarvoor een verslag moet hebben van een referentiecentrum voor CVS. Deze centra zijn echter afgeschaft.

zodat een ideaal pakket samengesteld kan worden in functie van de noodzaak en van de verplaatsingsfrequentie.

In het algemeen besluiten we dat de huidige financieringswijze niet altijd de meest efficiënte verdeling van het budget voorziet. Omdat de kinesitherapeuten de huidige financiering soms onvoldoende vinden, wordt er soms tussen de regels naar oplossingen gezocht. Zo geven verschillende patiënten aan dat kinesitherapeuten meerdere patiënten op hetzelfde ogenblik behandelen door ze zelfstandig oefeningen te laten doen. In principe kan het doen van oefeningen, al dan niet met behulp van een toestel, deel uitmaken van een behandeling. De kinesitherapeut dient dan wel, voor een behandeling van 30 minuten, ten minste 20 minuten persoonlijke begeleiding te voorzien. En daar knelt het schoentje vaak. De kinesitherapeut moet zijn aandacht over verschillende patiënten spreiden en hierdoor is er te weinig tijd voor persoonlijke begeleiding. Patiënten zijn niet altijd op de hoogte van wat een kinesitherapeut kan en hoelang een kinesitherapeut met hen bezig moet zijn om in regel te zijn met de regelgeving. Ze hebben daar dus weinig controle over. Hoewel dit niet toegestaan is, wordt dit toch vaak vastgesteld.

2.2.4. De moeilijke zoektocht naar informatie

Patiënten ervaren moeilijkheden met het vinden van informatie over kinesithérapie. Wanneer een patiënt op zoek is naar een kinesitherapeut komen diverse vragen naar boven:

- Welke kinesitherapeut heeft een erkende beroepsbekwaamheid?
- Welke kinesitherapeut legt zich toe op behandelingen van welke pathologieën?
- Is de kinesitherapeut geconventioneerd of gedeconventioneerd?
- Is er een mogelijkheid voor de patiënt om van het derdebetalerssysteem gebruik te maken?
- ...

Kortom, het blijkt voor patiënten bijzonder moeilijk om een antwoord op hun vragen te vinden. Bijgevolg is het ook moeilijk om de juiste keuzes te maken. Zij weten niet welke kinesitherapeuten gespecialiseerd zijn in de behandeling van hun aandoening en komen dus vaak niet meteen bij de juiste kinesitherapeut terecht. De voorschrijvende arts heeft een belangrijke rol in dit keuzeprocess.

Bepaalde patiëntenverenigingen trachten het tekort aan informatie op te lossen door leden een overzicht te bezorgen van kinesitherapeuten, per pathologie, over wiens tussenkomst leden aangegeven hebben tevreden te zijn

Ook de beroepsvereniging AXXON vraagt om een duidelijker overzicht van de bijzondere beroepsbekwaamheden (specialisaties) zodat vrij snel duidelijk is of de patiënt aan het juiste adres is voor een specifieke zorgvraag⁹. AXXON zou dit al kunnen doen voor de bij hen aangesloten kinesitherapeuten. Zo kunnen onnodige doorverwijzingen vermeden worden en kan er meer kwaliteitsvolle zorg aangeboden worden. In ieder geval moet de erkenning consulteerbaar zijn los van het feit of de kinesitherapeut al dan niet lid is van een beroepsvereniging.

Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat in het kwaliteitsregister kinesithérapie ook vermeld wordt of men al dan niet een bijzondere beroepsbekwaamheid heeft (deze objectieve info zou dan moeten komen van de FOD).

Op die manier zou de patiënt op eenzelfde plaats kunnen zoeken naar een kinesitherapeut in zijn/haar regio die voldoet aan de kwaliteitscriteria en tegelijk of en welke bijzondere beroepsbekwaamheid die heeft.

⁹ Memorandum 2019. Partner in zorg. pag. 20-21. (AXXON)

2.2.5. Gebrek aan samenwerking tussen kinesitherapeuten en andere zorgverleners

Uit de contacten met patiënten blijkt duidelijk dat zij de kinesitherapeut ervaren als een belangrijke zorgverlener in de dagelijkse zorg van chronische patiënten. Patiënten merken dat de kinesitherapeuten de zorgverleners zijn die hen het beste kennen, zowel op fysiek als op psychisch vlak. Toch ervaren patiënten dat de kinesitherapeut niet of slecht sporadisch betrokken wordt in initiatieven om de zorg meer op elkaar af te stemmen zoals bij geïntegreerde zorg. Er is weinig contact tussen de kinesitherapeut en andere zorgverleners zoals de voorschrijvende arts, thuisverpleegkundige of apotheker. Patiënten geven aan dat het zeer zinvol is dat andere zorgverleners contact opnemen met de kinesitherapeut of dat er kanalen worden geïnstalleerd waarlangs de zorgverleners met elkaar kunnen communiceren om zo tot de beste zorg te komen. Ook in de Projecten Geïntegreerde Zorg zijn er acties rond kinesithérapie. Zo is één van de operationele doelstellingen van Zorgzaam Leuven om voor haar drie doelgroepen groepssessies kinesithérapie in de eerste lijn aan te bieden. De doelgroepen waar Zorgzaam Leuven zich op concentreert zijn (i) de meest kwetsbare personen met een chronische ziekte; (ii) personen met (een) complex-chronische aandoening(en); (iii) personen met een risico op chronische aandoening in de gezonde populatie.

Patiënten merken dat kinesitherapeuten net door dit gebrek aan communicatie vaak niet op de hoogte zijn van andere pathologieën dan degene waarvoor de behandeling is voorgeschreven. Hierin schuilt het gevaar dat patiënten een behandeling krijgen die genezend of effectief is voor de ene aandoening maar mogelijks schadelijk is voor een andere pathologie van de patiënt. Het is daarom noodzakelijk dat kinesitherapeuten, in het kader van de zorgcontinuïteit, toegang krijgen tot de essentiële informatie die ze nodig hebben om hun beroep correct en veilig uit te oefenen. Het is evenwel belangrijk op te merken dat kinesitherapeuten op basis van art. 3 van de conventie een toeslag krijgen om zelf een goede anamnese te doen en een dossier op te maken. Die toeslag dekt forfaitair de uit te voeren screening en het kinesitherapeutisch onderzoek bij de aanvang van de behandeling. Daarbij wordt een beginbilan en behandelplan met behandeldoelen opgesteld, rekening houdende met (inter)nationale standaarden en aanbevelingen en evidence based practice. Deze elementen (beginbilan, behandelplan en behandeldoelen) moeten opgenomen worden in het kinesitherapeutisch dossier. De kinesist heeft hier dus ook wel de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan het globale dossier van de patiënt.

2.2.6. Blijvende nood aan huisbezoeken

Patiënten met een chronische ziekte zijn door hun ziekte vaak niet of moeilijker in staat om zich naar de praktijk van de kinesitherapeut te verplaatsen. Een huisbezoek biedt hier een oplossing. Helaas merken patiënten dat nog maar weinig kinesitherapeuten bereid zijn om huisbezoeken te doen. De vergoeding die voor een huisbezoek voorzien wordt, is volgens kinesitherapeuten onvoldoende.¹⁰¹¹ Recent zijn hiervoor wel budgettaire inspanningen gebeurd, maar blijkbaar volstaan de supplementen nog niet om de vervoersonkosten en de tijdsinvestering van de verplaatsing te compenseren. Bovendien kan een kinesitherapeut door de vele verplaatsingen net minder patiënten behandelen.

¹⁰ Voor de verplaatsing van de praktijk naar het huis van de patiënt, onafhankelijk van de afstand die afgelegd moet worden, krijgt de kinesitherapeut een toeslag. (Riziv: Overeenkomst M/20, van toepassing vanaf 1 januari 2020). De regelgeving in verband hiermee is vrij complex. Men werkt wel aan een vereenvoudiging. De terugbetaling hangt af van het soort verstrekking en van het feit of de patiënt al dan niet recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming.

¹¹ <https://www.kinesitherapeutenaalst.be/neen-de-kinesist-komt-niet-langer-op-huisbezoek/>

Voor chronische patiënten is het nochtans belangrijk dat deze huisbezoeken mogelijk blijven, zeker omdat mensen hierdoor langer thuis kunnen blijven.

We dienen hier wel op te merken dat een huisbezoek voor bepaalde kinesitherapiebehandelingen niet mogelijk is omdat de kinesitherapeut niet de nodige hulpmiddelen of toestellen heeft. Hij kan deze behandelingen enkel in zijn praktijk uitvoeren. In deze gevallen is het belangrijk dat er gekeken wordt hoe de patiënt, toch nog tot bij de kinesitherapeut geraakt zonder dat hieraan een hoge kostprijs (voor het vervoer) vasthangt.

2.2.7. Geen derdebetalersregeling

Wanneer je als patiënt een chronische ziekte hebt, heb je vaak veel gezondheidskosten. De derde betalersregeling is een manier om de zorg financieel toegankelijker te maken. Uit een elektronische bevraging van het VPP in 2015 (N=386) bleek dat 63% van de bevroegden helemaal akkoord is met de stelling “De derdebetalersregeling maakt de zorg meer toegankelijk”. Uit diezelfde bevraging bleek dat op de vraag “Bij welke zorgverstrekkers moeten de patiënten gebruik kunnen maken van een derdebetalersregeling?” 50% van de bevroegden de kinesitherapeut vermeldde.

Patiënten geven dus aan dat de kinesitherapie voor hen niet altijd betaalbaar is. De verplichte toepassing van de derdebetalersregeling zou een oplossing kunnen bieden want dit betekent dat patiënten de tegemoetkoming van het ziekenfonds niet aan de zorgverstrekker moeten voorschieten. Sommige kinesitherapeuten vragen om na elke behandeling te betalen, maar leveren het briefje voor het ziekenfonds pas af nadat alle voorgeschreven behandelingssessies afgelopen zijn. Dat betekent dus dat patiënten heel wat geld moeten voorschieten en pas na enkele weken of maanden terugbetaald worden. Voor vele patiënten is het financieel niet mogelijk om de volledige reeks behandelingen te betalen en pas een tijd later terugbetaling te krijgen. Sommige kinesisten vragen zelfs geld “onder tafel” of vermelden de supplementen niet op het attest.

Het blijkt voor patiënten ook moeilijk om aan kinesitherapeuten te melden dat ze het financieel zwaar hebben. Ze zeggen niet vaak dat ze recht hebben op de derdebetalersregeling, als ze dit al zouden weten. Op dit moment zijn kinesitherapeuten bovendien vrij om die derdebetalersregeling al dan niet toe te passen. Zoals reeds aangehaald, ervaren patiënten dat sommige kinesitherapeuten bereid zijn om het systeem toe te passen om hen te helpen. Maar andere kinesitherapeuten doen dat liever niet. Veel kinesitherapeuten zouden niet op de hoogte zijn van het feit dat het systeem administratief vereenvoudigd werd. Patiënten vragen daarom voor kinesitherapeuten een veralgemeende, automatische toepassing van het derdebetalerssysteem.

2.2.8. Kwaliteitsgaranties?

Net als bij andere zorgverleners in de eerste lijn, is er voor de patiënt weinig zicht op de kwaliteit die kinesitherapeuten leveren. De kwaliteit wordt niet altijd gemeten en wanneer dat toch het geval is, is er bovendien weinig transparantie over de geleverde kwaliteit.

Zowel vanuit de beroepsvereniging AXXON, als vanuit de relevante overlegorganen op het RIZIV worden kinesitherapeuten wel gestimuleerd om te werken aan kwaliteit. Zo kunnen kinesitherapeuten opgenomen worden in een kwaliteitsregister wanneer ze voldoen aan een aantal kwaliteitsvereisten¹². Er worden vier kwaliteitscriteria gehanteerd:

1. patiëntenbevraging gekoppeld aan zelfevaluatie;

¹² <https://www.kinesitherapie.be/nl/kwaliteitsregister/> en <https://www.pgk.be>.

2. peer reviews binnen een lokale kwaliteitsgroep van kinesitherapeuten;
3. navorming;
4. checklists volgen rond 'kinesitherapeutisch dossier' en 'praktijkorganisatie'

Wanneer een kinesitherapeut aan een van deze kwaliteitsprocessen deelneemt, wordt zijn naam opgenomen in het Nationaal Kwaliteitsregister. Bovendien ontvangt de kinesitherapeut, die aan de kwaliteitsvereisten voldoet, via het RIZIV een premie van € 2000 per jaar.

Patiënten waarderen de inspanning dat kwaliteitsvol werken gestimuleerd wordt maar ze vinden dat men hierin veel verder kan gaan. Momenteel zijn de kwaliteitsvereisten heel vrijblijvend opgesteld en is men als kinesitherapeut niet verplicht om bijv. met de resultaten van de patiëntenbevraging aan de slag te gaan.

Patiënten vinden het moeilijk om te achterhalen welke kinesitherapeut kwalitatieve zorg biedt in het algemeen, maar ook specifiek voor een bepaalde pathologie. Patiënten vinden het belangrijk dat kinesitherapeuten aangemoedigd worden om bijscholingen te volgen.

Verder stellen patiënten zich ook vragen bij het verbod op groepsessies kinesitherapie. Vanuit de overheid zijn er twijfels om op deze manier kwaliteit te waarborgen maar voor sommige patiënten zou het erg zinvol zijn om in groep kinesitherapieoefeningen te doen. Bijvoorbeeld, in de preventie voor astmapatiënten kan het helpen om met verschillende patiënten samen oefeningen te doen om mekaar zo te motiveren om vol te houden. Deze piste zou, in samenwerking met patiënten, zeker verder onderzocht moeten worden. De voorwaarde is hierbij altijd dat de kwaliteitsvolle behandeling gegarandeerd blijft.

De wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg¹³ van 22 april 2019 is ook van toepassing op de kinesitherapeuten. Kinesitherapeuten worden hierin gevraagd om een portfolio bij te houden waaruit blijkt dat hij beschikt over de nodige bekwaamheid en ervaring. Het zou goed zijn wanneer deze portfolio ook beschikbaar is voor de patiënt. Deze wetgeving wordt normaal gezien uitgewerkt in de uitvoeringsbesluiten van deze wet, die in werking treedt op 1 juli 2021.

2.2.9. Kinesitherapie in ziekenhuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met een handicap

De patiëntenvertegenwoordigers hadden voornamelijk ervaringen met kinesitherapie in praktijken van zelfstandige kinesitherapeuten. Toch zijn er ook knelpunten binnen de kinesitherapie die aangeboden wordt in ziekenhuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met een handicap.

Zo wordt aangeklaagd dat er binnen woonzorgcentra vaak onvoldoende aandacht voor kinesitherapie is waardoor patiënten het gevoel krijgen dat kinesitherapie voor hen niet meer nodig is. Patiënten hebben ook de ervaring dat de kinesitherapie niet aangepast is aan hun persoonlijke noden. Ook voor patiënten in een woonzorgcentrum is het belangrijk dat zij een vertrouwensrelatie met de kinesitherapeut kunnen opbouwen. Vanuit de beroepsvereniging AXXON wordt eveneens aandacht gevraagd voor een betere ondersteuning van kinesitherapeuten in woonzorgcentra¹⁴. Dit is nodig omdat kinesitherapeuten niet altijd voldoende geriatrische kennis hebben en soms beter geïntegreerd zouden kunnen worden in het multidisciplinaire team. Het is belangrijk dat er voldoende aandacht is voor de meerwaarde van de kinesitherapeut in woonzorgcentra, zelfs als het gaat over

¹³ *Wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg*. Goedgekeurd in de Kamer op 28 maart 2019.

¹⁴ *Memorandum 2019. Partner in de zorg. Pag. 26-27 (AXXON)*

onderhoudskinesithérapie. Ook in de palliatieve zorg speelt de kinesitherapeut een belangrijke rol. Wetende dat hier zowel federale bevoegdheden als gemeenschapsbevoegdheden een rol spelen, is een overleg tussen de verschillende beleidsniveaus heel belangrijk.

Ook in ziekenhuizen hebben de patiënten het gevoel dat er onvoldoende tijd wordt vrijgemaakt voor een kwaliteitsvolle sessie.

Het probleem stelt zich evenzeer in voorzieningen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Volwassenen, die behandeld worden binnen een E-pathologie en thuis wonen, hebben recht op dagelijks 30 minuten kinesithérapie, als dit aangetoond is door een voorschrift. Als zij in een voorziening verblijven, hebben zij recht op dagelijks 20 minuten kinesithérapie. Bij een verblijf in een voorziening kan het er dan nog van afhangen of de kinesitherapeut al dan niet in dienstverband werkt. Als dat het geval is kan dit mee bepaald worden door het takenpakket van de kinesitherapeut in kwestie. Als de kinesitherapeut als zelfstandige werkt, heeft de patiënt recht op een behandeling van 20 minuten. In Franstalige voorzieningen voor personen met een beperking stellen zich gelijkaardige problemen, omdat de nomenclatuur niet van toepassing is.

2.2.10. Beperkte kennis over zeldzame ziekten

Patiënten met een zeldzame ziekten vinden moeilijk kinesitherapeuten die vertrouwd zijn met hun specifieke pathologie. Een kinesitherapeut ziet meestal slechts éénmaal in zijn loopbaan een patiënt met een bepaalde zeldzame aandoening. De kinesitherapeut heeft dan onvoldoende ervaring om de patiënt te helpen, rekening houdend met de specifieke kenmerken en noden van die aandoening.

In het kader van het Belgisch Plan Zeldzame Ziekten zouden patiënten met een zeldzame ziekte in de toekomst wel sneller gediagnosticeerd moeten worden en vervolgens ook sneller hun weg moeten vinden naar de juiste behandeling. Ook kinesitherapeuten kunnen in de nieuwe structuur een plek krijgen.

Sinds 2013 worden er, in het kader van het Belgisch Plan Zeldzame Ziekten¹⁵, 20 verschillende acties uitgewerkt om de diagnoses maar ook de zorg voor personen met een zeldzame ziekten te verbeteren. De 20 acties zijn geclusterd in vier domeinen: (1) verbeterde toegang tot diagnostiek en informatie aan de patiënt; (2) optimalisatie van de zorg; (3) kennismanagement en informatie; (4) governance en duurzaamheid van het Plan. Het doel van dit plan is om de tot nog toe erg gefragmenteerde expertise en zorg voor patiënten met een zeldzame ziekten te structureren zodat patiënten veel sneller de weg vinden naar een diagnose en de gepaste zorg. Zo kunnen kinesitherapeuten deel uitmaken van het multidisciplinaire team en zich bijvoorbeeld specialiseren in (groepen van) specifieke zeldzame ziekte(n). Of een betere zorg voor personen met een zeldzame ziekte kan er ook in bestaan om als kinesitherapeut op de hoogte te zijn van waar de juiste expertise zich bevindt en vervolgens correct te kunnen doorverwijzen.

In de conventies voor zeldzame ziekten wordt al kinesithérapie voorzien, maar de patiënten hebben meer nodig dan wat in deze conventies voorzien wordt. Bovendien worden er kinesitherapeutisch advies en verstrekkingen aangeboden aan patiënten in een ziekenhuiscontext, maar niet in de thuissituatie.

¹⁵ Het Belgisch Plan Zeldzame ziekten kwam er na een oproep van de Europese Commissie in 2009 dat elke lidstaat van de Europese Unie een plan Zeldzame Ziekten zou opstellen (Bron: Belgisch Plan Zeldzame Ziekten. 2013. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/belgisch_plan_voor_zeldzame_ziekten.pdf).

2.2.11 Specifieke problemen voor patiënten met meerdere aandoeningen

Patiënten, die omwille van meerdere aandoeningen kinesitherapie volgen, ondervinden specifieke problemen. Het is voor hen moeilijker om dit te organiseren, te meer omdat ze slechts één sessie per dag mogen volgen. Ook de kosten lopen voor hen op, zowel voor de sessies zelf, als voor het vervoer ernaar toe. Voor deze mensen zou het helpen, als ze meerdere sessies per dag konden volgen. We pleiten hierbij voor een indeling per 15 minuten zodat een ideaal pakket samengesteld kan worden in functie van de noodzaak en van de verplaatsingsfrequentie. We pleiten eveneens voor betaalbaarder vervoer voor patiënten met een chronische aandoening (cf. de adviezen m.b.t. ziekenvervoer vanuit het Observatorium).

3. Standpunt van het observatorium

Op basis van bovenstaande vaststellingen, formuleert het observatorium volgende aanbevelingen.

3.1. Informeer de patiënt met duidelijke en toegankelijke informatie

Het observatorium vraagt dat informatie over kinesitherapie toegankelijk en gemakkelijk beschikbaar is voor patiënten zodat ze steeds een geïnformeerde keuze kunnen maken. Zoals beschreven in de Wet Rechten van de Patiënt (2002) heeft een patiënt het recht om alvorens te starten met een behandeling of tussenkomst de volgende informatie van de zorgverlener te krijgen:

- het doel
- de aard
- de graad van urgentie
- de duur
- de frequentie
- de relevante tegenaanwijzingen
- nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst
- de nazorg
- de mogelijke alternatieven
- de financiële gevolgen en andere relevante verduidelijkingen¹⁶.

De patiënt moet deze informatie op een duidelijke en verstaanbare manier ontvangen voor de behandeling is gestart.

Hier hoort dus ook bij dat de patiënt op voorhand weet of de kinesitherapeut geconventioneerd is of niet, iets wat nu volgens onze vaststellingen vaak nog niet gekend is. De overeenkomst tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen 2020-2021 legt aan kinesitherapeuten op dat zij hun conventiestatus moeten afficheren en de patiënten moeten informeren over de betekenis en gevolgen hiervan. Indien de kinesitherapeut dit niet naleeft, zou hij hiervoor beboet moeten worden. De patiënt kan ook klacht neerleggen bij het ziekenfonds. Maar (te) weinig patiënten zijn op de hoogte van deze mogelijkheden om klacht neer te leggen.

Het observatorium vraagt ook dat zorgverleners patiënten informeren of doorverwijzen naar een kinesitherapeut met de nodige ervaring en/of erkenning voor de specifieke pathologie van de patiënt. Patiënten moeten de informatie over beroepsbekwaamheden en specialisaties gemakkelijk kunnen

¹⁶ Artikel 7 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002.

raadplegen. Dit zou mogelijk moeten zijn, zodra de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg in werking treedt.

3.2. Zet meer in op secundaire en tertiaire preventie

Net zoals in andere takken van de zorg, vraagt het observatorium dat ook in de kinesithérapie meer ingezet wordt op preventie. De huidige terugbetalingsregeling laat nog te weinig ruimte voor preventieve behandelingen. Voor heel wat ziektebeelden kan secundaire preventie ertoe leiden dat problemen in een vroeg stadium aangepakt en behandeld worden. Tertiaire preventie voorkomt complicaties en zorgt ervoor dat de ziekte niet verergert. We willen hierbij wijzen op het belang van EBM om te kunnen bepalen waar preventieve kinesithérapie leidt tot het voorkomen van erger.

Het is noodzakelijk om de huidige terugbetaling te herdenken of aan te passen zodat er meer ruimte komt voor preventie. Eventuele extra financiële inspanningen van de bevoegde instanties zijn tijdelijk doordat de gezondheidswinsten die op deze manier geboekt worden, op lange termijn mogelijks kostenbesparend zijn.

3.3. Maak werk van kwaliteitsmetingen en maak de kwaliteit van kinesithérapie transparant

Het kwaliteitsregister voor kinesithérapeuten is een eerste stap in de richting van kwaliteitsvolle zorg maar men moet verder gaan. Kwaliteit moet op een structurele en onafhankelijke manier gemeten worden. De ervaringen van patiënten moeten hierin een belangrijke plaats krijgen en meegenomen worden in de beoordeling.

Daarnaast is er ook nood aan meer transparantie over de geleverde kwaliteit. Het moet voor patiënten duidelijk zijn waar ze informatie over de kwaliteit van hun kinesithérapeut kunnen vinden. Deze informatie dient duidelijk, begrijpbaar en op maat van de patiënt zijn.

3.4. Stem het financierings- en terugbetalingssysteem beter af op de noden van individuele patiënten én op wetenschappelijke evidentie

Het huidige financierings- en terugbetalingssysteem komt te weinig tegemoet aan de noden van individuele patiënten. Sommige patiënten geven aan dat ze graag meer kinesithérapiesessies willen dan voorzien. Anderen hebben het gevoel dat er nood is aan andere behandelingen waarvoor er nu helemaal geen terugbetaling voorzien wordt.

Daarom vraagt het observatorium dat het huidige systeem geëvalueerd wordt en dat men meer rekening houdt met individuele noden en minder met de diagnose van de patiënt. Vertrek van wat de patiënt nodig heeft! Zo vermijd je dat nodeloze sessies terugbetaald worden en dat patiënten het aantal sessies terugbetaald krijgen die ze daadwerkelijk nodig hebben. Concreet betekent dit dat het aantal minuten kinesithérapie tijdens een overleg met de huisarts, kinesithérapeut én patiënt wordt bepaald. Je kan werken met time units die flexibel inspelen op de noden.

Probeer in een nieuw financieringsmodel ook out-of-the-box te denken. Er bestaan reeds (vrijwillige) initiatieven waar kinesithérapie in groepssessies wordt gegeven. Voor een aantal aandoeningen is het een meerwaarde om in groep kinesithérapie te volgen omdat zij op die manier elkaar kunnen stimuleren en motiveren. Voorbeelden hiervan zijn groepssessies voor patiënten met een cardiologische aandoening, sessies rond valpreventie in woonzorgcentra, ... Voor deze manier van

werken is wel een aangepaste financiering vereist. Het is uiteraard belangrijk dat deze werkwijze gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie en op kwaliteitsvol handelen.

Daarnaast moet je in een financierings- en terugbetalingssysteem ook rekening houden met de toegankelijkheid van de kinesitheriesessies. Verplaatsingen naar de praktijk van de kinesitherapeut zijn niet voor iedereen even evident. Nochtans heeft iedereen recht op kinesitherie. Waar het nodig is, moet de kinesitherapeut op huisbezoek gaan. De kinesitherapeut moet hier ook voldoende voor vergoed worden. Wanneer een huisbezoek niet mogelijk is (omwille van de nood aan specifieke materialen of toestellen) dan moet ingezet worden op betaalbaar vervoer naar de kinesitherapeut.

Ten slotte moet de vergoeding van kinesithereuten ook gelinkt worden aan de populatie van patiënten die zij behandelen. B.v. neurokinesisten hebben een zwakkere, meer afhankelijke groep patiënten, die vaak meer verplaatsingen noodzakelijk maakt. Kinesithereuten met een populatie van patiënten met zwaardere zorgnoden moeten extra tijd investeren in deelname aan multidisciplinair overleg. Via zorgcoördinatie worden de betrokken zorgverleners samengebracht en kan de best mogelijke zorg voor de patiënt besproken worden. Deelname aan dit overleg vraagt een extra tijdsinvestering wat ook correct vergoed moet worden. De oplossing bestaat hierin om kinesithereuten, die patiënten met e-pathologie behandelen, een hogere vergoeding te geven. Zo komt men indirect tegemoet aan de verplaatsingskosten en de mogelijke deconventionering, die deze zorgafhankelijke en vaak financieel kwetsbare groep zou treffen. Vergelijkbare systemen bestaan reeds bij andere disciplines in de zorg.

3.5. [Betrek kinesithereuten in initiatieven van geïntegreerde en gecoördineerde zorg](#)

Initiatieven als de hervorming van de eerste lijn op Vlaams niveau of de projecten geïntegreerde zorg op federaal niveau bewijzen dat er steeds meer wordt ingezet op geïntegreerde zorg. De kinesithereapeut werkt echter nog te vaak op zijn eigen eiland en is niet tot weinig betrokken in multidisciplinaire teams van zorgverleners en welzijnswerkers rond de patiënt. Zeker voor personen met een complexe chronische aandoening is het nochtans een meerwaarde wanneer zorgverleners en welzijnswerkers onderling informatie uitwisselen.

Patiënten geven duidelijk aan dat door het vele contact dat ze hebben met de kinesithereapeut hij vaak de zorgverlener is die hen het best kent. Daarom is het van cruciaal belang dat ook de kinesithereuten meer betrokken worden binnen de zorgcoördinatie van de patiënt. Een mooi voorbeeld hiervan is het inschakelen van de kinesithereapeut bij het multidisciplinair oncologisch consult (MOC). Ook andere chronische aandoeningen kunnen baat hebben bij een gelijkaardige aanpak.

3.6. [Pas het algemeen derdebetalerssysteem toe voor personen met verhoogde tegemoetkoming en voor patiënten met het statuut chronische aandoening.](#)

Patiënten met een chronische ziekte worden geconfronteerd met heel wat financiële kosten. Wanneer kinesithereuten vragen om hen na elke behandeling te vergoeden terwijl de terugbetaling pas na de hele reeks behandelingen komt, wordt het voor veel patiënten financieel erg moeilijk. Het derdebetalerssysteem biedt hiervoor een belangrijke oplossing.

Het observatorium vraagt daarom een verplichte toepassing van het derdebetalerssysteem, in de eerste plaats voor personen met een verhoogde tegemoetkoming en voor patiënten met het statuut

chronische aandoening. Uit de verhalen van patiënten bleek al dat sommige kinesitherapeuten bereid zijn om het systeem (in bepaalde gevallen) toe te passen onder de voorwaarde dat zij hun tegemoetkoming van de ziekteverzekering snel ontvangen. Andere bieden het nog niet aan.

3.7. Betrek kinesitherapeuten bij de nieuwe netwerken zeldzame ziekten

Patiënten met een zeldzame ziekten vinden moeilijk kinesitherapeuten die vertrouwd zijn met hun specifieke pathologie. In het kader van het Belgisch Plan Zeldzame Ziekten kunnen kinesitherapeuten ook een plek krijgen binnen een multidisciplinair team en kunnen ze zich specialiseren in (groepen) van specifieke zeldzame ziekten. Of een betere zorg voor personen met een zeldzame ziekte kan er ook in bestaan om als kinesitherapeut op de hoogte te zijn van waar de juiste expertise zich bevindt en vervolgens correct te kunnen doorverwijzen.

4. Conclusie

Het staat buiten kijf dat kinesitherapeuten een zeer belangrijke rol spelen in de zorg voor personen met een chronische ziekte. Voor vele patiënten is de kinesitherapeut een zorgverlener met wie ze vaak in contact komen en die dus ook goed op de hoogte is van hun fysieke, en vaak ook psychische welzijn. Toch blijkt de kinesitherapie ook nog enkele belangrijke knelpunten te kennen. Op basis van deze knelpunten formuleerde het observatorium aanbevelingen, geclusterd onder zeven verschillende thema's.

Een aantal aanbevelingen zijn eenvoudig aan te pakken. Anderen zijn moeilijker te verwezenlijken omdat we hierbij het financierings- en terugbetalingsprincipe helemaal willen herbekijken. Vertrekkende vanuit het idee dat de patiënt centraal staat en dat zorg afgestemd moet worden op de noden van de patiënt, is het noodzakelijk om bovenstaande aanbevelingen mee te nemen. De kinesitherapie is maar één schakel in de geïntegreerde zorg maar wel een belangrijke voor patiënten met een chronische ziekte, zeker in het kader van hun levenskwaliteit.

Met de meeste hoogachting,

Ulrike Pypops



Voorzitster van de Raadgevende afdeling van
het Observatorium voor Chronische Ziekten

Karen Mullié



Vice-voorzitster van de Raadgevende afdeling van
het Observatorium voor Chronische Ziekten

Bijlage 1: categorisering van kinesitherapie

Heel wat van de knelpunten die patiënten ervaren spitsen zich voornamelijk toe op de door het RIZIV opgestelde categorisering in pathologieën en de daaraan verbonden terugbetaling. In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van die voor dit advies relevante categorisering. In het algemeen zijn er drie brede categorieën van pathologieën.

Ten eerste zijn er de ‘courante aandoeningen’ zoals een geblokkeerde hals. Voor courante aandoeningen worden er maximum 18 behandelsessies aan het hoogste tarief per jaar terugbetaald en een patiënt kan slechts kinesitherapie aan het hoogste tarief voor drie verschillende aandoeningen¹⁷-per kalenderjaar terugbetaald krijgen. Bovendien worden een tweede en een derde aandoeningen pas terugbetaald na akkoord van een adviserend arts.

De tweede categorie bevat ‘pathologieën met een functionele beperking’. Deze tweede groep is opgesplitst naargelang het om een acute dan wel om een chronische aandoening gaat. Wanneer een patiënt kinesitherapie krijgt omwille van een *acute* aandoening die een functionele beperking geeft en die op de Fa lijst staat, worden er 60 behandelsessies aan het hoogste tarief per behandeljaar (dus startend met de eerste verstrekking) voor deze aandoening terugbetaald. Indien de patiënt kampt met een *chronische* aandoening met functionele beperking, die op de Fb-lijst staat, voorziet dit financieringsmodel een maximum van 60 behandelsessies¹⁸ aan het hoogste tarief per kalenderjaar.

De derde categorie omvat de ‘zware aandoeningen’ zoals bijvoorbeeld amputaties. Voor deze laatste categorie is er geen beperking in het aantal sessies, dat per jaar terugbetaald wordt aan het hoogste tarief. Om deze terugbetaling te krijgen moet er wel voorafgaande toestemming van de adviserend arts zijn. De adviserend arts kan maar voor max. 3 jaar een goedkeuring geven. Indien verder behandeling nodig is, dient een verlenging aangevraagd te worden.

¹⁷ Voor de leesbaarheid in de tekst wordt de term “aandoening” gebruikt. Een juistere term is “pathologische situatie” en slaat op de situatie van de patiënt in zijn geheel op een bepaald moment. Eén pathologische situatie kan meerdere aandoeningen bevatten, die beide kinesitherapie (kunnen) nodig hebben, b.v. een gebroken pols en een verstuipte enkel.

¹⁸ Er kunnen meer sessies (tot 80) terugbetaald worden aan hetzelfde tarief. Vanaf de 81^{ste} sessie daalt het terugbetalingspercentage.

Tabel 1. Huidige financieringsmodel kinesithérapie ¹⁹

Type aandoening		Terugbetaling	Voorwaarden
Gewone aandoening	Vb. geblokkeerde hals of lage rugpijn	Max. 18 sessies per aandoeningen en max. drie verschillende aandoeningen per kalenderjaar	2 ^{de} en 3 ^{de} aandoeningen terugbetaald mits voorafgaand akkoord van adviserend arts
Aandoening met functionele beperking (Fa-Fb)	<ul style="list-style-type: none"> - Bepaalde acute aandoeningen (vb. postoperatief of breuk) - Bepaalde chronische aandoeningen (vb. ontwikkelingsstoornissen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Max. 60 sessies per aandoening per behandeljaar - Max. 60²⁰ sessies per kalenderjaar 	
Zware aandoening (E-pathologie)	Vb. hersenverlamming, amputaties, chronische ontsteking van de gewrichten, mucoviscidose	Geen beperking	Steeds voorafgaande toestemming van adviserend arts & goedkeuring voor periode van max. 3 jaar

¹⁹ Er kunnen meer sessies gegeven worden dan 18 of 60 in de twee eerste categorieën. Je krijgt dan minder terugbetaald, maar de kosten worden wel meegeteld voor de MAF.

²⁰ Er kunnen meer sessies (tot 80) terugbetaald worden aan hetzelfde tarief. Vanaf de 81^{ste} sessie gebeurt de terugbetaling aan verminderd tarief.