



PHYSICAL THERAPY IN BELGIUM

Axxon antwoord op het auditrapport 2016

Al enkele jaren is er duidelijk sprake van een **chronische onderfinanciering** van de kinesitheriesector.

De reële groei overtreft de technische ramingen, met als voorspelbaar gevolg dat de voorbije vijf jaar de oorspronkelijke begrotingsdoelstelling werd overschreden.

Evolutie geboekte uitgaven	
2010	5,7 %
2011	4,6 %
2012	3,0 %
2013	4,5 %
2014	5,0 %
2015	4,5 %

Daar waar de consumptie doorgaans een zeer aanvaardbare stijging rond 1 % vertoonde, is het aantal prestaties de laatste 2 jaar beduidend sterker toegenomen.

Evolutie geboekte prestaties	
2010	0,8 %
2011	1,8 %
2012	1,0 %
2013	0,4 %
2014	2,8 %
2015	4,0 %

De kinesitheriesector is in 2002 - zeer bewust - gedegraded van 3,2 % naar 2,3 % van het RIZIV-budget, om met die besparing de opstart van de maximumfactuur te financieren.

In 2015 bedroeg het kinesitheriesectorbudget amper 2,6% van het totale Riziv-budget, een kleinigheid uit het grote Riziv-budget. De jaren voordien viel het nog iets lager uit. Dat partieel aandeel is al jaren stabiel, m.a.w. de kinesitheriesector neemt geen grotere hap uit de RIZIV-begroting dan voorheen, integendeel.

Het is duidelijk dat het kinebudget gedurende de laatste jaren de reële nodige behoeften niet meer kan dekken.

Waarom is een herwaardering van het kinesitheriesectorbudget verantwoord en absoluut noodzakelijk?

Tien factoren die ons inzien een rol spelen bij de overschrijding van de begrotingsdoelstellingen

1. De competenties van de kinesitherapeut nemen toe en breiden uit: niet alleen kwalitatief maar ook qua indicaties voor behandeling in nieuwe geneeskundige domeinen en stelsels. De voorschrijvers erkennen deze competentie uitbreiding: de vraag naar kinesitherapie neemt toe, zo bewijzen ook de cijfers. Door de erkenning van de bijzondere bekwaamheden zien voorschrijvers nu bovendien het bos door de bomen. Zij schrijven meer gericht voor in functie van de aandoeningen, en dit niet alleen in het domein van de musculoskeletale kinesitherapie.

Een voorbeeld van de uitbreiding van de competenties situeert zich op het domein van de lymfedrainage. De vraag naar deze behandeling is de voorbije twee jaar enorm toegenomen. Een samenloop van omstandigheden heeft hiertoe bijgedragen: de opleiding is van hoge kwaliteit en gekend bij de artsen, waardoor de indicaties ook meer ingevuld worden dan enkele jaren geleden. Daarenboven is dit type behandeling zeer tijdsintensief. De huidige nomenclatuur laat toe om een kwalitatieve behandeling aan te bieden binnen de ziekenhuissetting. De vraag naar dergelijke behandelingen wordt mee geïnduceerd door de evolutie qua pathologieën: borst- en prostaatcarcinoom, thoracovasculaire heelkunde, lymfekliertransplantaties, de microchirurgische lymfoveneuze anastomoses, etc.

2. Het is inmiddels voldoende bewezen dat actief bewegen de beste gezondheidsbevorderende factor is. De kinesitherapie zorgt daarvoor in zowel care , cure en preventie.

a) In de cure zorgen we ervoor dat “mensen terug actief kunnen bewegen”. Na traumata en orthopedische ingrepen is vaak revalidatie aangewezen. Deze orthopedische ingrepen zijn in 2015 met 1,3% gestegen. De algemeen bloedige ingrepen op beenderen en articulaties zijn met 5,29% gestegen; die op pezen, ligamenten en slijmbeurzen zelf met 10,79%. Uitgerekend deze laatste groep ingrepen vereist intensieve kinesitherapie post-operatief. De gevolgen van sedentair gedrag van een belangrijk deel van de bevolking zijn ook alom gekend... .

b) Hetzelfde verhaal in de care waar we ervoor zorgen dat de patiënten “blijven actief oefenen en bewegen”. De Studiecommissie voor de Vergrijzing heeft vastgesteld dat de regering de effecten van de vergrijzing zwaar heeft onderschat. Volgens hun berekeningen stijgen de uitgaven in de Sociale Zekerheid met 12% meer dan aanvankelijk gedacht. Om de oudere populatie langer in hun thuissituatie te kunnen houden is meer en intensievere zorg noodzakelijk, teneinde een meerkost op termijn te vermijden. Valpreventie speelt hierin een belangrijke rol. Ook hier is het motto “ gezond blijven om erger te voorkomen = actieve bewegingen en oefeningen op maat verstrekken” zeer belangrijk.

c) Op het vlak van de preventie spelen we op primair, secundair en tertiair niveau dezelfde rol nl. die van “expert in het bewegen”. Het wordt alleen onderkend. Patiënten vragen om advies voor arbeidsgerelateerde klachten, raadgevingen op ergonomisch vlak, algemene bewegingshygiëne bij sport en werk enz. ...

3. De toename van de zelfstandige prestaties verricht in de M-nomenclatuur binnen ziekenhuizen en instellingen komt duidelijk tot uiting in de uitgavencijfers voor 2015. De rizivisering van de zorg is de laatste jaren ernstig toegenomen. Dit vormt een bewuste aanslag op het kinesitherapiebudget, maar creëert terzelfdertijd een toenemend aantal schijnzelfstandigen!

Personeelsbezetting

In ziekenhuizen wordt de personeelsbezetting jaarlijks opgemaakt via de personeelsbegroting waarin voor elke discipline een quotum bepaald wordt. Eénmaal de begroting is goedgekeurd, worden daar in de loop van het betreffende jaar bijna geen afwijkingen meer op toegestaan (in voege treden van bewarende maatregelen). Indien de bezetting in realiteit afwijkt/ minder is t.o.v. de begroting (langdurig afwezig door zwangerschap, ziekte, verlof, verminderde prestaties etc.) betekent dit in het geval van statutair benoemden geen daling in de voorziene uitgaven/ kosten, maar wel een daling qua bezetting op de werkvloer. Ruimer begroten om deze tekorten te kunnen bufferen is geen optie met de huidige budgetten. De bezetting wordt begroot op basis van het aantal te leveren prestaties. Bij een daling van de bezetting daalt de vraag naar prestaties niet mee. De manier om hier een mouw aan te passen is werken met zelfstandige kinesitherapeuten. Zij leveren prestaties en dienen niet aan de creditzijde te worden toegevoegd. Op microschaal betekent dit dus een besparing. In bepaalde ziekenhuizen is men niet zo blij met deze gang van zaken omdat deze werkwijze niet duurzaam is. Op macro schaal is er -zoals nu blijkt- helemaal geen besparing en zorgt het voor een toename van de werkdruk voor de kinesitherapeut aan bed doordat lange termijnplanning niet mogelijk is. Het ontbreekt bovendien aan langetermijnvisie over de relatie tussen de zelfstandige en het ziekenhuis (schijnzelfstandigheid, aansprakelijkheid binnen een ZH, eindverantwoordelijkheid, type contract, verlofregeling). Er is nood aan beide statuten om de vereiste service te kunnen aanbieden, doch ze dienen veel beter uitgewerkt te worden zodat niet het statuut, maar de therapeut met zijn/ haar aanbod primeert. Deze problematiek is eigen aan ziekenhuizen waar loontrekkenden statutair benoemd zijn.

Verschuiving van de K- en R- nomenclatuur naar de M-nomenclatuur.

Uit de audit van de sector van de fysische geneeskunde en revalidatie blijken drie sterke dalers in de K- en R-nomenclatuurnummers: de bekkenbodemrevalidatie met -17,16%, de oefentherapie gecombineerd met psychomotoriek of elektrotherapie of ergotherapie (- 6,26%) en de monodisciplinaire revalidatie voor postchirurgicaal of postradiotherapeutisch lymfeoedeem van een lidmaat (- 24,53%). Deze behandelingen worden zeer waarschijnlijk onder de M-nomenclatuur geattesteerd, of naar de eerstelijndoorverwezen.

Daartegenover wordt de patiënt vlugger ontslaan uit ziekenhuizen en revalidatie instellingen, waardoor de behandelingen thuis of in het kabinet worden verdergezetz.

Een verschuiving van het budget van de ligdag naar het budget van de kinesithérapie. Momenteel zijn er aanpassingen qua opnameduur en opnamebeleid. In de dagziekenhuizen worden alle kleinere ingrepen (zoals VKB herstel, arthroscopieën, laparoscopieën, chemotherapie, pijnbehandelingen, ...) behandeld waarvoor men voordien meerdere dagen op de afdeling verbleef.

4. Niet-conventionele therapieën (osteopathie, acupunctuur, chiropraxie), maar ook kineactes die niet zijn opgenomen in de M-nomenclatuur (bv. taping, manuele therapie, ...) worden toegepast als waardevol onderdeel van een behandelproces of bij de begeleiding van de patiënt, maar geattesteerd in het kader van de M-nomenclatuur waar ze niet thuishoren, door het ontbreken van duidelijke richtlijnen en dito controles op die attestering.

5. De realiteit van de vermaatschappelijking van het beroep van kinesitherapeut. Onmiskenbaar zien wij een verhoging van de directe toegang van de patiënt naar de kinesithérapiepraktijk. Deels door de toegenomen ontvoogding van de patiënt en het recht om zelf de therapie te bepalen, deels door de maatschappelijke erkenning van de stijgende kwaliteit van kinesitherapeutische interventies. Rechtstreekse toegang tot kinesithérapie wordt door de patiënt als evident beschouwd en toegepast. De verhoogde retroactieve doorverwijzing naar de voorschrijver, meestal de huisarts, is hiervan een bewijs. Nog steeds is er geen kader voorzien om minder complexe stoornissen rechtstreeks te behandelen, ondanks de wetenschappelijke studies die aantonen dat minder kinesithérapiezittingen nodig zijn, en de zorgvrager vlugger tot zijn therapeutisch einddoel gebracht wordt. Door sneller beroep te doen op kinesitherapeutische zorg wordt langdurig werkverlet vermeden en oogst de overheid duidelijk een return on investment.

6. De veroudering van de bevolking en de stijging van het aantal chronische zieken (één op vier) doet de zorgvraag naar kinesithérapie stijgen. De senior wil op de dag van vandaag een betere levenskwaliteit dan voorheen en laat vlugger orthopedische ingrepen uitvoeren om zijn levenscomfort te bestendigen en actief bezig te blijven. In gespecialiseerde ziekenhuizen gaat het aantal en type cardiologische ingrepen dat nu plaats vindt bij hoogbejaarde patiënten (80+) sterk stijgen omdat studies uitwezen dat dit maatschappelijk gezien rendabel is bij deze populatie. Het spreekt voor zich dat deze patiëntengroep niet zo snel, laat staan zelfstandig kan en zal revalideren als een 60 plusser. Bovendien legt men de lat voor een kwalitatief leven ook hier hoger dan een decennium geleden. Het huidig beleid is erop gericht om de ouderen zo lang mogelijk in hun thuissituatie te houden, wat kostenbesparend werkt voor de overheid. Langs de andere kant brengt dit wel een toename in de eertelijnsverzorging, met een stijging van de uitgaven binnen de eerstelijns.

7. Kinesitherapeutische verzorging na sportletsel op (semi)professioneel niveau worden in bepaalde sportclubs doorgefactureerd naar de mutualiteit van de desbetreffende sporter.

8. Bepaalde ziekenfondsen gaan voor bepaalde leeftijdsgroepen een hogere of volledige terugbetaling voorzien, gefinancierd uit hun administratief budget. Daardoor dreigt de patiënt ongelimiteerd en niet-geresponsabiliseerd beroep te doen op voorgeschreven kinesitherapiebehandelingen, wat leidt tot overschrijding van het budget. Ook de ziekenfondsen blijven hier een verantwoordelijkheid hebben.
9. Stijging van de uitgaven in het ziekenhuismilieu.
Door de invoering van het getrapt systeem van de sociale Riziv-voordelen zijn kinesitherapeuten, vol- of deeltijds werkzaam binnen ziekenhuizen en instellingen, op zoek gegaan naar de norm van de 1500 M-prestaties (voorheen 1000 M-prestaties) om alsnog in aanmerking te komen voor dit sociaal statuut. Om deze norm te halen vond een verschuiving plaats van de K- en R- attestering naar de M-attestering of werden patiënten die onder het (dag)forfait vielen geattesteerd onder M.
10. Het ontbreken van een instroombeperking voor kandidaat-studenten, en het opschorten van de instroomselectie op het werkterrein resulteert in een jaarlijkse aangroei van kinesitherapeuten die niet meer te controleren valt. Het aantal kinesitherapeuten met Riziv-profiel kent de laatste jaren een belangrijke stijging. Vanaf 2012 neemt het aantal geprofileerde kinesitherapeuten sterk toe.

In 2011 bedroeg deze toename nog maar 2,7% t.o.v. 2009. Vanaf 2012 is deze stijging 5,1%, in 2015 is dit zelfs 15,4%. Deze forse toename brengt niet noodzakelijk werkherverdeling mee, wel mogelijk een toename van het aantal prestaties, met als resultaat een overschrijding van het technisch geraamde budget dat met deze factor geen rekening houdt.

Jaartal	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal geprofileerden	17 998	18 188	18 495	18 919	19 426	20 069	20 771
Procentuele toename	100,00	101,06	102,76	105,12	107,93	111,51	115,41

De beroepsvereniging heeft al herhaaldelijk gewezen op deze onhoudbare situatie op langere termijn, een gedeelde verantwoordelijkheid van Onderwijs en Volksgezondheid. Een doordachte vorm van numerus clausus en/of bindende oriëntatieproef aan de kant van het onderwijs dringen zich dan ook op. De instroom van jonge collega's dient op een correcte manier in overeenstemming gebracht met de behoeften op het terrein. Een dynamisch kadaster als leidraad lijkt hier onontbeerlijk.

Enkele detail toelichtingen bij de uitgaven en de verstrekkingen 2015 t.o.v. 2014

Courante verstrekkingen (Uitgaven: + 4,9% = 13,591 miljoen)

	Uitgaven 2015 t.o.v. 2014	Prestaties 2015 t.o.v. 2014
Praktijk buiten ziekenhuis	+ 4,9% = € 9,356 miljoen	+ 4,2% = 506.579
Praktijk Ziekenhuis	+ 14,7% = € 1,240 miljoen	+ 14% = 70.511
In ziekenhuis opgenomen rechthebbende	+ 5,9% = € 2,892 miljoen	+ 4,9% = 154.661
Dagziekenhuis	+10,5% = € 7.000	+ 8,5% = 607

- De stijging van de praktijk buiten ziekenhuis is hoofdzakelijk te wijten aan factor 1, 2, 4, 5 en 7 hierboven beschreven.
- De stijgingen in het ziekenhuismilieu

De stijgingen zijn hoofdzakelijk te wijten aan factor 1, 2, 3, 6 en 9.

Een prestatie onder M kan in het ziekenhuis door zelfstandigen en loontrekkenden uitgevoerd worden. In ziekenhuizen gebeurt dit wanneer er geen supervisie is van een arts fysiotherapeut. Een toename in de attestering van dit nummer ligt mogelijks in volgende oorzaken:

- tot voor enkele jaren werd door veel loontrekkenden geen prestatie aangerekend indien men een tweede prestatie op dezelfde dag uitvoerde (vb. op Intensieve Zorgen 2de x langsgaan voor bronchiaal toilet). Dit was een derving van inkomsten die nu accurater opgevolgd wordt dan enkele jaren terug. De laatste jaren werd hierop ingezet door de awareness bij de therapeut te verhogen: ook aan bed moet men beseffen dat hun tewerkstelling rechtstreeks verband houdt met een correcte tarificatie.
- de toegenomen zorgzwaarte dient ook mee in rekening genomen te worden. De zorg wordt complexer en tijdsintensiever waardoor meerdere malen/ per dag dezelfde patiënt behandelen geen uitzondering meer is, hetgeen buiten een forfaitair systeem, financieel niet haalbaar is binnen de huidige nomenclatuur. Meer aanrekenen van een M10 is hier een symptoom van, maar dekt de lading zeker niet. De therapeut zit in realiteit gewrongen tussen de vraag van de patiënt, de arts, het management en de eigen overtuiging. Een M10 is een -kleine- vergoeding voor een prestatie die dikwijls evenveel tijd omvat, bovendien toont het niet dat men soms ook een derde maal behandelt of met twee therapeuten moet zijn.

Steekproef 2010 – 2014: aantal prestaties neemt toe met 4,2% met een toename van 5,1% patiënten t.o.v. 2010. Het aantal verstrekkingen per patiënt (11,6) neemt af met 0,9% t.o.v. 2010. . Het aandeel van de M24 (97,7%) in het totale Courante budget stijgt met 1,5% t.o.v. 2010, 0,5% t.o.v. 2013.

E-Lijst (Uitgaven: + 2,4% = € 4,572 miljoen)

	Uitgaven 2015 t.o.v. 2014	Prestaties 2015 t.o.v. 2014
M24 30 min	+ 5,6% = € 4,153 miljoen	+ 5,4% = 211.742
Praktijk buiten ziekenhuis	+ 5,5% = € 4,084 miljoen	+ 5,3% = 204.792
M 36 45 min	+ 23,1% = € 17.000	+ 22,2% = 559
60 min lymfedrainage	+ 13,1% = € 317.000	+ 12,6% = 9.469
120 min lymfedrainage	+39% = € 42.000	+ 37,7% = 680

- De oorzaak van de stijging van de M24 is hoofdzakelijk te wijten aan de vergrijzing en bovenstaande factor 2 en 6.
De gemiddelde uitgave in 2015 op jaarbasis per patiënt bedroeg € 64,07. Bij de 60 plusser was dit reeds € 85,16 (stijging met 4,1% t.o.v. 2014), bij de 70 plusser € 125,06 (stijging met 3,2%) bij de 85 plusser € 248,18 (stijging met 3,6%).
- Ten opzichte van het jaar 2011 stijgen de uitgaven met € 109 miljoen. Hiervan heeft € 46 miljoen of 43% betrekking op de leeftijdsgroep 50-69 jaar en heeft € 17 miljoen of 15% betrekking op de leeftijdsgroep vanaf 85 jaar.
- De stijgingen bij de lymfedrainage kunnen toegeschreven worden aan de uitbreiding van de competenties (factor 1).

Steekproef 2010 – 2014: aantal prestaties neemt toe met 1,3% met een toename van 2,7% patiënten t.o.v. 2010. Het aantal verstrekkingen per patiënt (79,1) neemt af met 1,4% t.o.v. 2010. Het aandeel van de M24 (56,6%) in het totale E-path. budget stijgt met 1,3% t.o.v. 2013.

Fa- lijst (Uitgaven: + 4,4% = € 5,411 miljoen)

	Uitgaven 2015 t.o.v. 2014	Prestaties 2015 t.o.v. 2014
M24 30 min	+ 4,5% = € 5,211 miljoen	+ 4,2% = 274.891
Praktijk buiten ziekenhuis	+ 5,6% = € 4,495 miljoen	+ 5,1% = 236.086
Praktijk ziekenhuis	+ 15,3% = € 442.000	+ 14,3% = 23.432
M 14,5 20 min (WZC)	+ 5,6% = € 72.000	+ 4,9% = 5.702
Verblijfplaats bejaarden	+ 5,3% = 71.000	+ 3,8% = 4.843

- Een verklaring bij de stijgingen kan gevonden worden bij factor 1, 2 en 6.

Steekproef 2010 – 2014: aantal prestaties neemt toe met 2,9% met een toename van 5,2% patiënten t.o.v. 2010. Het aantal verstrekkingen per patiënt (28,5) neemt af met 2,1% t.o.v. 2010. Het aandeel van de M24 (97,8%) in het totale Fa- budget stijgt met 0,2% t.o.v. 2013.

Fb- lijst (Uitgaven: + 8,1% = € 6,282 miljoen)

	Uitgaven 2015 t.o.v. 2014	Prestaties 2015 t.o.v. 2014
M24 30 min	+ 8,8% = € 5,557 miljoen	+ 8,6% = 300.836
Praktijk buiten ziekenhuis	+ 10,8% = € 3,176 miljoen	+ 10,2% = 172.431
Praktijk ziekenhuis	+ 22% = 252.000	+ 21% = 13.131
Thuis	+ 6,3% = 2,331 miljoen	+ 5,7% = 122.564
M 14,5 20 min (WZC)	+ 6,3% = € 479.000	+ 6,1% = 42.618
Verblijfplaats bejaarden	+ 5% = 445.000	+ 3,7% = 34.540

- Een verklaring bij de stijgingen kan gevonden worden bij factor 2 en 6.

Steekproef 2010 – 2014: aantal prestaties neemt toe met 5,0% met een toename van 8,9% patiënten t.o.v. 2010. Het aantal verstrekkingen per patiënt (41,4) neemt af met 3,7% t.o.v. 2010. Het aandeel van de M24 (85,4%) in het totale Fb- budget stijgt met 0,6% t.o.v. 2013.

Palliatieve thuispatiënt (Uitgaven: + 10,3% = 894.000 Aantal prestaties: + 10,5% = 41.214)

Opvallend hierbij is de stijging van uitgaven van de 2 zitting M10 met 53,1% = € 22.000 t.o.v. 2014. Prestaties stijgen hierbij met 53% = 3140.

Sociale diensten van bepaalde ziekenfondsen gaan een patiënt met een E-statuut onder het palliatief statuut brengen, zodat de patiënt hierbij een volledige terugbetaling krijgt.

Hierdoor krijgen we een stijging van dit palliatief budget.

Besluit

We hebben reeds jaren een onderraming van het kinesitherapiebudget. Daarenboven is de kinesitherapie sector reeds lang geleden droog gesaneerd: herinner u de fout ingeschatte en te zware besparingen in 2002, die naderhand nooit volledig werden bijgestuurd.

De maatschappelijke vraag naar kinesitherapie neemt toe, mede door de stijgende en uitbreidende competenties van de kinesitherapeut, niet alleen in kwaliteit maar ook in de verschillende geneeskundige domeinen. Deze competenties worden door patiënten en voorschrijvers erkend en gewaardeerd. De artsen schrijven vandaag dan ook gerichter kinesitherapie voor.

Houdt men hierbij rekening met de vergrijzing en het toenemend levenscomfort van de 75-plussers, dan lijkt het logisch dat het aantal kinprestaties gaat stijgen en zodoende de consumptie stijgt.

Een andere mogelijke oorzaak van de overschrijding van het sectorbudget is de ongecontroleerde instroom op het werkveld. Vanaf 2012 neemt het aantal geprofileerde kinesitherapeuten sterk toe (+5,1% t.o.v. 2009). In 2015 is deze toename zelfs 15,4% met 702 nieuw geprofileerde. Deze toename brengt niet noodzakelijk een werkhervreiding mee, maar een toename van het aantal prestaties, met een logische niet ingeschatte overschrijding van het budget.

Uit de steekproefcijfers blijkt echter geen interne verschuivingen van budgetten maar veeleer een toename van het aantal patiënten met een vermindering van het aantal prestaties per patiënt en per pathologische situatie.

De betekenis en het effect van kinesitherapie blijft jaar na jaar groeien. Wanneer volgt een realistische financiering van de M-nomenclatuur? Bij een goede besteding van de middelen zijn alle betrokkenen verantwoordelijk, niet alleen de kinesitherapeuten, ook de voorschrijvers, de adviserende geneesheren, de mutualiteiten en zeker de patiënten! Wanneer wordt het helend effect van bewegen ernstig genomen of blijft het bij loze woorden? Het wordt tijd dat de overheid positieve incentives creëert voor de kinesitherapie! Er moet ook aandacht geschonken worden aan de gezondheidswinst en de maatschappelijke en economische return of investment die de kinesitherapie oplevert.

Kwaliteit en doelmatigheid in de kinesitherapie - meer patiënten behandelen in gemiddeld minder sessies - worden vandaag bestraft in plaats van beloond. Preventie via onze nomenclatuur blijft dode letter.

In tegenstelling tot andere zorgberoepen blijven de kinesitherapeuten al jaren wachten op een kwaliteitspremie, pilootprojecten ten spijt.

Niet enkel financiële incentives dringen zich op, ook een reorganisatie in de ziekenhuissector waarbij men de ongezonde regelgeving binnen K- en R-nomenclatuur harmoniseert met de M-nomenclatuur, wat ongetwijfeld besparingen kan opleveren, zonder kwaliteitsverlies!