



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in de revalidatiewetenschappen en de
kinesitherapie

Masterthesis

***Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut: Inventarisatie van het Belgische
zorgsysteem in vergelijkend perspectief met het Nederlandse zorgsysteem***

**Andy Paesen
Sien Schulpen**

Eerste deel van het scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de revalidatiewetenschappen en
de kinesitherapie

PROMOTOR :

Prof. dr. Raf MEESEN



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be
Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2017
2018



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in de revalidatiewetenschappen en de
kinesitherapie

Masterthesis

***Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut: Inventarisatie van het Belgische
zorgsysteem in vergelijkend perspectief met het Nederlandse zorgsysteem***

Andy Paesen

Sien Schulpen

Eerste deel van het scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie

PROMOTOR :

Prof. dr. Raf MEESEN



Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut

Inventarisatie van het Belgische zorgsysteem in vergelijkend perspectief met het Nederlandse zorgsysteem.

- In België is kinesitherapie een vrij beroep zonder directe toegang. In Nederland is fysiotherapie een paramedisch beroep met directe toegankelijkheid.
- Kinesitherapeuten kunnen toetreden tot een conventie, in dit geval houdt hij zich aan tarieven bepaald in overleg met het RIZIV. Treedt hij niet toe, dan mag hij vrije tarieven aanrekenen. Bij fysiotherapeuten heet dit fenomeen gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg, in dit geval sluit de fysiotherapeut een contract af met de zorgverzekeraar.
- Fysiotherapeuten worden onderworpen aan kwaliteitscontroles door zorgverzekeraars, indien ze niet aan hun eisen voldoen, lopen ze het contract met de zorgverzekeraar mogelijk mis. Zorgverzekeraars onderhandelen met fysiotherapeuten om zo goede en kwaliteitsvolle zorg te kunnen aanbieden aan zorgvragers.
- In België bestaat de opleiding tot kinesitherapeut uit een masteropleiding, in Nederland kan men zowel na de bachelor of master afstuderen en aan de slag gaan als fysiotherapeut.
- Beide zorgsystemen hebben zowel voor- als nadelen die elk opportuniteiten bieden in het zorgsysteem van het andere land.

Paesen Andy

Schulpen Sien

Prof. dr. Raf Meesen

Situering

Deze masterthesis situeert zich in het beleid en organisatie van de kinesitherapie. In de afgelopen jaren is er een grote controverse ontstaan rondom de honoraria van de kinesitherapeuten in België. Facebookgroepen, blogs, petitie's,... werden opgestart om de onvrede te laten gelden. Naar aanleiding van dit tumult heeft Axxon, Physical Therapy in Belgium een voorstel klaarliggen over het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut. Om de haalbaarheid en efficiëntie van een nieuw verdienmodel te kunnen afdrukken, is het noodzakelijk om het reilen en zeilen binnen het huidige Belgische verdienmodel onder de knie te hebben. Naast de kennis over het eigen systeem werd er ook vergeleken naar andere leden van de Europese Unie.

Meer specifiek, werd er tijdens literatuurstudie van de masterthesis gefocust op een buurland van België, nl. Nederland. De titel van de literatuurstudie is als volgt: *Inventarisatie van het Belgische zorgsysteem in vergelijkend perspectief met het Nederlandse zorgsysteem*. Er werd een vergelijking gemaakt tussen de zorgsystemen van België en Nederland. Deze vergelijking werd in SWOT-analyses gegoten a.d.h.v. de literatuurstudie. In het tweede deel van de thesis, wordt er een onderzoeksprotocol beschreven die het toelaat een analyse uit te voeren van de financiële haalbaarheid van het nieuwe verdienmodel ('kwantitatieve survey'), om vervolgens focusgroepen samen te roepen om af te toetsen of dit verdienmodel haalbaar is voor de overige stakeholders binnen de gezondheidszorg ('kwalitatieve survey').

Het verdienmodel van een kinesitherapeut is niet enkel belangrijk voor de kinesitherapeuten. Een optimalisatie van het verdienmodel zou zowel het vak kinesitherapie aantrekkelijker maken voor studenten, alsook de huidige generaties actieve kinesitherapeuten stimuleren om kwalitatieve zorg te leveren. Voor de patiënten is het voornaam om kwaliteitsvolle zorg te krijgen die door een therapeut gegeven wordt met engagement, dit bevordert de therapietrouw. De overheid heeft baat bij een gezond verdienmodel aangezien kinesitherapeuten niet enkel een rol kunnen spelen in de genezing van letsels, maar ook de preventie ervan. Op die manier zouden mensen die momenteel arbeidsongeschikt zijn wegens ziekte niet uit de arbeidsmarkt vallen, integendeel deze mensen zouden de staat geld opleveren in plaats van geld kosten.

De masterthesis deel 1 wordt uitgevoerd in het kader van het eerste masterjaar aan de UHasselt te Diepenbeek. Deel 2 wordt ook voornamelijk uitgevoerd in Diepenbeek, meer bepaald de gebouwen D

en A van de Universiteit Hasselt. Deze masterthesis is een alleenstaande studie die uitgevoerd wordt onder de supervisie van Prof. dr. Raf Meesen.

Voor deze thesis werd een alternatief format toegepast.

Binnen deze alleenstaande studie, bestond de taak van de master studenten eruit om een protocol te maken a.d.h.v. de kennis die werd opgedaan tijdens de literatuurstudie. Om vervolgens een gedetailleerde uitschrijving van het protocol af te leveren. De masterproef studenten rekruteren de deelnemers voor de focusgroepen en leiden deze. De vergaarde info wordt vervolgens door dit duo beschreven en geanalyseerd.

Inhoud

Deel 1 Literatuurstudie.....	1
1. Samenvatting.....	1
2. Inleiding.....	1
3. Methode.....	3
3.1. Vraagstelling.....	3
3.2. Informatievergaring.....	3
3.2.1 België.....	3
3.2.2 Nederland.....	4
3.4. Kwaliteitsbeoordeling.....	5
4. België versus Nederland.....	5
4.1. Verschillen.....	5
4.2. Gelijkenissen.....	11
5. SWOT-analyses.....	11
5.1. SWOT-analyses België.....	11
5.1.1. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de kinesitherapeut.....	11
5.1.2. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de patiënt.....	15
5.1.3. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de overheid en mutualiteit.....	17
5.2. SWOT-analyses Nederland.....	20
5.2.1. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de fysiotherapeut.....	20
5.2.2. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de patiënt.....	23
5.2.3. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar.....	25
5.2.4. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de overheid.....	27
5.3. SWOT-analyses kwaliteitsbeoordeling.....	31
6. Discussie.....	31
6.1. Reflectie over kwaliteit bronnen.....	31
6.2. Reflectie over bevindingen in functie van onderzoeksvragen.....	31
6.3. Reflecties over de sterkte en beperkingen van de literatuurstudie.....	32
6.4. Aanbevelingen voor toekomstige studies.....	33
6.4.1. Populatie.....	33
6.4.2 Studie design.....	33
7. Conclusie.....	33
8. Referentielijst.....	35
9. Bijlagen.....	41

Inhoud

Deel 2: Onderzoeksprotocol	1
1. Inleiding.....	1
2. Doel onderzoek	1
2.1. Onderzoeksvragen	1
2.2. Hypothesen	1
3. Methode	2
3.1. Onderzoeksdesign	2
3.2. Participanten	2
3.2.1. Inclusiecriteria	3
3.2.2. Exclusiecriteria	3
3.2.3. Recrutering.....	3
3.3. Medische ethiek.....	3
3.4. Dataverzameling	4
3.5. Data-analyse.....	4
4. Time planning: deadlines	4
5. Referentielijst.....	5
6. Bijlagen.....	7

Deel 1 Literatuurstudie

1. Samenvatting

De doelstelling van deze literatuurstudie bestaat uit het vergelijken van het Belgische en Nederlandse zorgsysteem. Het Belgische zorgsysteem kwam in opspraak door recente controverse rondom het huidige verdienmodel van de kinesitherapeut. Om tot deze vergelijking te komen worden zowel de Belgische als Nederlandse stakeholders bevraagd via het internet en/of gestructureerde interviews. Aan de hand van deze vergaarde info worden SWOT-analyses opgesteld.

Het grootste verschil werd gevonden tussen de rol van de Belgische mutualiteiten en die van de Nederlandse zorgverzekeraars. Met name dat de invloed van de zorgverzekeraars aanzienlijk groter is dan die van de mutualiteiten. Ondanks de persoonlijke inkleuring van de SWOT-analyses kan er toch aan de hand van betrouwbare bronnen met zekerheid vastgesteld worden dat beide systemen gelijkenissen, maar vooral veel verschillen vertonen ten opzichte van elkaar. Bepaalde sterktes van het Belgische systeem vormen zwaktes of bedreigingen voor dat van Nederland en omgekeerd.

Het doel van deel 2 van het onderzoek is nagaan hoe het nieuwe verdienmodel de werking binnen de (kinesithérapie)sector zal beïnvloeden. Dit wordt onderzocht door in eerste instantie een financiële analyse te maken van het nieuwe verdienmodel aan de hand van cijfermateriaal verkregen via het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering). Vervolgens worden focusgroepen samengesteld van de Belgische stakeholders om de haalbaarheid van het nieuwe verdienmodel te bespreken. Op basis hiervan wordt er een eindverslag opgesteld om vervolgens de bevindingen terug te koppelen aan de focusgroepen.

'Keywords': zorgsysteem, verdienmodel, kinesitherapeuten, fysiotherapeuten, mutualiteiten, zorgverzekeraars, SWOT-analyse, RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering).

2. Inleiding

Kinesithérapie is in België een vrij beroep in het medisch vakgebied dat verankerd is binnen het domein biomedische wetenschappen, inclusief revalidatiewetenschappen. De klinische activiteiten van het beroep zijn in hoofdzaak functiebehoud, functieverbetering of functieherstel in de verschillende systemen van het menselijke lichaam (Van Roy, 2016). Het beroep mag enkel worden uitgevoerd door iemand met een erkenning verkregen van de minister van Volksgezondheid. De erkenning wordt uitgereikt na het behalen van een universitair diploma in de kinesithérapie of een diploma van hoger onderwijs buiten de universiteit in de kinesithérapie, dat een opleiding in het kader van een voltijds onderwijs bekroont van ten minste vier studie jaren (Michel, 2015). De opleiding heeft in België op zes

jaar tijd enorm aan populariteit gewonnen. Maar misschien weten studenten kinesithérapie niet wat hen in het werkveld allemaal te wachten staat (Belga, 2015; Van Loy, 2015).

De laatste jaren is er steeds meer controverse rond het verdienmodel van de kinesitherapeuten in België (Belga, 2017b). Men spreekt van een chronische onderfinanciering van de kinesithérapiesector. Volgens de beroepsfederatie Axxon neemt de maatschappelijke vraag naar kinesithérapie toe, zowel door de stijgende en uitbreidende competenties van de kinesitherapeut in kwaliteit als in de verschillende geneeskundige domeinen. Kinesitherapeuten pleiten onder andere voor een hoger loon en een meer afgebakend beroepsprofiel. Tussen 2002 en 2015 was er een stijging van het budget voor kinesithérapie van 2,3 % naar 2,6 % van het totale RIZIV-budget. Volgens Axxon is dit een te klein deel van de begroting voor de evolutie die het beroep heeft doorgemaakt (Axxon, 2016). Om het Belgische model te kunnen optimaliseren werd in deel 1 van de masterthesis de structuur van het verdienmodel in Nederland bestudeerd.

Het zorgsysteem van België is geheel verschillend van het Nederlandse zorgsysteem. Het Belgische zorgsysteem is voornamelijk gericht op het model van Bismarck waarin elementen van het Beveridge model naar voren komen (Feys, 2018). Zowel werknemers als werkgevers betalen aan de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, afgekort als RSZ. Deze bijdrage wordt de RSZ-bijdrage of sociale bijdrage genoemd. De bijdrage geeft de werknemer recht op sociale zekerheid, dit omvat o.a. de uitkering bij arbeidsongeschiktheid, de werkloosheidsuitkering, het pensioen, enz. (Attentia, 2018). Deze uitkeringen worden uitgekeerd door de mutualiteit waarbij de persoon aangesloten is. De mutualiteit komt tussen in medische kosten (HvG, 2018).

In Nederland is het zorgsysteem anders georganiseerd. Het is er verplicht een basisverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar naar keuze. Naast deze basisverzekering is het mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten. Afhankelijk van het basis- of aanvullend pakket komen de zorgverzekeraars tussen in medische kosten (Rijksoverheid, 2018a).

In het eerste deel van deze masterproef werd een kritische literatuurstudie uitgevoerd. Met behulp van deze literatuurstudie werd een inventarisatie gemaakt van het Belgische systeem in vergelijkend perspectief met het Nederlandse systeem. Er werd een antwoord gezocht op vragen als: 'Wat zijn de verschillen en gelijkenissen tussen het Belgische en Nederlandse zorgsysteem?', 'Wat zijn de voor- en nadelen van elk systeem?', en 'Wat zijn de opportuniteiten van het Belgische systeem om een nieuw verdienmodel uit te werken?'

Alle stakeholders binnen het zorgsysteem in zowel België als Nederland werden in kaart gebracht d.m.v. het opstellen van SWOT-analyses vanuit het perspectief van de desbetreffende stakeholder. Door het werkveld gerelateerde en actuele onderwerp werd er gekozen om dit onderzoek in een alternatief format uit te voeren. De analyse van de gradatie voor 'level of evidence' werd bepaald door Prof. dr. Raf Meesen.

Het tweede deel van de masterproef bestaat eruit de verkregen info uit beide zorgsystemen te koppelen aan een nieuw verdienmodel van de kinesitherapeut in België. In een eerste deel zal er een financiële analyse gemaakt worden waarin de haalbaarheid van het nieuwe verdienmodel zal worden nagegaan. In een tweede deel zal er a.d.h.v. focusgroepen bepaald worden hoe haalbaar het nieuwe verdienmodel voor elke stakeholder uit het zorgsysteem is.

3. Methode

3.1. Vraagstelling

In masterproef deel 1 werd een vergelijking gemaakt tussen de zorgsystemen van de kinesitherapeut in België en de fysiotherapeuten in Nederland. Hiertoe werd de volgende titel geformuleerd: *Inventarisatie van het Belgische zorgsysteem in vergelijkend perspectief met het Nederlandse zorgsysteem.*

Het eerste doel bestond eruit een duidelijk beeld te krijgen over het algemene zorgsysteem in België en Nederland. Daarna werd er dieper gekeken naar beide systemen binnen de kinesitherapie en fysiotherapie waarna SWOT-analyses werden opgesteld per stakeholder in elk zorgsysteem afzonderlijk. Zo werden voor België drie SWOT-analyses gemaakt, nl. van de kinesitherapeut, de patiënt en de overheid in combinatie met de mutualiteiten. Voor Nederland werden vier SWOT-analyses gemaakt, nl. voor de fysiotherapeuten, de patiënten, de overheid en tot slot een van de zorgverzekeraars.

3.2. Informatievergaring

3.2.1 België

Informatie omtrent de Belgische overheid werd gewonnen via het internet. De databank Google werd gehanteerd, om via deze website terecht te komen bij meerdere officiële instanties zoals de Federale Overheidsdienst (FOD), het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). De informatie over de mutualiteiten werd allereerst gehaald van de websites van de mutualiteiten in België (Christelijke Mutualiteit, Socialistische Mutualiteit, Liberale Mutualiteit, Onafhankelijk Ziekenfonds, Neutraal Ziekenfonds). Vervolgens werden een aantal mutualiteiten per mail gecontacteerd om zo extra informatie te vergaren. Deze mails leverden weinig tot geen informatie op (bron: bijlage 21, 22).

Belgische kinesitherapeuten die in Nederland werken of gewerkt hebben werden bij voorkeur geselecteerd om een interview mee af te nemen. Hiervoor werd een oproep geplaatst op facebook. Zo werd er een interview afgenomen bij een kinesitherapeut die momenteel in België werkt en voordien werkte als fysiotherapeut in Nederland. Tevens werd informatie gewonnen via de Universiteit Hasselt, o.a. uit het vak "Beleid en Ethiek" 2017-2018. Er werd ook beroep gedaan op informatie en documenten

van de beroepsorganisatie Axxon. Op 23 november 2017 vond een afspraak plaats met Axxon waarin info omtrent het nieuwe verdienmodel werd uitgelegd.

Verder werden koninklijke besluiten, decreten, wetten en officiële instanties online geraadpleegd om de SWOT omtrent de patiënt op te stellen. Tot slot werd een vooropgestelde vragenlijst door vier Belgische patiënten ingevuld.

3.2.2 Nederland

Na een inleiding betreffende het Nederlandse zorgmodel door Prof. dr. Raf Meesen, werd er aangeraden om contact op te nemen met Nederlandse zorgverzekeraars.

Dit contact werd gemaakt met CZ, OHRA en VvAA via social media (Facebook en Whatsapp) en per mail. VvAA gaf te kennen dat ze een geschikte contactpersoon ter beschikking hadden. Een fysiotherapeut en bedrijfskundige die werkzaam is op de Hogeschool Utrecht op het gebied van ondernemerschap, waarvan de contactgegevens via VvAA werd bemachtigd (bron: bijlage 20).

Deze contactpersoon werd telefonisch gecontacteerd met de vraag de basisprincipes van het Nederlandse zorgmodel toe te lichten (bron: bijlage 4).

Vervolgens werden websites van officiële instanties (Nederlandse Zorgautoriteit en Rijksoverheid) geraadpleegd, om zo tot informatie te komen betreffende de Nederlandse overheid. Deze info werd samen bestudeerd met de richtlijnen en documenten van het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap van Fysiotherapie) verkregen via hun website.

Met deze informatie werden er gestructureerde interviews opgesteld om actieve fysiotherapeuten te bevragen omtrent het zorgsysteem en hun visie op de rol als fysiotherapeut binnen de zorg. Deze fysiotherapeuten werden gerekruteerd dankzij een netwerk van persoonlijke sociale contacten. De interviews werden opgenomen met toestemming van de betreffende therapeut, om vervolgens de interviews uit te typen.

Om een beeld te krijgen van de patiënt als stakeholder in Nederland werden er vier identieke interviews telefonisch afgenomen. Deze, heterogene, groep patiënten werd gerekruteerd dankzij een netwerk van persoonlijke sociale contacten. De interviews werden opgenomen met toestemming van de betreffende patiënt, om vervolgens de interviews uit te typen.

3.4. Kwaliteitsbeoordeling

Voor de kwaliteitsbeoordeling werd een eigen onderverdeling gemaakt op basis van level of evidence (A1-D). Deze onderverdeling werd zelfstandig opgesteld en vervolgens gecorrigeerd in samenspraak met Prof. dr. Raf Meesen.

A1	Documenten of bronnen verkregen door officiële instanties (KNGF, FOD, RIZIV, Federaal Kenniscentrum, ...) zonder eigenbelang + Up-to-date.
B1	Documenten of informatie verkregen door de overheid erkende kennisinstellingen (bv. Universiteit, Hogeschool).
B2	Documenten of informatie verkregen door instantie/bevoegd persoon a.d.h.v. vraagstelling (beroepsvereniging, opleidingsinstituut, Axxon), of officiële instanties (ziektezorgverzekeraars, CZ, OHRA, ...) met eigenbelang.
B3	Documenten of informatie verkregen door personen of instanties buiten het gezondheidszorgsysteem, zonder eigen belang. (Bv. externe bedrijven). Of, documenten of informatie verkregen door online raadpleging van websites van onafhankelijke vertegenwoordigers. (Bv. consumentenbond).
C1	Documenten of informatie verkregen door personen binnen het gezondheidszorgsysteem (patiënt, fysiotherapeut) a.d.h.v. vragenstellingen.
C2	Bronnen verkregen via media (krantenartikel, tijdschriftartikel, websites).
D	Bronnen verkregen via media van een lage kwaliteit, geen controle met maker van de bron, zeer individuele opinie vb. Blog, facebookgroep.

4. België versus Nederland

4.1. Verschillen

In tabel 2 worden kort de grootste verschillen tussen het verdienmodel van de kinesithérapie in België en de fysiotherapie in Nederland toegelicht. Om te beginnen zijn de namen van het beroep verschillend, zo spreken we in België van 'kinesithérapie', terwijl in Nederland de beroepstak 'fysiotherapie' wordt genoemd (Taaltelefoon.be, 2018).

In België is kinesitherapie een vrij beroep, een universele definitie van deze term bestaat niet. Volgens de Federatie vrije beroepen moet een vrij beroep voldoen aan de volgende vijf criteria: De verleende dienst is voornamelijk intellectueel van aard; De nodige opleiding is gevolgd en de beroepsbeoefenaar schoolt zich permanent bij; De beoefenaar is persoonlijk verantwoordelijk voor de prestaties; De prestatie is onafhankelijk, dit wil zeggen dat de beoefenaar zowel handelt in het algemeen belang als in het belang van zijn/haar opdrachtgever, de cliënt of de patiënt; De beroepsuitoefening is onderworpen aan een deontologie, vastgelegd in het beroepsstatuut, hetzij bij wet, hetzij bij autonome beslissing van de beroepsorganisatie. Dit beroepsstatuut garandeert en bevordert de professionaliteit, kwaliteit en vertrouwensrelatie met de opdrachtgever, cliënt of patiënt (FVB, 2018b).

In Nederland is fysiotherapie een paramedisch beroep. Jannes Van Everdingen, schrijver van *Het dokterswoordenboek*, omschrijft een paramedicus als iemand die een beroepsopleiding voor de gezondheidszorg heeft afgerond en een beroep heeft dat met genezen of verplegen te maken heeft, maar geen dokter is (Van Everdingen, 2017). Daaraan gekoppeld kan een patiënt zonder verwijzing van een arts direct bij een fysiotherapeut terecht (KNGF, 2006), in België kan dit niet zonder doktersvoorschrift (Michel, 2015).

De meest gekende zorgsystemen zijn het Bismarck- en Beveridge model, deze twee modellen zijn de twee uitersten binnen het gamma aan sociale zekerheidssystemen, waardoor elk huidig systeem een mengvorm is (Van Baelen, 2003). De zorgsystemen zijn geheel verschillend in België en Nederland. In België bestaat het zorgsysteem voornamelijk uit het Bismarck model waarin enkele elementen van het Beveridge model naar voren komen (Feys, 2018).

In het Bismarck model fundeert de sociale zekerheid op de bijdrage van zowel werknemer als werkgever, met als doel om de socio-economische status van de personen die onder het systeem vallen te behouden. Het Beveridge model daarentegen is een solidariteitsmechanisme en vertoont minder kenmerken van een verzekeringssysteem. Zo krijgt men in België bv. een pensioen omdat men bijdrage heeft betaald - Bismarck, maar tegelijk heeft iedereen recht op een terugbetaling van zijn hospitalisatiekosten - Beveridge (C. Nuyens, 2010; Van Baelen, 2003).

In Nederland daarentegen is er een verplichte basisverzekering voor elke inwoner. Een basisverzekering dient afgesloten te worden bij een zorgverzekeraar naar keuze (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005). Het is onduidelijk hoeveel zorgverzekeraars er precies zijn in Nederland aangezien elke bron andere informatie geeft (DNB, 2017; NZa, 2017). Wat wel zeker geweten is, is dat er veel zorgverzekeraars zijn die elk een eigen aanbod hebben. De basisverzekering is voor elke inwoner identiek (Rijksoverheid, 2018b). Aan deze basisverzekering is een eigen risico verbonden dat jaarlijks wordt vastgelegd op basis van de indexering volgens de zorgverzekeringswet, afgekort als Zvw (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005). Het eigen risico bedraagt 385 euro in 2018, wat wil zeggen dat de eerste 385 euro aan zorgkosten voor de patiënt zijn. Niet alle medische kosten vallen onder het eigen risico, een bezoek aan de huisarts valt hier bv. niet onder (Independer, 2018a). Er bestaat ook een vrijwillig eigen risico, dit fenomeen komt bv. voor bij Belgen die in Nederland werken, maar ook Nederlanders kunnen hun eigen risico vrijwillig verhogen. Indien weinig zorgkosten verwacht worden in Nederland, is

het voordeliger een hoog vrijwillig eigen risico te nemen aangezien de basisverzekering dan goedkoper is (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005; Mul, 2018). De overheid bepaalt wat er in de basisverzekering zit en heeft geen invloed op de aanvullende verzekeringen, dit is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars (Rijksoverheid, 2018b).

Kinesithérapie is in België een vrij beroep en de therapeut kan vrij beslissen om al dan niet toe te treden tot een tariefovereenkomst, of conventie genaamd. Een conventie wordt tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen enerzijds en door de kinesitherapeuten anderzijds opgesteld. De overeenkomst dient goedgekeurd te worden door het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, de Algemene raad van het RIZIV en de minister van Sociale Zaken (Hepp, 2016). Als de kinesitherapeut beslist zich niet te verbinden aan de conventie, is hij gedeconventioneerd, of anders gezegd, niet-geconventioneerd. In theorie wil dit zeggen dat de gedeconventioneerde therapeut zijn prijs vrij mag bepalen (IMFT, 2017).

In Nederland is er gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. Indien de fysiotherapeut een contract afsluit met de zorgverzekeraar van de patiënt, spreekt men van gecontracteerde zorg. In dit geval wordt de fysiotherapeut rechtstreeks door de zorgverzekeraar uitbetaald. Heeft de fysiotherapeut geen contract met de zorgverzekeraar, dan zal de patiënt de rekening zelf aan de fysiotherapeut betalen. De patiënt geeft aan zijn zorgverzekeraar door dat hij in behandeling is geweest bij de fysiotherapeut en zal daarna een door de zorgverzekeraar bepaald bedrag terugbetaald krijgen (Geld.nl, 2018; Independer, 2018b).

De terugbetaling van fysiotherapie wordt hier verder toegelicht naargelang de therapie en de verzekering van de patiënt. Indien de patiënt reguliere fysiotherapie krijgt en een aanvullende verzekering heeft, wordt afhankelijk van de aanvullende verzekering een bepaald aantal zittingen terugbetaald (bron: bijlage 5). Heeft de patiënt een chronische aandoening die op *Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering* staat, dan zal de patiënt de eerste twintig behandelingen zelf betalen, tenzij anders bepaalt door de aanvullende verzekering (J. Hoogervorst, Verdonk, M., 2018). Vanaf behandeling 21 komt de vergoeding uit de basisverzekering indien het eigen risico van 385 euro is bereikt (Independer, 2018a). Tot slot is er een uitzondering, nl. de aandoening knie-artrose. Indien de patiënt knie-artrose heeft, dan worden de eerste twaalf behandelingen vergoed door de basisverzekering, eventuele extra behandelingen worden vergoed door de aanvullende verzekering (bron: bijlage 5).

De terugbetaling van kinesithérapie is afhankelijk van de aandoening, de sociale status (OZ, 2018) en het al dan niet geconventioneerde zijn van de therapeut (RIZIV, 2018b). Het aantal beurten waarvoor deze vergoeding geldt worden in tabel 1 weergegeven (OZ, 2018).

Soort aandoening	Aantal verstrekkingen tegen normaal terugbetalingstarief
Courante aandoeningen	Maximaal achttien verstrekkingen per kalenderjaar per aandoening
F-pathologie	Maximaal 60 verstrekkingen per aandoening
E-pathologie	Geen beperking
Perinatale kinesitherapie	Maximaal negen per zwangerschap

Tabel 1: aantal terugbetaalde zittingen kinesitherapie per pathologie.

Sociaal zwakkeren in de maatschappij hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming. In een aantal gevallen heeft iemand automatisch recht op deze verhoogde tegemoetkoming, in andere situaties dient er een aanvraag te gebeuren bij de mutualiteit (RIZIV, 2017b). Personen in behandeling bij een niet-geconventioneerd therapeut krijgen 25 % minder terugbetaald van de mutualiteit, tenzij de persoon recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming (RIZIV, 2018b). Per mutualiteit is het mogelijk dat de bedragen van terugbetaling licht verschillen ten opzichte van elkaar (Feys, 2018).

In Nederland maakt men geen onderscheid op basis van sociaal statuut. Wel bestaat er een zorgtoeslag voor personen die financieel minder sterk zijn. Met deze toeslag kunnen ze dan makkelijker hun basisverzekering betalen (Belastingdienst, 2018).

Ter bescherming van de inwoners tegen hoge ziektekosten bestaat er in België een maximumfactuur, of afgekort als MAF, per gezin. Er kunnen vier types MAF onderscheiden worden, nl. de inkomens-MAF, de sociale-MAF, de MAF voor een kind jonger dan negentien jaar en de MAF voor chronisch zieken. Per MAF is er een bedrag vastgelegd, wanneer dit bedrag aan gezondheidskosten bereikt wordt zal de mutualiteit alle kosten hierboven maandelijks terugbetalen (RIZIV, 2016a). In Nederland bestaat de maximumfactuur niet (bron: bijlage 5).

De zorgverzekeraars in Nederland hebben een grote invloed op de fysiotherapie. Zij bepalen bv. het aantal beurten waarin een fysiotherapeut een aandoening dient behandeld te hebben. De fysiotherapeut wordt betaald door de zorgverzekeraar o.b.v. het aantal prestaties geleverd op een jaar. Hij zal per prestatie meer betaald krijgen indien hij in totaal minder prestaties levert. De zorgverzekeraars werken met een spiegelindex of ook wel behandelindex genoemd. Hierbij wordt een fysiotherapeut vergeleken met alle andere fysiotherapeuten in Nederland. Er wordt gekeken naar het aantal behandelingen dat de fysiotherapeut gemiddeld per patiënt verleend, waarbij 100 % het gemiddelde is. Volgens CZ, een zorgverzekeraar, mag een fysiotherapeut zich niet laten leiden door de behandelindex voor het bepalen van het aantal behandelingen, maar dient hij steeds de patiënt centraal te stellen (CZ, 2018b). Echter, wanneer de fysiotherapeut veel meer prestaties levert dan het gemiddelde, loopt hij het risico gecontroleerd te worden op kwaliteit en efficiëntie van zijn geleverde prestaties door de

zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar nalatigheden ontdekt tijdens deze controle kan hij ervoor kiezen geen contract meer met de fysiotherapeut af te sluiten (bron: bijlage 5).

In België is het vooral de overheid die een grote invloed heeft op de werking van de kinesitheriesector, op wettelijk vlak (Michel, 2015), maar ook financieel. Er is een bepaald budget voor kinesitherie dat beheerd wordt door het RIZIV (Hepp, 2016).

De Nederlandse overheid daarentegen heeft weinig financiële invloed op de fysiotherapie (bron: bijlage 4) doordat de zorgverzekeraars private ondernemers zijn zonder dat zij onderdeel zijn van de overheid. De overheid keert een bepaald budget uit aan de zorgverzekeraars zodat zij hiermee aan de slag kunnen. De zorgverzekeraars dienen zich wel aan regels te houden zoals vastgelegd in de Zvw (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005).

Kinesitherieseuten zijn gebonden aan wettelijk vastgelegde regels en gedragsregels. Het RIZIV heeft een administratief controleorgaan, DGEC genaamd, dit onderzoekt bv. of kinesitherieseuten de juiste nomenclatuurnummers attesteren volgens de wettelijke bepalingen (RIZIV, 2018c). Een kinesitherieseute kan ook strafrechtelijk vervolgd worden indien hij inbreuken pleegt op het beroepsgeheim, sociale fraude pleegt, bedriegt, valsheid in geschrifte pleegt, ... hierbij kan de correctionele of de arbeidsrechtbank optreden. Tot slot kan een kinesitherieseute ook burgerlijk vervolgd worden indien hij een medische fout heeft begaan (Hepp, 2016). Daarenboven bestaat er voor kinesitherieseuten geen tuchtorgaan, daar zij toch tot de vrije beroepen worden gerekend (FVB, 2018a).

In Nederland is er wel een tuchtorgaan zodat patiënten een klacht kunnen indienen over de desbetreffende fysiotherapeut (Independer, 2018c). Het KNGF kan boetes opleggen en in extreme gevallen zelfs het visum voor fysiotherapie intrekken. Daarenboven worden fysiotherapeuten streng gecontroleerd op het leveren van goede kwaliteit door de zorgverzekeraar (bron: bijlage 5).

In België is er slechts een beroepsorganisatie, nl. Axxon, Physical Therapy in Belgium. Axxon is door het RIZIV erkend als representatieve beroepsvereniging. De organisatie begeleidt de praktijkorganisatie van de individuele kinesitherieseute (Axxon, 2018b). In Nederland daarentegen zijn er dertien beroepsverenigingen overkoepeld door het KNGF. Het KNGF behartigt belangen, borgt kwaliteit, bevordert deskundigheid en biedt service aan hun leden. De organisatie beheert daarenboven ook het Centraal Kwaliteitsregister, afgekort als CKR (KNGF, 2018).

Tot slot is er nog het verschil tussen de nomenclatuur van België en de prestatiebeschrijvingen in Nederland. In de nomenclatuur, alsook de prestatiebeschrijvingen, staat elke verstrekking die een kinesitherieseute of fysiotherapeut mag verlenen aan de patiënt en dus ook mag attesteren of anders gezegd declareren bij de mutualiteit of zorgverzekeraar (NZa, 2018a; RIZIV, 2017a).

België	Nederland
<ul style="list-style-type: none"> - Naam: kinesitherapie (Taaltelefoon.be, 2018) - Vrij beroep (FVB, 2018b) - Geen directe toegang (Michel, 2015) - Zorgsysteem: vnl. Bismarck → sociale zekerheid (Feys, 2018) - RIZIV → conventie → kinesitherapeut treedt toe of niet: <ul style="list-style-type: none"> o Geconventioneerd (Hepp, 2016) o Niet-geconventioneerd: vrije tarieven (IMFT, 2017) - Terugbetaling o.b.v. sociaal statuut (OZ, 2018) - Maximumfactuur (RIZIV, 2016a) - Grote invloed overheid (Michel, 2015) - Grote financiële invloed overheid (Hepp, 2016) - Administratieve controle door DGEC (RIZIV, 2018c) - Geen tuchtorgaan (FVB, 2018a) - Slechts een beroepsvereniging, nl. Axxon (Axxon, 2018b) - Nomenclatuur (RIZIV, 2017a) - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Naam: fysiotherapie (Taaltelefoon.be, 2018) - Paramedisch beroep (Van Everdingen, 2017) - Directe toegang (KNGF, 2006) - Zorgsysteem: basisverzekering + eventueel aanvullende verzekering (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005) - Contracten met zorgverzekeraars (Geld.nl, 2018; Independer, 2018b) <ul style="list-style-type: none"> o Gecontracteerde zorg o Niet-gecontracteerde zorg: vrije tarieven - Zorgtoeslag o.b.v. sociaal statuut (Belastingdienst, 2018) - Geen maximumfactuur (bron: bijlage 5) - Grote invloed zorgverzekeraars: spiegelindex (CZ, 2018b) - Geen/weinig financiële invloed overheid (bron: bijlage 4) - Controle uitoefening beroep door KNGF (bron: bijlage 5) - Tuchtorgaan (Independer, 2018c) - Dertien beroepsverenigingen overkoepeld door het KNGF (KNGF, 2018) - Prestatiebeschrijvingen (NZa, 2018a) - ...

Tabel 2: Verschillen tussen kinesitherapie in België en fysiotherapie in Nederland.

4.2. Gelijkenissen

Ondanks de vele verschillen tussen de zorgsystemen in beide landen, zijn er ook enkele gelijkenissen. Bij de verschillen wordt aangehaald dat een kinesitherapeut in België kan conventioneren of deconventioneren (IMFT, 2017). In Nederland daarentegen is er gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg (Geld.nl, 2018). Het systeem achter deze fenomenen is verschillend zoals uitgelegd bij de verschillen tussen België en Nederland, maar toch zijn de twee enigszins vergelijkbaar met elkaar. Een kinesitherapeut die in België gedeconventioneerd is, is vergelijkbaar met een fysiotherapeut in Nederland die geen contract afsluit met de zorgverzekeraar van de patiënt. Beide mogen vrije tarieven aanrekenen (Geld.nl, 2018; RIZIV, 2018b).

Een andere gelijkenis is de behandelduur die is vastgelegd in de nomenclatuur en de prestatiebeschrijvingen. Een korte zitting duurt 30 minuten, terwijl een lange zitting 60 minuten duurt (NZa, 2018a; RIZIV, 2017a). Daarenboven worden kinesitherapeuten en fysiotherapeuten per prestatie betaald, met hieraan gekoppeld de wettelijk vastgelegde behandelduur (bron: bijlage 5).

Kinesitherapeuten (Peeters, 2017) en fysiotherapeuten (bron: bijlage 5) mogen geen supplementen aanrekenen, een supplement is bv. het aanrekenen van materiaal dat wordt gebruikt zoals het aanbrengen van tape (Peeters, 2017). Echter, wanneer een kinesitherapeut gedeconventioneerd is, mag hij wel supplementen aanrekenen indien de patiënt geen recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming (IMFT, 2017).

Zowel in België als in Nederland bestaan er lijsten met chronische aandoeningen. Wanneer iemand een chronische aandoening heeft, wordt er een ander systeem van terugbetaling gehanteerd. In België spreekt men van de Fa-, Fb- en E- lijsten (RIZIV, 2018a), in Nederland spreekt men van Lijst Borst (Agis, 2014), opgesteld a.d.h.v. *Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering* (J. Hoogervorst, Verdonk, M., 2018).

Tot slot gebruiken zowel kinesitherapeuten en fysiotherapeuten het ICF ter documentatie van het onderzoek en behandeling van de patiënt (Bastiaensens, 2010; de Vries, 2014b).

5. SWOT-analyses

5.1. SWOT-analyses België

5.1.1. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de kinesitherapeut

Een van de grootste sterktes van de kinesitherapeut als stakeholder binnen het gezondheidszorgsysteem is dat het beroep sinds 6 april 1995 wettelijk beschermd is (Michel, 2015). Er is een wettelijk kader voor kinesitherapie zoals vermeld in het Koninklijk Besluit nr. 78 (FODvolksgezondheid, 1967). Doordat kinesitherapie een beschermd beroep is, heeft elke kinesitherapeut daadwerkelijk de vereiste diploma's. Ook ziet men dit als een kwaliteitssignaal naar de cliënt toe. De kinesitherapeutische behandeling is een voorbeeld van zorg op maat, de patiënt staat

centraal en het opstellen van het behandelplan gebeurt op methodische wijze. De zorg op maat is essentieel om patiënt specifiek tewerk te kunnen gaan (Bastiaensens, 2010).

De vijf jaar durende opleiding op universitair niveau wordt eveneens als een sterkte beschouwd. In de bacheloropleiding wordt er voldoende aandacht besteed aan het theoretische aspect, deze kennis wordt in de masteropleiding toegepast in de praktijk. Daarenboven zal in de student in het tweede masterjaar een specialisatie uitkiezen om zo nog specifiekere bepaalde aandoeningen te kunnen behandelen (UAntwerpen, 2018).

Tevens is er een duidelijke afbakening omtrent de gedragsregels van de kinesitherapeut, deze gaan o.a. over het gedrag tegenover de patiënten, collega's, stagairs, ... tot het gedrag van niet beschreven situaties, waarbij men moet handelen in de geest van de overige gedragsregels (NRK, 2005). Zo kunnen er geen misverstanden bestaan omtrent het acteren als kinesitherapeut in bepaalde situaties.

Een zwakte voor de kinesitherapeuten is het feit dat ze deel uitmaken van de zorg in de tweede lijn, hierdoor moeten patiënten verplicht een voorschrift van de huisarts hebben voor kinesitherapie (Michel, 2015). Uit internationale literatuur blijkt dat de directe toegang tot kinesitherapeuten voordelen zou hebben. Niet enkel voor de kinesitherapeut, maar ook voor andere stakeholders binnen het gezondheidszorgsysteem (Van Roy, 2015).

Er is geen geïntegreerd systeem voor kwaliteitszorg en kwaliteitspromotie, aangezien er verschillende instanties zijn die over de kwaliteit van de therapeutische behandelingen willen waken, is er geen uniformiteit. Zo heeft de beroepsfederatie andere kwaliteitscriteria (zelfevaluatie en intercollegiale toetsing, van kwaliteitsvol handelen tot integrale kwaliteitszorg,...) dan het RIZIV en Pro-Q-Kine (Van Roy, 2016). Ook is er een probleem in communicatie tussen de verschillende stakeholders, de kinesitherapeut heeft bv. een andere visie op kwaliteitszorg en kwaliteitscriteria. De visie van de kinesitherapeut is vnl. gericht op de acht criteria van kwaliteitsvolle zorg die ieder op zich meetbaar zijn (doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntveiligheid, billijkheid, veiligheid, tijdigheid, continuïteit en integratie), terwijl de patiëntenpopulatie de kwaliteit van de zorg ziet als een kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften, informatie en communicatie, toegankelijkheid en betaalbaarheid, bejegening, respect en privacy, participatie en empowerment (Van Roy, 2016).

Een andere zwakte voor de kinesitherapeuten bestaat uit het feit dat er slechts een beroepsfederatie voldoet aan de voorwaarden om door het RIZIV erkend worden, nl. Axxon. Deze federatie vertegenwoordigt enkel haar leden op zowel het regionaal, nationaal als internationaal niveau, waarbij er gelobbyd wordt op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch vlak (Van Roy, 2016).

Een van de mogelijkheden voor kinesitherapeuten bestaat eruit een beroepscompetentieprofiel op te stellen dat vergelijking met de internationale ontwikkelingen mogelijk maakt. Dit omdat de Belgische kinesitherapeuten een basisopleiding genieten als kinesitherapeut omnipracticus die voldoet aan 'international benchmarking' (Van Roy, 2016). Momenteel bestaat er een beroepscompetentieprofiel anno 2020 waarin men een aantal doelstellingen formuleert zoals directe toegang, een deontologisch orgaan ontwikkelen, ... (Van Roy, 2016). Dit profiel is deels gebaseerd op het Nederlandse model (de Vries, 2014a), maar biedt geen tot weinig mogelijkheden om te vergelijken met andere internationale

partners. De gezondheidszorg is een snel evoluerend systeem, waarin ook de rol van de kinesitherapeut evolueert. Zo spelen kinesitherapeuten niet enkel een rol bij biomechanische problematieken, maar ook bij psychomotorische, palliatieve,... problemen. De mogelijkheid bestaat eruit om deze werkvelden te definiëren zodat de kinesitherapeut binnen een afgebakend terrein kan fungeren (Van Roy, 2016).

Er bestaat momenteel een niet-limitatieve lijst van bijzondere beroepsbekwaamheden die door de Nationale Raad voor de Kinesithérapie werd samengesteld. De mogelijkheid hierin bestaat eruit om de bijzondere beroepsbekwaamheden van de kinesitherapeut zowel te regulariseren als te erkennen. Zo worden de beroepscompetenties van de kinesitherapeut duidelijk kenbaar gemaakt, evenals de specifieke vraag van de patiënt (Van Roy, 2016).

Een andere aanwinst voor de kinesithérapie zou de ontwikkeling van een deontologisch orgaan zijn. Dit orgaan zou opgesteld worden conform de richtlijnen van de zesde staatshervorming, net als de Europese regelgeving. Dit mechanisme zou kunnen toezien op het correct naleven van de positieve deontologie zoals het adviseren, informeren en sanctioneren (Van Roy, 2016).

Een mogelijke bedreiging voor de kinesitherapeuten is de diversiteit waarmee verscheidene therapeutische middelen gekozen worden. Deze keuze wordt gemaakt o.b.v. klinische expertise en 'Evidence Based Practice', maar ook op deze twee aspecten, heerst er een grote diversiteit tussen de kinesitherapeuten (Bastiaensens, 2010).

De aangeboden vormen vormen tevens een bedreiging. Deze vormen worden op diverse manieren ingevuld. Zo zijn er vormen die gestructureerd georganiseerd worden door erkende instanties, maar ook vormen die gebaseerd zijn op individuele initiatieven. Op deze manier is de kwaliteitscontrole van dergelijke vormen niet te garanderen (Bastiaensens, 2010).

Axxon is de enige door het RIZIV erkende beroepsfederatie. De monopolie die Axxon momenteel heeft vormt een bedreiging aangezien er geen kritiek komt van andere beroepsorganisaties op hun visie, maar ook omdat niet alle kinesitherapeuten aangesloten zijn bij deze federatie (Bastiaensens, 2010).

	POSITIVE	(Possibly) NEGATIVE
I N T E R N A L	<p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wettelijk beschermd beroep (Michel, 2015). • Patiënt staat centraal bij opstellen van behandeling (Somers, 2004). • Gebruik van methodische werkwijze (Bastiaensens, 2010). • Kwaliteitsvolle opleiding (UAntwerpen, 2018) • Gedragsregels (NRK, 2005). • Duidelijke afbakening wettelijk kader: art. 21bis, art. 21ter (FODvolksgezondheid, 1967). • Interdisciplinair overleg is belangrijk (Bastiaensens, 2010). 	<p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwijzing op medisch voorschrift (Michel, 2015) • Geen geïntegreerd systeem van kwaliteitszorg en kwaliteitspromotie (Bastiaensens, 2010). • De communicatie tussen stakeholders verloopt stroef (arts-kinesitherapeut), er wordt niet ingespeeld op maatschappelijke vragen en problemen (WVVK, 2018). • Slechts één beroepsorganisatie erkent door het RIZIV (Axxon), indien hier geen lid van, geen stem naar de overheid (Van Roy, 2016).
E X T E R N A L	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beroepsprofiel maken om de Belgische situatie te kunnen vergelijken met internationale ontwikkelingen (Bastiaensens, 2010). • Meerdere terreinen: curatieve somatische, psychomotorische, psychiatrische, palliatieve zorg, maar ook aandacht voor preventie en het belang van gezond en verantwoord bewegen (Bastiaensens, 2010). • De mogelijkheid tot directe toegang voor kinesitherapie verder onderzoeken (Van Roy, 2016). • Voor toekomstige representativiteitsverkiezingen zijn er wettelijke voorzieningen van kracht (Bastiaensens, 2010). • Er wordt momenteel gewerkt aan het regulariseren en erkennen van bijzondere beroepsbekwaamheden (Van Roy, 2016). • Deontologisch orgaan ontwikkelen (Van Roy, 2016). 	<p>Treats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keuze van kinesitherapeutische middelen op basis van klinische expertise en Evidence Based Practice, met respect voor de rechten van de patiënt (Bastiaensens, 2010). • Kwaliteitsbevordering en permanente vorming: o.b.v. individuele initiatieven tot gestructureerd aanbod vanuit erkende verenigingen en onderwijsinstellingen (Bastiaensens, 2010). • Slechts één beroepsorganisatie voldoet aan voorwaarden om bij RIZIV erkend te worden als een representatieve beroepsvereniging, Namelijk Axxon - Physical Therapy in Belgium (Van Roy, 2016).

SWOT-analyse 1: SWOT vanuit het perspectief van de kinesitherapeut in België

5.1.2. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de patiënt

Ter bescherming van de patiënt zijn er een aantal systemen uitgewerkt. Zo is er bv. de maximumfactuur (MAF) die de patiënt tegen hoge medische kosten beschermt (Vandenbroucke, 2002). Het principe van de MAF werd reeds uitgelegd bij de verschillen tussen België en Nederland. Daarnaast bestaat er voor personen met een moeilijke financiële situatie een derdebetalersregeling, deze regeling zorgt ervoor dat wanneer een patiënt naar de kinesist gaat, hij enkel het remgeld aan de therapeut dient te betalen. De mutualiteit van de patiënt zal het overige bedrag in dit geval niet moeten terugbetalen aan de patiënt, maar zal dit aan de kinesitherapeut uitbetalen (De Block, 2015). Een andere sterkte voor de patiënt is het feit dat de patiënt vrij mag kiezen bij welke therapeut hij in behandeling wil gaan. Is de patiënt niet tevreden over deze therapeut, dan is de patiënt vrij om een andere kinesitherapeut te raadplegen (Somers, 2004). De patiënt staat centraal tijdens de behandeling, de patiënt heeft inspraak in wat hij al dan niet in de behandeling wenst (Somers, 2004).

Een zwakte voor patiënten is dat ze eerst een voorschrift van de huisarts moeten hebben alvorens ze in behandeling mogen bij een kinesitherapeut (FODvolksgezondheid, 1967). Patiënten mogen vrij hun therapeut kiezen, maar weten ze wel wat een geconventioneerd of gedeconventioneerd therapeut inhoudt? Indien de patiënt niet weet wat het verschil is tussen beide en in behandeling is bij een gedeconventioneerd therapeut, zal hij mogelijk voor verrassingen komen te staan wanneer hij de factuur ontvangt. Het is verplicht voor kinesitherapeuten kenbaar te maken in de wachtzaal of ze al dan niet geconventioneerd zijn (RIZIV, 2010). Patiënten kunnen dit online via de website van het RIZIV opzoeken (RIZIV, 2016b). Een ander nadeel voor de patiënt is het feit dat preventie nog niet wordt terugbetaald, ondanks een kinesitherapeut de nodige competenties bezit (Peeters, 2017).

In 2015 werd er reeds een advies gegeven om directe toegang tot kinesitherapie te legaliseren. Kinesitherapeuten worden tegenwoordig vaak direct aangesproken door patiënten met de vraag voor advies of andere zaken. Het is nog steeds verboden hier als kinesitherapeut op in te gaan zonder voorschrift van de arts (FODvolksgezondheid, 1967). Doch bezit de kinesitherapeut de kwaliteiten en competenties om de vraag van de patiënt te kunnen beantwoorden (Van Roy, 2015). Er zijn duidelijke richtlijnen opgesteld over hoe de kinesitherapeut dient te handelen in de eerstelijnszorg en hierin wordt duidelijk geformuleerd wanneer de patiënt dient doorgestuurd te worden naar een arts of specialist (Van Roy, 2015). Het zou voor de patiënt een groot voordeel zijn mocht hij direct naar een kinesitherapeut kunnen gaan. Hij zal sneller de stap zetten een kinesitherapeut te raadplegen. Patiënten stellen tegenwoordig een bezoek aan de kinesitherapeut soms uit aangezien ze eerst langs de huisarts moeten voor een voorschrift (Van Roy, 2015).

Het verplichten aan kinesitherapeuten bijscholingen te registreren op het PE-online platform zou de patiënt voordelen kunnen bieden. Wanneer de patiënt een specifiek probleem heeft, kan hij d.m.v. het kwaliteitsregister direct zien welke therapeut gespecialiseerd is in dit domein (PQK, 2012). Het PE-online platform is sinds 2016 actief en is reeds gekoppeld aan een kwaliteitsregister waarin kinesitherapeuten worden geregistreerd indien ze voldoen aan de kwaliteitsnormen. Om deze normen

te behalen ondergaat de kinesitherapeut ten eerste een baselinebevraging over o.a. het kinesitherapeutisch dossier, 'Evidence Based Medicine' en ICT. Daarnaast worden er 'peer-reviews' afgenomen binnen een Lokale Kwaliteitsgroep van Kinesitherapeuten, afgekort als LOKK. Kinesitherapeuten kunnen d.m.v. patiëntbevraging en zelfevaluatie hun kwaliteit verder ontwikkelen. Er zijn ook checklists die de kinesitherapeut kan gebruiken als leidraad voor een goede praktijkvoering en tot slot is er nog de registratie van navormingsactiviteiten op het PE-online platform. Het kwaliteitsregister is dus al in gebruik, maar Pro-Q-kine haalt aan dat niet geregistreerde kinesitherapeuten ook kwaliteit kunnen leveren (PQK, 2018).

Een andere ontwikkeling die de patiënt voordelen zou bieden is de ontwikkeling van een deontologisch orgaan. Indien de patiënt klachten heeft over de dienstverlening van zijn kinesitherapeut, kan hij bij dit orgaan een klacht neerleggen met als doel dergelijke klachten in de toekomst te vermijden (Van Roy, 2016).

Aangezien de laatste jaren de tendens van deconventioneren steeds meer toeneemt bij de kinesitherapeuten (HLN, 2018), zou het een opportuniteit zijn de terugbetaling voor de patiënt gelijk te stellen. Een gedeconventioneerde kinesitherapeut mag vrije tarieven aanrekenen, maar daarbij krijgt de patiënt ook nog eens tot 25 % minder terugbetaald van de mutualiteit (RIZIV, 2018b). De patiënt zal dus de prijsstijging van de kinesitherapeut zelf moeten betalen, plus de vermindering in terugbetaling van de mutualiteit. De patiënt kan beschouwd worden als het slachtoffer van de deconventionering van kinesitherapeuten (Das, 2018).

Een bedreiging voor patiënten is het niet 'evidence-based' behandeld worden, hierdoor wordt het probleem van de patiënt mogelijk niet opgelost. Het gaat hier niet om behandelingen waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is en waarvan de therapeut door zijn klinische expertise weet dat ze mogelijk effectief kunnen zijn. Het gaat hier vooral om 'behandelingen' zoals bv. het gebruik van oorkaarsen, bachbloesems, ... (bron: bijlage 7). Kinesitherapeuten krijgen tegenwoordig een kwaliteitsvolle opleiding en bezitten competenties om medische problemen met de geleerde technieken te kunnen verhelpen (Peeters, 2017). De medische wereld is continu in ontwikkeling en het ontdekken van nieuwe behandelmethodes staat niet stil. Het vormt voor de patiënt dus een mogelijke bedreiging indien de kinesitherapeut niet bijschoolt en dus niet op de hoogte is van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van behandelingen. Dit verwijst ook naar het 'evidence-based' handelen zoals hier eerder aangehaald werd (PQK, 2018).

Tot slot is er nog een laatste mogelijke bedreiging voor de patiënt, het uitbehandelen van een medisch voorschrift ondanks vroeger herstel. Het brengt de patiënt geen schade aan, maar de patiënt zal hierdoor een hogere factuur moeten betalen. In de gedragsregels wordt aangehaald dat de therapeut niet meer behandelingen mag verlenen dan nodig om het probleem op te lossen, maar wordt dit in werkelijkheid daadwerkelijk opgevolgd (NRK, 2005)?

	POSITIVE	(Possibly) NEGATIVE
I N T E R N A L	Strengths: <ul style="list-style-type: none"> • MAF (Vandenbroucke, 2002) • Derdebetalersregeling (De Block, 2015) • Vrije keuze therapeut (Somers, 2004) • Patiënt staat centraal (Somers, 2004) 	Weaknesses: <ul style="list-style-type: none"> • Voorschrift van arts nodig (FODvolksgezondheid, 1967) • Wie is geconventioneerd en wie niet? (RIZIV, 2016b) • Preventie wordt niet terugbetaald (Peeters, 2017)
E X T E R N A L	Opportunities: <ul style="list-style-type: none"> • Directe toegang kinesithérapie toestaan (Van Roy, 2015) • Platform kwaliteitsregistratie verplichten voor kinesithérapeuten (PQK, 2012, 2018) • Meldpunt voor klachten, deontologisch orgaan (Van Roy, 2016) • Terugbetaling gelijkstellen voor patiënt bij (niet-) geconventioneerde kinesithérapeuten (Das, 2018) 	Treats: <ul style="list-style-type: none"> • Kinesithérapeuten die niet Evidence Based werken (bron: bijlage 7) • Kinesithérapeuten die niet bijscholen (PQK, 2018) • Uitbehandelen van een voorschrift ondanks vroeger herstel (NRK, 2005)

SWOT-analyse 2: SWOT vanuit het perspectief van de patiënten in België

5.1.3. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de overheid en mutualiteit

De SWOT-analyses van de Belgische overheid en de mutualiteiten werden samengevoegd aangezien zij sterk met elkaar verbonden zijn. De mutualiteiten worden geleid door het RIZIV dat onderdeel vormt van de Belgische overheid (ziekenfondsenvergelijken.be, 2018c).

Als eerste worden de sterktes verder toegelicht. Een eerste sterkte voor de overheid is dat zij de wetgeving bepalen voor de beroepstak kinesithérapie (Michel, 2015). Het is de taak van de overheid te bepalen hoeveel geld zij investeren in het beroep, m.a.w. zij bepalen het budget dat ze willen investeren in de sector (Axxon, 2018a).

Voor kinesithérapeuten bestaat er slechts één beroepsorganisatie, namelijk Axxon, waardoor de overheid zich tot slechts een gesprekspartner dient te richten bij overleg. Ook dit is een sterkte voor de overheid. (Van Roy, 2016).

Een sterkte voor de mutualiteiten is het feit dat er weinig concurrentie is in de sector. In België zijn er vijf erkende landsbonden waaronder de verschillende mutualiteiten vallen, deze worden geleid door het RIZIV. Daarnaast is er ook nog een NMBS-ziekenfonds, hierbij zijn werknemers van de NMBS verplicht aangesloten. Tot slot is er ook nog de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering, afgekort als HZIV (Ziekenfondsenvergelijken.be, 2018a). Het HZIV is een neutrale overheidsinstelling die net zoals de andere mutualiteiten instaat voor de verplichte ziekteverzekering in België. Het verschil met andere

mutualiteiten is dat het lidmaatschap bij het HZIV gratis is en dat deze hulpkas geen aanvullende verzekeringen aanbiedt (HZIV, 2018). De ziekenfondsen (m.u.v. de HZIV) hebben elk een verplichte aanvullende verzekering. Deze verzekering is een concurrentiemiddel waarbij elk ziekenfonds zelf bepaalt wat hij in de aanvullende verzekering aanbiedt, dit kan bv. een bijdrage zijn voor het aansluiten bij een sportclub, sessies bij de pedicure, enzovoort (Ziekenfondsenvergelijken.be, 2018b).

Voor de overheid kan de steeds populairder wordende studierichting kinesitherapie gezien worden als een zwakte aangezien er steeds meer kinesitherapeuten in het werkveld bijkomen. De overheid investeert in een kwalitatieve opleiding van vijf studie jaren, maar niet elke student die afstudeert als kinesitherapeut zal later ook werkelijk dit beroep uitoefenen (Belga, 2017a). Voor 2014 was er jaarlijks een stijging van de consumptie van ongeveer 1 %. In 2014 en 2015 vergrootte de consumptie met 2.8 % en 4.0 % respectievelijk, kan men hier spreken van een overconsumptie van kinesitherapie? Axxon haalt de vergrijzing en de betere levenskwaliteit van 75-plussers aan om de toenemende consumptie te verantwoorden. Ook wordt er aangehaald dat er inderdaad meer patiënten zijn die beroep doen op kinesitherapie, maar dat het aantal prestaties per patiënt is gedaald (Axxon, 2016). Zoals eerder aangehaald worden de mutualiteiten geleid door het RIZIV, dit kan als een zwakte beschouwd worden aangezien de mutualiteiten onder een andere organisatie moeten functioneren en bijgevolg hun werking door het RIZIV bepaald wordt (ziekenfondsenvergelijken.be, 2018c).

Een van de mogelijkheden bij de overheid, is het invoeren van een tuchtorgaan. Zoals eerder vermeld bij de verschillen tussen België en Nederland kunnen patiënten hierbij een klacht neerleggen wanneer zij ervan overtuigd zijn niet correct te zijn behandeld door een kinesitherapeut (FVB, 2018a). Wanneer een patiënt nu een klacht wil neerleggen, kan hij dit doen bij 'de federale ombudsdienst rechten van de patiënt' (Tavernier, 2003). Een andere opportuniteit is het integreren van een kwaliteitsplatform voor kinesitherapeuten. Hierop is het mogelijk voor kinesitherapeuten hun bijscholingen te registreren waardoor de overheid een goed beeld krijgt van wie welke competenties bezit. Het is belangrijk dat er kwaliteit geleverd wordt in de zorg en dat de overheid geld spendeert aan iedereen die de kwaliteit op een positieve manier bevordert en respecteert (PQK, 2012). Tot slot zou de overheid op lange termijn geld kunnen besparen door nu geld te investeren in preventie. Wanneer er preventief gewerkt wordt en/of de aandoening snel ontdekt wordt, worden op lange termijn hoge kosten bespaard, bv. door het voorkomen van een operatie of andere dure medische ingrepen (De Block, 2018; Hendrickx, 2017).

Het ontbreken van een tuchtorgaan van kinesitherapie kan beschouwd worden als een bedreiging voor de overheid voor de kwaliteitsgarantie van de geleverde dienst. Indien er specifiek een tuchtorgaan zou bestaan voor patiënten van kinesitherapeuten, zou dit mogelijk de stap kleiner maken voor patiënten een klacht in te dienen wanneer ze zich niet correct behandeld voelen. De overheid zou zo mogelijk een beter beeld krijgen van de kinesitherapeuten die al dan niet de gedragsregels en/of patiëntrechten schenden (Van Roy, 2016).

Een andere bedreiging voor de overheid is het feit dat er steeds meer controverses ontstaan bij de kinesitherapeuten (Belga, 2017b). De honoraria die zij mogen aanrekenen, kunnen de kosten niet meer

dekken (Axxon, 2016). De competenties van kinesitherapeuten breiden alsmaar uit, en dit dient erkent te worden (KAH, 2017). Bijgevolg denken er steeds meer kinesitherapeuten aan zich te deconventioneren. Indien steeds meer kinesitherapeuten vrij hun prijzen mogen bepalen wordt het voor de overheid steeds moeilijker de patiënt tegen hoge prijzen te beschermen aangezien niet-geconventioneerden hun prijs zelf mogen bepalen (HLN, 2018). Echter wanneer 60 % van de kinesitherapeuten niet toetreedt tot de conventie van het RIZIV, kan de koning maximumprijzen bepalen zodat de kosten toch niet buiten de perken lopen (Hepp, 2016).

	POSITIVE	(Possibly) NEGATIVE
I N T E R N A L	<p>Strengths:</p> <p><i>Overheid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bepaalt de wetgeving (Michel, 2015) • Bepaalt het budget voor de kine (Axxon, 2018a) • Bepaalt de leercompetenties (nvao, 2015) • Één beroepsorganisatie, namelijk AXXON → slechts één gesprekspartner bij overleg (Van Roy, 2016) <p>•</p> <p><i>Mutualiteit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weinig concurrentie (Ziekenfondsenvergelijken.be, 2018a) 	<p>Weaknesses:</p> <p><i>Overheid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Teveel personen studeren af als kinesitherapeut (Belga, 2017a) • Overconsumptie? (Axxon, 2016) <p><i>Mutualiteit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Overkoepeld door RIZIV (Ziekenfondsenvergelijken.be, 2018a)
E X T E R N A L	<p>Opportunities:</p> <p><i>Overheid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuchtorgaan invoeren (Van Roy, 2016) • Platform met kwaliteitsregistratie van kinesitherapeuten (PQK, 2012) • Meer inzetten op preventie om zo op lange termijn kosten te besparen (De Block, 2018) 	<p>Treats:</p> <p><i>Overheid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen tuchtorgaan (2) • Controverse bij de kinesitherapeuten (KAH, 2017) • Steeds meer kinesitherapeuten deconventioneren → geen controle over prijzen → bescherming patiënt tegen hoge prijzen loopt mogelijk gevaar (HLN, 2018)

SWOT-analyse 3: SWOT vanuit het perspectief van de overheid en de mutualiteiten in België

5.2. SWOT-analyses Nederland

5.2.1. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de fysiotherapeut

Het beroepsprofiel van de Nederlandse fysiotherapeuten is opgesteld door het KNGF (de Vries, 2014b). Voor de fysiotherapeuten is dit een sterkte omdat het zowel up-to-date is (2014) als tot stand is gekomen via het Canadese CanMEDS-model. Dit model wordt gehanteerd bij o.a. verpleegkundigen en andere (para)medische beroepen, wat de communicatie tussen de verschillende functies ten goede komt (VUmc, 2016). Door de registratie van de deskundigheidsbevordering in het kwaliteitsregister V&V, wordt de kwaliteit van de zorgverlener in kaart gebracht m.b.v. dit model. Ook wordt het door de 'World Health Organization' ontwikkelde ICF-model toegepast in het gezondheidszorgsysteem, dit vereenvoudigt zowel de communicatie met andere hulpverleners als de internationale communicatie (de Vries, 2014b).

De evidentie van de zorg wordt ook als een sterkte gezien voor de fysiotherapeut. De therapieën waaromtrent men geen evidentie heeft of die niet terug te brengen zijn tot de westerse rationale, vallen buiten het vakgebied van de fysiotherapie. Samen met het concept van 'Evidence Based Practice' (EBP), waarbij er uitsluitend gewerkt wordt met de mix van individuele klinische expertise en het beste externe bewijsmateriaal dat beschikbaar is, wordt erop toegezien dat de behandelingsbeslissingen genomen worden in samenspraak met de patiënt en o.b.v. het best verkrijgbare bewijsmateriaal (de Vries, 2014b).

Er zijn een duidelijk afgebakende kaders waarbinnen de fysiotherapeut dient te werken (wetenschap, beroepsnormen, voorschriften, financiële kaders en ethische principes). De reden tot fysiotherapeutisch handelen is ook duidelijk omschreven: "*Fysiotherapeutisch handelen is geïndiceerd indien, als gevolg van problemen met bewegingen, het vermogen tot aanpassen ontoereikend is (of dreigt te worden) of als ontoereikend ervaren wordt door de cliënt*" (de Vries, 2014c).

Fysiotherapeuten zijn actief in zowel eerste-, tweede- als derdelijnszorg. De sterkte van de werking binnen de eerste lijn is de laagdrempelige toegankelijkheid van de fysiotherapeuten (FON, 2018). De werkwijze van een fysiotherapeut staat gekenmerkt door het methodisch handelen. Planmatig, doelgericht en procesmatig zijn de drie pijlers waarop methodisch handelen rust. Dankzij deze manier van werken is de fysiotherapeut in staat om zorg op maat te leveren die zowel transparant als toetsbaar is (de Vries, 2014b). Het KNGF heeft voor de fysiotherapie een richtlijn ontworpen waarin de beroepsethiek en gedragsregels staan uitgeschreven waarbinnen de fysiotherapeut dient te acteren. Binnen een dynamische samenleving, waarbij zowel de wetgeving als de waarden en normen continu verschuiven, is het noodzakelijk om een richtlijn als deze up-to-date te houden (Visser).

Een zwakte voor de fysiotherapeuten is de diversiteit in diploma's. Zowel bachelors als masters in de fysiotherapie worden tewerkgesteld. Deze worden op andere criteria beoordeeld, zo worden de bachelors beschouwd als EQF 6 ('European Qualifications Framework') en de masters op EQF 7 (de Vries, 2014b). Enkel de beste fysiotherapeuten worden gecontracteerd door zorgverzekeraars, hierdoor ontstaat er een onderlinge concurrentie tussen de praktijken die een onaangename en stressvolle

werksfeer oplevert (bron: bijlage 7). Fysiotherapeuten met een specifieke doelgroep, bijgevolg vaak complexere patiënten, worden benadeeld door de regel van het landelijk gemiddelde. Je mag maximum 150 % van het landelijk gemiddelde halen als therapeut. Wanneer je herhaaldelijk een patiënt niet uitbehandeld binnen het vooropgestelde landelijk gemiddelde zullen de zorgverzekeraars minder geneigd zijn om een contract met je af te sluiten als fysiotherapeut (bron: bijlage 5). Fysiotherapeuten werken enkel binnen het deelgebied waarvoor zij de nodige kwalificaties hebben. Dit kan negatief werken op zowel de motivatie voor de therapeut, aangezien ze enkel patiënten behandelen die in hun domein terecht komen, als de basiskennis van andere deelgebieden die ze in de opleiding verworven hebben (bron: bijlage 7).

Het CVZ (College Van Zorgverzekeringen) heeft een nieuw model ontwikkeld aangaande de preventie ('Prevent-model'). Dit 'Prevent-model' focust op risico-denken in plaats van het huidige symptoom- of ziekte-denken. Hierdoor zou het werkvlak van preventie aanzienlijk vergroten. Een fysiotherapeut kan tewerkgesteld worden in zowel het zorgdomein als in 'public health'/vrije markt. De therapeut kan zo de kans tot het ontstaan van een ziekte of krijgen van risicofactoren reduceren en de gezondheid trachten te bevorderen (de Vries, 2014b). De opleidingen van zowel de bachelor, master als de PhD in de fysiotherapie zijn in ontwikkeling. Het KNGF doet een aantal inspanningen vanwege de verwetenschappelijking van het vak, het wilt vanaf 2025 enkel masters in de fysiotherapie opleiden (EQF niveau 7) en opent leerstoelen aan universiteiten en lectoraten op hogescholen (de Vries, 2014b).

Een van de bedreigingen voor de fysiotherapeuten is echter dat fysiotherapeuten worden geacht zelf in te schatten of zij competent zijn om een bepaalde zorg aan de patiënt te verlenen. De mogelijke bedreiging is dat de therapeut zich competent acht voor een zorg die hij niet kan geven, waardoor de patiënt niet geholpen wordt (de Vries, 2014b). De grens tussen selectieve preventie en geïndiceerde preventie in het 'Prevent-model' is dun. Hierdoor bestaat de kans dat de fysiotherapeut een keuze moet maken die ethisch verantwoord moet worden (de Vries, 2014b).

	POSITIVE	(Possibly) NEGATIVE
I N T E R N A L	<p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling beroepsprofiel via Canadese CanMEDS- model (VUmc, 2016) • Up-to-date: 2014 (de Vries, 2014b) • Maakt gebruik van ICF-model (ontwikkeld door WHO) (de Vries, 2014b) • Therapieën waarvoor geen evidentie bestaat of die niet zijn gebaseerd op een westerse rationale vallen buiten het domein van de fysiotherapie (de Vries, 2014b) • Fysiotherapeut dient rekening te houden met de kaders die gevormd worden door wetenschap, beroepsnormen, voorschriften, ethische principes en financiële kaders (de Vries, 2014b) • Werken conform EBP (Evidence based practice): is gebaseerd op de integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is (de Vries, 2014b). • Werkzaam binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (FON, 2018) • Fysiotherapeutisch handelen wordt ondersteund door het methodisch handelen (de Vries, 2014b) • Fysiotherapeut kent de ethische grondbeginselen zoals vastgelegd in Beroepsethiek en gedragsregels (Visser) 	<p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Door KNGF erkende gespecialiseerde fysiotherapeuten werken primair in een deelgebied binnen de fysiotherapie. (afhankelijk van de kwalificatie van deze fysiotherapeut) (Katrien Nackaerts) • Bachelorniveau qua opleiding, masteropleiding is optioneel (Katrien Nackaerts) • Verschillende kwaliteitscriteria voor een bachelor en master fysiotherapeut (de Vries, 2014b) • Boven 150% landelijk gemiddelde, nefast voor contracten met zorgverzekeringen (Erik Wintjens)
E X T E R N A L	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn voor de fysiotherapie (Preventmodel → College van Zorgverzekeringen: CVZ) (de Vries, 2014b) • Fysiotherapeut ook actief in universele en selectieve preventie (de Vries, 2014b) • Masteropleidingen en PhD-trajecten zijn in stijgende lijn (de Vries, 2014b) 	<p>Treats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysiotherapeut bepaalt of er wel of geen indicatie voor fysiotherapie is en of hij/zij hier competent voor is om deze zorg aan te bieden (de Vries, 2014b) • Op de lijn van selectieve preventie en geïndiceerde preventie kan frictie ontstaan waarbij de fysiotherapeut een ethische afweging moet maken. (de Vries, 2014b)

SWOT-analyse 4: SWOT vanuit het perspectief van de fysiotherapeut in Nederland

5.2.2. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de patiënt

Een van de sterktes voor de patiënt is de mogelijkheid tot directe toegang tot de fysiotherapeut. Sinds 1 januari 2006 behoort fysiotherapie tot de zorg uit de eerste lijn (KNGF, 2006). Dit maakt de toegankelijkheid van de fysiotherapeut voor de patiënt laagdrempelig. Tevens het feit dat men zonder verwijzing terecht kan bij de fysiotherapeut werkt tijdsbesparend (bron: bijlage 9).

De kwaliteit wordt bewaakt door de zorgverzekeraars, deze vaardigen controleurs af met vakkennis ter controle van de toegepaste behandelingen. Controles worden uitgevoerd door onafhankelijke bureaus d.m.v. audits, hierbij is minstens een materiedeskundige aanwezig. Deze audits hanteren kwaliteitsregisters zoals het CKR. Door deze inspanningen willen de zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg transparant maken (bron: bijlage 17).

De verplichting tot het sluiten van een basisverzekering is bij wet bepaald, dit zorgt ervoor dat alle inwoners een basisverzekering hebben voor noodzakelijke zorg (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005).

De aanwezigheid van een controleorgaan voor de fysiotherapeut, Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie, is ook een sterkte. Deze oefent de tuchtrechtspraak uit voor leden van het KNGF en de fysiotherapeuten die ingeschreven staan bij het CKR. Zo worden de niet kwaliteitsvolle fysiotherapeuten hierop aangesproken en eventueel bestraft (de Vries, 2014b).

De behandelindex is een tool gebaseerd op spiegelinformatie, hiermee kunnen de patiënten controleren hoe een fysiotherapeut scoort op het landelijk gemiddelde. Wanneer deze spiegelindex 100 bedraagt, scoort deze fysiotherapeut het landelijk gemiddelde. Zo kunnen patiënten een vergelijking maken tussen meerdere therapeuten om tot de meest efficiënte behandeling te komen. Op deze manier tracht men de zorg betaalbaar te houden (CZ, 2018b).

Een zwakte voor de patiënten is de 'range' waartussen het tarief van de fysiotherapeut schommelt (€ 28 - € 30). Hierdoor worden de keuzes voor de fysiotherapeut bepaald door het tarief en niet o.b.v. kwaliteiten (bron: bijlage 6, 12). Doordat de patiënten vrij zijn in de keuze van hun zorg, mogen zij kiezen voor een niet-gecontracteerde fysiotherapeut. De behandeling bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut wordt minder terugbetaald, waardoor de zorg voor de patiënt duurder wordt. Ook is er geen kwaliteitscontrole op de behandelingen bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, hierdoor kan er geen behandelindex worden opgesteld voor deze therapeuten. De terugbetaling via de zorgverzekeraar verloopt anders bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, hier zal het tarief allereerst volledig door de patiënt betaald moeten worden om deze vervolgens te declareren bij de zorgverzekeraar in kwestie (CZ, 2018a).

Voor de mogelijke aanvullende verzekering die afgesloten wordt door de patiënt, moet maandelijks een supplement betaald worden. Het is voor de patiënten uit de lagere sociale klasse niet vanzelfsprekend om dit supplement te betalen, ondanks dat er een specifiekere zorg voor hen van toepassing is. Zo zijn de financiële middelen van een patiënt een factor die het soort verzekering bepaalt. Een afgesloten verzekering is een jaar geldig. Tijdens dit jaar is het niet mogelijk om over te schakelen van een basisverzekering naar een aanvullende of omgekeerd. Aangezien een patiënt toekomstige letsels niet kan voorzien, kan dit tot gevolg hebben dat hij een deel van een jaar een bepaalde zorg nodig hebben

waarvoor de patiënt in kwestie niet verzekerd is. Er zijn enkele zorgverzekeraars die een verzekering aanbieden waarbij het mogelijk is tijdens het jaar over te schakelen naar een andere verzekering. De tarieven van dit soort verzekeringen lopen echter hoog op (bron: bijlage 11).

De lijst Borst voor fysio- en oefentherapeutische behandeling is eenvoudig te raadplegen via het internet. Dit biedt mogelijkheden voor de patiënt, hierdoor kunnen zij achterhalen of het letsel waarvoor zij in behandeling zijn als chronisch/niet-chronisch gecategoriseerd wordt en tot wanneer deze behandelingen terugbetaald worden (Agis, 2014). Een andere mogelijkheid voor patiënten bestaat eruit dat fysiotherapeuten met een specialisatie geraadpleegd kunnen worden. Het KNGF stimuleert het specialiseren als fysiotherapeut door aan deze specialisatie een hoger EQF niveau te koppelen. Deze fysiotherapeuten hebben een 'framework' van kennis en vaardigheden dat als EQF niveau 7 wordt beschouwd.

Dit laatste punt is ook een mogelijke bedreiging. Door deze specialisaties gaan fysiotherapeuten vnl. patiënten in behandeling krijgen die binnen hun specialisatie vallen. Hierdoor zal de kennis betreffende andere pathologieën wegebben. Voor een patiënt vormt dit een bedreiging, aangezien hij niet meer bij iedere fysiotherapeut terecht kan voor zijn specifieke klacht (bron: bijlage 12).

Doordat het macrobudget beheerd wordt door de zorgverzekeraars zijn zij in staat om budgettaire beslissingen te maken. Zo bepalen zij bijvoorbeeld voor de patiënt welk merk medicatie zij moeten nemen. Dit vormt voor de patiënt mogelijks een bedreiging aangezien zij geen vrije keuze hebben omtrent medische beslissingen (bron: bijlage 10).

	POSITIVE	(Possibly) NEGATIVE
I N T E R N A L	<p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directe toegang (KNGF, 2006) • Veel controle op kwaliteit van zorg (bron: bijlage 5) • Basisverzekering voor iedereen gelijk (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005) • Patiënt staat centraal (de Vries, 2014b) • Tuchtorgaan aanwezig (de Vries, 2014b) • Behandelindex (CZ, 2018b) 	<p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prijs niet bij wet bepaald (bron: bijlage 6) • Niet gecontracteerde fysiotherapeuten: (CZ, 2018a) <ul style="list-style-type: none"> ○ Geen kwaliteitscontrole ○ 75% (max.) terugbetaald in vergelijking met gecontracteerde ○ → Minder terugbetaling + eerst zelf bekostigen • Aanvullende verzekering o.b.v. de middelen van de patiënt (bron: bijlage 12) • Verzekering zelden/niet aanpasbaar gedurende het jaar (bron: bijlage 11)
E X T E R N A L	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lijst Borst voor fysio- en oefentherapeutische behandeling (Agis, 2014)(bron: bijlage 6) • Specialisatie fysiotherapeuten: de patiënt kan bij een specialist terecht (bron: bijlage 12) 	<p>Treats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialisatie fysiotherapeut (voor een andere pathologie moet men naar een ander fysiotherapeut gaan)(bron: bijlage 12) • Te veel macht bij zorgverzekeraars (bron: bijlage 10)

SWOT-analyse 5: SWOT vanuit het perspectief van de patiënt in Nederland

5.2.3. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar

Het is voor de zorgverzekeraars een positief gegeven dat het risico eerlijk verdeeld is voor elke zorgverzekeraar door risicoverevening. Risicoverevening betekent dat zorgverzekeraars een compensatie ontvangen van het zorgverzekeringsfonds voor verzekerden met een hoog risicoprofiel en betalen aan dit fonds voor verzekerden met een laag risicoprofiel. Het doel van de risicoverevening is eerlijke concurrentie tussen de zorgverzekeraars (NZa, 2017).

Van de overheid krijgen de zorgverzekeraars een bepaald budget dat mag uitgekeerd worden aan de zorgsector. Zij bepalen dus zelf wat ze met dit budget doen (bron: bijlage 4).

Zorgverzekeraars hebben voor de basisverzekering een acceptatieplicht, dit wil zeggen dat ze niemand mogen weigeren een basisverzekering bij hen af te sluiten. Dit kan voor de zorgverzekeraar beschouwd worden als een zwakte aangezien zij geen personen mogen weigeren met een hoog risicoprofiel. Maar voor de aanvullende verzekeringen is er geen acceptatieplicht, dit kan beschouwd worden als een sterkte voor de zorgverzekeraar daar zij zelf bepalen aan wie zij al dan niet een aanvullende verzekering aanbieden (NZa, 2017). Een andere sterkte voor de zorgverzekeraars is dat zij zelf mogen bepalen wat ze aanbieden in een aanvullende verzekering (Rijksoverheid, 2018b). Het is een sterkte voor de zorgverzekeraar dat zij gebruikmaken van de behandelindex voor fysiotherapeuten. Aan de hand

hiervan kunnen ze zien hoe efficiënt een fysiotherapeut werkt t.o.v. andere fysiotherapeuten in Nederland (CZ, 2018b). Indien de zorgverzekeraar merkt dat de fysiotherapeut niet voldoende efficiënt werkt, wordt de fysiotherapeut gecontroleerd op kwaliteit en efficiëntie van zijn geleverde werk door iemand met kennis van het vak (bron: bijlage 17). Indien de zorgverzekeraar dit wenst, heeft hij het recht het contract met de desbetreffende fysiotherapeut op te zeggen (bron: bijlage 5).

Er is veel concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt, maar de concurrentiedruk blijft eerder aan de lage kant. Dit is o.a. te wijten aan de zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars bevinden zich op een sterk gereguleerde markt waarin ze gecontroleerd worden door diverse instanties (DNB, 2017).

Sinds het invoeren van de zorgverzekeringswet zijn er geen nieuwe zorgverzekeraars meer bijgekomen op de markt waardoor nieuwe concurrentie uitblijft. Volgens de ACM is de beperkte mogelijkheid om te kunnen concurreren ook te wijten aan de maatschappelijke druk t.o.v. de zorgverzekeraars (ACM, 2016). Daarbij komt dat de zorgverzekeraars sinds 2006 geen winst mogen uitkeren en dit verbod wordt mogelijk verlengd en definitief gemaakt (Kieskamp, 2017). Door dit verbod is het moeilijk voor de zorgverzekeraars hun financiële positie te versterken (DNB, 2017).

Wat ook beschouwd kan worden als een zwakte voor de zorgverzekeraar, is de acceptatieplicht voor personen die een basisverzekering willen afsluiten (NZa, 2017). Deze zwakte wordt gecompenseerd door de risicoverevening zoals hierboven reeds aangehaald werd (DNB, 2017).

Een van de mogelijkheden voor de zorgverzekeraars is het gebruik van een behoeftetoepassing op het aanbod van de aanvullende verzekeringen. Hierbij onderzoekt de zorgverzekeraar waar de klant precies nood aan heeft in een zorgverzekering zodat de inhoud van het product kan worden afgestemd op de verwachtingen van de patiënt (AFM, 2015). Door een optimaal aanbod aan producten, is het voor de zorgverzekeraar ook belangrijk te beschikken over een zelfkritisch vermogen. AFM haalt aan dat wanneer er niet voldoende kritisch wordt gekeken naar een product en de ontwikkeling ervan, het product niet-wenselijke eigenschappen zal bevatten (AFM, 2015).

Een andere opportuniteit bestaat eruit dat zorgverzekeraars de mogelijkheden om te concurreren optimaal benutten en zo hun marktaandeel vergroten. Dit kan bv. door zich te differentiëren van de andere zorgverzekeraars d.m.v. productdifferentiatie. De zorgverzekeraar kan hierdoor concurrentieel sterker worden, aangezien de concurrentiedruk eerder beperkt blijft tegenwoordig (ACM, 2016).

Het is voor de zorgverzekeraars een bedreiging dat steeds minder personen een aanvullende verzekering afsluiten. Dit aangezien de personen die zich aanvullend verzekeren, vaak veel nood hebben aan extra zorg. De zorgverzekeraars reageren op hun beurt hierop door de aanvullende pakketten te beperken of de premie te laten stijgen, uit noodzaak (Independer, 2017). Veel zorgverzekeraars zetten al reserves in om de premiestijging te beperken, maar dit kunnen ze niet blijven doen (DNB, 2017). Een andere bedreiging is het te grote aanbod aan aanvullende verzekeringen die in praktijk te weinig van elkaar verschillen. Het is voor de consument niet meer overzichtelijk welke verzekeringen er allemaal zijn tegen welke prijs. Het is belangrijk dat de zorgverzekeraar zichzelf

afvraagt of het toevoegen van nog een extra aanvullende zorgverzekering een meerwaarde biedt voor de consument binnen het gehele aanbod van aanvullende zorgverzekeringen (AFM, 2015).

	POSITIVE	(Possibly) NEGATIVE
I N T E R N A L	<p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eerlijke concurrentie door risicoverevening (NZa, 2017) • Beheren macrobudget (bron: bijlage 4) • Mogen zelf hun aanbod aanvullende verzekeringen bepalen (Rijksoverheid, 2018b) • Geen acceptatieplicht voor aanvullende verzekering (NZa, 2017) • Behandelindex (CZ, 2018b) • Bepalen eisen voor contract met zorgverleners (bron: bijlage 5) • Controle van fysiotherapeuten wordt uitgevoerd door iemand met kennis van het vak (bron: bijlage 17) 	<p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veel concurrentie, maar concurrentiedruk blijft beperkt (ACM, 2016) • Sterk gereguleerde marktwerking (ACM, 2016; DNB, 2017) • Mogelijk verbod op winstuitkering (DNB, 2017; Kieskamp, 2017) • Acceptatieplicht basisverzekering (NZa, 2017)
E X T E R N A L	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behoeftebepaling toepassen (AFM, 2015) • Zelfkritisch vermogen aanscherpen (AFM, 2015) • meer inzetten op marktaandeel en zich differentiëren van andere zorgverzekeraars (ACM, 2016) 	<p>Treats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aantal personen dat aanvullende verzekering neemt, daalt (Independer, 2017) • Te groot aanbod aanvullende verzekeringen die in praktijk die in de praktijk in dekking beperkt van elkaar verschillen (AFM, 2015)

SWOT-analyse 6: SWOT vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar in Nederland

5.2.4. SWOT-analyse vanuit het perspectief van de overheid

De Nederlandse overheid heeft t.o.v. België minder invloed op de fysiotherapeutische sector. Ook dit heeft zijn voor- en nadelen, deze zullen hier verder worden toegelicht.

Een eerste sterk punt voor de Nederlandse overheid is het feit dat ze zowel de wetgeving (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005) als de leerplannen (de Vries, 2014b) bepaalt voor de fysiotherapie. Daarnaast is er de Nederlandse Zorgautoriteit die fungeert als controleorgaan en erop toeziet dat de zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars (DNB, 2017; NZa, 2018b). Fysiotherapeuten worden op hun beurt gecontroleerd door de zorgverzekeraars waarmee zij contracten afsluiten, indien de fysiotherapeut niet voldoet aan de eisen van de zorgverzekeraar kan hij het contract mislopen (bron: bijlage 4, 5).

Zorgverzekeraars stellen eisen op aan zorgverleners en onderhandelen met hen om zo kwalitatief goede en betaalbare zorg te kunnen aanbieden aan de zorgvragers (DNB, 2017). Ook is er nog een kwaliteitsregister waarin fysiotherapeuten geregistreerd worden, het CKR. Om in dit register te worden geregistreerd dient de fysiotherapeut aan zes criteria te voldoen die zijn opgesteld door het Beleidsorgaan Centraal Kwaliteitsregister, afgekort als BOCK. De criteria die worden vermeld op de website van *De startende fysiotherapeut* zijn de volgende: In het bezit zijn van het diploma fysiotherapie of verbijzonderd fysiotherapeut; Ingeschreven zijn in het BIG-register (destartendefysiotherapeut.nl, 2018). Hierin kan iemand die een zorgberoep uitoefent zich registeren, hiermee wordt er duidelijkheid geschept over de bevoegdheid van zorgverleners (CIBG, 2018); Deelnemen aan een klachtenregeling die voldoet aan de Wet klachtrecht Cliënten Zorgsector; Werken volgens de KNGF-richtlijnen; Voldoen aan de werkeis. Deze eis omvat gedurende twee jaar gemiddeld acht uur per dag werkzaak te zijn geweest als fysiotherapeut. Indien de fysiotherapeut nog niet langer dan twee jaar geleden is afgestudeerd, geldt de stage als werkeis; Behalen van voldoende accreditatiepunten. Gedurende een periode van vijf jaar is de fysiotherapeut verplicht 120 studiepunten te behalen, waarvan minimum 50 studiepunten behaald dienen te worden voor een vakinhoudelijk deel (destartendefysiotherapeut.nl, 2018).

Het is voor fysiotherapeuten niet verplicht zich in te schrijven in het CKR, maar zorgverzekeraars verwachten dit wel wanneer ze een contract met de desbetreffende fysiotherapeut willen afsluiten (destartendefysiotherapeut.nl, 2018). Dit alles zorgt ervoor dat de overheid mag uitgaan van kwaliteitsvolle zorg geleverd door fysiotherapeuten.

De overheid bepaalt een budget dat uitgekeerd wordt aan de zorgverzekeraars, dit budget wordt ook wel het macrobudget genoemd (bron: bijlage 4). De zorgverzekeraars zijn op hun beurt verantwoordelijk voor het organiseren van de zorgverzekeringen. Zoals eerder aangehaald bij de verschillen tussen België en Nederland, bepaalt de overheid wel wat er in de basisverzekering omvat wordt, maar de aanvullende verzekeringen zijn de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars (Rijksoverheid, 2018b). Doordat de zorgverzekeraars private ondernemers zijn, heeft de overheid minder werk met het uitbouwen van een systeem voor de zorgverzekering wat tevens als een sterkte beschouwd kan worden (bron: bijlage 4).

Aangezien de overheid geen inspraak heeft in de aanvullende verzekeringen, kan dit een zwakte vormen (Rijksoverheid, 2018b). Daarnaast vormen fysiotherapeuten die geen contracten afsluiten met zorgverzekeraars een andere bedreiging voor de overheid (bron: bijlage 6). Fysiotherapeuten die niet-gecontracteerde zorg leveren, mogen hun tarief vrij bepalen en de patiënt krijgt minder vergoed door zijn zorgverzekering (Geld.nl, 2018). Daarnaast vallen deze fysiotherapeuten buiten de kwaliteitscontroles van de zorgverzekeraar (CZ, 2018a). De tuchtspraak blijft wel gelden, dus het KNGF kan nog steeds optreden en het visum van de fysiotherapeut intrekken indien er klachten zijn gelden (de Vries, 2014b).

Aangezien de overheid geen invloed heeft op de aanvullende verzekeringen (Rijksoverheid, 2018b) en er een groot aanbod bestaat (AFM, 2015), is het een mogelijkheid om per zorgverzekeraar een

maximaal aantal aanvullende verzekeringen toe te staan. Zo krijgt zowel de overheid als de patiënt een beter overzicht over welk aanbod er is en zo kan het klantbelang beter centraal komen te staan (AFM, 2015).

In het beroepsprofiel van de fysiotherapeut staat vermeld dat men in 2025 wil dat elke therapeut die zich inschrijft in het CKR, beschikt over een masterdiploma EQF niveau 7 (de Vries, 2014b). Dit is een mogelijkheid voor de overheid om de kwaliteit van de zorg nog verder uit te breiden.

Zorgverzekeraars zijn private ondernemingen en daarbij is het financiële aspect belangrijk. Dit vormt mogelijk een bedreiging omdat de overheid zo mogelijk niet kan garanderen dat de zorgverzekeraar ook effectief tot doel heeft kwaliteitsvolle zorg aan te bieden waarbij de patiënt centraal staat (Groenendijk, 2016). Anderzijds hebben vele zorgverzekeraars geen winstoogmerk (ACM, 2016) en worden zij door de gestructureerde markt ingeperkt in hun bedrijfsvoering (DNB, 2017).

Tot slot is een laatste mogelijke bedreiging het feit dat wanneer een zorgverzekering is afgesloten door een consument, het voor hem niet meer mogelijk is deze verzekering te wijzigen. Wanneer een consument zich niet bijkomend verzekerd voor fysiotherapie en opeens deze zorg nodig zou hebben door bv. een inversietrauma, kan hij dit niet meer wijzigen gedurende het hele kalenderjaar. Dit vormt mogelijk een bedreiging voor de overheid aangezien de patiënt in dit geval geen zorg krijgt en dit dus op lange termijn meer geld zal kosten om het letsel te kunnen genezen (bron: bijlage 11).

	POSITIVE	(Possibly) NEGATIVE
I N T E R N A L	<p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bepaalt wetgeving (J. Hoogervorst, Donner, J., 2005) • Bepaalt leerplannen • Nederlandse zorgautoriteit als controleorgaan (DNB, 2017; NZa, 2018b)(bron: bijlage 4) • Garantie kwaliteitsvolle fysiotherapie door strenge controles (bron: bijlage 4, 5) • Centraal kwaliteitsregister (CKR) (destartendefysiotherapeut.nl, 2018) • Bepaalt budget dat gespendeerd mag worden aan zorgverzekering (bron: bijlage 4) • Zorgverzekeraar regelt zorgverzekering → minder werk voor overheid (bron: bijlage 4)(Rijksoverheid, 2018a) • NZa maakt vergoeding voor preventie mogelijk → kostenbesparend op lange termijn 	<p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen vat op aanvullende verzekeringen (Rijksoverheid, 2018b) • Fysiotherapeuten die geen contract afsluiten met zorgverzekeraars (bron: bijlage 6).
E X T E R N A L	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het aantal aanvullende verzekeringen inperken per zorgverzekeraar • In 2025 beschikt elke nieuwe fysiotherapeut die zich inschrijft in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR), over een masterdiploma EQF niveau 7 (de Vries, 2014a) 	<p>Treats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraars zijn private bedrijven met als doel het maken van winst → kwaliteit zorg in mogelijk in gedrang (Groenendijk, 2016) Andere bron: de meeste zorgverzekeraars hebben geen winstoogmerk (ACM, 2016) • Na afsluiten verzekering, geen wijzigingen meer toegestaan of heel duur (bron: bijlage 12)

SWOT-analyse 7: SWOT vanuit het perspectief van de overheid in Nederland

5.3. SWOT-analyses kwaliteitsbeoordeling

De gebruikte bronnen werden o.b.v. 'level of evidence' gerangschikt (Bijlage 2). De verdeling van het aantal gebruikte bronnen was als volgt:

- Level A1: 40 bronnen
- Level B1: 5 bronnen
- Level B2: 15 bronnen
- Level B3: 9 bronnen
- Level C1: 11 bronnen
- Level C2: 14 bronnen
- Level D: 1 bron

6. Discussie

6.1. Reflectie over kwaliteit bronnen

De bronnen werden onderverdeeld in een 'level of evidence', waarvoor een gradatie werd opgesteld. Ondanks de voorkeur voor een hoog 'level of evidence' zijn er een heel aantal bronnen die lager scoren in de gradatie. Dit is te wijten aan het feit dat het perspectief van iedere stakeholder binnen het gezondheidszorgsysteem in kaart is gebracht. De documenten van officiële instanties werden gebruikt als 'framework', om dit vervolgens aan te vullen met bronnen van een lager 'level of evidence'. Tevens werden de gegevens van zowel de mutualiteiten in België, als de zorgverzekeraars in Nederland hoofdzakelijk gewonnen uit diens websites. Persoonlijk contact maken met de zorgverzekeraars was moeilijk, aangezien de communicatie tussen patiënt en zorgverzekeraar voornamelijk verloopt via 'social media'. Na meermaals een tevergeefs verzoek tot dialoog, werd er besloten om de info te halen uit diens websites en algemene overkoepelende instanties.

Ook werden fysiotherapeuten bevroegd d.m.v. een gestructureerd interview. Deze interviews vonden plaats in een beperkte tijdspanne, aangezien dit tijdens de werkuren gebeurde. Het aantal interviews met fysiotherapeuten en kinesitherapeuten is beperkt.

6.2. Reflectie over bevindingen in functie van onderzoeksvragen

Ondanks het feit dat de buurlanden België en Nederland lid zijn van de Europese Unie, was het moeilijk de twee zorgsystemen met elkaar te vergelijken. De nationale structuren verschillen dusdanig van elkaar dat de organisatie van de zorgsystemen meer verschillen dan gelijkenissen vertoonden. De vergelijking tussen twee zorgsystemen leverde zowel gelijkenissen als verschillen op. Toch ontbraken er mogelijk belangrijke bronnen aangezien er tal van instanties betrokken zijn binnen het ziekte zorgsysteem en er veel bronnen te vinden waren op het internet. De SWOT analyses waren persoonlijke interpretaties en

kunnen bijgevolg subjectief getint zijn. Wanneer er andere bronnen of andere persoonlijke interpretaties gehanteerd werden zouden deze SWOT analyses mogelijk verschillen.

Als een van de grotere verschillen tussen de twee zorgsystemen kwam de plaats van de zorgverzekeraar in Nederland naar voren. Deze instantie is vergelijkbaar met de mutualiteiten in België, maar er waren meer verschillen dan gelijkenissen. De zorgverzekeraars bekleeden een rol in Nederland die in België zowel door de overheid als de mutualiteiten bekleed wordt. Hierdoor is het aandeel van de zorgverzekeraars in Nederland binnen het zorgsysteem aanzienlijk groter dan die van de mutualiteiten in België.

6.3. Reflecties over de sterkte en beperkingen van de literatuurstudie

De voornaamste zwaktes uit deze literatuurstudie:

- Gestructureerde interviews werden afgenomen bij een kleine 'sample size' van kinesitherapeuten en fysiotherapeuten.
- De tijdsperiode waarin de interviews werden bij fysiotherapeuten afgenomen was beperkt.
- Hanteren van bronnen met lage 'level of evidence', met name C1 en C2.
- Beperkt aantal patiënten bevroegd.
- Afwezigheid persoonlijk contact met Belgische mutualiteiten.
- Subjectiviteit aanwezig bij construeren SWOT-analyses.
- Opstellen SWOT-analyse Nederlandse fysiotherapeuten gebeurd vnl. uit een bron (bron: de Vries, ...)
- Belgische patiënten werden niet 'face-to-face' geïnterviewd, er werd een vragenlijst doorgestuurd.
- Afwezigheid persoonlijk contact met bevoegd persoon van de overheid.

De voornaamste sterktes uit deze literatuurstudie:

- Voornamelijk gebruik van bronnen met 'high level of evidence', nl. 40 bronnen van 'level' A1.
- Het in kaart brengen van iedere stakeholder binnen elk zorgsysteem afzonderlijk.
- Contact met hoogleraar Hogeschool Utrecht.
- Rekruteren van fysiotherapeut die zowel in Nederland als België gewerkt heeft.
- Heterogene groep Nederlandse patiënten werd geïnterviewd.
- Interviews fysio- en kinesitherapeuten werden bijgesteld doorheen het onderzoek om dieper in te gaan op bepaalde aspecten.

Ten slotte, de literatuurstudie betreffende de masterthesis had een aantal sterktes en zwaktes. De belangrijkste sterkte is het uitvoerig bespreken van iedere stakeholder binnen zowel het Belgische als het Nederlandse zorgsysteem. Hierdoor werd er een ruim denkkader gecreëerd om op een kritische manier SWOT-analyses op te stellen, ondanks de geringe basiskennis. Een volledig objectieve vergelijking is niet tot stand gekomen, aangezien er talloze bronnen beschikbaar zijn omtrent dit thema die subjectief beschreven kunnen zijn in de SWOT-analyses. Tevens zou het beter zijn om een grotere

'sample size' te rekruteren betreffende de therapeuten en patiënten in zowel België als Nederland.

6.4. Aanbevelingen voor toekomstige studies

In het kader van verder onderzoek omtrent het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut in België konden er een aantal aanbevelingen gemaakt worden.

6.4.1. Populatie

De rekrutering van zowel Belgische als Nederlandse patiënten en therapeuten was gering. Om een meer representatief beeld te krijgen van deze stakeholders zou een grotere sample size bevestigd moeten worden. Het zou interessant zijn om zowel een groter aantal patiënten en therapeuten te bevragen, alsook een samengestelde groep met verschillende socio-demografische gegevens. Ook zou persoonlijk contact met zowel de overheid als de mutualiteiten en zorgverzekeraars een meerwaarde bieden aan de bevestigde populatie in toekomstige studies.

6.4.2 Studie design

Het studie design dat gehanteerd werd kan ruimer opgesteld worden. Zo kunnen er in België de stakeholders bijgevoegd worden zoals vakbonden en leden van de Beleidscl van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. In Nederland kunnen de toezichters van de zorgverzekeraars (bv. Autoriteit Financiële Markten) toegevoegd worden. Dit studiedesign zou naar de toekomst toe uitgewerkt kunnen worden om een vergelijking te maken met andere landen met hetzelfde of verschillend type gezondheidszorgsysteem. Een gesprekspartner van het desbetreffende land met een 'level of evidence' van B1 (door de overheid erkende kennisinstellingen) wordt aangeraden.

7. Conclusie

Kinesitherapeut België versus fysiotherapeut Nederland

Zowel de Belgische kinesitherapeuten als de Nederlandse fysiotherapeuten werken binnen het ICF-model. Ze gaan beide uit van een benadering waarbinnen de patiënt centraal staat. De kwaliteitscontrole in België, door het platform Pro-Q-Kine, weegt minder zwaar door dan de kwaliteitscontrole in Nederland, door het kwaliteitsregister V&V. Deze kwaliteitscontrole is cruciaal voor het percentage van het landelijk gemiddelde en bijgevolg ook voor het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars. De Nederlandse fysiotherapeuten werken in tegenstelling tot de Belgische kinesitherapeuten zowel in de eerste-, tweede- als derdelijnszorg. Met name de aanwezigheid in de eerste lijn zorg zorgt voor een laagdrempelige toegankelijkheid voor de fysiotherapeuten. De kinesitherapeuten in België werken minder gespecialiseerd dan de fysiotherapeuten in Nederland, wat voor de kinesitherapeuten het

onderhoud van brede basiskennis bevordert en de motivatie ten goede komt door afwisseling. Hierdoor is de zorg op maat wel beter afgestemd is bij de fysiotherapeuten. In België studeren momenteel enkel kinesitherapeuten af die opgeleid zijn als masters, terwijl in Nederland er zowel bachelors als masters afstuderen en in het werkveld terecht komen.

Patiënten België versus patiënten Nederland

De patiënt staat in beide landen centraal tijdens de behandeling. De Belgische patiënten echter zijn verzekerd via mutualiteiten in tegenstelling tot de Nederlandse patiënten die een contract moeten afsluiten met een zorgverzekeraar naar keuze. Dit heeft als gevolg dat de patiënten in België door de standaard verzekering voor een groter aanbod aan zorg verzekerd zijn, terwijl de Nederlanders een aanvullende verzekering moeten nemen om voor hetzelfde aanbod aan zorg verzekerd te zijn. In Nederland kunnen de tarieven hoog oplopen wanneer je zorg nodig hebt die buiten je afgesloten verzekering valt. In Nederland heb je een controleorgaan voor de fysiotherapeut, Raad voor de Rechtspraak van Fysiotherapie. Dit is voor de Nederlandse patiënten een meldpunt en ombudsdienst. In België zijn er plannen voor een dussdanig orgaan te ontwikkelen maar tot op de dag van vandaag is dit nog niet in gebruik. Een groot verschil tussen beide systemen voor de patiënten is de aanwezigheid van de fysiotherapeut in Nederland in de eerstelijnszorg, dit vergemakkelijkt het contact tot de fysiotherapeut, in tegenstelling tot België waar men de kinesitherapeut vanaf de tweede lijn zorg vindt.

Mutualiteit België versus zorgverzekeraars Nederland

Dit is een groot verschil tussen de twee systemen. De Belgische mutualiteiten worden geleid door het RIZIV, terwijl de Nederlandse zorgverzekeraars het macrobudget mogen beheren van de overheid. De rol van de mutualiteiten in België is dus eerder beperkt, terwijl de zorgverzekeraars in Nederland een belangrijke rol bekleden.

Overheid België versus Overheid Nederland

Zowel de overheid in België als in Nederland bepalen de wetgeving omtrent het beroep kinesitherapie/fysiotherapeut. Ook het budget dat uitgetrokken wordt voor de zorg, bepalen zowel de Belgische als de Nederlandse overheid. Hierin verschilt het enkel dat de Belgische overheid dit budget zelf dient te managen, terwijl de Nederlandse overheid dit budget uitkeert aan de zorgverzekeraars die voor dit macrobudget verantwoordelijk zijn. In Nederland controleren de zorgverzekeraars de kwaliteit van de fysiotherapeuten (CKR), dit ontlast de overheid. In België bestaat er geen controleorgaan om de kwaliteit te verzekeren. Het platform Pro-Q-Kine is echter optioneel voor kinesitherapeuten en therapeuten die hier niet bij aangesloten zijn kunnen toch kwaliteitsvolle zorg aanbieden. Zowel de Belgische als de Nederlandse overheid kampen met een probleem van geconventioneerden en niet-geconventioneerden kinesitherapeuten (België) en gecontracteerden en niet-gecontracteerden fysiotherapeuten (Nederland). Hierover heeft de overheid momenteel geen controle en dit maakt het kostenplaatje voor de patiënt duurder.

Algemene conclusie

Er zijn meer verschillen dan gelijkenissen tussen deze twee zorgsystemen. Zo zijn sterktes van het Belgische systeem, zwaktes of bedreigingen voor dat van Nederland en vice versa. Een vergelijking maken tussen twee dusdanig verschillende systemen is bijgevolg niet eenvoudig. Toch moeten deze conclusies met zorg geïnterpreteerd worden aangezien een SWOT-analyse subjectief getint kan zijn.

8. Referentielijst

- ACM. (2016). Concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen - Tussenrapportage
Retrieved from https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/15504_tussenrapportage-concurrentie-op-de-markt-voor-zorgverzekeringen-2016-02-11.pdf
- AFM. (2015). Uitkomsten onderzoek Aanvullende Zorgverzekeringen. Retrieved from <https://www.afm.nl/~/profmedia/files/rapporten/2015/uitkomsten-onderzoek-aanvullende-zorgverzekeringen.pdf>.
- Agis. (2014). Lijst Borst voor fysio- en oefentherapeutische behandelingen. Retrieved from [https://fysio.net/pdf/Chronische%20lijst%20aandoeningen%20\(lijst%20Borst.%202014\).pdf](https://fysio.net/pdf/Chronische%20lijst%20aandoeningen%20(lijst%20Borst.%202014).pdf)
- Attentia. (2018). Waarvoor dienen de RSZ-bijdragen? Retrieved from <https://www.attentia.be/nl/faq/waarvoor-dienen-de-rsz-bijdragen>
- Axxon. (2016). Axxon antwoordt op auditrapport 2016. Retrieved from <http://www.axxon.be/ckfinder/userfiles/files/Karen/Antwoord%20op%20auditrapport%202016%20def.pdf>
- Axxon. (2018a). Voorstel budget 2018 goedgekeurd in het verzekeringscomité. Retrieved from <https://axxon.be/nl/nieuws/106-voorstel-budget-2018-goedgekeurd-in-het-verzekeringscomite/>
- Axxon. (2018b). Wie is Axxon? Retrieved from <https://axxon.be/nl/wieisaxxon/>
- Bastiaensens, R., Bertinchamps, D., Briart, C., Charles, C., Cools, A., Gruwez, F., Neven, S., Larock, P., Rabau, P., Stappaerts, K., Sterckx, M., Van Dooren, F., Van Loon, K., Zuyderhoff, M., Peeters, S., Van Gulck, M. (2010). Beroeps-en Competentieprofiel van de kinesitherapeut in België. Retrieved from <http://kine-tienen.be/sites/default/files/beroepscompetentieprofiel%20kinesitherapie%20mei%202010%200def.pdf>
- Belastingdienst. (2018). Zorgtoeslag. Retrieved from <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privetoelagen/zorgtoeslag/>
- Belga. (2015). Aantal studenten kine in Vlaanderen in 6 jaar bijna verviervoudigd. *HLN*. Retrieved from <https://www.hln.be/wetenschap-planeet/aantal-studenten-kine-in-vlaanderen-in-6-jaar-bijna-verviervoudigd~aa1121fd/>
- Belga. (2017a). CM: “Voer ingangsexamen in voor kinesisten en logopedisten”. *HLN*. Retrieved from <https://www.hln.be/nieuws/binnenland/onderwijs/cm-voer-ingangsexamen-in-voor-kinesisten-en-logopedisten~ae1b149c/>
- Belga. (2017b). Kinesisten en socialistisch ziekenfonds verwerpen ultiem tarievenvoorstel. Retrieved from https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/02/06/kinesisten_en_socialistischziekenfondsverwerpenultiemtarievenvoo-1-2885209/
- C. Nuyens, D. M., M. Mingiedi. (2010). Sociale bescherming in België: ESSOBS data voor België. Retrieved from <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/essobs-2008-nl.pdf>
- CIBG. (2018). Over het BIG-register. Retrieved from <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register>
- CZ. (2018a). Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverleners. Retrieved from <https://www.cz.nl/vergoedingen/voordelen-van-gecontracteerde-zorg/niet-gecontracteerde-zorg>
- CZ. (2018b). Wat is de behandelindex en wat betekent het voor u? Retrieved from <https://www.cz.nl/klantenservice/hoe-zit-dat-nou/wat-is-de-behandelindex-en-wat-betekent-het-voor-u>

- Das, B. (2018). OPINIE: “De mutualiteiten en het Riziv besparen op kosten van de patiënt”. Retrieved from <https://www.hln.be/wetenschap-planeet/medisch/ opinie-de-mutualiteiten-en-het-riziv-besparen-op-kosten-van-de-patient-adedc031/>
- De Block, M. (2015). Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015091802&table_name=wet
- De Block, M. (2018). Preventie centraal in de aanbevelingen van de hervormingscommissie beroepsziekten van de 21e eeuw. Retrieved from <https://www.maggiedeblock.be/2018/04/26/preventie-centraal-in-de-aanbevelingen-van-de-hervormingscommissie-beroepsziekten-van-de-21e-eeuw/2018-04-26-nl-preventie-centraal-in-de-aanbevelingen-van-de-hervormingscommissie-beroepsziekten-van-de-21e-eeuw/>
- de Vries, C., Hagens, L., Kiers, H., Schmitt, M. (2014a). Beroepsprofiel Fysiotherapeut. In de Vries, C., Hagens, L., Kiers, H., Schmitt, M. (2014b). Beroepsprofiel Fysiotherapeut. Retrieved from https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/vakinhoud/beroepsprofielen/2014-01_kngf_beroepsprofiel-ft_20131230_2.pdf
- de Vries, C., Hagens, L., Kiers, H., Schmitt, M. (2014c). Beroepsprofiel Fysiotherapeut. In (pp. 7-8). *destartendefysiotherapeut.nl*. (2018). Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. Retrieved from <http://www.destartendefysiotherapeut.nl/gaan-werken/kwaliteitsregister-ckr.html>
- DNB. (2017). Visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars Retrieved from https://www.dnb.nl/binaries/1708300_Toekomst%20Zorgverzekeringssector%20web_tcm46-366768.pdf?2017120507
- Feys, P. (2018). *Gezondheidszorgsystemen in een historisch perspectief & inleiding nomenclatuur en zorgverleners*. Retrieved from
- FODvolksgezondheid. (1967). Koninklijk besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1967111008&table_name=wet
- FON. (2018). Werken als fysiotherapeut. Retrieved from http://www.fysiotherapie-opleidingen-nederland.nl/fysiotherapeut_werken_studeren_studiekeuze_vervolgopleiding_deeltijd/fysiotherapeut_werkgebieden
- FVB. (2018a). De positionering van de vrije beroepen. Retrieved from <http://www.federatievrijberoepen.be/viewobj.jsp?id=429256>
- FVB. (2018b). Wat is een vrij beroep? Retrieved from <http://www.federatievrijberoepen.be/viewobj.jsp?id=347786>
- Geld.nl. (2018). Gecontracteerde zorg. Retrieved from <https://www.geld.nl/zorgverzekering/service/gecontracteerde-zorg>
- Groenendijk, C. (2016). Privatisering zorg is de kwaal, niet de redding. Retrieved from <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/privatisering-zorg-is-de-kwaal-niet-de-redding-bd5e03f8/>
- Hendrickx, J. (2017). “We moeten dringend meer inzetten op preventie en het voorkomen van ziekten”. Retrieved from <http://www.medischeinformatie.be/innovatie-in-de-zorg/we-moeten-dringend-meer-inzetten-op-preventie-en-het-voorkomen-van-ziekten>
- Hepp, B. (2016). Wegwijzer naar de reglementering voor de kinesitherapeut. Retrieved from <http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infobox-kinesitherapeut.pdf#page=12>
- HLN. (2018). Bezoek aan kinesist wordt duurder. *HLN*. Retrieved from <https://www.hln.be/geld/consument/bezoek-aan-kinesist-wordt-duurder-a8c0a263/>
- Hoogervorst, J., Donner, J. (2005). Zorgverzekeringswet. Retrieved from <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2018-01-01>
- Hoogervorst, J., Verdonk, M. (2018). Besluit zorgverzekering. Retrieved from <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2018-01-01>
- HvG. (2018). De mutualiteit. Retrieved from <http://www.huisvoorgezondheid.be/patient/de-mutualiteit>
- HZIV. (2018). Lid worden. Retrieved from <https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/lid-worden>
- IMFT. (2017). Geconventioneerd / Gedeconventioneerd en supplementen tarief. Retrieved from <http://imft.org/nl/geconventioneerd-gedeconventioneerd-en-supplementen-tarief>
- Independer. (2017). Aanvullende verzekeringen uitgekleeft: steeds minder fysio en bril. Retrieved from <https://weblog.independer.nl/in-de-media/aanvullende-verzekeringen-uitgekleeft-steeds-minder-fysio-en-bril/>

- Independer. (2018a). Eigen risico 2018. Retrieved from <https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/eigen-risico.aspx>
- Independer. (2018b). Gecontracteerde zorg in zorgverzekering. Retrieved from <https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/soort-zorgverzekering/naturapolis/gecontracteerde-zorg.aspx>
- Independer. (2018c). Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Retrieved from <https://www.independer.nl/fysiotherapie/info/klacht-over-een-fysiotherapeut/tuchtcollege-voor-de-gezondheidszorg.aspx>
- KAH. (2017). 'Wanneer worden kinesitherapeuten eindelijk niet meer gezien als veredelde masseurs?'. *Knack*. Retrieved from <http://www.knack.be/nieuws/belgie/wanneer-worden-kinesitherapeuten-eindelijk-niet-meer-gezien-als-veredelde-masseurs/article-opinion-799113.html>
- Kieskamp, W. (2017). Kamer: Zorgverzekeraars mogen geen winst uitkeren. Retrieved from <https://www.trouw.nl/home/kamer-zorgverzekeraars-mogen-geen-winst-uitkeren~af1875a7/>
- KNGF. (2006). Directe toegankelijkheid fysiotherapie. Retrieved from <https://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/richtlijnen/richtlijnen/meniscectomie/praktijkrichtlijn-12/verwijzing-versus-directe-toegankelijkheid-fysiotherapie-dtf/b2-directe-toegankelijkheid-fysiotherapie>
- KNGF. (2018). Wat we doen. Retrieved from <https://www.kngf.nl/KNGF/Missie+%26+Visie/wat-we-doen.html>
- Michel, C., De Block, M. (2015). Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet
- Mul, S. (2018). Eigen risico zorgverzekering: hoe werkt het? Retrieved from <https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/verplicht-eigen-risico>
- NRK. (2005). Gedragsregels voor de kinesitherapeut. Retrieved from <http://www.eurokine.be/eurokine/pages/kinenl.htm>
- nva0. (2015). Onderwijskwalificatie - Master of Science in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie. Retrieved from https://app.akov.be/pls/pakov/f?p=VLAAMSE_KWALIFICATIESTRUCTUUR:ONDERWIJSKWALIFICATIE::::P1030_OK_DOSSIER_ID:509
- NZa. (2017). Marktscan zorgverzekeringmarkt 2017. Retrieved from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3656_22/1/
- NZa. (2018a). Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie - BR/REG-18125. Retrieved from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21725_22/
- NZa. (2018b). Paramedische zorg. Retrieved from <https://www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg>
- OZ. (2018). Kinesitherapie terugbetalingen. Retrieved from <https://www.oz.be/gezondheid/verplichte-ziekteverzekering/terugbetalingen/kinesitherapie#verzekering>
- Peeters, S. (2017). *Maatschappelijk evoluerende context van de kinesitherapie*. Retrieved from
- PQK. (2012). Eindrapport project "kwaliteitsbevordering in de kinesitherapie". Retrieved from <http://kinesitherapeuten.be/sites/default/files/Eindrapport%202012%20Pro-Q-Kine.pdf>
- PQK. (2018). Werken aan kwaliteit. Retrieved from <https://pgk.be/nl/kwaliteitsbevordering>
- Rijksoverheid. (2018a). Hoe is de zorg in Nederland geregeld? Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringstelsel-in-nederland>
- Rijksoverheid. (2018b). Wat is een aanvullende zorgverzekering? Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-is-een-aanvullende-zorgverzekering>
- RIZIV. (2010). 'Niet geconventioneerd' op uw raam? Retrieved from https://ondernemingsdatabank.indicator.be/riziv/niet_geconventioneerd_op_uw_raam_VLT_AAWAR_EU200201/related?cookieChecked=1
- RIZIV. (2016a). De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken. Retrieved from [http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/maximumfactuur-\(maf\)-houdt-medische-kosten-binnen-perken.aspx#.Ww6os-6FPIU](http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/maximumfactuur-(maf)-houdt-medische-kosten-binnen-perken.aspx#.Ww6os-6FPIU)
- RIZIV. (2016b). Een zorgverlener zoeken. Retrieved from <http://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/zorgverlener-zoeken.aspx#.WxflwO6FPIU>
- RIZIV. (2017a). De nomenclatuur - afdeling 3. Kinesitherapie. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart07_20171001_01.pdf

- RIZIV. (2017b). Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten. Retrieved from <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx#.Ww6Ule6FPIU>
- RIZIV. (2018a). Kinesitherapeuten. Retrieved from <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/default.aspx#.WyEjq-6FPIV>
- RIZIV. (2018b). Overeenkomst M/18 tussen kinesitherapeuten en verzekeringsinstellingen. Retrieved from <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/overeenkomst.aspx#.Wwq8Ye6FPIU>
- RIZIV. (2018c). Rechtspraak - Kinesitherapeuten. Retrieved from <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/rechtspraak-kinesitherapeut.aspx#.WxEmxO6FPIX>
- Somers, B., Byttebier, A. (2004). Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Retrieved from <http://www.lmnregioagent.be/sites/default/files/users/Michiel/Eerstelijnsdecreet%203%20maart%202004%20pdf.pdf>
- Taaltelefoon.be. (2018). kinesist(e) / kinesitherapeut(e) / fysiotherapeut(e). Retrieved from <https://www.taaltelefoon.be/kinesiste-kinesitherapeute-fysiotherapeute>
- Tavernier, J. (2003). 1 april 2003. -Koninklijk besluit tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie " Rechten van de Patiënt " ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Retrieved from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/kb_01.04.2003_2.pdf
- UAntwerpen. (2018). Master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie: neurologische aandoeningen: Opleidingsinfo. Retrieved from <https://www.uantwerpen.be/nl/onderwijs/opleidingsaanbod/master-revaki-neurologisch/opleidingsinfo/>
- Van Baelen, F. (2003). *Een analyse van de economische aspecten van integratie van de sociale zekerheid : het belang van werkingskosten*. Retrieved from https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/000/790/005/RUG01-000790005_2010_0001_AC.pdf
- Van Everdingen, J. (2017). Junior Dokterswoordenboek. Retrieved from <https://www.ensie.nl/dokterswoordenboek/paramedicus>
- Van Loy, J., De Schamp, K. (2015). Opleiding kine barst uit zijn voegen. Retrieved from <http://www.veto.be/pdf/jg41/veto4114.pdf>
- Van Roy, P. (2015). Advies van Federale Raad voor kinesitherapie over directe toegang tot de kinesitherapie (DTK). Retrieved from http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/advies_dtk_versie_2_0151026_0.pdf
- Van Roy, P. (2016). Het beroepscompetentieprofiel van de kinesitherapeut in België anno 2020. Retrieved from http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pcp_kine_2020_0.pdf
- Vandenbroucke, F., Reynders, D., Verwilghen, M. (2002). Wet betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2002060542
- Visser, B., van Draat, F., van Slooten, H., Vis, A. Beroepsethiek en Gedragsregels voor de Fysiotherapeut. Retrieved from https://www.fydalo.nl/uploads/KNGF_BEROEPSETHIEK-GEDRAGSREGELS.pdf
- VUmc. (2016). Wat zijn de CanMEDS-rollen en welke activiteiten vallen eronder? Retrieved from https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/6876691/7168701/CanMEDS-bron_V_VN_.pdf
- WVVK. (2018). Peer review - Communicatie tussen arts en kinesitherapeut. Retrieved from <https://pgk.be/nl/001/data/images/normal/Presentatie%20PR%20Communicatie%20arts-kinesitherapeut.pdf>
- Ziekenfondsenvergelijken.be. (2018a). Hoeveel ziekenfondsen zijn er? . Retrieved from <http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/hoeveel-ziekenfondsen-zijn-er/>

Ziekenfondsenvergelijken.be. (2018b). Wat is de verplichte aanvullende verzekering? Retrieved from <http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/wat-is-de-verplichte-aanvullende-verzekering/>

ziekenfondsenvergelijken.be. (2018c). Wat is een ziekenfonds? Retrieved from <http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/wat-is-een-ziekenfonds/>

9. Bijlagen

Overzicht:

- Bijlage 1: Zelfevaluatie en voortgangsformulier
- Bijlage 2: Kwaliteitsbeoordeling bronnen
- Bijlage 3: Kadering geïnterviewde personen
- Bijlage 4: Interview hoogleraar hogeschool Nederland
- Bijlage 5: Interview fysiotherapeut 1
- Bijlage 6: Interview fysiotherapeut 2
- Bijlage 7: Interview kinesitherapeut 1
- Bijlage 8: Gestructureerd interview patiënten
- Bijlage 9: Interview patiënt Nederland - 1
- Bijlage 10: Interview patiënt Nederland - 2
- Bijlage 11: Interview patiënt Nederland - 3
- Bijlage 12: Interview patiënt Nederland - 4
- Bijlage 13: Interview patiënt België - 1
- Bijlage 14: Interview patiënt België - 2
- Bijlage 15: Interview patiënt België - 3
- Bijlage 16: Interview patiënt België - 4
- Bijlage 17: Contact met zorgverzekeraar CZ
- Bijlage 18: Contact met zorgverzekeraar Interpolis
- Bijlage 19: Contact met zorgverzekeraar OHRA
- Bijlage 20: Contact met zorgverzekeraar VvAA
- Bijlage 21: Contact met Liberale Mutualiteit (LML)
- Bijlage 22: Contact met Christelijke Mutualiteit (CM)
- Bijlage 23: Toestemming gebruik documentatie KNGF

Bijlage 1: Zelfevaluatie en voortgangsformulier

ZELFEVALUATIERAPPORT

WETENSCHAPPELIJKE STAGE - DEEL 1

RWK

Naam & Voornaam STUDENT: Paesen Andy

Naam & Voornaam (CO)PROMOTOR & PROMOTOR: Prof. dr. Meesen Raf

TITEL masterproef (Nederlandstalig of Engels): Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut

LITERATUURSTUDIE	Gestelde deadline	Behaald op	Reflectie
De belangrijkste concepten en conceptuele kaders van het onderzoeksdomein uitdiepen en verwerken	31/12/2017	31/12/2017	Vanuit mijn natuurlijke interesse naar het onderzoeksdomein ben ik na samenspraak met de promotor hier aan kunnen starten.
De belangrijkste informatie opzoeken als inleiding op de onderzoeksvraag van de literatuurstudie	31/12/2017	15/01/2018	Door het actuele thema zijn er zeer veel bronnen die we konden raadplegen.
De opzoekbare onderzoeksvraag identificeren en helder formuleren in functie van de literatuurstudie	8/01/2018	05/02/2018	Hiermee konden we alle kanten op, maar we zijn blij met de richting die we zijn ingeslagen.
Het vergaren van info op een systematische wijze uitvoeren via databanken en persoonlijke contacten	05/03/2018	16/04/2018	Het rekruteren van persoonlijke contacten verliep moeizaam, de bronnen raadplegen echter ging vlot.
De kwaliteitsbeoordeling van de artikels diepgaand uitvoeren	31/05/2017	31/05/2018	Deze werd adhv een gradatie goed en vlot uitgevoerd
De data-extractie grondig uitvoeren	20/05/2018	31/05/2018	
De bevindingen integreren tot een synthese	11/06/2017	11/06/2018	Door het duidelijk beeld wat we gecreëerd hebben rondom dit thema en het framework wat we hanteren is dit goed verlopen.

ONDERZOEKSPROTOCOL	Gestelde deadline	Behaald op	Reflectie
De onderzoeksvraag in functie van het onderzoeksprotocol identificeren	30/04/2018	30/04/2018	Hier konden we vele richtingen uit, we denken dat we door dit protocol de onderzoeksvraag goed kunnen behandelen
Het onderzoeksdesign bepalen en/of kritisch reflecteren over bestaande onderzoeksdesign	14/05/2018	21/05/2018	Zelfstandig toe gekomen
De methodesectie (participanten, interventie, uitkomstmaten, data-analyse) uitwerken	28/05/2018	21/05/2018	Hier hadden we een duidelijk beeld rond. We hebben dit ook

			zodanig kunnen en mogen uitwerken.
--	--	--	------------------------------------

ACADEMISCHE SCHRIJVEN	Gestelde deadline	Behaald op	Reflectie
De samenvatting tot he point schrijven	11/06/2018	11/06/2018	Verliep vlot
De inleiding van de literatuurstudie logisch opbouwen	11/06/2018	11/06/2018	Mits wat problemen rondom de schrijfstijl en tijd van schrijven verliep dit goed.
De methodesectie van de literatuurstudie transparant weergegeven	14/05/2018	21/05/2018	Naar onze mening is deze studie perfect herhaalbaar aan de hand van dit protocol
De resultatensectie afstemmen op de onderzoeksvragen	04/06/2018	11/06/2018	Het is moeilijk om de volledige haalbaarheid van een verdienmodel te testen, maar met deze resultaten kunnen we een goed beeld scheppen rond de haalbaarheid.
In de discussiesectie de bekomen resultaten in een wetenschappelijke tekst integreren en synthetiseren	11/06/2018	12/06/2018	We zijn beide kritisch ingesteld rondom de sterktes en zwaktes van de studie
Het onderzoeksprotocol deskundig technisch uitschrijven	28/05/2018	04/06/2018	Geen opmerkingen
Referenties correct en volledig weergeven	11/06/2018	13/06/2018	Geen opmerkingen

ZELFSTUREND EN WETENSCHAPPELIJK DENLEN EN HANDELEN	Aanvangsfase	Tussentijdse fase	Eindfase
Een realistische planning opmaken, deadlines stellen en opvolgen	Ambitieuus begonnen	Minder realistische deadlines opstellen	Deadlines werden aangepast en vervolgens wel gehaald
Initiatief en verantwoordelijkheid opnemen ten aanzien van de realisatie van de wetenschappelijke stage	Goed verlopen	Door drukte van stages en vakken, minder stipt	Compensatie van zwakkere tussentijdse fase door efficiënt te werken en initiatief te nemen
Kritisch wetenschappelijk denken	Goed verlopen	Goed verlopen	Zeer goed verlopen
De contacten met de promotor voorbereiden en efficiënt benutten	Contacten waar efficiënt	Contacten waren efficiënt	Contacten waren efficiënt
De richtlijnen van de wetenschappelijke stage autonoom opvolgen en toepassen	Goed gestart	Minder punctueel op dit vlak	Naarmate einde naderde, alles conform richtlijnen toegepast
De communicatie met de medestudent helder en transparant voeren	Zeer goed verlopen	Zeer goed verlopen	Zeer goed verlopen
De communicatie met de promotor/copromotor helder en transparant voeren	Goed verlopen	Goed verlopen	Goed verlopen
Andere verdiensten:			

ZELFEVALUATIERAPPORT**WETENSCHAPPELIJKE STAGE - DEEL 1****RWK****Naam & Voornaam STUDENT:** Schulpen Sien**Naam & Voornaam (CO)PROMOTOR & PROMOTOR:** Prof. dr. Meesen Raf**TITEL masterproef (Nederlandstalig of Engels):** Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut

LITERATUURSTUDIE	Gestelde deadline	Behaald op	Reflectie
De belangrijkste concepten en conceptuele kaders van het onderzoekdomein uitdiepen en verwerken	31/12/2017	31/12/2017	Nadien volgde een gesprek met Axxon, hier kon ik wegens stage niet bij zijn.
De belangrijkste informatie opzoeken als inleiding op de onderzoeksvraag van de literatuurstudie	31/12/2017	15/01/2018	Algemene inleiding door de promotor. Nadien veel ingelezen in allerlei documenten.
De opzoekbare onderzoeksvraag identificeren en helder formuleren in functie van de literatuurstudie	8/01/2018	05/02/2018	Onderzoeksvraag is later tot stand gekomen.
Het vergaren van info op een systematische wijze uitvoeren via databanken en persoonlijke contacten	05/03/2018	16/04/2018	In het begin was het moeilijk de bomen door het bos te zien. Naarmate meer info verkregen werd, ging dit vlotter.
De kwaliteitsbeoordeling van de artikels diepgaand uitvoeren	31/05/2017	31/05/2018	Verliep vlot. Tabel van level of evidence werd later nog iets bijgesteld wegens het ontbreken van bepaalde gegevens.
De data-extractie grondig uitvoeren	20/05/2018	31/05/2018	n.v.t.
De bevindingen integreren tot een synthese	11/06/2017	11/06/2018	Bevindingen werden uitgewerkt m.b.v. SWOT-analyses. Dit verliep wel vlot.

ONDERZOEKSPROTOCOL	Gestelde deadline	Behaald op	Reflectie
De onderzoeksvraag in functie van het onderzoeksprotocol identificeren	30/04/2018	30/04/2018	Er werd 1 hoofdonderzoeksvraag opgesteld en 2 deelvragen.
Het onderzoeksdesign bepalen en/of kritisch reflecteren over bestaande onderzoeksdesign	14/05/2018	21/05/2018	Er werd gekozen voor een kwalitatieve survey.
De methodesectie (participanten, interventie, uitkomstmaten, data-analyse) uitwerken	28/05/2018	21/05/2018	Verliep vlot.

ACADEMISCHE SCHRIJVEN	Gestelde deadline	Behaald op	Reflectie
De samenvatting to the point schrijven	11/06/2018	11/06/2018	Ok
De inleiding van de literatuurstudie logisch opbouwen	11/06/2018	11/06/2018	Goed verlopen
De methodesectie van de literatuurstudie transparant weergegeven	14/05/2018	21/05/2018	Ok

De resultatensectie afstemmen op de onderzoeksvragen	04/06/2018	11/06/2018	De grote lijnen waarbinnen deze literatuurstudie kadert werd in het achterhoofd gehouden bij het beschrijven van de bevindingen.
In de discussiesectie de bekomen resultaten in een wetenschappelijke tekst integreren en synthetiseren	11/06/2018	12/06/2018	
Het onderzoeksprotocol deskundig technisch uitschrijven	28/05/2018	04/06/2018	Goed verlopen
Referenties correct en volledig weergeven	11/06/2018	13/06/2018	Sommige referenties worden door Endnote foutief weergegeven in de tekst, terwijl ik ze wel correct heb ingevoerd in Endnote. Na herhaaldelijk opnieuw proberen bleef dit probleem zich voordoen.

ZELFSTUREND EN WETENSCHAPPELIJK DENKEN EN HANDELEN	Aanvangsfase	Tussentijdse fase	Eindfase
Een realistische planning opmaken, deadlines stellen en opvolgen	Deadlines werden opgesteld maar niet altijd behaald.	Deadlines werden realistischer opgesteld.	Deadlines gehaald.
Initiatief en verantwoordelijkheid opnemen ten aanzien van de realisatie van de wetenschappelijke stage	Door stage + privé zaken was het soms moeilijker me in te zetten voor de thesis.	Door stage en examens soms nog weinig tijd, maar de inzet was er nu wel.	Goede inzet in rechte lijn naar de finish.
Kritisch wetenschappelijk denken			
De contacten met de promotor voorbereiden en efficiënt benutten	In het begin was het moeilijk de bomen door het bos te zien.	Goed verlopen	Goed verlopen
De richtlijnen van de wetenschappelijke stage autonoom opvolgen en toepassen	Ok	Ok	Ok
De communicatie met de medestudent helder en transparant voeren			Verliep vanaf het begin zeer vlot
De communicatie met de promotor/copromotor helder en transparant voeren	Ok	Ok	Ok
Andere verdiensten:			

VOORTGANGSFOMULIER WETENSCHAPPELIJKE STAGE DEEL 1

DATUM	INHOUD OVERLEG	HANDTEKENINGEN
		Promotor: Copromotor: Student(e): Student(e):
23/11 2017	Bezoek Axson → uitleg verdienmodel 13.45u - 15.30u	Promotor: Copromotor: Student(e): <i>Andy Paesen</i> Student(e):
03/01 2018	Reval: concretiseren problemstelling + richtlijnen 11.15u - 12.30u	Promotor: Copromotor: Student(e): <i>S. en Schulpes</i> Student(e): <i>Andy Paesen</i>
5/03/ 2018	9.30u - 10.30u Reval Bespreking interviews	Promotor: Copromotor: Student(e): <i>Andy Paesen</i> Student(e): <i>S. en Schulpes</i>
12/03/ 2018	Level of Evidence + SWOT's	Promotor: Copromotor: Student(e): <i>Andy Paesen</i> Student(e):
4/5/ 2018	Working SWOT analyseer, eerste insteek Protocol.	Promotor: Copromotor: Student(e): <i>Andy Paesen</i> Student(e):
		Promotor: Copromotor:

VOORTGANGSFOMULIER WETENSCHAPPELIJKE STAGE DEEL 1

DATUM	INHOUD OVERLEG	HANDTEKENINGEN
17/01/ 2018	gesprek fysioth. Nederland voorbereiden	Promotor: Copromotor: Student(e): <i>S. Schulpes</i> Student(e):
25/01/ 2018	Overlopen Ned. zorgsysteem	Promotor: Copromotor: Student(e): <i>S. Schulpes</i> Student(e):
16/05/ 2018	- Bespreken protocol MP deel 2.	Promotor: Copromotor: Student(e): <i>S. Schulpes</i> Student(e):
		Promotor: Copromotor:

Bijlage 2: Kwaliteitsbeoordeling bronnen

A1	<p>ACM. (2016). Concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen - Tussenrapportage Retrieved from https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/15504_tussenrapportage-concurrentie-op-de-markt-voor-zorgverzekeringen-2016-02-11.pdf</p> <p>AFM. (2015). Uitkomsten onderzoek Aanvullende Zorgverzekeringen. Retrieved from https://www.afm.nl/~/-/profmedia/files/rapporten/2015/uitkomsten-onderzoek-aanvullende-zorgverzekeringen.pdf.</p> <p>Bastiaensens, R., Bertinchamps, D., Briart, C., Charles, C., Cools, A., Gruwez, F., Neven, S., Larock, P., Rabau, P., Stappaerts, K., Sterckx, M., Van Dooren, F., Van Loon, K., Zuyderhoff, M., Peeters, S., Van Gulck, M. (2010). Beroeps-en Competentieprofiel van de kinesitherapeut in België. Retrieved from http://kine-tienen.be/sites/default/files/beroepscompetentieprofiel%20kinesitherapie%20mei%202010%20def.pdf</p> <p>Belastingdienst. (2018). Zorgtoeslag. Retrieved from https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/toeslagen/zorgtoeslag/</p> <p>C. Nuyens, D. M., M. Mingiedi. (2010). Sociale bescherming in België: ESSOBS data voor België. Retrieved from https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/essobs-2008-nl.pdf</p> <p>CIBG. (2018). Over het BIG-register. Retrieved from https://www.bigregister.nl/over-het-big-register</p> <p>De Block, M. (2015). Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015091802&table_name=wet</p> <p>De Block, M. (2018). Preventie centraal in de aanbevelingen van de hervormingscommissie beroepsziekten van de 21e eeuw. Retrieved from https://www.maggiedeblock.be/2018/04/26/preventie-centraal-in-de-aanbevelingen-van-de-hervormingscommissie-beroepsziekten-van-de-21e-eeuw/2018-04-26-nl-preventie-centraal-in-de-aanbevelingen-van-de-hervormingscommissie-beroepsziekten-van-de-21e-eeuw/</p> <p>de Vries, C., Hagens, L., Kiers, H., Schmitt, M. (2014b). Beroepsprofiel Fysiotherapeut. Retrieved from https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/vakinhoud/beroepsprofielen/2014-01_kngf_beroepsprofiel-ft_20131230_2.pdf</p> <p>DNB. (2017). Visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars Retrieved from https://www.dnb.nl/binaries/1708300_Toekomst%20Zorgverzekeringssector%20web_tcm46-366768.pdf?2017120507</p> <p>FODvolksgezondheid. (1967). Koninklijk besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1967111008&table_name=wet</p> <p>FVB. (2018a). De positionering van de vrije beroepen. Retrieved from http://www.federatievrijberoepen.be/viewobj.jsp?id=429256</p> <p>FVB. (2018b). Wat is een vrij beroep? Retrieved from http://www.federatievrijberoepen.be/viewobj.jsp?id=347786</p> <p>Hepp, B. (2016). Wegwijzer naar de reglementering voor de kinesitherapeut. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infobox-kinesitherapeut.pdf#page=12</p> <p>Hoogervorst, J., Donner, J. (2005). Zorgverzekeringswet. Retrieved from http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2018-01-01</p> <p>Hoogervorst, J., Verdonk, M. (2018). Besluit zorgverzekering. Retrieved from http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2018-01-01</p> <p>KNGF. (2006). Directe toegankelijkheid fysiotherapie. Retrieved from https://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/richtlijnen/richtlijnen/meniscsectomie/praktijkrichtlijn-12/verwijzing-versus-directe-toegankelijkheid-fysiotherapie-dtf/b2-directe-toegankelijkheid-fysiotherapie</p> <p>KNGF. (2018). Wat we doen. Retrieved from https://www.kngf.nl/KNGF/Missie+%26+Visie/wat-we-doen.html</p>
----	--

<p>Michel, C., De Block, M. (2015). Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet</p> <p>NRK. (2005). Gedragsregels voor de kinesitherapeut. Retrieved from http://www.eurokine.be/eurokine/pages/kinenl.htm</p> <p>nva0. (2015). Onderwijskwalificatie - Master of Science in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie. Retrieved from https://app.akov.be/pls/pakov/f?p=VLAAMSE_KWALIFICATIESTRUCTUUR:ONDERWIJSKWA_LIFICATIE::::P1030_OK_DOSSIER_ID:509</p> <p>NZa. (2017). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2017. Retrieved from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3656_22/1/</p> <p>NZa. (2018a). Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie - BR/REG-18125. Retrieved from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21725_22/</p> <p>NZa. (2018b). Paramedische zorg. Retrieved from https://www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg</p> <p>Rijksoverheid. (2018a). Hoe is de zorg in Nederland geregeld? Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland</p> <p>Rijksoverheid. (2018b). Wat is een aanvullende zorgverzekering? Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-is-een-aanvullende-zorgverzekering</p> <p>RIZIV. (2010). 'Niet geconventioneerd' op uw raam? Retrieved from https://ondernemingsdatabank.indicator.be/riziv/niet_geconventioneerd_op_uw_raam/VLTA_AWAR_EU200201/related?cookieChecked=1</p> <p>RIZIV. (2016a). De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/maximumfactuur-(maf)-houdt-medische-kosten-binnen-perken.aspx#.Ww6os-6FPIU</p> <p>RIZIV. (2016b). Een zorgverlener zoeken. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/zorgverlener-zoeken.aspx#.WxflwO6FPIU</p> <p>RIZIV. (2017a). De nomenclatuur - afdeling 3. Kinesitherapie. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart07_20171001_01.pdf</p> <p>RIZIV. (2017b). Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx#.Ww6Ule6FPIU</p> <p>RIZIV. (2018a). Kinesitherapeuten. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/default.aspx#.WyEjq-6FPIV</p> <p>RIZIV. (2018b). Overeenkomst M/18 tussen kinesitherapeuten en verzekeringsinstellingen. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/overeenkomst.aspx#.Wwq8Ye6FPIU</p> <p>RIZIV. (2018c). Rechtspraak - Kinesitherapeuten. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/rechtspraak-kinesitherapeut.aspx#.WxEmxO6FPIX</p> <p>Somers, B., Byttebier, A. (2004). Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Retrieved from http://www.lmnregiogent.be/sites/default/files/users/Michiel/Eerstelijnsdecreet%203%20maart%202004%20pdf.pdf</p> <p>Tavernier, J. (2003). 1 april 2003. -Koninklijk besluit tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie " Rechten van de Patiënt " ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Retrieved from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/kb_01.04.2003_2.pdf</p>
--

	<p>Van Roy, P. (2015). Advies van Federale Raad voor kinesitherapie over directe toegang tot de kinesitherapie (DTK). Retrieved from http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/advies_dtk_versie_20151026_0.pdf</p> <p>Van Roy, P. (2016). Het beroepscompetentieprofiel van de kinesitherapeut in België anno 2020. Retrieved from http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pcp_kine_2020_0.pdf</p> <p>Vandenbroucke, F., Reynders, D., Verwilghen, M. (2002). Wet betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cqj_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2002060542</p> <p>Visser, B., van Draat, F., van Slooten, H., Vis, A. Beroepsethiek en Gedragsregels voor de Fysiotherapeut. Retrieved from https://www.fydalo.nl/uploads/KNGF_BEROEPSETHIEK-GEDRAGSREGELS.pdf</p>
B1	<p>Bijlage 4: Interview hoogleraar hogeschool Nederland</p> <p>Feys, P. (2018). <i>Gezondheidszorgsystemen in een historisch perspectief & inleiding nomenclatuur en zorgverleners</i>.</p> <p>UAntwerpen. (2018). Master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie: neurologische aandoeningen: Opleidingsinfo. Retrieved from https://www.uantwerpen.be/nl/onderwijs/opleidingsaanbod/master-revaki-neurologisch/opleidingsinfo/</p> <p>Van Baelen, F. (2003). <i>Een analyse van de economische aspecten van integratie van de sociale zekerheid : het belang van werkingskosten</i>. Retrieved from https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/000/790/005/RUG01-000790005_2010_0001_AC.pdf</p> <p>VUmc. (2016). Wat zijn de CanMEDS-rollen en welke activiteiten vallen eronder? Retrieved from https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/6876691/7168701/CanMEDS-bron_V_VN_.pdf</p>
B2	<p>Agis. (2014). Lijst Borst voor fysio- en oefentherapeutische behandelingen. Retrieved from https://fysio.net/pdf/Chronische%20lijst%20aandoeningen%20(lijst%20Borst,%202014).pdf</p> <p>Axxon. (2016). Axxon antwoordt op auditrapport 2016. Retrieved from http://www.axxon.be/ckfinder/userfiles/files/Karen/Antwoord%20op%20auditrapport%202016%20Def.pdf</p> <p>Axxon. (2018a). Voorstel budget 2018 goedgekeurd in het verzekeringscomité. Retrieved from https://axxon.be/nl/nieuws/106-voorstel-budget-2018-goedgekeurd-in-het-verzekeringscomite/</p> <p>Axxon. (2018b). Wie is Axxon? Retrieved from https://axxon.be/nl/wieisaxxon/</p> <p>Bijlage 17: Contact met zorgverzekeraar CZ</p> <p>CZ. (2018a). Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverleners. Retrieved from https://www.cz.nl/vergoedingen/voordelen-van-gecontracteerde-zorg/niet-gecontracteerde-zorg</p> <p>CZ. (2018b). Wat is de behandelindex en wat betekent het voor u? Retrieved from https://www.cz.nl/klantenservice/hoe-zit-dat-nou/wat-is-de-behandelindex-en-wat-betekent-het-voor-u</p> <p>destartendefysiotherapeut.nl. (2018). Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. Retrieved from http://www.destartendefysiotherapeut.nl/gaan-werken/kwaliteitsregister-ckr.html</p> <p>HZIV. (2018). Lid worden. Retrieved from https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/lid-worden</p> <p>IMFT. (2017). Geconventioneerd / Gedeconventioneerd en supplementen tarief. Retrieved from http://imft.org/nl/geconventioneerd-gedeconventioneerd-en-supplementen-tarief</p> <p>OZ. (2018). Kinesitherapie terugbetalingen. Retrieved from https://www.oz.be/gezondheid/verplichte-ziekteverzekering/terugbetalingen/kinesitherapie#verzekering</p> <p>Peeters, S. (2017). <i>Maatschappelijk evoluerende context van de kinesitherapie</i>.</p> <p>PQK. (2012). Eindrapport project "kwaliteitsbevordering in de kinesitherapie". Retrieved from http://kinesitherapeuten.be/sites/default/files/Eindrapport%202012%20Pro-Q-Kine.pdf</p> <p>PQK. (2018). Werken aan kwaliteit. Retrieved from https://pqk.be/nl/kwaliteitsbevordering</p>

	<p>WVVK. (2018). Peer review - Communicatie tussen arts en kinesitherapeut. Retrieved from https://pqk.be/nl/001/data/images/normal/Presentatie%20PR%20Communicatie%20arts-kinesitherapeut.pdf</p>
B3	<p>Attentia. (2018). Waarvoor dienen de RSZ-bijdragen? Retrieved from https://www.attentia.be/nl/faq/waarvoor-dienen-de-rsz-bijdragen</p> <p>Independer. (2017). Aanvullende verzekeringen uitgekleeft: steeds minder fysio en bril. Retrieved from https://weblog.independer.nl/in-de-media/aanvullende-verzekeringen-uitgekleeft-steeds-minder-fysio-en-bril/</p> <p>Independer. (2018a). Eigen risico 2018. Retrieved from https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/eigen-risico.aspx</p> <p>Independer. (2018b). Gecontracteerde zorg in zorgverzekering. Retrieved from https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/soort-zorgverzekering/naturapolis/gecontracteerde-zorg.aspx</p> <p>Independer. (2018c). Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Retrieved from https://www.independer.nl/fysiotherapie/info/klacht-over-een-fysiotherapeut/tuchtcollege-voor-de-gezondheidszorg.aspx</p> <p>Mul, S. (2018). Eigen risico zorgverzekering: hoe werkt het? Retrieved from https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/verplicht-eigen-risico</p> <p>Ziekenfondsenvergelijken.be. (2018a). Hoeveel ziekenfondsen zijn er? . Retrieved from http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/hoeveel-ziekenfondsen-zijn-er/</p> <p>Ziekenfondsenvergelijken.be. (2018b). Wat is de verplichte aanvullende verzekering? Retrieved from http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/wat-is-de-verplichte-aanvullende-verzekering/</p> <p>ziekenfondsenvergelijken.be. (2018c). Wat is een ziekenfonds? Retrieved from http://www.ziekenfondsenvergelijken.be/vragen/algemeen/wat-is-een-ziekenfonds/</p>
C1	<p>Bijlage 5: Interview fysiotherapeut 1</p> <p>Bijlage 6: Interview fysiotherapeut 2</p> <p>Bijlage 7: Interview kinesitherapeut 1</p> <p>Bijlage 9: Interview patiënt Nederland – 1</p> <p>Bijlage 10: Interview patiënt Nederland - 2</p> <p>Bijlage 11: Interview patiënt Nederland - 3</p> <p>Bijlage 12: Interview patiënt Nederland - 4</p> <p>Bijlage 13: Interview patiënt België - 1</p> <p>Bijlage 14: Interview patiënt België - 2</p> <p>Bijlage 15: Interview patiënt België - 3</p> <p>Bijlage 16: Interview patiënt België - 4</p>
C2	<p>Belga. (2015). Aantal studenten kine in Vlaanderen in 6 jaar bijna verviervoudigd. <i>HLN</i>. Retrieved from https://www.hln.be/wetenschap-planeet/aantal-studenten-kine-in-vlaanderen-in-6-jaar-bijna-verviervoudigd-aa1121fd/</p> <p>Belga. (2017a). CM: “Voer ingangsexamen in voor kinesisten en logopedisten”. <i>HLN</i>. Retrieved from https://www.hln.be/nieuws/binnenland/onderwijs/cm-voer-ingangsexamen-in-voor-kinesisten-en-logopedisten-ae1b149c/</p> <p>Belga. (2017b). Kinesisten en socialistisch ziekenfonds verwerpen ultiem tarievenvoorstel. Retrieved from https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/02/06/kinesisten_en_socialistischziekenfondsverwerpenultiem_tariefenvoo-1-2885209/</p> <p>Geld.nl. (2018). Gecontracteerde zorg. Retrieved from https://www.geld.nl/zorgverzekering/service/gecontracteerde-zorg</p> <p>Groenendijk, C. (2016). Privatisering zorg is de kwaal, niet de redding. Retrieved from https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/privatisering-zorg-is-de-kwaal-niet-de-redding-bd5e03f8/</p>

	<p>Hendrickx, J. (2017). "We moeten dringend meer inzetten op preventie en het voorkomen van ziekten". Retrieved from http://www.medischeinformatie.be/innovatie-in-de-zorg/we-moeten-dringend-meer-inzetten-op-preventie-en-het-voorkomen-van-ziekten</p> <p>HLN. (2018). Bezoek aan kinesist wordt duurder. <i>HLN</i>. Retrieved from https://www.hln.be/geld/consument/bezoek-aan-kinesist-wordt-duurder~a8c0a263/</p> <p>HvG. (2018). De mutualiteit. Retrieved from http://www.huisvoorgezondheid.be/patient/de-mutualiteit</p> <p>KAH. (2017). 'Wanneer worden kinesitherapeuten eindelijk niet meer gezien als veredelde masseurs?'. <i>Knack</i>. Retrieved from http://www.knack.be/nieuws/belgie/wanneer-worden-kinesitherapeuten-eindelijk-niet-meer-gezien-als-veredelde-masseurs/article-opinion-799113.html</p> <p>Kieskamp, W. (2017). Kamer: Zorgverzekeraars mogen geen winst uitkeren. Retrieved from https://www.trouw.nl/home/kamer-zorgverzekeraars-mogen-geen-winst-uitkeren~af1875a7/</p> <p>FON. (2018). Werken als fysiotherapeut. Retrieved from http://www.fysiotherapie-opleidingen-nederland.nl/fysiotherapeut_werken_studeren_studiekeuze_vervolgopleiding_deeltijd/fysiotherapeut-werkgebieden</p> <p>Taaltelefoon.be. (2018). kinesist(e) / kinesitherapeut(e) / fysiotherapeut(e). Retrieved from https://www.taaltelefoon.be/kinesiste-kinesitherapeute-fysiotherapeute</p> <p>Van Everdingen, J. (2017). Junior Dokterswoordenboek. Retrieved from https://www.ensie.nl/dokterswoordenboek/paramedicus</p> <p>Van Loy, J., De Schamp, K. (2015). Opleiding kine barst uit zijn voegen. Retrieved from http://www.veto.be/pdf/jq41/veto4114.pdf</p>
D	<p>Das, B. (2018). OPINIE: "De mutualiteiten en het Riziv besparen op kosten van de patiënt". Retrieved from https://www.hln.be/wetenschap-planeet/medisch/opinie-de-mutualiteiten-en-het-riziv-besparen-op-kosten-van-de-patient~adedc031/</p>

Bijlage 3: Kadering geïnterviewde personen

Bijlage	Naam	Functie
Bijlage 4: Interview hoogleraar Hogeschool Nederland	Hoogleraar Hogeschool Nederland	Hoogleraar hogeschool, lectoraat: Financieel-Economische Advisering bij Innovatie Fysiotherapeut + Bedrijfskundige
Bijlage 5: Interview fysiotherapeut 1	Fysiotherapeut 1	Fysiotherapeut tewerkgesteld in Nederland, wonend in België
Bijlage 6: Interview fysiotherapeut 2	Fysiotherapeut 2	Fysiotherapeut tewerkgesteld in Nederland, geen connectie met België
Bijlage 7: Interview kinesitherapeut 1	Kinesitherapeut 1	Kinesitherapeut tewerkgesteld in België, in het verleden tewerkgesteld in Nederland

Bijlage 4: Interview hoogleraar hogeschool Nederland

Hoe verloopt het zorgsysteem in Nederland in grote lijnen?

De patiënt verzekerd zich en die mag 30 keer behandeld worden voor bijvoorbeeld lage rugklachten, dat is afgesproken tussen patiënt en de zorgverzekeraar. Maar er is ook nog een ander contract, dat tussen de behandelaar (professional) en de patiënt. De behandelaar gaat goed kijken en zegt: "Ik denk dat we voor dit probleem 14 behandelingen nodig hebben. Dus dit is keurig binnen de 30 behandelingen.

Er is ook een contract tussen de fysiotherapeut en de zorgverzekeraar. Daaruit blijkt dat de fysiotherapeuten zich moeten richten op het landelijk gemiddelde. Bijvoorbeeld voor een inversietrauma van een enkel is er een landelijk gemiddelde van 8 behandelingen, dan is het voor een fysiotherapeut inefficiënt als hij/zij hier 12 behandelingen aan moet spenderen. Moest dit herhaaldelijk het geval zijn dan loopt de therapeut het risico om het contract bij deze zorgverzekeraar mis te lopen. In sommige gevallen gaat dit zeer vervelend uitdraaien, aangezien een praktijk angst heeft om boven het landelijk gemiddelde te gaan, zouden ze iemand bijvoorbeeld niet helemaal uitbehandelen.

Hangt dit landelijk gemiddelde van zorgverzekeraar tot zorgverzekeraar af? Of is het landelijk gemiddelde voor iedereen gelijk?

De zorgverzekeraars bewaken het macrobudget voor de Nederlandse overheid. Hierdoor hebben zij het concept landelijk gemiddelde ingeroepen, of dit voor iedere zorgverzekeraar verschilt durf ik geen antwoord op te geven. Het businessmodel heeft een aantal stakeholders die elk een voorname rol spelen. Dus hoe jullie het onderzoek willen voeren is volledig afhankelijk vanuit welk perspectief jullie naar het Nederlandse model gaan kijken.

In Nederland gaan wij dus vooral moeten kijken naar patiënten, fysiotherapeuten en zorgverzekeraars?

Ja, maar er is nog een partner die meedoet, de Nederlandse Zorgautoriteit. Dit is eigenlijk de marktmeester of een controleorgaan. Deze controleren of er volgens de regels gespeeld wordt op deze markt. Dit zijn de vier hoofd partijen, waarbij het op zich wel goed gaat. Maar overkoepelend aan dit zit de Westerse economie en cultuur. Deze cultuur stelt de vraag welke waarde het werk van de fysiotherapeut toevoegt aan de patiënt, maar ook aan het gezondheidszorgsysteem. Een van de richtlijnen volgens het KNGF is ook 'Centraal plaatsen patiënt' waar fysiotherapeuten zich aan dienen te houden. Zo krijg je in Nederland dus steeds meer en meer zorg op maat.

Het zou oppervlakkig zijn om te zeggen: we hebben de drie stakeholders plus de marktmeester en klaar is Kees. De echte vraag die we ons moeten stellen is: Wat is het effect op deze markt en de stakeholders wanneer we de patiënt centraal zetten? Dit wordt belangrijker en belangrijker in de Westerse cultuur.

In België is er een tijd terug commotie geweest rond het verdienmodel. Momenteel voeren wij dit onderzoek uit om een vergelijk te kunnen maken tussen het Nederlandse en Belgische model.

Hoe het systeem in België juist werkt kan ik niet zeggen. Wel weet ik dat de tarieven in België niet zijn gestegen voor de therapeuten, terwijl er wel meer kwaliteit verwacht wordt door de overheid. Dit is bij veel omliggende landen doorgedrongen: Als wij ons businessmodel niet gaan aanpassen, dan gaat de overheid steeds meer en meer kwaliteit van ons vragen, terwijl we geen geld bij krijgen. Dit kan nefast worden voor de praktijkeigenaren. In een businessmodel zouden dus zowel het feit van kwalitatieve zorg als de overleving van zelfstandige praktijken vooropgesteld moeten worden. Al ga je enkel een model kunnen krijgen dat werkt, wanneer al de stakeholders akkoord gaan. Wanneer zelfs maar een partij weigert mee te gaan in het verhaal dan lukt het niet. Als je volgens het Nederlands model kijkt zie je dat de overheid minder belangrijk wordt, maar de patiënt meer verantwoordelijkheid krijgt voor zijn/haar verzekering af te sluiten.

Na afronding van het interview werd er nog enige info omtrent het zorgsysteem gegeven.

De zorgverzekeraars beheren nog niet lang het macrobudget, waardoor er nog steeds discussie is omtrent de verzekeringskwesties. Voor de overheid is dit een gemakkelijke oplossing, aangezien ze de verantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraars leggen. Zij spenderen enkel een budget uit wat volgens hun berekeningen aan de ziekenzorg gespendeerd kan worden en de zorgverzekeraars doen de rest. Dus ieder systeem heeft zijn voor- en tegenstanders.

Bijlage 5: Interview fysiotherapeut 1

Is oefentherapie een ander beroep dan fysiotherapie? Indien ja, hoe worden de twee beroepen onderscheiden van elkaar?

Fysiotherapie bestaat grof gezien bestaat fysiotherapie uit 3 delen: Bewegingstherapie, Fysische therapie in engere zin (elektro, warmte, koude, ultrasone, ... → alle fysische prikkels) en Massage therapie. Een fysiotherapeut mag oefentherapie geven.

Een oefentherapeut is gespecialiseerd op oefenen, maar mag geen fysische therapie geven (massage dacht hij van wel, hiervan was hij niet zeker). Sommige oefentherapeuten zijn bv. gespecialiseerd in houdingscorrectie.

Is fysiotherapie in Nederland een paramedisch beroep?

Ja, vandaar de directe toegankelijkheid tot de fysio. Vroeger moest je als fysiotherapeut een extra module volgen om direct toegankelijk te zijn. Tegenwoordig zit deze module in de basisopleiding. Als iemand direct naar de fysio gaat, voert deze een screening uit en kijkt of de patiënt terecht bij jou komt aankloppen. Indien niet, verwijst de fysio je door naar een andere arts/specialist/...

In welke mate zijn bepaalde handelingen exclusief voor een fysiotherapeut? (Wie mag er allemaal gebruik maken van de nummers in de prestatiebeschrijvingen?)

Als je declareert moet je het goede nummer gebruiken, het gaat puur om het declareren. Bij zorgverzekeraar Vektis bijvoorbeeld beginnen alle nummers van de fysiotherapeut met het nr. 1, hiervan mag je er meerdere declareren. Bijvoorbeeld screening en behandeling. Vervolgens kan het zijn dat er maar 1 nummer gedeclareerd mag worden. Bijvoorbeeld: een behandeling op verplaatsing is nu een combinatie, waardoor je nog maar 1 nummer hoeft te declareren. Voorheen was dit apart (soms afhankelijk van de zorgverzekeraar).

Mag bijvoorbeeld iemand met een opleiding van lichamelijke opvoeding een fitness sessie begeleiden bij personen met obesitas?

Als je gebruik wil maken van de reguliere gezondheidszorg, dan mag dat. Een massage is bijvoorbeeld geen beschermde handeling. Als het gaat over een dokter die je een verwijzing geeft voor een medisch letsel, dan spreken we wel over het domein van de fysiotherapeut. Fysiotherapie is een beschermde handeling. Als leek mag je geen fysio geven. Het is een keuze van de mensen om naar een leek of professional te gaan.

Als ik het goed begrijp bepalen de zorgverzekeraars het aantal behandelingen dat u per aandoening mag geven?

Als je maar een paar behandelingen per jaar uitvoert krijg je meer per behandeling betaald. Als je veel behandelingen uitvoert per jaar dan krijg je het laagste tarief, terwijl als je weinig behandelt krijg je een hoog tarief.

Hoe bepalen zij dit?

Door het soort verzekering dat ze aanbieden, de aanvullende verzekering.

Stap 1: Ze bepalen zelf wat ze aanbieden

Stap 2: VOORBEELD:

De zorgverzekeraar biedt een aanvullende zorgverzekering aan waarin hij 50 behandeling vergoed aan de klant. Stel dat deze 'aanbieding' relatief goedkoop is, dan zal deze zorgverzekeraar veel klanten hebben.

De zorgverzekeraar zegt tegen de fysiotherapeut: als je boven een spiegelindex van 120 zit, dan betaal ik jou een laag tarief.

Hierdoor zal de fysiotherapeut slechts 20 behandelingen aan de patiënt willen geven en niet de 50 die de patiënt in zijn aanvullende verzekering heeft.

Uitleg spiegelindex: je wordt als fysiotherapeut 'gespiegeld' aan de rest van Nederland. Er wordt gekeken hoeveel behandelingen je gemiddeld per patiënt geeft. 100 % is goed, dit is het punt waarmee wordt vergeleken (= perfect gemiddeld).

Tussen 100 en 120 zit je nog veilig, maar doe je meer behandelingen dan gemiddeld per patiënt, zit je dus boven de 120, dan gaat de zorgverzekeraar je komen controleren. Ze controleren dossiers (volledige auditprocedure, ze kleden het hele dossier uit om te kijken of je wel conform het methodisch handelen hebt gehandeld).

Ik werk als fysiotherapeut in het geriatrische deeldomein.

De geriatrie zit in een uithoek. Bejaarde patiënten zijn mensen die vaak naar de fysiotherapeut gaan en dit ook nodig hebben. Toch wordt deze sector gewoon met de rest vergeleken in Nederland. Sinds vorig jaar zijn ze hiermee een beetje rekening gaan houden (nu wordt het verzorgingstehuis nog steeds vergeleken met andere bejaarden die nog thuis wonen).

Uitleg terugbetaling:

- Reguliere fysiotherapie: komt direct uit de aanvullende verzekering.
- Chronische lijst → fysiotherapie. De eerste 20 behandeling betaal je zelf (of vergoedt de aanvullende verzekering als dat zo bepaald is), vanaf de 21e behandeling wordt het vergoed door de basisverzekering.
- Uitzondering knie artrose: 12 behandelingen zitten in de basisverzekering, nadien wordt het vergoed door de aanvullende verzekering (indien deze aanwezig is).

Zijn het aantal behandelingen voor eenzelfde aandoening hetzelfde bij elke zorgverzekeraar? μ

De zorgverzekeraars zijn moeilijk te vergelijken met elkaar aangezien ze elk zoveel verschillende dingen aanbieden. Elk jaar opnieuw moet je als patiënt bepalen bij welke zorgverzekeraar je een verzekering afsluit. Er zijn websites die de verzekeraars vergelijken met elkaar, maar dan is het nog de vraag hoe onafhankelijk deze websites zijn.

Stel u mag van de zorgverzekeraar 9 behandelingen verrichten voor lage rugpijn, maar de pt. wil graag nog 2 extra behandelingen. Mag dit? Betaalt de patiënt die 2 extra behandelingen dan uit eigen zak?

Ja dit mag, dan betaalt de patiënt dit volledig zelf.

Er worden contracten afgesloten tussen een fysiotherapeut en de zorgverzekeraar, klopt dit? Zo ja, wat staat er allemaal in zo een contract?

Fysio's moet contracten afsluiten met alle zorgverzekeraars. Je moet namelijk declareren bij de verzekeraar waarbij de klant is aangesloten. Momenteel zijn er bepaalde zorgverzekeraars gebundeld tot 1 overkoepelende zorgverzekeraar, maar het zijn er nog steeds veel!

Contract:

- De kwaliteitseisen ten aanzien van praktijk
- Diplomering
- Specialisaties

Beperkingen die verzekeraars opleggen: als je bijvoorbeeld patiënten met Parkinson wilt behandelen, dan moet je als fysio aangesloten zijn bij Parkinsonnet. Als je iemand wil behandelen met Claudicatio Intermittens, dan moet je aangesloten zijn bij het Claudicationet. Dus verzekeraars beperken de toegang tot de fysiotherapeut door steeds hogere eisen te stellen.

Zorgverzekeraars bepalen:

- Wanneer je iets mag declareren of iemand in behandeling mag nemen.
- Hoe lang je open moet zijn: minimaal 6 dagen in de week open zijn (uren zijn nog niet bepaald)
- Tarief: afhankelijk van je spiegelindex

Wat is het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde fysiotherapie?

Twee soorten:

- Zorg in natura (gecontracteerde behandelaar: groot deel vergoed)
- Zorg met vrije keuze (andere naam, kwam hij niet op), bij deze zorg kan je de rekening wel declareren, maar krijgt een kleiner bedrag vergoed als patiënt.

Fysio's bieden steeds meer niet-gecontracteerde zorg aan omdat de eisen van de zorgverzekeraars te hoog worden en het onhaalbaar wordt.

Werken fysiotherapeuten regio-gebonden?

Normaal wel, aangezien je de reistijd niet kan declareren. Deze reistijd zit in de combinatie van een bepaald declaratienummer. Dit nummer is afhankelijk van zorgverzekeraar tot zorgverzekeraar (op verplaatsing lag het tarief 9 euro hoger).

Hebben zij afspraken met andere fysiotherapeuten in dezelfde regio?

Men maakt afspraken in samenwerkende zin. De klant heeft vrije keuze wie hij/zij als behandelaar kiest.

Klopt het dat er vrije tarieven gelden in Nederland voor fysiotherapie?

Vrije tarieven kun je aanrekenen (bijvoorbeeld 25 euro), ik maak een rekening voor de klant van 30 euro per behandeling. De patiënt krijgt 25 euro vergoed van de verzekeraar. Tarief wordt door de verzekeraar bepaald. De basisverzekering vergoedt geen reguliere fysiotherapie (sinds 1 januari bestaat hier een kleine uitzondering: artrose knieën 12 behandelingen). De aandoeningen die op de chronische lijst staan, worden vanaf behandeling 21 vergoed door de basisverzekering.

De aanvullende verzekering verschilt enorm: hoe duurder hoe meer je vergoed krijgt

De overheid begint nu langzaam terug te draaien. Ze hebben eerst ernstig bespaard om vervolgens in te zien dat als mensen niet naar de fysiotherapeut kunnen (omwille van financiële redenen), dat ze nadien meer kosten zullen hebben. Als kleine praktijk moet je een keuze maken in wat je aanbiedt qua behandelingen.

In de media vond ik artikels waarin staat dat de prijzen al 10 jaar niet meer geïndexeerd/verhoogd zijn. Kan u dit even uitleggen aangezien er vrije tarieven gelden?

De zorgverzekeraars hebben een monopolie en bepalen de prijzen binnen de gezondheidszorg. De overheid begint hier nu wel een beetje toezicht op te houden.

Hoe lang duurt een behandeling ongeveer? Is er een minimale of maximale behandelduur? (in prestatiebeschrijving staat onbepaalde duur?)

De behandeling duurt 30 min, dit is vastgelegd (25 minuten behandeling, 5 minuten administratie). Er wordt echter geen maximum tijd vastgelegd. Een lange zitting duurt 60 min.

Wordt u door de zorgverzekeraar vergoed per uur of per prestatie?

Je wordt per prestatie betaald, er is een tijdsduur per prestatie. De gecontracteerde fysiotherapeut krijgt standaard vanuit de zorgverzekeraar betaald. Het wordt daar gedeclareerd en wordt door de verzekeraar betaald. Bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut betaald de klant wel aan de fysiotherapeut (de klant moet zelf aan zijn verzekeraar doorgeven dat hij bij de fysiotherapeut is geweest) en de fysiotherapeut declareert niet bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

Mag u supplementen aanrekenen? bv. theraband, tape, ... ?

Supplementen aanreken mag niet, tenzij de patiënt het koopt. Bijvoorbeeld medical taping is de eerste keer op kosten van de fysio. Indien de patiënt wil dat de therapeut nog een tape aanbrengt, moet hij dit zelf kopen en brengt hij het mee naar de fysiotherapeut. In principe zou de fysiotherapeut de tape mogen verkopen aan de patiënt maar ze doen dit vaak niet, aangezien ze dan een BTW-nummer nodig hebben. In dit centrum brengen ze de patiënt wel in contact met de firma die de toestellen (bv. rollator, ...) verkoopt, zodat deze firma rechtstreeks met de klant kan afrekenen.

Bestaat er in Nederland een soort maximumfactuur? (Maximumfactuur = soort bescherming v/h gezin tegen hele hoge kosten aan gezondheidszorg; bv. als iemand kanker krijgt)

Nee, als je heel veel zorg nodig hebt, dan betaal je alles zelf (bv. veel kinébehandelingen). Maar stel dat je kanker krijgt, dan krijg je de behandelingen die je nodig hebt vergoed. Als je in het ziekenhuis moet liggen krijg je het vanuit de basisverzekering. Deze basisverzekering is veel duurder in Nederland dan wat er in België aan de mutualiteit betaald dient te worden.

Is er een verschil in terugbetaling naar gelang de sociale status van een persoon?

Er is geen verschil in terugbetaling, maar wel in zorgtoeslag (= soort subsidie op de premie die je moet betalen). Ouderen krijgen bijvoorbeeld een toeslag waarmee ze makkelijker de premie kunnen betalen. Personen onder een bepaald inkomensniveau krijgen een zorgtoeslag waarmee ze een zelfde basisverzekering kunnen afsluiten.

Maakt men een onderscheid tussen zware en lichte aandoeningen? Bv. het aantal behandelingen, de terugbetaling, ... ?

Als je een zware aandoening hebt, en deze valt onder de chronische lijst (lijst Borst) dan valt deze onder de basisverzekering (bv. Reuma is lange tijd afwezig geweest, maar staat nu op het punt terug opgenomen te worden in deze lijst). De chronische lijst was eerst heel lang, maar is nu korter gemaakt, als gevolg van besparingen.

Is de basisverzekering voor iedereen hetzelfde?

Ja, deze is voor iedereen hetzelfde en de overheid verplicht iedereen deze te nemen.

In Nederland hebben jullie een tuchtorgaan voor fysiotherapie. Hoe controleren zij fysiotherapeuten? Zijn sancties indien nodig?

Het KNGF doet de tuchtrechtspraak. Zowel patiënten, als andere collega's hebben het recht om klachten neer te leggen als iemand zich niet houdt aan de richtlijnen. Waarschuwing/berisping/schorsing/ontnemen van bevoegdheid kunnen de gevolgen zijn wanneer de tuchtrechtspraak sancties oplegt (boetes: niet met zekerheid). Verzekeraars controleren zelf de declaraties via een digitaal systeem. Deze declaraties moeten aan strikte regels voldoen, men kan zelfs per verzekerde nagaan hoeveel behandelingen iemand heeft gehad en of dat normaal is. Dit is vergelijkbaar met de mutualiteiten die in België controle doen op wat een patiënt aan de mutualiteit doorgeeft om terugbetalingen te krijgen.

Dit vertelde hij nog extra:

In Nederland heb je een huisarts waarbij je als patiënt bij bent aangesloten. Deze arts heeft jouw dossier en hij/zij krijgt per patiënt een bepaald bedrag. Deze manier van werken brengt een aantal zaken met zich mee:

- Lange medische geschiedenis van jou beschikbaar.
- Je mag niet zomaar naar een andere dokter gaan, tenzij de dokter van wacht.
- Ziektebriefjes zijn niet nodig voor het werk. Je gaat als patiënt en werknemer naar een onafhankelijke bedrijfsarts. Je hebt de mogelijkheid om 2 jaar doorbetaald te worden, het 2^{de} jaar echter wordt er nog 70% van je loon betaald. Dit principe werkt meer op basis van vertrouwen.
- Erelonen zijn afgeschaft in Nederland, dit was vroeger wel het geval.

Bijlage 6: Interview fysiotherapeut 2

Gebruiken de fysiotherapeuten in Nederland het ICF-model om verslagen op te stellen?

Ja, dit wordt gebruikt. Het is zelfs zo dat dit is geïntegreerd in onze richtlijnen omtrent een verslag op te stellen.

Wordt dit in de praktijk ook dusdanig toegepast?

Jazeker, een deel wordt zeker toegepast tijdens de anamnese. Zo kunnen we de patiënt volledig in kaart brengen op basis van hun functies en activiteiten. Later kunnen dan, afhankelijk van het participatieniveau, op maat gemaakte behandeldoelen geformuleerd worden.

Worden jullie daar ook op beoordeeld? Bijvoorbeeld, moet jullie patiëntendossier volgens het ICF-model worden opgesteld?

Vanuit het KNGF is er een richtlijn omtrent de verslaggeving. We moeten ons als fysiotherapeut aan deze richtlijn houden. Ook teken je als therapeut een contract met je zorgverzekeraar, in dit contract staat er ook dat je volgens deze KNGF richtlijn tewerk gaat. Dus we zijn verplicht om dit zo toe te passen in onze verslaggeving.

Het KNGF heeft een heel aantal richtlijnen, maar worden deze richtlijnen ook daadwerkelijk uitgevoerd en opgevolgd?

Ja, dit wordt door de zorgverzekeraars gedaan. Je moet kunnen aantonen dat je volgens een aantal punten van deze richtlijn te werk bent gegaan. Moest je niet volgens de richtlijn gewerkt hebben of een foute manier van verslaggeving gebruiken, dan kan het zijn dat de zorgverzekeraar in kwestie je een waarschuwing geeft. In uitzonderlijke gevallen is het zelfs zo dat je geweigerd wordt om een contract aan te gaan met die zorgverzekeraar.

Wat zou het gevolg kunnen zijn als je geen contract meer kan aangaan met de zorgverzekeraar?

Het is niet zo dat je dan technisch werkloos bent. Er zijn zelfs praktijken die er bewust voor kiezen om geen contract aan te gaan met de zorgverzekeraar. Dit heeft als gevolg voor de patiënt dat zij een bepaald gedrag zelf moeten bekostigen.

Welke rol speelt de overheid om de fysiotherapie te financieren?

In Nederland is er een aantal jaren geleden gekozen om de zorgverzekeraars hun eigen gang te laten gaan. Dit zou volgens de overheid leiden tot concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Dit heeft er voor gezorgd dat het voor de fysiotherapeut een stuk ingewikkelder is geworden aangezien iedere verzekeraar een specifiek pakket aanbiedt aan de patiënt. Voor therapeut en patiënt zorgt dit vaak voor onduidelijkheid. De overheid heeft er zelf weinig mee te maken aangezien je als inwoner de premie aan je zorgverzekering moet betalen.

Het enige wat door de overheid is opgelegd is de verplichting om een basisverzekering af te sluiten. Als patiënt ben je vrij om een aanvullende verzekering te nemen. Uit deze aanvullende verzekering worden grotendeels de behandelingen bij de fysiotherapeut vergoed. Behalve een aantal uitzonderingen: chronische indicaties, neurologische aandoeningen, ... Hiervan worden de eerste 20 behandelingen uit de aanvullende verzekering vergoed (als je geen aanvullende verzekering hebt dan zal dit door de patiënt zelf bekostigd moeten worden), vervolgens worden deze door basisverzekering vergoed.

Hoe verlopen de premies die aan de zorgverzekeraar betaald moeten worden?

Voor de basisverzekering moet je ongeveer een €100/maand rekenen. (Dit verschilt van zorgverzekeraar tot zorgverzekeraar). Voor de aanvullende verzekeringen zijn er tal van pakketten die de zorgverzekeraar aanbiedt. Iedere zorgverzekeraar legt hier ook zelf accenten in, bijvoorbeeld enkel verzekeren voor 8 behandelingen fysiotherapie, maar ook voor brillen en steunzolen is mogelijk. De meest aanvullende verzekering is 80 à 90 euro per maand extra.

Hoe praktisch is het voor u om met al deze verschillende pakketten te werken, want iedere patiënt heeft een specifiek pakket?

Dit verloopt automatisch, dankzij het elektronisch patiëntendossier wat wij hanteren (hier zijn ook verscheidene versies van). Ik moet enkel het patiëntnummer ingeven en dan verschijnt er voor mij het pakket wat voor deze patiënt in kwestie van toepassing is.

Is het haalbaar om binnen het aantal verzekerde behandelingen de patiënt uit te behandelen?

Dit is heel vaak niet het geval, wanneer bijvoorbeeld een patiënt voor 8 behandelingen verzekerd is en ik heb 10 behandelingen nodig om de therapie af te ronden, dan zal de patiënt 2 behandelingen zelf moeten bekostigen.

Maar wanneer we een patiënt zien met een ACL-reconstructie, zal deze patiënt de eerste 20 behandelingen uit de aanvullende verzekering vergoeden. Als deze patiënt een aanvullende verzekering heeft voor 8 behandelingen, dan zal hij/zij 12 behandelingen zelf moeten bekostigen. Vervolgens zullen de overige behandelingen binnen een jaar worden terugbetaald door de basisverzekering. Dus op een traject van een jaar heeft de patiënt 20 behandelingen die je uit de aanvullende verzekering moet betalen, en afhankelijk van welke verzekering je hebt, moet je de overige zelf bekostigen. Dit geldt ook zo voor knie -en heupprothesen, neurologische aandoeningen, ... deze uitzonderingen zijn te vinden op "lijst Borst".

Heeft u enige kennis van het systeem in België? Zo ja, wat vindt u dit systeem?

Ik begrijp dat men in België enkel op voorschrift van de dokter bij de therapeut in behandeling kan. Dit is in Nederland niet het geval, wat ik zeker een sterkte vind aan ons systeem. Als ik mij niet vergis ligt het tarief in Nederland wel iets hoger, qua contracten zitten wij tussen de €28-30 bij de zorgverzekeraars.

Jullie zijn dan wel genoodzaakt om zeer efficiënt te werken in het aantal opgelegde behandelingen?

Inderdaad, zorgverzekeraars evalueren jou efficiëntie op basis van je behandeld gemiddelde. De zorgverzekeraars hebben een cluster van indicaties. Zo heb je bijvoorbeeld de cluster spier -en peesletsels. Dan kijken ze naar het landelijk gemiddelde van het aantal zittingen dat daarvoor staat. Dit landelijk gemiddelde wordt gezien als 100%. Voor de therapeut is het zo dat je niet boven de 150% mag zitten op je behandeld gemiddelde, anders kan dit ook consequenties hebben voor je contracten met zorgverzekeraars.

Dit is niet altijd positief, aangezien je enkel en alleen maar gaat kijken naar de gemiddelden over heel Nederland voor een bepaalde groep, terwijl het voor fysiotherapeuten die een heel specifieke doelgroep hebben dit landelijk gemiddelde niet altijd haalbaar is. Zo heb je voor een sporter volledig wedstrijdfit te krijgen meer behandelingen nodig dan voor een arbeider die terug de arbeidsmarkt op gaat.

Bijlage 7: Interview kinesitherapeut 1

Wij hebben voorlopig al een tabel opgesteld met de mogelijke verschillen tussen België en Nederland. Is het goed als we deze even met u overlopen?

Ja, natuurlijk!

Onderstaande tabel werd overlopen:

BELGIË	NEDERLAND
<ul style="list-style-type: none">• Naam: kinesithérapie• Vrij beroep• Geen directe toegang• Zorgsysteem: voornamelijk Bismarck model (HC 1 beleid en ethiek) → sociale zekerheid• RIZIV → conventie → kiné treedt toe of niet<ul style="list-style-type: none">○ Geconventioneerd○ Gedeconventioneerd: vrije tarieven• Terugbetaling o.b.v. sociaal statuut• Maximumfactuur• Overheid heeft grote invloed• Geen controle op uitoefening v/h beroep• Geen tuchtorgaan• Nomenclatuur• ...	<ul style="list-style-type: none">• Naam: fysiotherapie• Paramedisch beroep• Directe toegang• Zorgsysteem: basisverzekering + eventueel aanvullende verzekering• Contracten met zorgverzekeraars<ul style="list-style-type: none">○ Gecontracteerde zorg○ Niet-gecontracteerde zorg: vrije tarieven• Zorgtoeslag o.b.v. sociaal statuut• Geen maximumfactuur• Zorgverzekeraars hebben grote invloed• Controle door KNGF• Tuchtorgaan• Prestatiebeschrijvingen• ...

De volgende opmerkingen werden gegeven bij België:

- 1) Gedeconventioneerd: vrije tarieven: "De patiënt krijgt 25 % minder terugbetaald wanneer hij bij een gedeconventioneerd kinesitherapeut in behandeling gaat."
- 2) De patiënt krijgt in België het grootste deel terugbetaald.
- 3) Het vergt enorm veel papierwerk om een nieuwe courante behandeling aan te vragen. Ook bij de aanvraag van E en F-pathologie is dit enorm veel werk.
- 4) Als je naar een schoonheidsspecialiste gaat voor een relaxatiemassage, dan komt de voorzorg tussen in de kosten.
- 5) Sinds februari moet je pseudocodes gebruiken. Een latere behandeling is dan minder waard dan de eerste. Als je nu een eerste behandeling moet attesteren moet je gebruik maken van vijf nomenclatuurcodes, alles is opgesplitst.
- 6) Therapieën zoals Ultrasonie en elektrotherapie worden in Nederland niet gebruikt. Dit moet er in België ook uit!
- 7) Er is in België geen controleorgaan. Er is nu bij het RIZIV wel een kliklijn waar de patiënt een klacht kan melden over een kinesitherapeut.

De volgende opmerkingen werden gegeven bij Nederland:

- Directe toegang: "De fysiotherapeuten mogen een hoger tarief aanrekenen dan wij in België. Bij directe toegang moet je eerst een screening uitvoeren op 'red flags', dit moet ondertekent worden door de therapeut en de patiënt om dan naar de huisarts te versturen."
- Niet-gecontracteerde zorg: vrije tarieven: "De patiënt krijgt niets terugbetaald."
- Zorgtoeslag o.b.v. sociaal statuut: "Ja dat klopt, maar die toeslag is echt niet veel. Daarmee kun je niet je hele zorgverzekering betalen."
- Zorgverzekeraars hebben grote invloed: "Ze kijken naar het landelijk gemiddelde voor bv. een verstuurde enkel. Stel dit gemiddelde is vijf beurten, dan wil de zorgverzekeraar dat de fysiotherapeut het probleem op vier beurten oplost."

- Vroeger had je in Nederland als fysiotherapeut een bepaald aantal behandelmodules per jaar, als de behandelmodules op waren en je nog behandelingen wilde uitvoeren, werkte je eigenlijk gratis. Tegenwoordig betaalt de patiënt zelf de behandelingen die hij/zij nog extra wil.
- In Nederland mag de fysiotherapeut bijna de helft van een behandeling extra aanrekenen als hij op huisbezoek gaat. Dat komt neer op ongeveer 13 euro.
- Wanneer je als patiënt je eigen risico hebt bereikt en je hebt een aandoening van de chronische lijst, dan worden de behandelingen vergoed uit de basisverzekering.
- Je kunt als Nederlander je eigen risico zelf bepalen, dit zijn soms enorm hoge bedragen.
- In Nederland geef je als werknemer een sociale bijdrage af op je loon. Als fysiotherapeut moet je 25 % van het nettoloon afdragen aan Stichting Pensioenfonds (SPF).
- De zorgtoeslag die iemand kan krijgen, wordt door de overheid uitgekeerd.
- Als je als Nederlander met medische kosten een bepaald bedrag bereikt, dan kun je dit aangeven bij de belastingen.
- Plus-praktijken krijgen meer geld voor een behandeling van de grootste zorgverzekeraar in Nederland, voorbeeld van een plus-praktijk is B-fysic in Veldhoven.
- Zorgverzekeraars gaan enkel contracten aan met de beste fysiotherapeuten in hun vak. Ze sturen ook mails rond naar patiënten om de fysiotherapeut te beoordelen. En een keer in de twee jaar worden fysiotherapeuten helemaal doorgelicht. Ze verwachten dat je een intakegesprek neemt, hierbij dien je twee objectieve vragenlijsten en twee meetinstrumenten te gebruiken. De patiënt dient om de twee weken opnieuw geëvalueerd te worden. Bij de zorgverzekeraar werken controle-artsen die de fysiotherapeut controleren op kwalitatieve zorg. Dit kun je eigenlijk vergelijken met controleartsen zoals bij de CM in België die beslist na achttien behandelingen of jouw patiënt nog meer behandelingen krijgt (voor een andere pathologie!).
- Patiënten verwachten veel van de fysiotherapeut.
- In Nederland is een fysiotherapeut echt gespecialiseerd in een bepaald domein, dit heeft zowel voor- als nadelen. Er is minder variatie per patiënt. Het is wel zo dat het opleidingsniveau van fysiotherapeuten veel lager ligt t.o.v. kinesitherapeuten in België.
- In Nederland mag je als patiënt tijdens de werkuren naar de fysiotherapeut gaan. Fysiotherapeuten werken enkel overdag, tegenwoordig ook twee avonden in de week.

Is het gebruik van het ICF verplicht in België ?

Het ICF gaat meer en meer verplicht worden.

Wat vindt u positief/goed aan het Belgische systeem, en aan het Nederlandse?

In België zijn de kinesitherapeuten beter opgeleid. Het is een vrij beroep: het is niet afhankelijk van de verzekering, wel van het RIZIV en de overheid. Het is goed dat indien je gedeconventioneerd bent, jouw patiënt toch een deel krijgt terugbetaald. Ook de terugbetaling o.b.v. het sociaal statuut is een positief gegeven in België. De kwaliteit van de ziektezorg ligt hoger in België door de goede opleidingen.

Het zorgsysteem van België zit verdomd goed in elkaar!

Het nadeel is wel dat wanneer je gedeconventioneerd bent, je geen premies meer krijgt.

In Nederland is het loon veel beter, voor de patiënt is het daar heel duur. De controle die er gevoerd wordt is tot op een zekere hoogte goed, maar het is niet oké dat de zorgverzekeraar het aantal behandelingen bepaalt per pathologie

Wat kunnen we in België verbeteren aan het systeem?

De 'nest-bevuilers' moeten uit het systeem gegooid worden! Bv. kinesitherapeuten die drie patiënten tegelijk in de praktijk hebben om elektrotherapie, ultrasone, ... bij op te zetten en van alle patiënten betaald krijgen. En dan heb je nog therapeuten die bij wijze van spreken gebruik maken van oorkaarsen en bachbloesems, dit heeft totaal niets meer met kinesitherapie te maken. In Nederland zijn de 'nest-bevuilers' er al uit door de strenge controles.

Het RIZIV bepaalt dat je 25 grote M-nummers per dag mag doen, dit komt neer op 12,5 uur per dag werken, of 50 uur per week.

Wat zijn de gelijkenissen tussen beide landen op vlak van het zorgsysteem?

Dezelfde pathologieën worden vergoed, en daarmee bedoel ik de chronische aandoeningen. In Nederland werkt men heel evidence based, in België begint dat nu ook maar dit moet nog in de praktijk veranderen!

Bijlage 8: Gestructureerd interview patiënten

- 1) **Algemene gegevens**
 - a) **Geslacht:**
 - b) **Geboortedatum:**
 - c) **Hobby's:**
 - d) **Beroep:**
- 2) **Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?**
- 3) **Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?**
 - a) Ja, ik wist op voorhand wat de behandeling allemaal inhield en wat de therapeut allemaal zou doen.
 - b) Neen, ik heb op voorhand geen behandelplan gezien/geen mondelinge mededeling gehad van mogelijke behandelingen. Ik heb vertrouwen in wat de therapeut doet.
 - c) Neen, ik heb op voorhand geen behandelplan gezien/geen mondelinge mededeling gehad van mogelijke behandelingen. Het zou fijner geweest zijn moest ik hiervan eerder op de hoogte zijn geweest.
- 4) **Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:**
 - a) Massagetherapie
 - b) Oefentherapie
 - c) Manuele therapie
 - d) Lymfedrainage
 - e) Elektrotherapie
 - f) Andere:
- 5) **Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:**

Helemaal niet tevreden – Niet tevreden – Neutraal – Tevreden – Heel tevreden
- 6) **Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?**
- 7) **Indien u bij vraag 6 'Neen' antwoordde**
 - a) **Bent u bereid meer te betalen voor kinesitherapie?**
 - b) **Hoeveel zou volgens u een behandeling mogen kosten?**
- 8) **(Enkel invullen indien u in België naar een kinesitherapeut gaat)**
 - a) **Is uw kinesitherapeut geconventioneerd of niet-geconventioneerd?**
 - b) **Is het een bewuste keuze van u om bij een (niet-)geconventioneerde kinesitherapeut in behandeling te gaan? Waarom?**
- 9) **Wat vindt u positief aan het zorgsysteem in uw land?**
- 10) **Wat vindt u negatief aan het Belgische zorgsysteem?**

Bijlage 9: Interview patiënt Nederland - 1

1) Algemene gegevens

- a) **Geslacht:** Vrouw
- b) **Geboortedatum:** 05/07/1962
- c) **Hobby's:** Wandelen, fietsen, hardlopen recreatief
- d) **Beroep:** Bakkerij (deeltijds)

2) Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?

Rugklachten, knieën: kraakbeenletsel, SI-gewricht, L5-S1.
Met als doel: verlichting, probleem wordt niet verholpen, onderhouden van functies.

3) Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?

Ja, ik wist op voorhand wat de behandeling allemaal inhield en wat de therapeut allemaal zou doen.

4) Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:

- a) Massagetherapie
- b) Oefentherapie
- c) Manuele therapie
- d) Andere: bed voor rugklachten (hitte + vibraties)

5) Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:

Tevreden

6) Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?

Nee, ik betaal € 33 per behandeling waarvan ik door mijn verzekering 27 maal kosteloos wordt behandeld (Verzekerd bij "Zilveren Kruis").

7) Indien u bij vraag 6 'Nee' antwoordde

- a) **Bent u bereid meer te betalen voor kinesitherapie?** Nee

8) Niet van toepassing.

9) Wat vindt u positief aan uw zorgsysteem?

Het feit dat je altijd verzekerd bent. Ook de mogelijkheid om rechtstreeks naar de fysiotherapeut te kunnen zonder een doorverwijzing van de arts te krijgen, dat bespaart tijd. Er is een goede communicatie tussen de zorgverzekeraars, fysiotherapeuten en de patiënt.

10) Wat vindt u negatief aan uw zorgsysteem?

/

Bijlage 10: Interview patiënt Nederland - 2

1) Algemene gegevens

- a) **Geslacht:** Man
- b) **Geboortedatum:** 27/07/1964
- c) **Hobby's:** Alles met sport, postzegels verzamelen, spinning, Wielrennen, miloncirkel
- d) **Beroep:** Bankbediende

2) Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?

Knieoperatie (meniscus), kruisband autonoom verwijderd, algemene rugklachten

3) Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?

Ja, ik wist op voorhand wat de behandeling allemaal inhield en wat de therapeut allemaal zou doen.

4) Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:

- a) Massagetherapie
- b) Oefentherapie
- c) Manuele therapie

5) Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:

Tevreden

6) Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?

Nee, in de veronderstelling beter voorkomen dan genezen. Ik gebruik de fysiotherapeut heel vaak als ik pijn voel opkomen, zodat ik de pijn voor blijf en preventief kan werken. Als het effectief is wat men doet, mag het wat kosten (Verzekerd bij "Zilveren kruis").

7) Indien u bij vraag 6 'Nee' antwoordde

- a) **Bent u bereid meer te betalen voor kinesitherapie?** Nee

8) Niet van toepassing.

9) Wat vindt u positief aan uw zorgsysteem?

De flexibiliteit binnen het zorgsysteem, individueel kunnen bepalen welke verzekering je neemt. Ik hecht veel belang aan de vrijheid om te kiezen waar ik naartoe wil om behandeld te worden. Dit is echter afhankelijk van de zorgverzekeraar waar je bent aangesloten.

10) Wat vindt u negatief aan uw zorgsysteem.

Te veel macht bij de zorgverzekeraars: de zorgverzekeraar bepaalt zelfs welk merk van medicijnen u moet nemen.

Bijlage 11: Interview patiënt Nederland - 3

1) Algemene gegevens

- a) **Geslacht:** Vrouw
b) **Geboortedatum:** 05/09/1992
c) **Hobby's:** Korfbal, fitness, lezen, uitgaan met vrienden
d) **Beroep:** Leerkracht basisonderwijs (groep 4-6)

2) Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?

Op de leeftijd van 10 jaar o.w.v. een enkeldistorie → botje moeten terugduwen, door knie gezakt, met als gevolg een botkneuzing, kruisbandreconstructie Re + Li

3) Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?

Ja, ik wist op voorhand wat de behandeling allemaal inhield en wat de therapeut allemaal zou doen.

4) Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:

- b. Oefentherapie
c. Manuele therapie

5) Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:

Tevreden

6) Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?

Ja, momenteel ben ik niet verzekerd voor behandelingen bij de fysiotherapeut, waardoor ik de volle pot moet betalen. Ik ben wel van mening als het helpt, dan helpt het en dan mag daar een kostprijs tegenover staan. → Volgend jaar kiezen voor een andere verzekering.

7) Indien u bij vraag 6 'Nee' antwoordde

- a) **Bent u bereid meer te betalen voor kinesitherapie?**
/

8) Niet van toepassing.

9) Wat vindt u positief aan uw zorgsysteem?

Iedereen is verantwoordelijk voor zijn/haar zorgpakket, je kan dus zorg op maat kiezen. Ook de vrije keuze waar ik in behandeling mag gaan bevalt me wel, ik zou niet graag verplicht worden om naar een ziekenhuis te gaan waar ik me niet optimaal bij voel?

10) Wat vindt u negatief aan uw zorgsysteem.

Wanneer je doorheen het jaar (bv. maart) te maken krijgt met een letsel (bv. rugproblematiek) ben je niet in staat om je verzekering hiervoor aan te passen. Je sluit een verzekering af in het begin van het jaar en deze blijft ongewijzigd. Er zijn echter een paar verzekeringen die flexibel zijn doorheen het jaar, maar deze kosten lopen vrij hoog op.

Bijlage 12: Interview patiënt Nederland - 4

1) Algemene gegevens

- a) **Geslacht:** Man
- b) **Geboortedatum:** 10/03/1990
- c) **Hobby's:** Voetbal, fitness, lopen, uitgaan met vrienden
- d) **Beroep:** Student sociaal werk

2) Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?

Chronische enkelinstabiliteit Li+Re, klachten lage onderrug, spierscheur hamstring Re

3) Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?

Ja, ik wist op voorhand wat de behandeling allemaal inhield en wat de therapeut allemaal zou doen.

4) Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:

- a) Massagetherapie
- b) Oefentherapie
- c) Manuele therapie

5) Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:

Tevreden

6) Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?

Ja, aangezien mijn zorgverzekering die ik dit jaar afgesloten heb veel meer zorg aanbiedt dan dat ik nodig heb. Vorige jaren had ik bijvoorbeeld meer fysiotherapeutische behandelingen nodig. Waardoor ik vorig jaar veel kosten voor eigen rekening heb moeten nemen, terwijl ik dit jaar het gevoel heb dat ik te veel betaal.

7) Indien u bij vraag 6 'Nee' antwoordde

- a) **Bent u bereid meer te betalen voor kinesitherapie?**

/

8) Niet van toepassing.

9) Wat vindt u positief aan uw zorgsysteem?

Ik vind het positief dat ik kan kiezen naar welke fysiotherapeut ik ga en dat deze gecontroleerd wordt door mijn zorgverzekeraar. Het feit dat ik rechtstreeks naar een fysiotherapeut kan gaan met een klacht is zeker een meerwaarde.

10) Wat vindt u negatief aan uw zorgsysteem.

De tarieven van de fysiotherapeut schommelen, waardoor we bij de ene fysio 28 euro en bij de andere 30 euro betalen. Wanneer je bijvoorbeeld 1 maal een behandeling nodig hebt, is dit verschil niet veel, maar wanneer je herhaaldelijk moet gaan én dit bedrag zelf moet financieren, is dit een smak geld. Wanneer je niet beschikt over de financiële middelen om een aanvullende verzekering af te sluiten, moet je maar hopen dat je weinig/geen zorg nodig hebt. Terwijl diegene die zich een ruime aanvullende verzekering kunnen permitteren hier geen rekening mee moeten houden. Ik vind het trouwens goed dat fysiotherapeuten zich specialiseren, maar daardoor zou ik per verschillende soort klacht een andere fysiotherapeut moeten zoeken.

Bijlage 13: Interview patiënt België - 1

1) Algemene gegevens

- a) **Geslacht:** Man
- b) **Geboortedatum:** 03/05/1996
- c) **Hobby's:** Voetbal
- d) **Beroep:** Student

2) Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?

Voetbalblessures: enkel, rug, knie,...

3) Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?

Neen, ik heb op voorhand geen behandelplan gezien/geen mondelinge mededeling gehad van mogelijke behandelingen. Ik heb vertrouwen in wat de therapeut doet.

4) Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:

- a) Oefentherapie
- b) Manuele therapie
- c) Elektrotherapie

5) Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:

Tevreden

6) Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?

Hier kan ik moeilijk op antwoorden aangezien ik dit nooit zelf moest bekostigen. Wat ik weet is dat een bepaald aantal consultaties (deels) worden terugbetaald door de mutualiteit (?), waardoor het nog meevalt als het om slechts enkele consultaties gaat.

7) Indien u bij vraag 6 'Neen' antwoordde

/

8) (Enkel invullen indien u in België naar een kinesitherapeut gaat)

a) Is uw kinesitherapeut geconventioneerd of niet-geconventioneerd?

Geconventioneerd (denk ik...)

b) Is het een bewuste keuze van u om bij een (niet-)geconventioneerde kinesitherapeut in behandeling te gaan? Waarom?

De keuze voor de kinesitherapeut was in alle gevallen ofwel omdat het de kiné was die aangesloten was bij de sportclub, of de kiné die zeer kort bij thuis is gevestigd. Het feit dat een kinesitherapeut geconventioneerd is lijkt mij wel een extra factor van vertrouwen in de kwaliteiten van hem/haar.

9) Wat vindt u van de sociale zekerheid in België?

Een zeer noodzakelijk iets. Je weet nooit welke ernstige blessures/ziektes je kunnen overkomen.

10) Wat vindt u positief aan het Belgische zorgsysteem (terugbetaling etc.)?

Dat iedereen tegen een vrij betaalbare prijs (in vergelijking met andere landen) een behandeling kan verkrijgen en dit ook nog zonder relatief lange wachttijden.

11) Wat vindt u negatief aan het Belgische zorgsysteem?

Het papierwerk dat noodzakelijk is om een terugbetaling te verkrijgen lijkt mij niet echt efficiënt. Ook de verplichtte consultaties van een huisarts e.d. voor een voorschrift te bekomen vooraleer men een kinesitherapeut of specialist kan raadplegen.

Bijlage 14: Interview patiënt België - 2

1) Algemene gegevens

- a) **Geslacht:** Vrouw
- b) **Geboortedatum:** 12/03/1996
- c) **Hobby's:** Tennis, fitness (groepslessen body pump)
- d) **Beroep:** Student

2) Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?

Na een knieoperatie (ligamenten gescheurd + pees verlegd): opnieuw leren plooiën van de knie, stabilisatieoefeningen, aansterken spieren, ...

3) Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?

Neen, ik heb op voorhand geen behandelplan gezien/geen mondelinge mededeling gehad van mogelijke behandelingen. Het zou fijner geweest zijn moest ik hiervan eerder op de hoogte zijn geweest.

4) Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:

- a) Oefentherapie
- b) Elektrotherapie
- c) Andere: 'Dry needling'

5) Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:

Tevreden

6) Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?

Ja, zeker wanneer je langdurig in behandeling bent.

7) Indien u bij vraag 6 'Neen' antwoordde /

8) (Enkel invullen indien u in België naar een kinesitherapeut gaat)

- a) **Is uw kinesitherapeut geconventioneerd of niet-geconventioneerd?**

Ja

- b) **Is het een bewuste keuze van u om bij een (niet-)geconventioneerde kinesitherapeut in behandeling te gaan? Waarom?**

Neen, geen bewuste keuze. Hij is een kennis van de familie.

9) Wat vindt u van de sociale zekerheid in België?

Goed!

10) Wat vindt u positief aan het Belgische zorgsysteem (terugbetaling etc.)?

De terugbetalingen worden steeds tijdig gedaan. We hebben geen expliciete klachten.

11) Wat vindt u negatief aan het Belgische zorgsysteem?

Bij terugbetaling van bepaalde medicatie is het vervelend dat je steeds zelf het papierwerk moet doen om financiële verminderingen te krijgen (bij chronische pijnen). Dit zou automatisch moeten gaan. Nu moet je er jaarlijks aan denken om dat zelfde papier weer in orde te brengen.

Bijlage 15: Interview patiënt België - 3

1) Algemene gegevens:

- a) **Geslacht:** Man
- b) **Geboortedatum:** 02/05/1996
- c) **Hobby's:** Voetbal, tennis, lopen, fietsen,...
- d) **Beroep:** Student

2) Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?

Ontsteking buikspieren, adductoren, heupbuigers (pubalgie?)

3) Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?

Ja, ik wist op voorhand wat de behandeling allemaal inhield en wat de therapeut allemaal zou doen.

4) Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:

- a) Oefentherapie
- b) Manuele therapie

5) Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:

Neutraal

6) Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?

Ik vind van niet, aangezien in mijn geval de CM voor een groot deel tussenkomt in de kosten.

7) Indien u bij vraag 6 'Neen' antwoordde

- a) **Bent u bereid meer te betalen voor kinesitherapie?** Ja
- b) **Hoeveel zou volgens u een behandeling mogen kosten?**

Moeilijk te zeggen.

8) (Enkel invullen indien u in België naar een kinesitherapeut gaat)

a) Is uw kinesitherapeut geconventioneerd of niet-geconventioneerd?

Geconventioneerd

b) Is het een bewuste keuze van u om bij een (niet-)geconventioneerde kinesitherapeut in behandeling te gaan? Waarom?

Niet meteen, al zou het mogelijk wel een reden kunnen zijn om van kinesist te veranderen. Ik heb het geluk dat mijn vaste kine(praktijk) geconventioneerd is.

9) Wat vindt u van de sociale zekerheid in België?

Ik denk dat het systeem vrij goed in elkaar zit aangezien iedereen er enerzijds veel voorzieningen zijn en anderzijds iedereen bijdraagt in verhouding tot zijn/haar mogelijkheden. Natuurlijk zullen er altijd mensen zijn die door het systeem bevoordeeld/benadeeld worden maar dit is waarschijnlijk onvermijdelijk.

10) Wat vindt u positief aan het Belgische zorgsysteem (terugbetaling etc.)?

Het zorgsysteem komt in de meeste gevallen voor een groot deel tussen in de ziektekosten. Dit maakt de kosten voor iedereen draaglijk. Een systeem van voorschriften is ook goed omdat er zo minder kan geprofiteerd worden van het systeem.

11) Wat vindt u negatief aan het Belgische zorgsysteem?

In bepaalde gevallen komt de CM slechts tussen voor een bepaald aantal behandelingen. Daarna neemt het remgeld en dus de kost toe. Echter zijn er situaties waarin die extra behandelingen gewoonweg noodzakelijk zijn en het dus niet correct is dat hier meer voor betaald moet worden. Hiervoor zou men een beter systeem moeten uitwerken, eventueel door een behandeling in casu.

Bijlage 16: Interview patiënt België - 4

1) Algemene gegevens

- a) **Geslacht:** Vrouw
- b) **Geboortedatum:** 21/02/1996
- c) **Hobby's:** Dansen
- d) **Beroep:** Student

2) Waarvoor bent u in behandeling bij de kinesitherapeut/fysiotherapeut?

Nekklachten en zwakke liesspielen

3) Is de behandeling opgesteld in samenspraak met uzelf?

Neen, ik heb op voorhand geen behandelplan gezien/geen mondelinge mededeling gehad van mogelijke behandelingen. Het zou fijner geweest zijn moest ik hiervan eerder op de hoogte zijn geweest.

4) Welk soort therapie krijgt u bij de kinesitherapeut? Meerdere antwoorden zijn mogelijk:

- a) Massagetherapie
- b) Oefentherapie
- c) Manuele therapie
- d) Elektrotherapie

5) Bent u over het algemeen tevreden over de therapie/behandelingen die u krijgt? Duid aan:

Tevreden

6) Vindt u kinesitherapie/fysiotherapie (té) duur? Waarom wel/niet?

Bij niet-terugbetaling wel

7) Indien u bij vraag 6 'Neen' antwoordde /

8) (Enkel invullen indien u in België naar een kinesitherapeut gaat)

a) Is uw kinesitherapeut geconventioneerd of niet-geconventioneerd?

Geconventioneerd

b) Is het een bewuste keuze van u om bij een (niet-)geconventioneerde kinesitherapeut in behandeling te gaan? Waarom?

Onbewust

9) Wat vindt u van de sociale zekerheid in België?

Heel mooi uitgewerkt, hopelijk blijft het houdbaar!

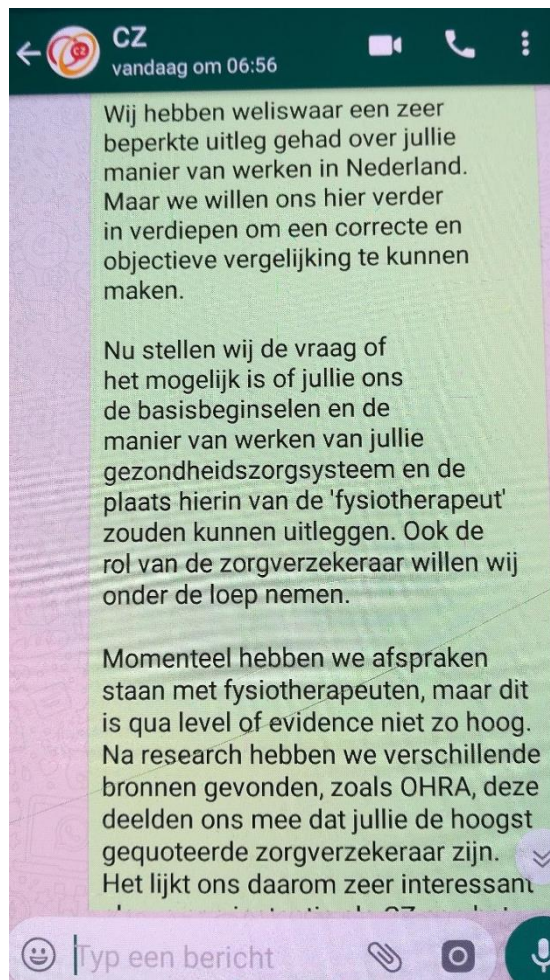
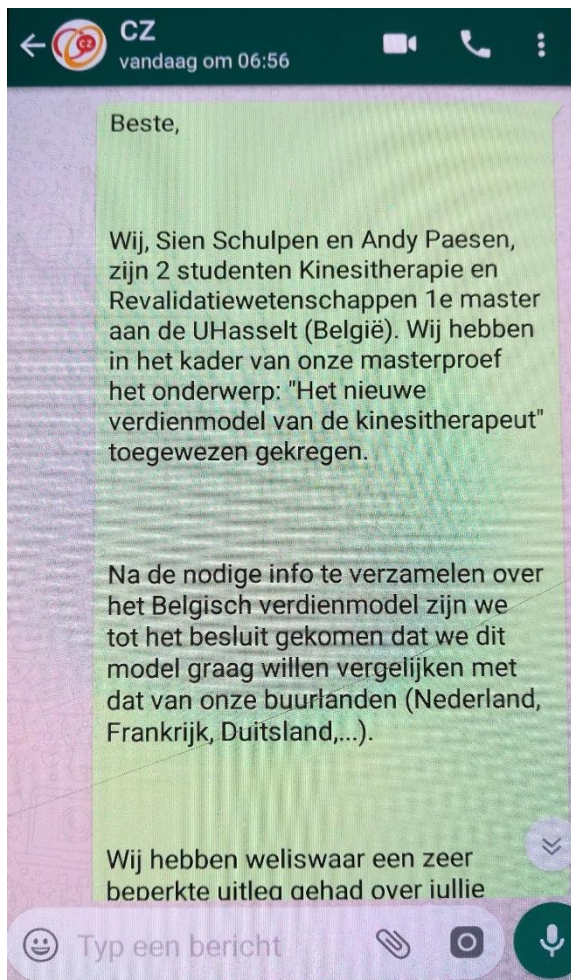
10) Wat vindt u positief aan het Belgische zorgsysteem (terugbetaling etc.)?

De toegang die iedereen heeft tot het zorgsysteem, ongeacht financiële situatie.

11) Wat vindt u negatief aan het Belgische zorgsysteem?

Niet-terugbetaling van bepaalde ziektes met een duur kostenpatroon.

Bijlage 17: Contact met zorgverzekeraar CZ





Bijlage 18: Contact met zorgverzekeraar Interpolis

Onderwerp: anders

Beste, Wij, Sien Schulpen en Andy Paesen, zijn 2 studenten Kinesithherapie en Revalidatiewetenschappen 1e master aan de UHasselt (België). Wij hebben in het kader van onze masterproef het onderwerp: "Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut" toegewezen gekregen. Na de nodige info te verzamelen over het Belgisch verdienmodel zijn we tot het besluit gekomen dat we dit model graag willen vergelijken met dat van onze buurlanden (Nederland, Frankrijk, Duitsland,...). Wij hebben weliswaar een zeer beperkte uitleg gehad over jullie manier van werken in Nederland. Maar we willen ons hier verder in verdiepen om een correcte en objectieve vergelijking te kunnen maken. Nu stellen wij de vraag of het mogelijk is of jullie ons de basisbeginselen en de manier van werken van jullie gezondheidszorgsysteem en de plaats hierin van de 'fysiotherapeut' zouden kunnen uitleggen. Ook de rol van de zorgverzekeraar willen wij onder de loep nemen. Momenteel hebben we afspraken staan met fysiotherapeuten, maar dit is qua level of evidence niet zo hoog. Na research hebben we verschillende bronnen gevonden, zoals OHRA, deze deelden ons mee dat jullie een van de hoogst gequoteerde zorgverzekeraar zijn. Het lijkt ons daarom zeer interessant als we een instantie als Interpolis aan het woord kunnen krijgen. We zouden graag een afspraak met jullie maken. Alvast bedankt MVG Sien Schulpen Andy Paesen

Uw vraag of opmerking:



info@interpolis.nl

ma 7/05, 11:20

U ↕

U hebt dit bericht doorgestuurd op 7/05/2018 17:53

Beste meneer, mevrouw,

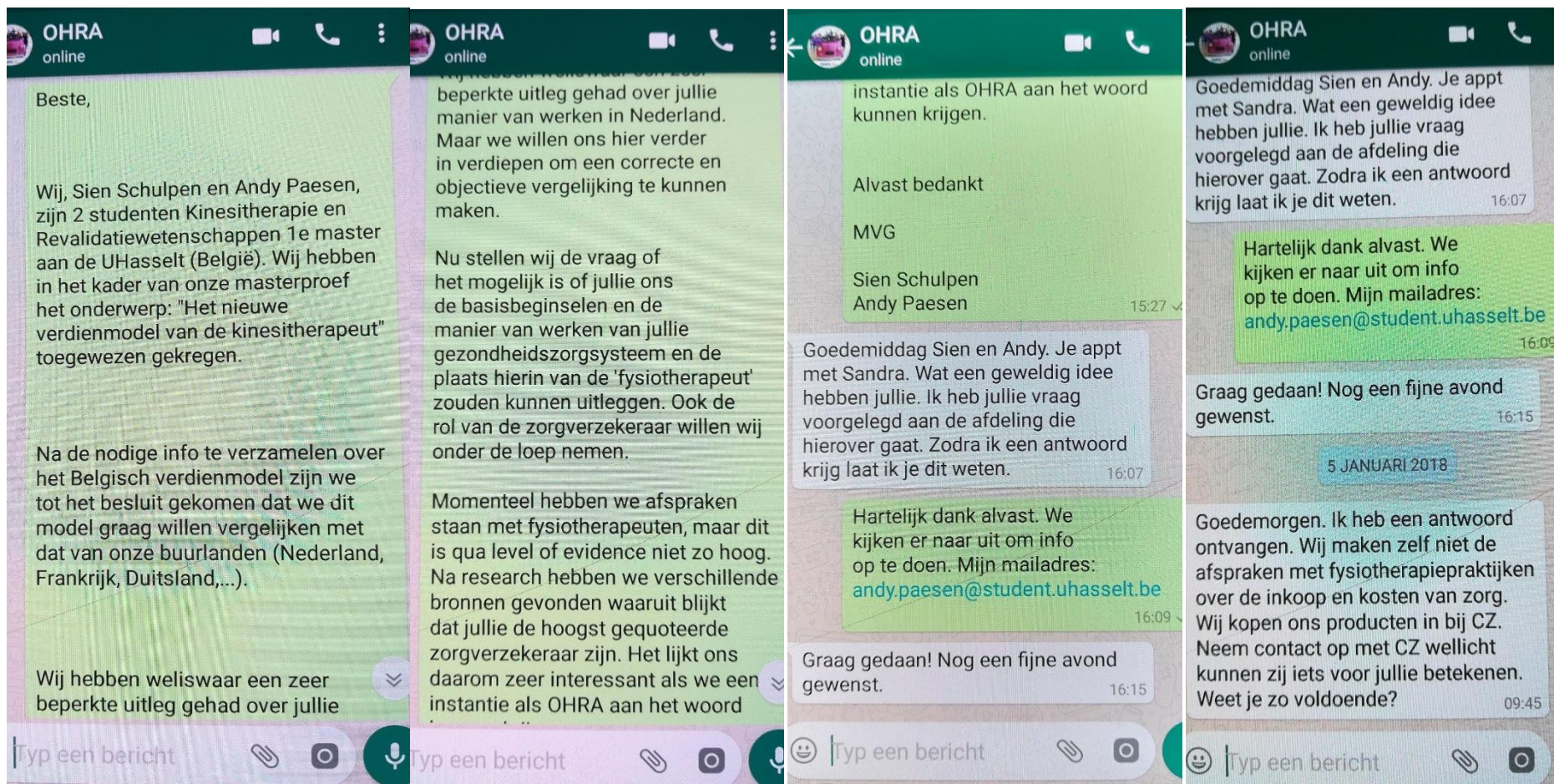
Hartelijk dank voor uw e-mail. Wij nemen uw bericht snel in behandeling.

Wilt u reageren op dit bericht en contact opnemen met Interpolis? Vermeld dan altijd het kenmerk van uw e-mail. Dat kenmerk is 000Y9aDEWW51X45.

Met vriendelijke groet,

Interpolis

Bijlage 19: Contact met zorgverzekeraar OHRA

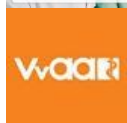


Bijlage 20: Contact met zorgverzekeraar VvAA

Contact met zorgverzekeraar

VvAA

Begin chatgesprek



4 JANUARI 15:51

WIJ:

Beste,

Wij, Sien Schulpen en Andy Paesen, zijn 2 studenten Kinesithérapie en Revalidatiewetenschappen 1e master aan de UHasselt (België). Wij hebben in het kader van onze masterproef het onderwerp: "Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut" toegewezen gekregen.

Na de nodige info te verzamelen over het Belgisch verdienmodel zijn we tot het besluit gekomen dat we dit model graag willen vergelijken met dat van onze buurlanden (Nederland, Frankrijk, Duitsland,...).

Wij hebben weliswaar een zeer beperkte uitleg gehad over jullie manier van werken in Nederland. Maar we willen ons hier verder in verdiepen om een correcte en objectieve vergelijking te kunnen maken.

Nu stellen wij de vraag of het mogelijk is of jullie ons de basisbeginselen en de manier van werken van jullie gezondheidszorgsysteem en de plaats hierin van de 'fysiotherapeut' zouden kunnen uitleggen.

Momenteel hebben we afspraken staan met fysiotherapeuten, maar dit is qua level of evidence niet zo hoog. Na research kwamen wij uit bij jullie instantie, VvAA. Het zou voor ons zeer nuttig zijn als we een instantie als het VvAA aan het woord kunnen krijgen.

Alvast bedankt

MVG Sien Schulpen en Andy Paesen

Zorgverzekeraar VvAA:

5 JANUARI 15:14

Beste Sien en Andy,

Dankjewel voor jullie vraag. Ik heb hem hier even voorgelegd en via collega Erik van Dam uitgekomen bij Rutger IJntema. Hij werkt niet bij VvAA, maar is fysiotherapeut en en bedrijfskundig, werkzaam op de Hogeschool Utrecht op het gebied van ondernemerschap. Rutger heeft aangegeven dat hij het prima vindt als jullie contact met hem opnemen. Hij is bereikbaar via telefoonnummer +31644505738 of via e-mail rutger.ijntema@hu.nl.

Ik hoop jullie hiermee verder geholpen te hebben en wens jullie veel succes met de masterproef.

Mvg,

Sylvia Kreugel

WIJ:

Alvast hartelijk bedankt. Wij gaan zeker contact opnemen met mijnheer Ijntema. Bedankt voor de snelle en vlotte communicatie. Mvg

Bijlage 21: Contact met Liberale Mutualiteit Limburg (LML)

Van: Andy Paesen [mailto:andy_paesen@hotmail.com]

Verzonden: maandag 7 mei 2018 5:57

Aan: Vandeput, Karolien (LML)

CC: sien.schulpen@student.uhasselt.be

Onderwerp: Masterproef gezondheidszorgsyteem

Beste,

Wij, Sien Schulpen en Andy Paesen, zijn 2 studenten Kinesitherapie en Revalidatiewetenschappen 1e master aan de UHasselt (België). Wij hebben in het kader van onze masterproef het onderwerp: "Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut" toegewezen gekregen. Na de nodige info te verzamelen over het Belgisch verdienmodel zijn we tot het besluit gekomen dat we dit model graag willen vergelijken met dat van onze buurlanden (Nederland, Frankrijk, Duitsland,...). Wij hebben weliswaar een zeer beperkte uitleg gehad over jullie manier van werken in Nederland. Maar we willen ons hier verder in verdiepen om een correcte en objectieve vergelijking te kunnen maken. Nu stellen wij de vraag of het mogelijk is of jullie ons de basisbeginselen en de manier van werken van jullie gezondheidszorgsysteem en de plaats hierin van de kinesitherapeut zouden kunnen uitleggen. Ook de rol van de mutualiteit willen wij onder de loep nemen. Momenteel hebben we afspraken staan met kinesitherapeuten, maar dit is qua level of evidence niet zo hoog. Na research hebben we verschillende bronnen gevonden. Het lijkt ons daarom zeer interessant als we een instantie als LML aan het woord kunnen krijgen.

We zouden graag een afspraak met jullie maken.

Alvast bedankt MVG Sien Schulpen Andy Paesen

Verzonden vanuit [Mail](#) voor Windows 10

Beste Andy

Onze verantwoordelijke hiervoor is momenteel met ziekteverlof.

Ik verwijs u graag door naar onze collega's van CM Limburg, hun ziekenfonds is veel groter en zullen meerdere medewerkers hebben die u vlot gaan kunnen helpen.

mvg

Karolien Vandeput

stafmedewerker

Liberale Mutualiteit Limburg

Geraetsstraat 20, 3500 Hasselt

Tel. 011-29 10 05 - Fax 011-22 20 67

Mailto : karolien.vandeput@lm.be

Web : www.lm.be/limburg Zorgboetiek : www.zorgboetiek.be

Bijlage 22: Contact met Christelijke Mutualiteit (CM)

U hebt dit bericht doorgestuurd op 7/05/2018 17:54



The screenshot shows an email interface. At the top left is the logo of Christelijke Mutualiteit (CM), a green circle with a white 'M' and the text 'CHRISTELIJKE MUTUALITEIT'. At the top right is a speech bubble icon with the word 'Contact' next to it. The main body of the email has a light green background and contains the following text:

contactformulier

Beste Andy Paesen,

We hebben je bericht goed ontvangen. We behandelen je vraag zo snel mogelijk.

Met vriendelijke groeten
CM

At the bottom of the email, there is a green footer bar containing the text 'CM 2018 ©' and three social media icons: Facebook, Twitter, and LinkedIn.

(Voorafgaand aan deze reactie werd een contactformulier ingevuld met de volgende vraag:

Beste,

Wij, Sien Schulpen en Andy Paesen, zijn 2 studenten Kinesitherapie en Revalidatiewetenschappen 1e master aan de UHasselt (België). Wij hebben in het kader van onze masterproef het onderwerp: "Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut" toegewezen gekregen.

Na de nodige info te verzamelen over het Belgisch verdienmodel zijn we tot het besluit gekomen dat we dit model graag willen vergelijken met dat van onze buurlanden (Nederland, Frankrijk, Duitsland,...).

Om hier een beter inzicht in te krijgen zouden we graag de gelijkenissen en verschillen tussen de nederlandse zorgverzekeraars en de belgische mutualiteiten in kaart brengen. Hiervoor zouden wij graag een afspraak maken, om u de nodige vragen te stellen zodat wij een objectief vergelijking kunnen maken.

Mvg,

Sien Schulpen
Andy Paesen

Bijlage 23: Toestemming gebruik documentatie

Masterproef



Sien Schulpen <sien.schulpen@student.uhasselt.be>

aan hoofdkantoor, Andy ▾

31 jan. ☆



Beste,

Andy Paesen en mezelf zijn 1e masterstudenten kinesitherapie aan de UHasselt. We maken dit jaar een masterproef waarin we de zorgsystemen rond fysiotherapie/kinesitherapie van België en Nederland met elkaar vergelijken.

Is het mogelijk gebruik te maken van informatie/documenten die op jullie website staan en deze te verwerken in onze masterproef? Mits correcte bronvermelding volgens de APA Richtlijnen?

Met vriendelijke groeten,
Andy Paesen en Sien Schulpen

documentatie beroepsvereniging Fysiotherapie

Inbox x



Frank van de Geest F.vandeGeest@kngf.nl [via kngf365.onmicrosoft.com](mailto:kngf365.onmicrosoft.com)

aan mij ▾

2 feb. ★



Beste Sien,

Jullie mogen gebruik maken van de documentatie op de website onder voorwaarden van bronvermelding.

Met vriendelijke groet,

Frank van de Geest
Medior Medewerker Diensten & Producten
Marketing & Communicatie
Werkdagen: ma, di, do, vr

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

[Stadsring 159b](https://www.kngf.nl) | [Postbus 248](https://www.kngf.nl) | 3800 AE Amersfoort | T 033 467 29 26 | M 06 246 663 00 | f.vandegeest@kngf.nl | www.kngf.nl | www.defysiotherapeut.com |



Deel 2: Onderzoeksprotocol

1. Inleiding

Het huidige verdienmodel waarin de kinesitherapeuten de dag van vandaag werken is enorm verouderd en ontoereikend om aan zijn competentiegraad tegemoet te komen (Peeters, 2017). De opleiding van kinesitherapeuten omvat minstens vier studiejaren die voltijds onderwijs bekronen (Michel, 2015). De kwaliteiten en de competenties van de kinesitherapeuten die tegenwoordig afstuderen, worden niet optimaal benut (Van Roy, 2015). De sector huivert naar een nieuw verdienmodel waarin deze competenties en kwaliteiten wel optimaal benut kunnen worden.

Axxon heeft reeds een nieuw verdienmodel uitgewerkt dat zij willen toepassen in de praktijk (Peeters, 2017). Allereerst willen we een financiële analyse maken van het nieuwe verdienmodel. Hierin zal de haalbaarheid van het nieuwe model worden afgetoetst. Daarna worden er focusgroepen opgericht waarin de stakeholders (kinesitherapeuten, patiënten, mutualiteiten) zetelen. Vooropgestelde vragen zullen als leidraad dienen om een discussie over het nieuwe verdienmodel op gang te brengen.

2. Doel onderzoek

2.1. Onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag: Op welke manier kan het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut de werking binnen de (kinesithérapie)sector beïnvloeden?

Deelvraag 1: Wat is de financiële impact van het nieuwe verdienmodel binnen de kinesithérapie?

Deelvraag 2: Hoe kan het nieuwe verdienmodel geïmplementeerd worden in de gezondheidszorg zodat iedere stakeholder tevreden is?

2.2. Hypothesen

Mogelijke bevindingen:

- Directe toegang tot de kinesithérapie is een haalbaar gegeven.

Er wordt duidelijk omschreven onder welke voorwaarden een kinesitherapeut een patiënt mag behandelen zonder verwijzing van een huisarts (Van Roy, 2015). In de paper 'Maatschappelijk evoluerende context van de kinesithérapie', geschreven door Axxon, wordt er ook aangehaald dat het effect van directe toegang tot kinesithérapie waarschijnlijk (hypothetisch) kostenbesparend zal werken (Peeters, 2017).

- Het ereloon kan in de praktijk stijgen.

Uit berekeningen van Axxon blijkt dat het ereloon 29,77 euro per behandeling zou bedragen om een eerlijk marktconform ereloon te bekomen (Peeters, 2017). Het is aannemelijk dat een groot deel van de patiënten geen of weinig problemen zou hebben met deze verhoging in de kostprijs van kinesitherapie, zelfs niet indien de terugbetaling hetzelfde zou blijven zoals deze nu is. Het lijkt aannemelijk dat een patiënt deze verhoogde prijs van 7,51 euro per behandeling graag extra zal betalen, als hiermee zijn/haar probleem professioneel wordt opgelost. Voor personen die het minder breed hebben, is er nog steeds de sociale maximumfactuur die ervoor zorgt dat ook deze personen beschermd blijven tegen te hoge ziekte-onkosten.

Dit zijn twee voor de hand liggende hypothesen aangezien er de laatste jaren steeds meer controverses bestaat in de media over deze onderwerpen (Belga, 2017). Uit het onderzoek zullen nog andere opvattingen naar boven komen die moeilijker te voorspellen zijn.

3. Methode

3.1. Onderzoeksdesign

Deze studie is een kwalitatieve survey waarin het vooronderzoek een kwantitatieve survey zal zijn en het hoofdonderzoek een kwalitatieve survey met focusgroepen (Mortelmans, 2013).

In het eerste deel van het onderzoek wordt de financiële haalbaarheid van het nieuwe verdienmodel afgetoetst. De financiële analyse komt tot stand in samenwerking met een economisch expert binnen het RIZIV en met behulp van beschikbaar gesteld cijfermateriaal van het RIZIV.

Het tweede deel omvat een kwalitatief onderzoek waarin focusgroepen van de verschillende stakeholders (kinesitherapeuten, patiënten, mutualiteiten) worden samengeroepen om te bepalen of het nieuwe verdienmodel al dan niet haalbaar is voor elke stakeholder in de kinesitherapie-sector. A.d.h.v. deze focusgroepen worden mogelijke voor- en nadelen per stakeholder verder afgetoetst en geïnventariseerd.

3.2. Participanten

In deze studie wordt a.d.h.v. focusgroepen aan informatievergaring gedaan. De focusgroepen worden o.b.v. een theoretische steekproef samengesteld. Zo zal er een focusgroep zijn waarin enkel kinesitherapeuten zullen deelnemen, een met enkel patiënten en een met werknemers van verschillende mutualiteiten.

3.2.1. Inclusiecriteria

Kinesitherapeuten:

- > 5 jaar geleden afgestudeerd
- > 5 jaar werkzaam als kinesitherapeut
- > 3 jaar werkzaam te België als kinesitherapeut

Patiënten:

- Tijdens afgelopen 3 jaar in behandeling geweest zijn bij een kinesitherapeut in België
- Nederlands begrijpen en spreken
- > 18 jaar

Mutualiteiten:

- > 3 jaar werkzaam bij een door het RIZIV erkende mutualiteit
- Goede kennis van het huidige Belgische ziektezorgsysteem

3.2.2. Exclusiecriteria

Kinesitherapeuten:

- In de afgelopen 3 jaar meer dan 1,5 jaar werkverlet als kinesitherapeut

3.2.3. Recrutering

A.d.h.v. social media, telefoongesprekken, persoonlijke contacten, e-mail, ... wordt er contact opgenomen met de verschillende stakeholders. Na kadering van het onderzoek ontvangen deze mensen een uitnodiging waarin gevraagd wordt om mee te werken d.m.v. een focusgroep. Deze focusgroepen worden samengesteld door middel van een theoretische spreekproef, wat wilt zeggen dat de steekproef dusdanig wordt geselecteerd zodat er bruikbare en zinvolle info verkregen wordt. Er moet op worden toegezien dat er geen eenzijdige steekproef plaatsvindt waarbij er geen verschillen in mening zijn (Mortelmans, 2013).

3.3. Medische ethiek

In deze studie worden geen experimenten uitgevoerd op personen, vandaar is er geen goedkeuring vereist door een comité medische ethiek. Van de participanten wordt gevraagd een formulier te ondertekenen waarin zij akkoord gaan dat hun gegevens anoniem in de studie verwerkt worden. Om de anonimiteit te garanderen wordt er vanaf het begin een schuilnaam gebruikt per participant.

3.4. Dataverzameling

De gesprekken die gevoerd worden tijdens de focusgroepen worden digitaal opgenomen met behulp van een camera. Op deze manier is het duidelijk welke gesprekspartner wat zegt in het groepsgesprek. Elke gesprekspartner zal een duidelijk zichtbaar naamplaatje voor zich zetten met hierop een schuilnaam om vanaf het begin de anonimiteit te garanderen. De gemaakte beelden zullen niet verder verspreid worden en enkel in het bezit van Paesen Andy en Schulpen Sien blijven.

Het audiomateriaal wordt letterlijk uitgetypt om dit hierna verder te kunnen analyseren. Tot slot, na het schrijven van het eindverslag, wordt er een terugkoppeling gemaakt met de stakeholders. De eindversie van de studie wordt naar de stakeholders gemaild om hier alsnog hun visie op te geven. Op deze manier wordt er gecontroleerd of hun visie tijdens de focusgroepen bewaard is gebleven.

3.5. Data-analyse

Allereerst worden de gesprekken die plaatsvonden in de focusgroepen geanalyseerd en letterlijk uitgetypt. De schuilnamen worden gebruikt om te bepalen wie wat zegt in het gesprek. Na het uittypen van de gesprekken worden deze doorgelezen.

De uitgetypte gesprekken worden eerst geanalyseerd a.d.h.v. open coderen. Hierbij wordt de volledige tekst o.b.v. relevantie in stukken verdeeld en wordt er per relevant stuk tekst een label aan gekoppeld. Dan volgt het axiaal coderen waarbij losse codes worden verbonden tot een geheel. Tot slot gebeurt het selectief coderen waarbij alle concepten met elkaar verbonden worden. Tijdens het codeerproces zal gebruik gemaakt worden van nader te bepalen kwalitatieve onderzoeksoftware (Mortelmans, 2013).

4. Time planning: deadlines

- 16 december 2018: Financiële analyse
- 31 december 2018: Focusgroepen rekruteren
- 31 december 2018: Interview opstellen per focusgroep
- 17 februari 2019: Focusgroepen samenroepen
- 1 maart 2019: Gesprekken focusgroepen uitschrijven
- 31 maart 2019: Data-analyse: open coderen
- 15 april 2019: Data-analyse: axiaal coderen
- 30 april 2019: Data-analyse: selectief coderen
- 21 mei 2019: Eindverslag uitschrijven
- 28 mei 2019: Terugkoppeling stakeholders
- 31 mei 2019: Terugkoppeling stakeholders uitschrijven in discussie

5. Referentielijst

- Belga. (2017). Kinesisten en socialistisch ziekenfonds verwerpen ultiem tarievenvoorstel. Retrieved from https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/02/06/kinesisten_en_socialistischziekenfondsverwerpe_nultiemtarienvoo-1-2885209/
- Michel, C., De Block, M. (2015). Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Peeters, S. (2017). *Maatschappelijk evoluerende context van de kinesitherapie*. Retrieved from
- Van Roy, P. (2015). Advies van Federale Raad voor kinesitherapie over directe toegang tot de kinesitherapie (DTK). Retrieved from http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/advies_dtk_versie_20151026_0.pdf

6. Bijlagen

Bijlage 1: 'Informed Consent' formulier

Bijlage 1: 'Informed consent' formulier

Geïnformeerde toestemming

Titel van het onderzoek:

Masterproef: Het nieuwe verdienmodel van de kinesitherapeut

Naam + contactgegevens onderzoekers:

Onderzoeker 1:

Paesen Andy

Bosheidestraat 14 3950 Bocholt

0475/49 94 92

andy.paesen@student.uhasselt.be

Master in de Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie

Faculteit Geneeskunde en levenswetenschappen

Onderzoeker 2:

Schulpen Sien

Omselweg 30 3960 Bree

0486/76 80 52

sien.schulpen@student.uhasselt.be

Master in de Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie

Faculteit Geneeskunde en levenswetenschappen

Promotor:

Prof. Dr. Meesen Raf

Biomedisch Onderzoeksinstituut

*Campus Diepenbeek, Agoralaan Gebouw A
BELGIUM 3590 Diepenbeek*

Kantoor: BMO-A05 (Gebouw A)

raf.meesen@uhasselt.be

Doel en methodologie van het onderzoek:

Inzicht verkrijgen over de invloed van het nieuwe verdienmodel binnen de (kinesitherapie)sector.

Duur van het experiment:

60 min – 90 min

- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
- Ik weet dat er risico's of ongemakken kunnen verbonden zijn aan mijn deelname.
- Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij mag ontstaan.
- De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
- Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek. De onderzoeker mag mij hiervoor contacteren op het volgende e-mailadres: zie hieronder
- Voor vragen weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:

Paesen Andy

Bosheidestraat 14 3950 Bocholt

Andy.paesen@student.uhasselt.be

0475/49 94 92

Of

Schulpen Sien

Omselweg 30 3960 Bree

Sien.schulpen@student.uhasselt.be

0486/76 80 52

- Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met het Comité voor Medische Ethiek UHasselt: CME@uhasselt.be

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

Datum:

Naam en handtekening proefpersoon

Naam en handtekening onderzoeker