

KBVFG - VBS - BVAS

**Aan de Heer Elio Di Rupo
Eerste Minister**

**Aan Mevrouw Laurette Onkelinx
Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid**

Aan de Dames en Heren Vice-Premiers

**Aan de Heer Jo De Cock
Administrateur-generaal RIZIV**

**Aan Dr. Christiaan Decoster
Directeur-generaal FOD Volksgezondheid**

**Aan de Voorzitter van het
Verzekeringscomité RIZIV**

**Aan het College van Geneesheren-
Directeurs**

Aan Dr. Rob Van den Oever

Aan Dr. Jacques De Toef

Aan Dr. Marc Moens

Brussel, 5 december 2011

Geachte Dames en Heren,

Naar aanleiding van de beslissing van het verzekeringscomité en de kennisgeving van het budget 2012 van de nieuwe regering zijn wij zo vrij u dit schrijven te richten.

Bij elke begrotingsronde komt het budget Fysische Geneeskunde en Revalidatie onder druk. De laatste jaren diende Revalidatie reeds menigmaal in te leveren (indexsprongen, nomenclatuuraanpassingen en verlaagde tarieven).

Verdere besparingen in de revalidatie zullen leiden naar een kwaliteitsvermindering, waarbij wij onze maatschappelijke opdracht niet langer zullen kunnen vervullen. Als revalidatieartsen is het onze taak patiënten na curatieve behandelingen een optimaal niveau van functioneren en

onafhankelijkheid terug te bezorgen. Hiermee wordt niet alleen een verbeterde levenskwaliteit betracht, maar ook een snelle re-integratie in huiselijk milieu (i.p.v. van opname in woon- en zorgcentra). Ook binnen het arbeidscircuit wordt door een kwalitatieve revalidatie een snelle re-integratie bevorderd.

Onderfinanciering revalidatiecentra

De financiering van de revalidatiecentra in onze ziekenhuizen wordt met het jaar moeilijker. Toenemende directe en indirecte kosten zijn de oorzaak. Enerzijds kennen wij het probleem van **hoge reële directe kosten** (personeel en steeds duurder wordende complexe revalidatieapparatuur).

Anderzijds hebben wij het fenomeen van de **indirecte kosten** in de financiering van de ziekenhuizen. Deze indirecte kosten worden immers verdeeld over de, aan een bepaalde kostenplaats, toegewezen m² en personeelseffectieven. Dit valt enorm nadelig uit voor alle technische diensten, maar vooral voor de diensten revalidatie waar de arbeidsintensiteit (personeelskost) pro rata van de bruto ontvangst veel hoger ligt dan in de andere medisch-technische diensten. Ook de noodzakelijke grote revalidatieruimten zijn in dit systeem totaal onbetaalbaar geworden. Deze indirecte kosten zijn de laatste jaren in onze ziekenhuizen aanzienlijk gestegen.

Naast de onrechtvaardige verdeling van de indirecte kosten in het ziekenhuis is er sinds een zestal jaren een CAO waarbij aan oudere personeelsleden **ADV-dagen** (arbeidsduurvermindering) wordt toegekend, weliswaar met een compensatie van de overheid. Deze compensatie ligt evenwel veel lager dan de reële personeelskosten voor de vervangende effectieven. Bovendien wordt door de overheid een bedenkelijke termijn gehanteerd voor betaling van deze tussenkomst, waarbij de termijn tot zes jaar vertraging oploopt.

Dit alles geeft aanleiding tot het feit dat meer dan **70 % van het totale budget personeelskosten** zijn. Hierbij dient nog vermeld dat, nu de overheid beslist heeft de kinesitherapeuten en straks wellicht ook de ergotherapeuten een masteropleiding te geven, deze personeelskosten **tot 85 % kunnen oplopen** (masterwedde i.p.v. bachelorwedde).

Daarnaast zijn er de talloze administratieve, weliswaar nuttige, verplichtingen, zoals teamvergaderingen, die de tijd waarin de therapeut de patiënt effectief kan behandelen nog verder beperken. Ook de in de nomenclatuur opgelegde normen m.b.t. personeelsbezetting worden onvoldoende gecompenseerd.

Dit alles maakt dat de rendementen van deze revalidatiediensten extreem laag liggen, zodat deze diensten sinds enkele jaren de kosten nauwelijks nog kunnen dragen. Op dit ogenblik zijn de meeste diensten deficitair.

Revalidatie: een multidisciplinaire aanpak

Niemand betwijfelt dat het revalidatieproces een **multidisciplinair gebeuren** is. Sinds 2004 wordt de specialist Fysische Geneeskunde en Revalidatie als **coördinator** aangesteld voor het totale revalidatiegebeuren in een ziekenhuis. Hierdoor wordt de versplintering van de revalidatie in een ziekenhuis tegengegaan. Dit is zeker een meerwaarde in termen van kwaliteit en continuïteit, in tegenstelling tot vroeger, toen op verschillende eilandjes zagezegd aan revalidatie werd gedaan. Hierdoor wordt eveneens vermeden dat subdisciplines hun eigen revalidatie gaan uitbouwen, die in de praktijk vaak vereenvoudigd wordt tot een monodisciplinair gebeuren, maar financieel in een complexe conventie wordt verpakt. Uniforme therapie, gekoppeld aan een bepaalde pathologie, wordt op die manier lucratief uitgebaat. De dienst revalidatie houdt uiteindelijk alleen kostelijke en arbeidsintensieve revalidatie over, wat de financiële structuur van de revalidatiediensten nog verder bemoeilijkt.

Elk jaar worden nog steeds bij de begrotingscontrole bepaalde revalidatieprocessen geviseerd, omdat men vermoedt dat er nog een marge is. Deze is echter meer dan noodzakelijk om een financieel evenwicht te behouden in een dienst revalidatie. Wij vernemen dat men nu zelfs overweegt bepaalde delen (K20-K15) terug naar de monodisciplinaire kinesitherapie over te hevelen. Hierdoor dreigt het revalidatiegebeuren opnieuw te versnipperen en de kwaliteit van de medische supervisie volledig teloor te gaan. In een modern revalidatieconcept is er slechts één multidisciplinaire revalidatiedienst, die instaat voor het totale revalidatiegebeuren in onze ziekenhuizen. Hierbij staat elke discipline in voor zijn specifiek deel : kine voor de analytische benadering en kracht, ergotherapie voor de functionele benadering. Zomaar stellen dat een bepaalde pathologie slechts monodisciplinair moet worden behandeld druist in tegen het nieuwe revalidatieconcept, waarbij de revalidatiebehoefte van de patiënt als geheel wordt bekeken.

Het is de taak van de revalidatiearts de patiënten een optimale revalidatiezorg te bieden, weliswaar rekening houdend met de maatschappelijke kosten.

Het behoort tot de taak van de revalidatiearts de in te zetten middelen en paramedische disciplines te bepalen. Heel wat zogenaamde “monodisciplinaire programma’s” vergen meerdere disciplines.

Oncologische revalidatie vergt ook de inzet van een psycholoog, obesitasrevalidatie ook de inzet van een diëtist, CVS-fibromyalgie-revalidatie maakt cognitieve gedragstherapie noodzakelijk. De steeds ouder wordende populatie in onze ziekenhuizen vergt steeds meer de inzet van ergotherapeuten (ADL-activiteiten – Activities of Daily Life) om deze patiënten met een minimale functionaliteit (veel te snel) weer huiswaarts te sturen, dit alles in het kader van de “verantwoorde” minimale ligdag. De wachttijden voor rusthuizen blijven intussen stijgen.

Budget Fysische Geneeskunde onder druk

Bij elke begrotingsronde wordt het budget Fysische Geneeskunde bekritiseerd.

Dit is volledig ten onrechte. Een voorbeeld : niemand betwist de sterke toename van de prothese-implantaten in de orthopedie. Dit geeft echter uiteraard aanleiding tot een sterk gestegen revalidatiebehoefte, waarvan dan verwacht wordt dat dit binnen hetzelfde budget moet gebeuren. Meer en meer is deze prothesechirurgie toegankelijk voor oudere patiënten met multipale pathologie, wat het revalidatieproces intensiever en langduriger maakt. Daarenboven is er de bijkomende druk om de ligduur te verkorten en de patiënten zo snel mogelijk ontslagklaar te krijgen (in het kader van de “verantwoorde” minimale ligdag), wat het revalidatieproces nog intensiever maakt. De beperkte toename van de revalidatiekosten weegt niet op tegen de aanzienlijke winst op het verminderde aantal ligdagen enerzijds en een snellere activering en re-integratie in het arbeidscircuit anderzijds.

Andere financieringsmogelijkheden

Steunend op alle bovenstaande argumenten is het onvermijdelijk dat het budget revalidatie toeneemt en dat het budget verder zal toenemen. Wel zou de financiering kunnen worden aangepast.

Niet alleen de diagnose, maar vooral de revalidatiebehoefte van de patiënt bepaalt de kostprijs van de revalidatie. Uitgaande van een **patiëntenclassificatiesysteem** moet de kostprijs worden aangepast aan de **revalidatiebehoefte**.

Ook gegevens in verband met de **outcome** van het revalidatieproces moeten in beschouwing worden genomen. Om die reden wensen de revalidatieartsen een uitgebreide studie omtrent een moderne en kwalitatieve financiering van de revalidatie uit te voeren. Hiervoor wordt financiering binnen artikel 56 gesuggereerd.

In de hoop dat u bij uw beleidsopties ernstig rekening zult kunnen houden met ons schrijven, en steeds bereid tot verdere constructieve gesprekken, verblijven wij met de meeste hoogachting,

Prof. Dr. Jean-Michel Crielaard

Voorzitter Wetenschappelijke Vereniging

Koninklijke Belgische Vereniging voor Fysische Geneeskunde en Revalidatie

Prof. Dr. Guy Vanderstraeten

Past-Voorzitter Wetenschappelijke Vereniging

Koninklijke Belgische Vereniging voor Fysische Geneeskunde en Revalidatie

Dr. Wilfried Nuytten

Voorzitter Revalidatie VBS

Dr. Jean-Marie Loix

Voorzitter Fysische Geneeskunde en Readaptatie VBS

Dr. Patrick Linden

Voorzitter Raad voor Fysische Geneeskunde en Revalidatie BVAS