

# Kinesitherapeuten

## Alternatieve scenario's van de evolutie van de workforce

Publicatie van de cel Planning van het aanbod van de Gezondheidszorgberoepen



# **Evolutie van de workforce kinesitherapeuten, 2016 - 2041**

## **Resultaten van de alternatieve scenario's**

**een rapport van de**

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen  
Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening  
DG Gezondheidszorg  
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

**uitgevoerd door**

Peter Jouck

Pieter-Jan Miermans

Christelle Durand

Pascale Steinberg

Veerle Vivet

**begeleid door de**

Werkgroep Kinesitherapeuten  
van de Planningscommissie van het medisch aanbod

**20-10-2020 – gevalideerde versie**

## COLOFON

### **Redactie van het rapport:**

#### **Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen:**

Celhoofd: Pascale Steinberg

Medewerkers: Peter Jouck, Anne Delvaux, Christelle Durand, Timothée Mahieu, Pieter-Jan Miermans, Olivier Vanweyenbergh, Veerle Vivet

#### **Begeleiding: Werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie van het medisch aanbod**

Voorzitter: Lucas Dieleman

Leden: Eric Brassinne, Christian Briart, Kim Caluwé, Alain Ghilain, François Gruwez, Pierre-Olivier Lievens, Dieter Van Assche

Experten: Laurent Gilson, Patrick Verliefde

### **Organisatie:**

#### **Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening**

Diensthooft: Aurélia Somer

#### **Directoraat-generaal Gezondheidszorg**

Directeur-generaal: Pedro Facon

#### **FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu**

Voorzitter van de FOD VVVL: Tom Auwers

### **Verantwoordelijke uitgever:**

Tom Auwers, Victor Hortaplein 40, bus 10, 1060 Brussel

### **Contactgegevens:**

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Eurostation II

Victor Hortaplein 40, bus 10 – 1060 Brussel

T. +32 (0)2.524.97.97

F. +32 (0)2.524.97.98

[plan.team@health.fgov.be](mailto:plan.team@health.fgov.be)

[www.health.belgium.be/hwf](http://www.health.belgium.be/hwf)

*Ce document est également disponible en français.*

### **Gelieve het te citeren met de volgende referentie:**

Alternatieve scenario's van de evolutie van de workforce Kinesitherapeuten 2016-2041, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, oktober 2020.

© 2020, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Elk gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is eveneens beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu : [www.health.belgium.be/hwf](http://www.health.belgium.be/hwf) (=> Publicaties).

Wettelijk depot: D/2020/2196/16

# INHOUDSTAFEL

|  |    |
|--|----|
| <b>1. VOORWOORD</b> .....  | 1  |
| <b>2. SYNTHESE</b> .....   | 2  |
| <b>3. INLEIDING EN METHODOLOGIE</b> .....  | 4  |
| 3.1.    GEPROJECTEERDE WORKFORCE .....   | 4  |
| 3.2.    WORKFORCE INDICATOREN .....  | 4  |
| 3.3.    KENMERKEN VAN ALTERNATIEVE SCENARIO'S .....                                | 5  |
| 3.3.1  VISIE VAN DE WERKGROEP KINESITHERAPEUTEN OP DE EVOLUTIE VAN HET BEROEP..... | 5  |
| 3.3.2  CONSERVATIEF SCENARIO VERSUS GROEISCENARIO .....                            | 5  |
| 3.4.    IMPACT OP HET PROJECTIEMODEL .....   | 6  |
| <b>4. RESULTATEN VOOR ELKE SCENARIO</b> .....                                      | 9  |
| SECTIE I. BASISSCENARIO .....  | 9  |
| SECTIE II. ALTERNATIEVE SCENARIO 1: CONSERVATIEF SCENARIO .....                    | 15 |
| SECTIE III. ALTERNATIEVE SCENARIO 2: GROEISCENARIO .....                           | 23 |
| <b>5. VERGELIJKING VAN ALLE TOEKOMSTSCENARIO'S</b> .....                           | 34 |

# 1. VOORWOORD

Dit rapport beschrijft de constructie en de resultaten van één basisscenario en twee alternatieve scenario's voor de evolutie van de workforce kinesitherapeuten voor de periode 2016-2041. De alternatieve scenario's vertegenwoordigen twee uiteenlopende toekomstvisies die door de Werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie Medisch Aanbod werden gedefinieerd.

We wensen vooreerst een dankwoord te richten tot Timothée Mahieu op de DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (VVVL) voor het realiseren van de nodige gegevensextracties uit het Federale databank van gezondheidszorgberoepen.

Daarnaast danken we de bevoegde statistische diensten voor onderwijs van de Vlaamse en Franse Gemeenschap voor het leveren van de in de scenario's gehanteerde onderwijsgegevens. Verder willen we onze dank betuigen aan Laurent Gilson en Patrick Verliefde van het RIZIV voor hun expertise en voor het aanleveren van de gehanteerde zorgconsumptiegegevens.

*Last but not least*, wensen we de Werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie Medisch Aanbod en haar voorzitter Lucas Dieleman te bedanken, die er samen over waakten dat we bij de interpretatie van de gegevens rekening hielden met zowel de specifieke kenmerken van het beroep van kinesitherapeut als de verwachtingen wat betreft de toekomst ervan.

We hopen dat de gegevens die dit rapport ter hand stelt, bijdragen aan de discussies over de toekomstige ontwikkelingen van het beroep en de ondersteuning van de gezondheidszorg workforce planning in België.

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen  
Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening  
DG Gezondheidszorg  
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

## 2. SYNTHESE

### Inleiding:

Om de balans tussen het aantal actieve kinesitherapeuten in de gezondheidszorg en de zorgnoden van de bevolking te bestuderen voor de periode 2016-2041, werden verschillende toekomstscenario's ontwikkeld. Waar het basisscenario zich richt op een verderzetting van de historische trends met de inachtneming van geprogrammeerde gebeurtenissen, evalueert dit rapport het effect van de integratie van de K-nomenclatuur en de veranderende zorgvraag via twee alternatieve scenario's: een "conservatief scenario" en een "groeisecenario".

### Methodologie:

Er werd voor de realisatie van de scenario's gebruik gemaakt van verschillende gegevensbronnen: de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (het PlanKad-rapport "Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt, 2016" & de Federale databank van de gezondheidszorgberoepsbeoefenaars), de bevoegde statistische diensten voor onderwijs van de Vlaamse en Franse Gemeenschap, Sciensano (Gezondheidsenquête 2018: chronische ziekten en aandoeningen & Health Status Report 2019, de gezondheidstoestand in België), Axxon (beroepsvereniging voor kinesitherapeuten), het RIZIV, de FOD Economie, het Federaal Planbureau, Statbel, en een scenario-onderzoek kinesitherapie in Nederland.

Net zoals in het basisscenario bestaat de geprojecteerde workforce voor de alternatieve scenario's uit de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg, opgedeeld op basis van hun professionele status (werknemer, zelfstandig, gemengd). Met behulp van de expertise en visie van de leden van de werkgroep Kinesitherapeuten betreffende de toekomstige ontwikkelingen van het beroep kinesitherapie, werden twee alternatieve scenario's ontwikkeld: **het conservatief scenario en het groeisecenario**. In beide scenario's werden de activiteiten en consumptiegegevens betreffende kinesitherapeutische zorg in het kader van het RIZIV onder de K-nomenclatuur door zelfstandige kinesitherapeuten in ziekenhuizen, geïntegreerd.

Het **conservatief scenario** veronderstelt geen sterke uitbreiding van de rol van de kinesitherapeuten en verwacht naast het positief effect (= effect waardoor de zorgvraag stijgt) van demografische factoren (de toename en vergrijzing van bevolking), enerzijds een positief effect van epidemiologische factoren (de toename van prevalentie van chronische ziekten en aandoeningen) en anderzijds een negatief effect (= effect waardoor de zorgvraag daalt) van socioculturele factoren (meer terugvallen op mantelzorg en zelfzorg; meer bezig zijn met gezondheid, leefstijl en bewegen; minder snel beroep doen op een kinesitherapeut; enz.) op de zorgconsumptie.

Het **groeisecenario** daarentegen houdt rekening met een sterk uitgebreid, breed en gevarieerd tewerkstellingsveld van kinesitherapeuten. In dit scenario werden de hypothesen ontwikkeld dat naast het effect van demografische factoren (de toename en vergrijzing van bevolking), ook epidemiologische (de toename van prevalentie van chronische ziekten en aandoeningen), socioculturele (de samenleving vraagt meer van de actieve bevolking; toenemende werkdruk en arbeid- en stress-gerelateerde klachten; sneller beroep doen op een kinesitherapeut; enz.) en preventiegerichte (secundaire preventie: ziekten in een vroeg stadium opsporen) factoren een positief effect zullen hebben op de zorgnoden van de Belgische bevolking.

Om de balans tussen het aantal kinesitherapeuten en de zorgnoden van de Belgische bevolking in de alternatieve scenario's te onderzoeken, maken we gebruik van het projectiemodel dat werd gehanteerd in het basisscenario, met twee aangepaste parameters. De geformuleerde hypothesen hebben betrekking op de twee componenten van het model: de vraag en het aanbod, meer bepaald de activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks (nomenclatuur K) en de zorgconsumptiegraad (nomenclatuur K en factoren die de zorgvraag wijzigen). De combinatie van de in het projectiemodel ingevoerde parameterwaarden mondt uit in geprojecteerde resultaten (in individuen, voltijdse equivalenten en dichtheden - aantal individuen per 10.000 inwoners - of gewogen dichtheden - dichtheden aangepast aan de zorgbehoeften van de bevolking) die de evolutie van de workforce weergeven volgens elk alternatief scenario voor de periode 2016-2041.

### Resultaten:

In beide gemeenschappen zal in beide alternatieve scenario's het aantal actieve kinesitherapeuten in de gezondheidszorg sterk toenemen tussen 2016 en 2026 (Vl. Gem.: +33% ; Fr. Gem.: +32%) en op lange termijn tussen 2016 en tot 2041 (Vl. Gem.: +76% ; Fr. Gem.: +85%). Ook het aantal VTE zal sterk toenemen tussen 2016 en 2026 (Vl. Gem.: +31% ; Fr. Gem.: +29%) en tussen 2016 en 2041 (Vl. Gem.: +73% ; Fr. Gem.: +85%). De integratie van de activiteit van zelfstandige kinesitherapeuten in het kader van de K-nomenclatuur zorgt voor een permanente verhoging van de VTE van 2016 tot en met 2041, maar heeft geen effect op de verwachte evolutie van het totaal aantal VTE en de dichtheden. In de Franse Gemeenschap is de impact van de integratie van de activiteit onder de K-nomenclatuur meer uitgesproken. Dit is het gevolg van de ongelijke verdeling van de activiteit in het kader van de K-nomenclatuur over beide gemeenschappen in 2016: 191 VTE (25%) in de Vlaamse Gemeenschap en 560 VTE (75%) in de Franse Gemeenschap.

In beide alternatieve scenario's wordt een sterke stijging van de dichtheid van het aantal actieve kinesitherapeuten in de gezondheidszorg en hun VTE per 10.000 inwoners verwacht. In 2016 waren er in de Vlaamse Gemeenschap 19,37 (16,52 VTE) en in de Franse Gemeenschap 21,66 (18,04 VTE) kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners. Dit aantal neemt toe met een verwachte dichtheid in 2026 van 24,56 (20,57 VTE) en in 2041 van 30,71 (25,85 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in de Vlaamse Gemeenschap en in 2026 van 27,35 (22,41 VTE) en in 2041 van 36,50 (30,49 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in de Franse Gemeenschap.

| Ruwe dichtheden (N = Totaal PR ; VTE = Totaal PR VTE) - per 10.000 inwoners |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Gemeenschap   | 2016  |       | 2021  |       | 2026  |       | 2031  |       | 2036  |       | 2041  |       |
|   | N     | VTE   | N     | VTE   | N     | VTE   | N     | VTE   | N     | VTE   | N     | VTE   |
| Vlaamse Gemeenschap   | 19,37 | 16,52 | 22,18 | 18,63 | 24,56 | 20,57 | 26,76 | 22,41 | 28,80 | 24,12 | 30,71 | 25,85 |
| Franse Gemeenschap  | 21,66 | 18,04 | 24,70 | 20,33 | 27,35 | 22,41 | 30,25 | 24,88 | 33,37 | 27,66 | 36,50 | 30,49 |

Er zijn echter grotere verschillen tussen beide alternatieve scenario's waar te nemen in de evolutie van de gewogen dichtheden van het aantal actieve kinesitherapeuten en hun VTE. Het in rekening nemen van de verwachte ontwikkelingen in de vraagzijde zal volgens het conservatief scenario leiden tot een globale verhoging van de zorgconsumptie ten opzichte van 2016 ten belope van +6,8% in 2026 en +12% vanaf 2031. In het groeiscenario zijn de effecten verschillend naar leeftijd en geslacht van de patiënt met een gemiddelde verhoging van de geobserveerde zorgconsumptie van het referentiejaar 2016 van +22,3% in 2026 en +30,3% vanaf 2031 voor mannen en van +21,1% in 2026 en +28,4% vanaf 2031 voor vrouwen.

Terwijl er in de Vlaamse Gemeenschap in 2016 19,37 (16,52 VTE) kinesitherapeuten actief waren in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners, stijgt deze dichtheid volgens het conservatief scenario tot 22,18 (18,57 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in 2026 en 24,73 (20,81 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in 2041. Volgens het groeiscenario nemen de gewogen dichtheden aanvankelijk licht af met daarna een stabilisatie gevolgd door een toename: 19,50 (16,34 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in 2026 en 21,63 (18,21 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in 2041.

Terwijl er in de Franse Gemeenschap in 2016 21,66 (18,04 VTE) kinesitherapeuten actief waren in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners, stijgt deze dichtheid volgens het conservatief scenario tot 24,51 (20,09 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in 2026 en 28,37 (23,70 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in 2041. Ook hier nemen de gewogen dichtheden volgens het groeiscenario aanvankelijk licht af met daarna een stabilisatie gevolgd door een toename: 21,67 (17,75 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in 2026 en 24,98 (20,87 VTE) kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in 2041.

| Gewogen dichtheden (N = Totaal PR ; VTE = Totaal PR VTE) - per 10.000 inwoners |                     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|--|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Scenario   | Gemeenschap         | 2016  |       | 2021  |       | 2026  |       | 2031  |       | 2036  |       | 2041  |       |
|  |                     | N     | VTE   | N     | VTE   | N     | VTE   | N     | VTE   | N     | VTE   | N     | VTE   |
| Conservatief scenario  | Vlaamse Gemeenschap | 19,37 | 16,52 | 21,51 | 18,08 | 22,18 | 18,57 | 22,53 | 18,86 | 23,66 | 19,81 | 24,73 | 20,81 |
|  | Franse Gemeenschap  | 21,66 | 18,04 | 23,94 | 19,70 | 24,51 | 20,09 | 25,02 | 20,58 | 26,65 | 22,10 | 28,37 | 23,70 |
| Groeiscenario  | Vlaamse Gemeenschap | 19,37 | 16,52 | 19,16 | 16,10 | 19,50 | 16,34 | 19,63 | 16,44 | 20,67 | 17,31 | 21,63 | 18,21 |
|  | Franse Gemeenschap  | 21,66 | 18,04 | 21,38 | 17,59 | 21,67 | 17,75 | 21,94 | 18,05 | 23,43 | 19,42 | 24,98 | 20,87 |

#### Conclusies:

In beide gemeenschappen zal het aantal actieve kinesitherapeuten en het aantal VTE kinesitherapie in de gezondheidszorg, in absolute aantallen en in ruwe dichtheden per 10.000 inwoners, sterk toenemen tussen 2016 en 2041. De verwachte toename in activiteit betreffend kinesitherapie zal niet worden geabsorbeerd door de demografische ontwikkelingen zoals leeftijd en bevolkingstoename. Het basisscenario heeft aangetoond dat demografische veranderingen zoals leeftijd en bevolkingsgroei de verwachte toename van het aantal en de activiteit van kinesitherapeuten niet zullen verklaren.

Wanneer echter epidemiologische, socioculturele en preventiegerichte factoren worden meegenomen in de component van de zorgvraag, liggen de resultaten iets genuanceerder. In beide alternatieve scenario's werden welbepaalde factoren meegenomen in de zorgconsumptieparameter van het projectiemodel. In het **conservatief scenario** werd de verwachte toename van het aantal gevallen met chronische ziekten en aandoeningen en afname van de behoeften aan kinesitherapie als gevolg van socioculturele factoren geïntegreerd. Tot 2031 zal dit in beide gemeenschappen leiden tot een minder uitgesproken toename van de gewogen dichtheden met vervolgens een sterkere toename na 2031. In het **groeiscenario** werd naast de verwachte toename van de prevalentie van chronische ziekten en aandoeningen en de veronderstelde toename van de behoeften aan kinesitherapeutische zorg als gevolg van socioculturele factoren, tevens de verwachte toename van de kinesitherapiezorg als gevolg van preventiegerichte inspanningen in rekening gebracht. Dit zal in beide gemeenschappen leiden tot een lichte afname van de gewogen dichtheden tot 2021, gevolgd door min of meer stabiele gewogen dichtheden tot 2031 en een verdere toename van de gewogen dichtheden tot 2041.

Na 2031 weegt de toename van het aantal actieve kinesitherapeuten en meer in het bijzonder van het aantal VTE in de gezondheidszorg sterker door dan de verdere ontwikkelingen in de zorgvraag en nemen bijgevolg de gewogen dichtheden in alle scenario's toe. Zowel de epidemiologische en socioculturele evoluties als de preventiegerichte ontwikkelingen zullen een effect hebben op korte termijn maar zullen naar verwachting de verwachte toename van de activiteit op lange termijn niet compenseren. Op korte termijn zal de verwachte toename in de aanbodzijde kunnen worden opgevangen door de verwachte toename in de vraagzijde, indien we de veronderstelling hanteren dat er momenteel een evenwicht bestaat tussen vraag en aanbod wat betreft de kinesitherapeutische zorg.

**Trefwoorden:** Alternatieve scenario's, Conservatief scenario, Groeiscenario, Kinesitherapeuten, Projectiemodel, Workforce, Zorgconsumptie

### 3. INLEIDING EN METHODOLOGIE

Deze alternatieve scenario's zijn een vervolg op de reeds ontwikkelde basisscenario's voor de evolutie van de workforce 'kinesitherapeuten' 2016-2041<sup>1</sup>. Met behulp van een projectiemodel worden scenario's gerealiseerd om het evenwicht tussen het toekomstig aanbod aan kinesitherapeuten en de toekomstige zorgconsumptie<sup>2</sup> van de Belgische bevolking te evalueren voor de periode 2016-2041.

Het basisscenario biedt een uitgangspunt aan: het geeft de voortzetting weer van de historische trends met inachtneming van de verwachte gebeurtenissen, bij onveranderde omstandigheden en onder ongewijzigd beleid voor de periode 2016-2041. In de alternatieve scenario's worden nieuwe benaderingen ontwikkeld om onder meer het effect van de integratie van de K-nomenclatuur in de beschikbare gegevens en de ontwikkelingen op kinesitherapeutisch vlak, die zich waarschijnlijk zullen voordoen, te kunnen inschatten en evalueren.

#### 3.1. GEPROJECTEERDE WORKFORCE

Net zoals in het basisscenario, wordt er in de alternatieve scenario's onderscheid gemaakt tussen drie verschillende analysegroepen. De eerste analysegroep omvat de "stock" die het aantal individuen weergeeft dat gemachtigd is om het beroep van kinesitherapeut uit te oefenen ('Licensed To Practice' of LTP). De tweede analysegroep omvat de beroepsactieve kinesitherapeuten ('Professionally Active' of PA) uit de eerste analysegroep. De derde analysegroep ten slotte bestaat uit de actieve kinesitherapeuten van de analysegroep PA die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg ('Practising' of PR).

De **geprojecteerde workforce** omvat alle actieve kinesitherapeuten (PA) met de **focus op de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR)**, opgedeeld op basis van hun professionele status (werknemer, zelfstandig, gemengd). Deze keuze is gemaakt door de leden van de werkgroep Kinesitherapeuten. De gegevens die nodig zijn om deze workforce te bepalen, zijn beschikbaar in het PlanKad-rapport 'Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016'<sup>3</sup>.

#### 3.2. WORKFORCE INDICATOREN

Het gehanteerd projectiemodel projecteert voor de periode 2016 tot 2041 het **verwachte aantal kinesitherapeuten** dat werkzaam is als kinesitherapeut in de gezondheidszorg.

Naast het aantal actieve kinesitherapeuten wordt ook de activiteitsgraad geprojecteerd. Deze activiteitsgraad wordt uitgedrukt in een **voltijds equivalent (VTE)** en drukt een proportie van het arbeidsvolume ten opzichte van een voltijdse betrekking uit. Het voordeel van een analyse in functie van VTE's bestaat erin dat het gepresteerde arbeidsvolume kan worden gemeten en vergeleken, en niet enkel het aantal personen dat in een gegeven sector aanwezig is. Afhankelijk van het professioneel statuut werd er een verschillende berekeningsmethode voor het VTE gehanteerd. Meer details over de berekeningsmethode kan u vinden in het PlanKad-rapport 'Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016'.

Op basis van deze resultaten berekenen we vervolgens de **ruwe en gewogen dichtheden**, gebruikmakend van respectievelijk de ruwe en gewogen bevolkingsaantallen.

'Dichtheden' of 'carer-to-population ratios' geven het aantal beroepsbeoefenaars per 10.000 inwoners weer. We gebruiken deze maat om vergelijkingen doorheen de tijd en tussen taalgroepen mogelijk te maken.

Voor een 'gewogen' dichtheid maken we gebruik van gewogen bevolkingsaantallen, die de samenstelling van een bevolkingsgroep wat betreft zorgvraag reflecteren. De evolutie van een gewogen dichtheid geeft zo niet enkel een beeld van hoe het aantal zorgverleners evolueert ten opzichte van het bevolkingsaantal, maar ook ten opzichte van de veranderende zorgconsumptie en interne samenstelling van deze bevolking.

<sup>1</sup> [Basisscenario kinesitherapeuten 2016-2041](#), Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, september 2019.

<sup>2</sup> De gehanteerde term '**zorgconsumptie**' verwijst in dit kader naar de verleende kinesitherapiezorg in het kader van het RIZIV-terugbetalingssysteem. Deze zorg wordt met andere woorden niet rechtstreeks door de bevolking 'geconsumeerd', maar vindt enkel plaats op voorschrift van een arts.

<sup>3</sup> [PlanKad Kinesitherapeuten 2004-2016](#), Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, januari 2019.



### 3.3. KENMERKEN VAN ALTERNATIEVE SCENARIO'S

#### 3.3.1 VISIE VAN DE WERKGROEP KINESITHERAPEUTEN OP DE EVOLUTIE VAN HET BEROEP

De voorbije 20 jaar heeft de kinesitherapie in België een sterke competentieverbreiding gekend. Volgens de werkgroep zal de **evolutie van de zorgvraag** een impact hebben op de omvang van geleverde zorg door kinesitherapeuten in de toekomst.

De gepubliceerde demografische vooruitzichten door het Federaal Planbureau voor de periode 2018-2070<sup>4</sup>, tonen een vergrijzing van de bevolking die samengaat met een steeds hogere levensverwachting. Daarnaast neemt de prevalentie van chronische ziekten en aandoeningen jaarlijks toe en zal deze epidemiologische trend zich naar alle waarschijnlijkheid voorzetten (Van der Heyden & Charafeddine, 2019)<sup>5</sup>. Bovendien zullen sociale en culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de kinesitherapeutische zorg, een effect hebben op de vraag naar kinesitherapeutische zorg. De groeiende aandacht voor lichaamsbeweging en een gezonde levensstijl en het vaker een beroep doen op mantelzorg, zal naar alle waarschijnlijkheid leiden tot het minder vaak consulteren van een kinesitherapeut. Anderzijds eist de samenleving steeds meer van het individu wat zal leiden tot een toenemende werkdruk en meer arbeid- en stress-gerelateerde klachten. De werkgroep observeert daarnaast dat de bevolking sneller geneigd is (specialistische) kinesitherapeutische zorg in te roepen, daar waar mensen vroeger meer geneigd waren met een bepaalde klacht 'te leren leven'.

Naast deze **demografische, epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen** ligt het volgens de werkgroep voor de hand dat de kennis van de kinesitherapeut in grotere mate zal worden ingezet bij **preventie in de gezondheidszorg**. Het lijkt bovendien te verwachten dat de kinesitherapeut naar aanleiding van de geplande hervorming van de eerste lijn op zoek zal gaan naar interdisciplinaire samenwerkingsverbanden, en zal trachten in te spelen op de toenemende vergrijzing van de bevolking en de chroniciteit van gezondheidsproblemen.

Volgens de werkgroep verdient de financiering van groepsgerichte beweegprogramma's voor mensen met chronische aandoeningen bijzondere aandacht. Indien de kinesitherapeuten effectief enige waarde hechten aan **secundaire preventieve zorg**, dan zullen de zorgkosten op korte termijn toenemen, maar op middellange termijn afnemen met de stelling dat het de gezondheid van de patiënt verbetert. De kinesitherapeut heeft, als bewegingsspecialist, een rol en verantwoordelijkheid bij de preventie van klachten van het bewegingsapparaat. Preventieve interventies door kinesitherapeuten in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering, gericht op individuen met een hoog risico op ziekten, worden momenteel nog onvoldoende uitgevoerd.

In het rapport 'Health status report 2019'<sup>6</sup> van Sciensano worden onder meer de meest voorkomende chronische aandoeningen in de Belgische populatie geïnventariseerd. De werkgroep constateert dat voor het merendeel van deze aandoeningen wetenschappelijk onderbouwde interventies voor kinesitherapeutische preventie zijn ontwikkeld, maar nog niet benut. Voorts zijn er meer en meer nieuwe inzichten vanuit de neurowetenschappen over de werking van het brein. Binnen de kinesitherapie gaat er vandaag daarom veel aandacht naar pijneducatie bij chronische pijn. De beste aanpak daarbij is patiënten pijnuitleg te verschaffen en pas in tweede instantie een fysieke behandeling, indien daar wetenschappelijke evidentie voor is.

Een ander nieuw element is leefstijlbeïnvloeding, een veelzijdig domein waarin de kinesitherapeut een duidelijke rol kan spelen als coach bij selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, met als expertise houding en beweging, herstelprocessen, pathologie en het adequaat kunnen inschatten van belasting en belastbaarheid.

Tenslotte is een vorm van verticale substitutie mogelijk. Meer en/of eerder beroep doen op de kinesitherapeut volgens de bestaande richtlijnen kan voorkomen dat patiënten naar artsen-specialisten in tweede lijnszorg worden doorverwezen, en eventueel geopereerd dienen te worden (hogere kosten).

#### 3.3.2 CONSERVATIEF SCENARIO VERSUS GROEISCENARIO

Op basis van de visie van de leden van de werkgroep Kinesitherapeuten betreffende de toekomstige ontwikkelingen van het beroep kinesitherapie, werden **twee alternatieve scenario's voor de evolutie van de workforce kinesitherapeuten voor de periode 2016-2041** ontwikkeld.

Beide alternatieve scenario's richten zich hoofdzakelijk op de aanpassing van de vraagzijde van het projectiemodel. In tegenstelling tot het basisscenario, is in de alternatieve scenario's tevens de activiteit van kinesitherapeuten die onder de K-nomenclatuur valt, in rekening

<sup>4</sup> Te raadplegen via de link: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvooruitzichten>

<sup>5</sup> Van der Heyden, J., Charafeddine, R. **Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen**. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/36.

<sup>6</sup> Renard, F., Devleeschauwer, B. **Health Status Report 2019, De gezondheidstoestand in België**. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/4.

genomen. Dit heeft een impact op de aanbodzijde van het model waar voor de zelfstandige kinesitherapeuten in ziekenhuizen dit extra volume aan activiteit is geïntegreerd. Ook in de vraagzijde zijn de RIZIV-terugbetalingen onder de K-nomenclatuur geïmplementeerd ter berekening van de zorgconsumptie. In tegenstelling tot het aanbod, kennen de **vraagontwikkelingen** op de arbeids- en zorgmarkt duidelijk meer onzekerheidsmarges.

Het **eerste alternatief scenario**, het zogenaamd **conservatief scenario** (AS1), integreert kleine wijzigingen betreffende de kinesitherapeutische zorg naar de toekomst. Het veronderstelt geen (sterke) uitbreiding van de rol van de kinesitherapie en evenmin een wijziging van het voorschrijfgedrag van artsen. Wat de vraag naar kinesitherapeutische zorg betreft, wordt naast het positief effect van demografische factoren (door de toename en vergrijzing van de bevolking) waar in het basisscenario al rekening mee is gehouden, het positief effect van epidemiologische factoren meegenomen, meer bepaald de toename van de prevalentie van chronische ziekten en aandoeningen die meer kinesitherapeutische zorg zal vereisen. Aan de andere kant wordt verondersteld dat socioculturele factoren een negatief effect zullen hebben: mensen zullen meer terugvallen op mantelzorg en zelfzorg en zullen meer bezig zijn met gezondheid, leefstijl en bewegen. De bevolking zal minder geneigd zijn om contact op te nemen met kinesitherapeuten. Een bijkomende inspanning op het vlak van preventie werd niet in rekening gebracht in dit scenario, in de veronderstelling dat er geen budget voor beschikbaar zal zijn.

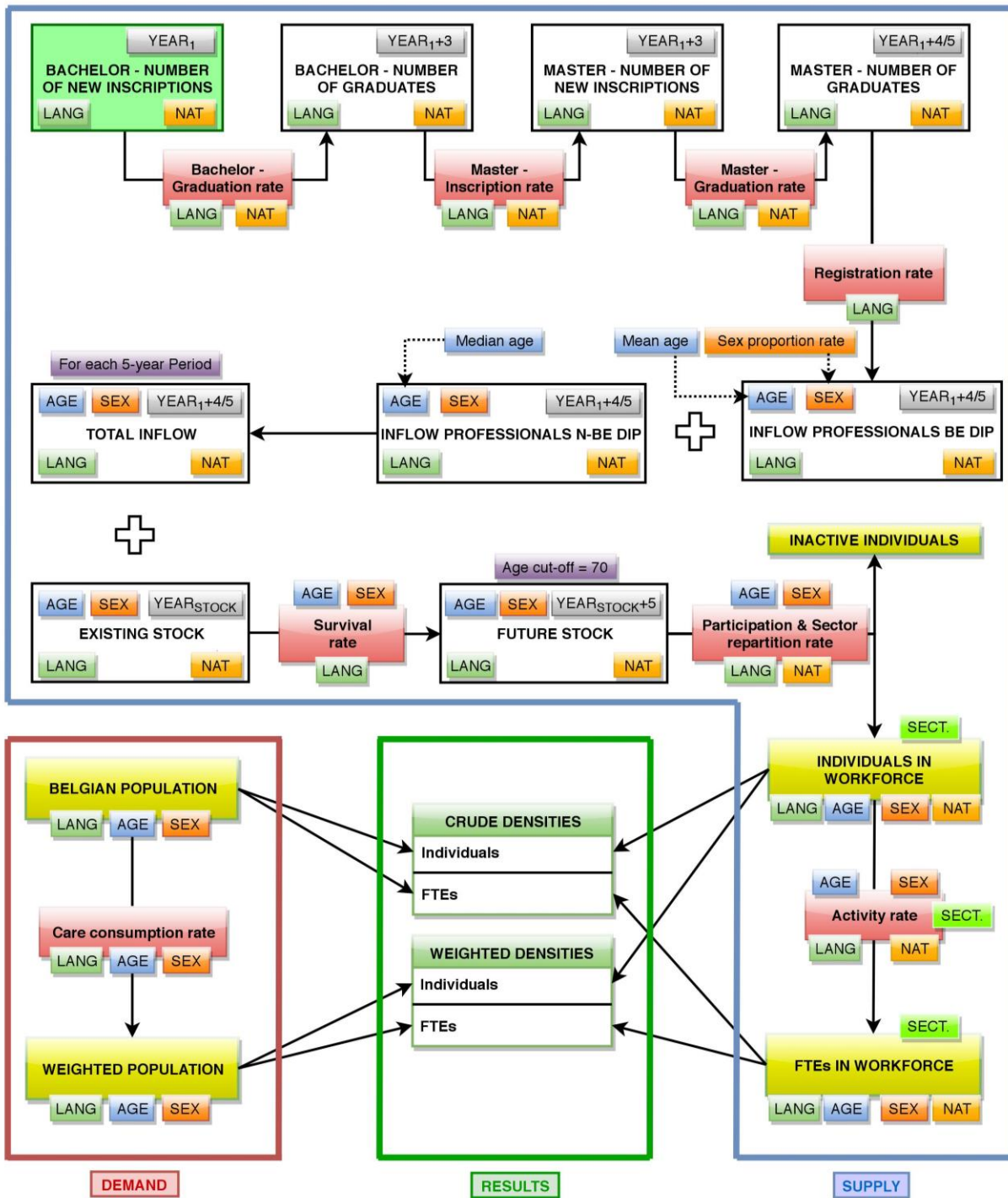
Het **tweede alternatief scenario**, het zogenaamd **groei-scenario** (AS2), houdt rekening met een sterk uitgebreid, breed en gevarieerd tewerkstellingsveld van kinesitherapeuten. Net als in het conservatief scenario, wordt een positief effect van epidemiologische factoren op de zorgvraag verwacht, naast de demografische factoren waarmee in het basisscenario al rekening is gehouden. Verschillend van het conservatief scenario, veronderstelt dit scenario een positief effect van socioculturele factoren op de zorgbehoeften van de bevolking. Zo zal de samenleving meer en meer eisen van het individu; wat leidt tot een toenemende werkdruk en meer arbeid- en stress-gerelateerde klachten. De bevolking zal sneller geneigd zijn beroep te doen op een kinesitherapeut. Naast deze ontwikkelingen wordt verwacht dat secundaire preventie maatregelen, bedoeld om ziekten in een vroeg stadium op te sporen, steeds meer zullen worden geïntegreerd en een positief effect zullen hebben op de zorgbehoeften van de Belgische bevolking.

#### **3.4. IMPACT OP HET PROJECTIEMODEL**

De stappen van het projectiemodel die voor deze alternatieve scenario's worden gebruikt, zijn identiek aan het basisscenario en worden in Figuur 1 weergegeven. Het is de combinatie van de verschillende geprojecteerde parameterwaarden van de vraag- en aanbodzijde van het model die de scenario's differentieert en die leidt tot verschillende resultaten wat betreft de evolutie van de workforce van de kinesitherapeuten.

In het basisscenario (BS) wordt elke parameter stap voor stap besproken, worden de brongegevens en de projectiemethode gedetailleerd beschreven en worden de geprojecteerde waarden van de parameters tot 2041 weergegeven. Voor de alternatieve scenario's (AS1 en AS2) ligt de **nadruk enkel op de parameters die wijzigingen ondergaan** (zie Tabel 1). Het is belangrijk op te merken dat de alternatieve scenario's verschillen met het basisscenario ter hoogte van de parameters '**activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks**' en '**zorgconsumptiegraad**'. Beide alternatieve scenario's verschillen onderling enkel wat betreft de zorgconsumptiegraad.

Figuur 1. Stappen in het projectiemodel van de workforce kinesitherapeuten



Belgian Workforce Model – Physiotherapists, Developed by Unit Workforce Planning

**Tabel 1. Gewijzigde parameters in het projectiemodel voor elk scenario**

| Parameters |  | Basisscenario |  | Alternatieve scenario's |  |                |  |
|------------|--|---------------|--|-------------------------|--|----------------|--|
| Nr.        | Beschrijving   | BS            | Toelichting  | AS 1                    | Toelichting  | AS 2           | Toelichting  |
| 1          | Aantal eerste inschrijvingen in de bacheloropleiding                               | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 2          | Afstudeerpercentage van de studenten in de bacheloropleiding                       | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 3          | Inschrijvingsgraad van de gediplomeerde bachelorstudenten in de masteropleiding    | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 4          | Afstudeerpercentage van de studenten in de masteropleiding                         | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 5          | Registratiegraad van de individuen met een Belgisch diploma                        | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 6          | Verdeling van de nieuw geregistreerde professionals naar nationaliteit en geslacht | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 7          | Extra instroom van professionals opgeleid in het buitenland                        | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 8          | Overlevingsgraad van de geprojecteerde stocks                                      | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 9          | Participatiegraad van de geprojecteerde stocks                                     | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 10         | Verdeling van de geprojecteerde stocks naar activiteitssector                      | BS            | Zie basisscenario  | = BS                    | Geen wijziging   | = BS           | Geen wijziging   |
| 11         | Activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks                                      | BS            | De RIZIV-activiteit kinesitherapie heeft enkel betrekking op de prestaties die worden uitgevoerd in het kader van de RIZIV M-nomenclatuur  | ≠ BS<br>= AS 2          | De RIZIV-activiteit kinesitherapie heeft betrekking op de prestaties die worden uitgevoerd in het kader van de RIZIV M-nomenclatuur, met integratie van de RIZIV-activiteit kinesitherapie die betrekking heeft op de prestaties uitgevoerd in het kader van de RIZIV K-nomenclatuur | ≠ BS<br>= AS 1 | De RIZIV-activiteit kinesitherapie heeft betrekking op de prestaties die worden uitgevoerd in het kader van de RIZIV M-nomenclatuur, met integratie van de RIZIV-activiteit kinesitherapie die betrekking heeft op de prestaties uitgevoerd in het kader van de RIZIV K-nomenclatuur   |
| 12         | Zorgconsumptiegraad  | BS            | De zorgconsumptie van de verschillende bevolkingssegmenten blijft elk jaar stabiel en is enkel gebaseerd op RIZIV-terugbetalingen onder de M-nomenclatuur, met louter een impact van demografische ontwikkelingen (leeftijd en geslacht) | ≠ BS<br>≠ AS 2          | De zorgconsumptie van de bevolking is naast RIZIV-terugbetalingen onder de M-nomenclatuur tevens gebaseerd op RIZIV-terugbetalingen onder de K-nomenclatuur, zal naar verwachting toenemen en is onderhevig aan demografische, epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen     | ≠ BS<br>≠ AS 1 | De zorgconsumptie van de bevolking is naast RIZIV-terugbetalingen onder de M-nomenclatuur tevens gebaseerd op RIZIV-terugbetalingen onder de K-nomenclatuur, zal naar verwachting sterk toenemen, is onderhevig aan demografische, epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen en zal bovendien beïnvloed worden door ontwikkelingen in de preventieve gezondheidszorg |

De parameters 1 t.e.m. 11 hebben impact op de aanbodzijde van het projectiemodel. Parameter 12 beïnvloedt de vraagzijde van het projectiemodel.

BS = Basisscenario – voortzetting van de historisch geobserveerde trends, bij onveranderde omstandigheden en onder ongewijzigd beleid

AS 1 = Alternatief scenario 1: Conservatief scenario – kleine wijzigingen kinesitherapeutische zorg met geen (sterke) uitbreiding van de rol van kinesitherapeuten

AS 2 = Alternatief scenario 2: Groeiscenario – sterke wijzigingen kinesitherapeutische zorg met een (sterk) uitgebreid, breed en gevarieerd tewerkstellingsveld van kinesitherapeuten

## 4. RESULTATEN VOOR ELKE SCENARIO

### SECTIE I. BASISSCENARIO

Het reeds ontwikkeld basisscenario<sup>7</sup> vormt het vertrekpunt voor de discussie die vorm geeft aan de toekomstvisie van de kinesitherapeuten. In dit scenario werden de historisch geobserveerde trends zoals waargenomen in het PlanKad-rapport “Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016” als uitgangspunt gehanteerd. De geprojecteerde workforce omvat alle actieve kinesitherapeuten (PA) met de focus op de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR), opgedeeld op basis van hun professionele status (werknemer, zelfstandig, gemengd).

Zoals aangegeven in tabel 2 verschilt het basisscenario enkel ten opzichte van de alternatieve scenario's op basis van de parameters “activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks” en de “zorgconsumptiegraad”.

Tabel 2. Samenvatting van de aanwezige parameters in het projectiemodel voor het basisscenario

| Parameters |  | Basisscenario |  |
|------------|--|---------------|--|
| Nr.        | Beschrijving   | BS            | Toelichting  |
| 1          | Aantal eerste inschrijvingen in de bacheloropleiding                               | BS            | Zie basisscenario  |
| 2          | Afstudeerpercentage van de studenten in de bacheloropleiding                       | BS            | Zie basisscenario  |
| 3          | Inschrijvingsgraad van de gediplomeerde bachelorstudenten in de masteropleiding    | BS            | Zie basisscenario  |
| 4          | Afstudeerpercentage van de studenten in de masteropleiding                         | BS            | Zie basisscenario  |
| 5          | Registratiegraad van de individuen met een Belgisch diploma                        | BS            | Zie basisscenario  |
| 6          | Verdeling van de nieuw geregistreerde professionals naar nationaliteit en geslacht | BS            | Zie basisscenario  |
| 7          | Extra instroom van professionals opgeleid in het buitenland                        | BS            | Zie basisscenario  |
| 8          | Overlevingsgraad van de geprojecteerde stocks                                      | BS            | Zie basisscenario  |
| 9          | Participatiegraad van de geprojecteerde stocks                                     | BS            | Zie basisscenario  |
| 10         | Verdeling van de geprojecteerde stocks naar activiteitssector                      | BS            | Zie basisscenario  |
| 11         | Activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks                                      | BS            | De RIZIV-activiteit voor kinesitherapie heeft enkel betrekking op de prestaties die worden uitgevoerd in het kader van de RIZIV M-nomenclatuur   |
| 12         | Zorgconsumptiegraad  | BS            | De zorgconsumptie van de verschillende bevolkingssegmenten blijft elk jaar stabiel en is enkel gebaseerd op RIZIV-terugbetalingen onder de M-nomenclatuur, met louter een impact van demografische ontwikkelingen (leeftijd en geslacht) |

#### PARAMETER 11: Activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks (Activity rate)

**BESCHRIJVING:** In deze fase van het model passen we een activiteitsgraad toe op de geprojecteerde stocks van kinesitherapeuten die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg (PR = Practising). Deze graad zet het aantal individuen in de verschillende sectoren om in een overeenkomend aantal Voltijds Equivalenten (VTE), en dit op basis van de in 2016 geobserveerde activiteitsgraden in de verschillende bevolkingssegmenten.

**BRONNEN:** Activiteitsgraad van de Stock 2016: PlanKad-rapport “kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016”

**PROJECTIEMETHODE:** De activiteitsgraad voor de periode 2021-2041 wordt bepaald op basis van de geobserveerde activiteitsgraad in 2016. Deze graad is berekend volgens gemeenschap, leeftijd, geslacht, nationaliteit en sector.

<sup>7</sup> [Basisscenario kinesitherapeuten 2016-2041](#), Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, september 2019.

#### OPMERKINGEN:

- In deze stap zijn enkel de kinesitherapeuten die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg (PR = Practising) aanwezig, aangezien zij de beoogde beroepsbevolking vormen. Een actieve kinesitherapeut in de gezondheidszorg wordt toegewezen aan deze groep indien hij of zij is ingeschreven in RSVZ op 31 december en minstens 335 RIZIV-prestaties binnen de M-nomenclatuur heeft verricht in desbetreffend jaar of op 31 december aanwezig is in de gegevensbank van RSZ+ met minstens 0.1 jaarlijks VTE en een activiteit binnen de gezondheidszorgsector. De werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie legde de drempelwaarde van 335 RIZIV-prestaties als volgt vast: een voltijds betrekking van een actieve kinesitherapeut kan theoretisch worden gelijkgesteld aan 3.375 prestaties = 225 werkdagen x 15 prestaties (gemiddelde 30 minuten). Parallel aan de vastlegging van de drempelwaarde in het kader van de RSZ+, wordt vervolgens voor de RIZIV-activiteit 10% van dit theoretisch aantal prestaties van 1 VTE (met name 337,5, afgerond naar 335) gehanteerd als de drempelwaarde om tot de groep van 'actieve' kinesitherapeuten in de gezondheidszorg gerekend te worden. Voor meer details, raadpleeg het PlanKad-rapport "kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016".
- In de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen de RIZIV-prestaties geattesteerd in het kader van een bezoldigde activiteit (als werknemer) en deze geattesteerd in het kader van een zelfstandige activiteit. Er zou dan sprake zijn van een overschatting van het VTE-volume gepresteerd door de kinesitherapeuten met een gemengd professioneel statuut. Om die reden is een correctie doorgevoerd: het verminderen van het aantal RIZIV-prestaties dat in rekening wordt gebracht voor de personen met een gemengde activiteit met 1/3de. Deze werkwijze werd vastgelegd binnen de werkgroep Kinesitherapeuten.
- De gerapporteerde RIZIV-activiteit in deze analyse heeft enkel betrekking op de prestaties die worden uitgevoerd in het kader van de RIZIV M-nomenclatuur Kinesitherapie. Een niet te verwaarlozen deel van de activiteit van de kinesitherapeuten in België vindt echter plaats in het kader van de nomenclatuur K. Het betreft hier zorgprestaties voorgeschreven door artsen van het specialisme fysische geneeskunde en revalidatie en uitgevoerd door een kinesitherapeut. Aangezien de informatie over deze prestaties in de RIZIV-gegevens wordt gecodeerd onder het profiel van de voorschrijvende arts, kan er echter geen link gemaakt worden tussen de prestatie en de uitvoerende zorgverlener, in casu de kinesitherapeut. Dit maakt dat in dit basisscenario de door de kinesitherapeuten gepresteerde activiteiten in de K-nomenclatuur niet in kaart kunnen gebracht worden. De gerapporteerde activiteiten in dit scenario onderschatten bijgevolg de werkelijke activiteitsprofielen van de actieve kinesitherapeuten in België.

#### PARAMETER 12: Zorgconsumptiegraad (Care consumption rate)

**BESCHRIJVING:** De gewogen dichtheid maakt het mogelijk om het aanbod van de gezondheidszorgberoepsbeoefenaars aan te passen aan de zorgbehoeften van de bevolking. Deze zorgbehoeften worden ingeschat op basis van de demografische gegevens van de bevolking en op basis van de zorgconsumptie gebaseerd op de 'verzorging door kinesitherapeuten (Nomenclatuur M)', waargenomen over drie jaar (2015, 2016 en 2017) door het RIZIV.

#### BRONNEN:

- Demografische gegevens: FPB & Statbel: Bevolkingsevolutie: waarnemingen (1991-2017) & vooruitzichten (2018-2071)
- RIZIV-consumptiegegevens: "Verzorging door kinesitherapeuten" (2015-2017)

**PROJECTIEMETHODE:** De bevolkingsprojecties voor de periode 2021-2041 zijn gebaseerd op de demografische vooruitzichten zoals gepubliceerd door het Federaal Planbureau. De zorgconsumptiegraad voor de periode 2021-2041 wordt bepaald op basis van de geobserveerde zorgconsumptiegraad in 2015, 2016 en 2017. Deze graad is berekend volgens gemeenschap, leeftijd en geslacht.

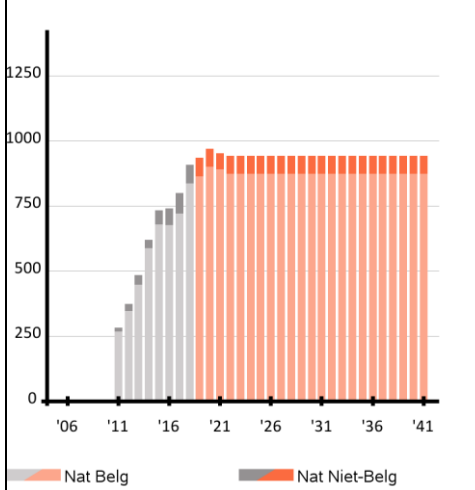
#### OPMERKINGEN:

- De terugbetaalde bedragen in het kader van het RIZIV hebben enkel betrekking op de prestaties onder de M-nomenclatuur kinesitherapie. Een niet te verwaarlozen aandeel kinesitherapeutische zorg in België vindt echter plaats in het kader van de nomenclatuur K. Het betreft hier zorgprestaties voorgeschreven door artsen van het specialisme fysische geneeskunde en revalidatie en uitgevoerd door een kinesitherapeut, maar geattesteerd op naam van de arts-specialist. Aangezien de verdeling van de kinesitherapeutische zorg van de bevolking volgens leeftijdscategorie vergelijkbaar is in beide nomenclaturen (met een klein verschil, vooral in de oudere leeftijdscategorieën) en om de consistentie tussen de vraagzijde en aanbodzijde van het model te bewaren, werd door de werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie beslist om in dit basisscenario enkel de consumptiegegevens op basis van de M-nomenclatuur in rekening te nemen.
- In dit basisscenario gaan we er van uit dat de zorgconsumptie/terugbetaalde RIZIV-bedragen van de verschillende bevolkingssegmenten elk jaar stabiel blijft en hebben enkel demografische ontwikkelingen invloed op de zorgconsumptie. Op de tweede pagina van de resultaten per taalgemeenschap wordt dit weergegeven door twee identieke doorlopende lijnen in 2016, 2026 en 2041.

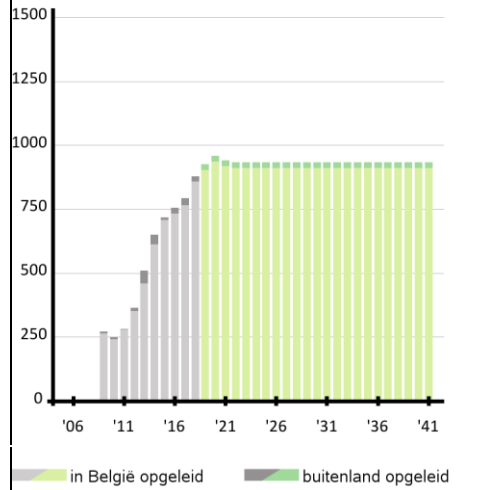
#### RESULTATEN PER GEMEENSCHAP

## Kinesitherapeuten - Vlaamse Gemeenschap - Overzicht invoerhypotheses en resultaten - Basisscenario

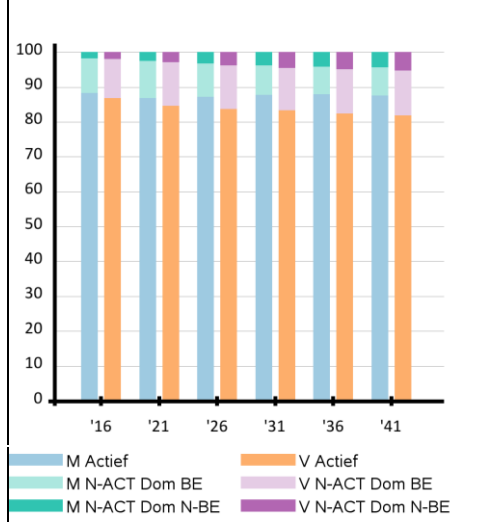
**Aantal behaalde masterdiploma's per jaar volgens nationaliteit van de persoon**



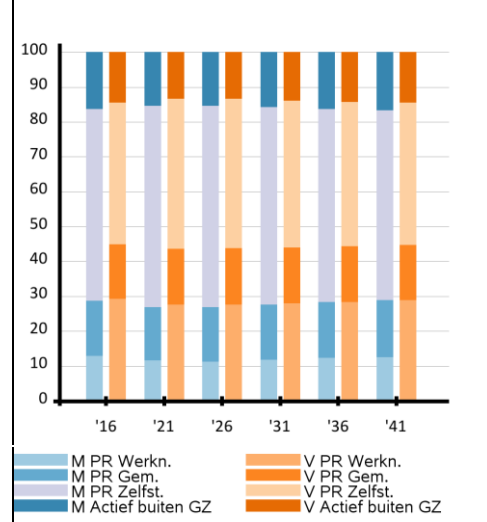
**Jaarlijkse instroom kinesitherapeuten (LTP) - opgeleid in België of in buitenland**



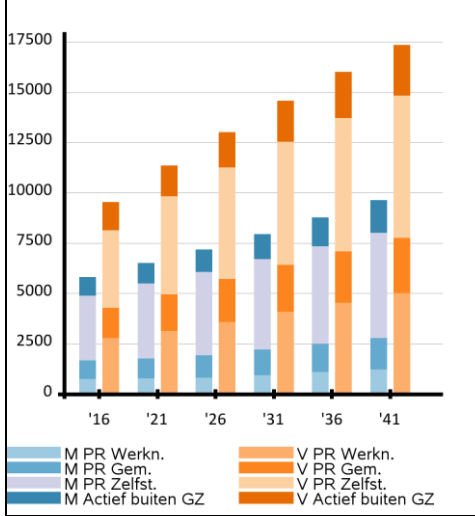
**Verdeling (%) van de totale instroom (LTP) volgens participatiegraad en geslacht**



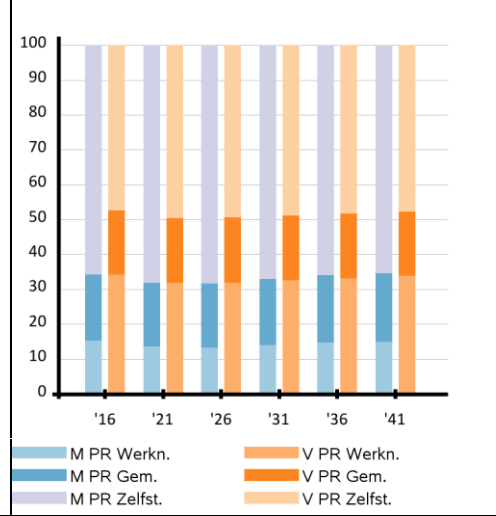
**Verdeling (%) van de beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



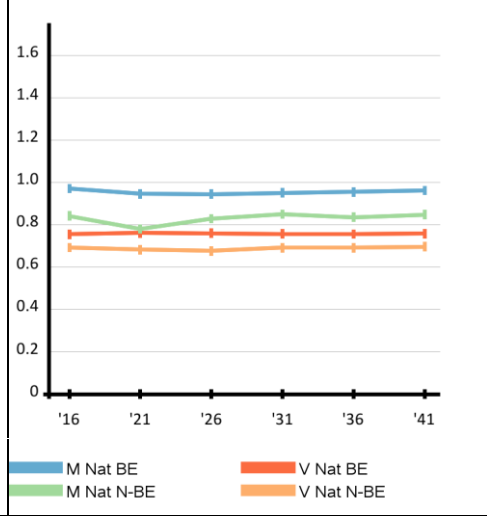
**Aantal beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



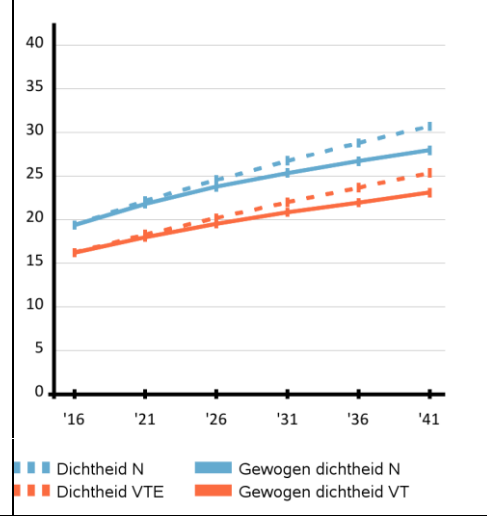
**Verdeling (%) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens professioneel statuut en geslacht**



**Gemiddeld VTE van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens geslacht en nationaliteit**



**Dichtheden (N en VTE, op (on)gewogen bevolking) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR per 10.000 inw.)**

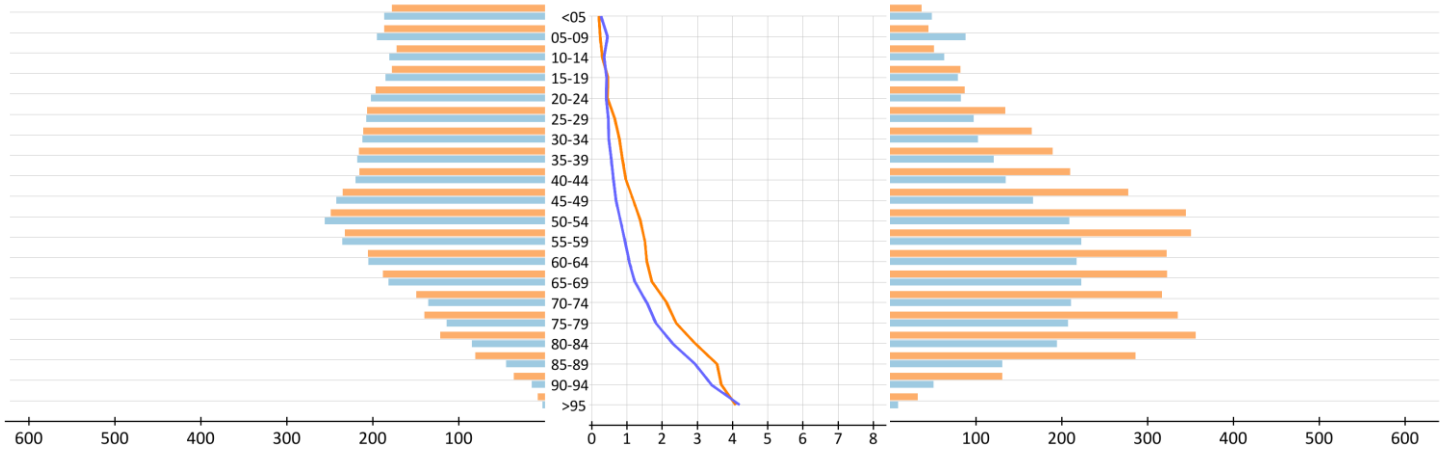


# Kinesitherapeuten - Vlaamse Gemeenschap - Overzicht invoerhypothesen en resultaten - Basisscenario

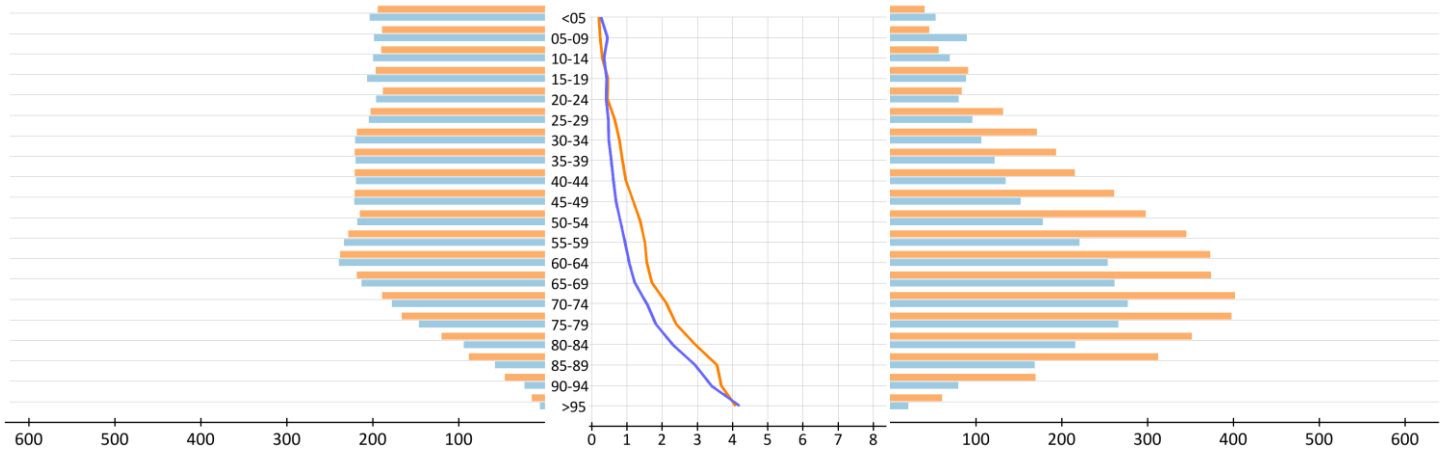
Bevolking (in duizenden)

Consumptiegraad  
Waarnemingen in 2016

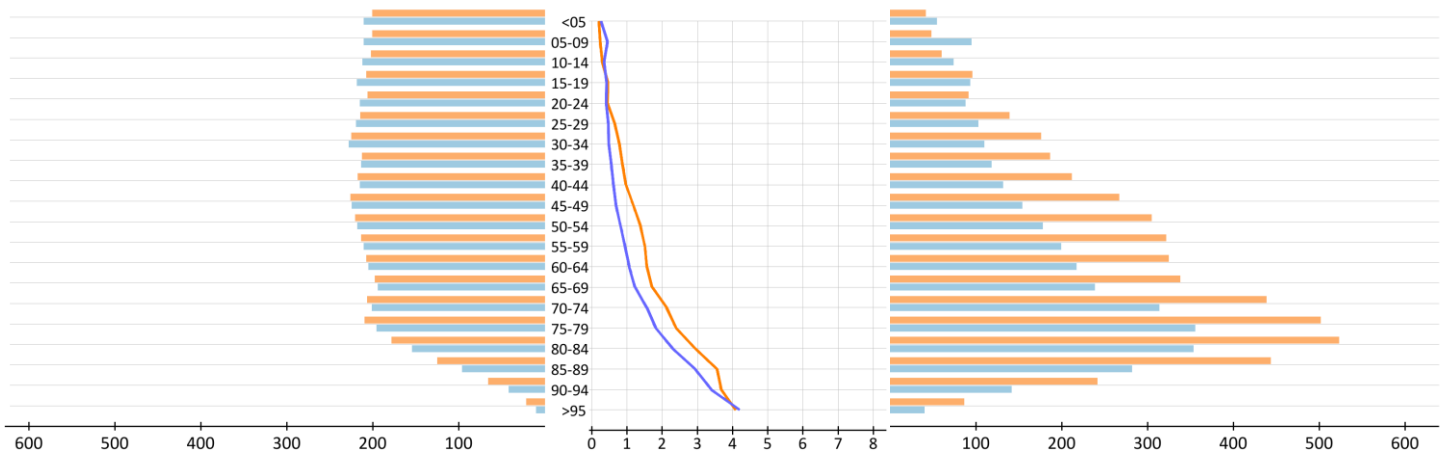
Gewogen bevolking (in duizenden)



Projecties in 2026



Projecties in 2041



Vrouwen

Mannen

ref 2016 V

ref 2016 M

Vrouwen

Mannen

2026-2041 V

2026-2041 M

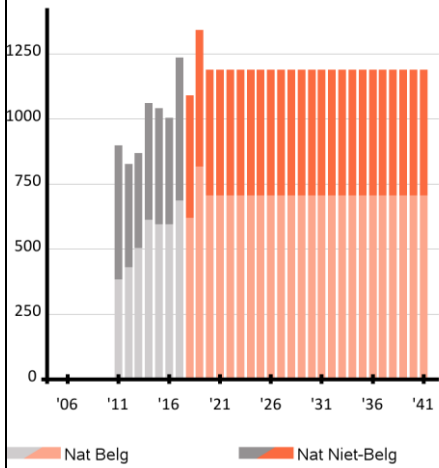
Referentiewaarde van de consumptiegraad = 1 = Gewogen gemiddelde consumptie van 2015 tot 2017

De gewogen bevolking weerspiegelt het gewicht van elk bevolkingssegment in de huidige en toekomstige gezondheidszorg (bev\*cons gr).

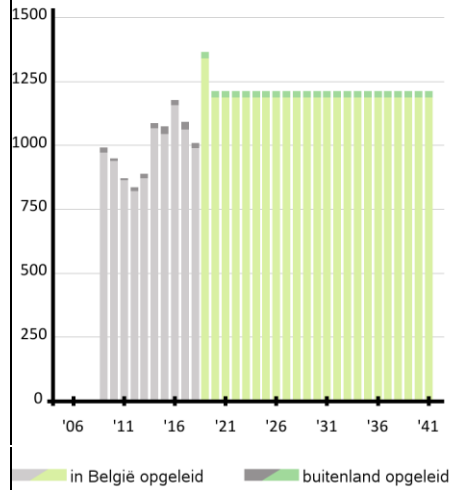


## Kinesitherapeuten - Franse Gemeenschap - Overzicht invoerhypotheses en resultaten - Basisscenario

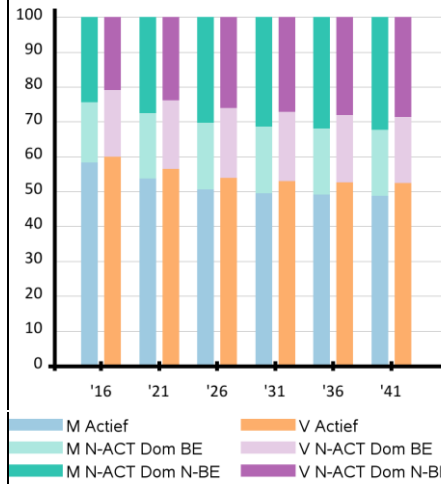
**Aantal behaalde masterdiploma's per jaar volgens nationaliteit van de persoon**



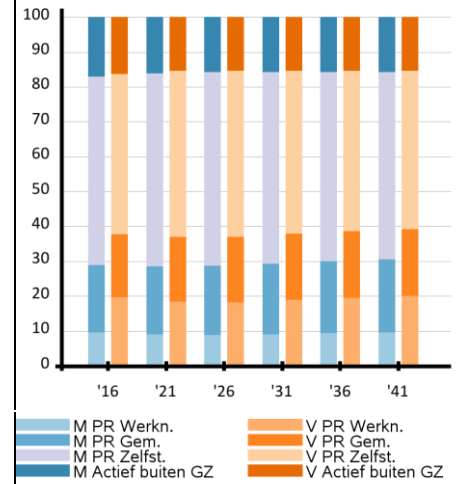
**Jaarlijkse instroom kinesitherapeuten (LTP) - opgeleid in België of in buitenland**



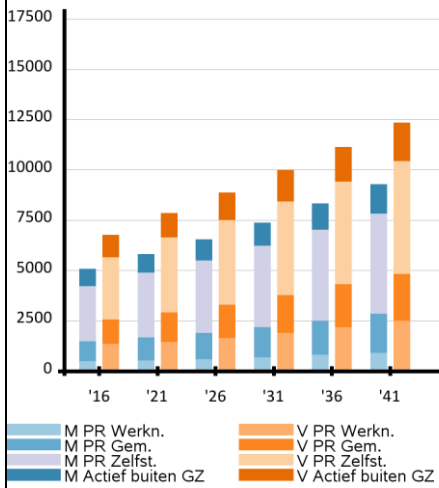
**Verdeling (%) van de totale instroom (LTP) volgens participatiegraad en geslacht**



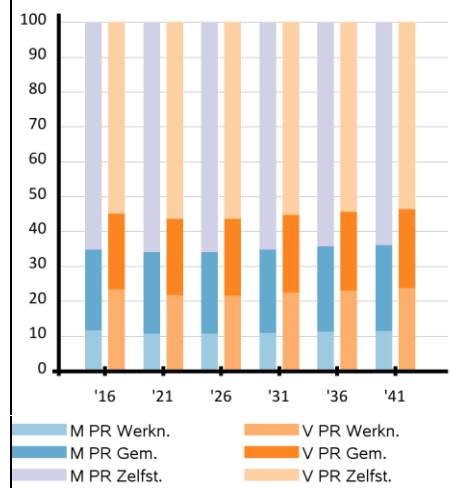
**Verdeling (%) van de beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



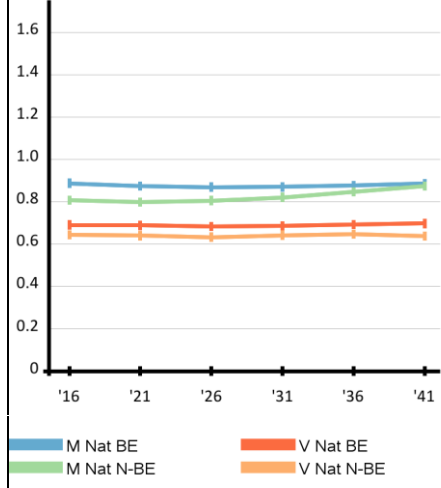
**Aantal beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



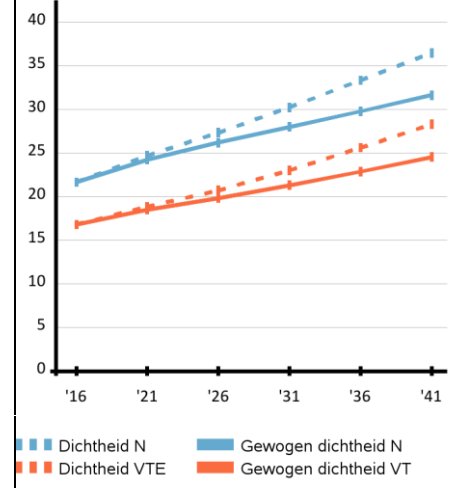
**Verdeling (%) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens professioneel statuut en geslacht**



**Gemiddeld VTE van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens geslacht en nationaliteit**



**Dichtheden (N en VTE, op (on)gewogen bevolking) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR per 10.000 inw.)**

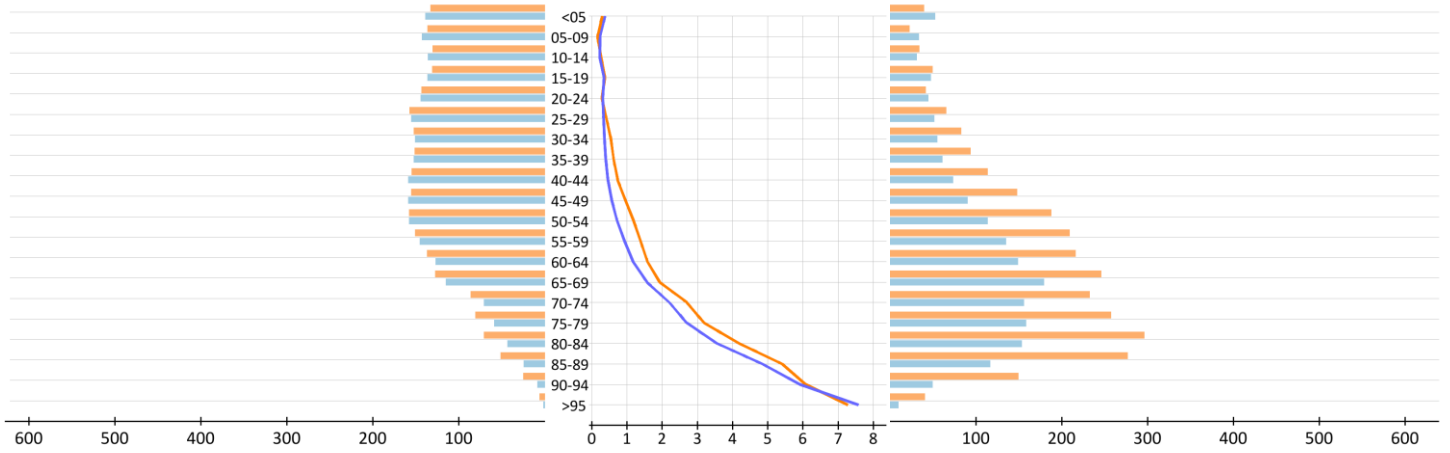


# Kinesitherapeuten - Franse Gemeenschap - Overzicht invoerhypothesen en resultaten - Basisscenario

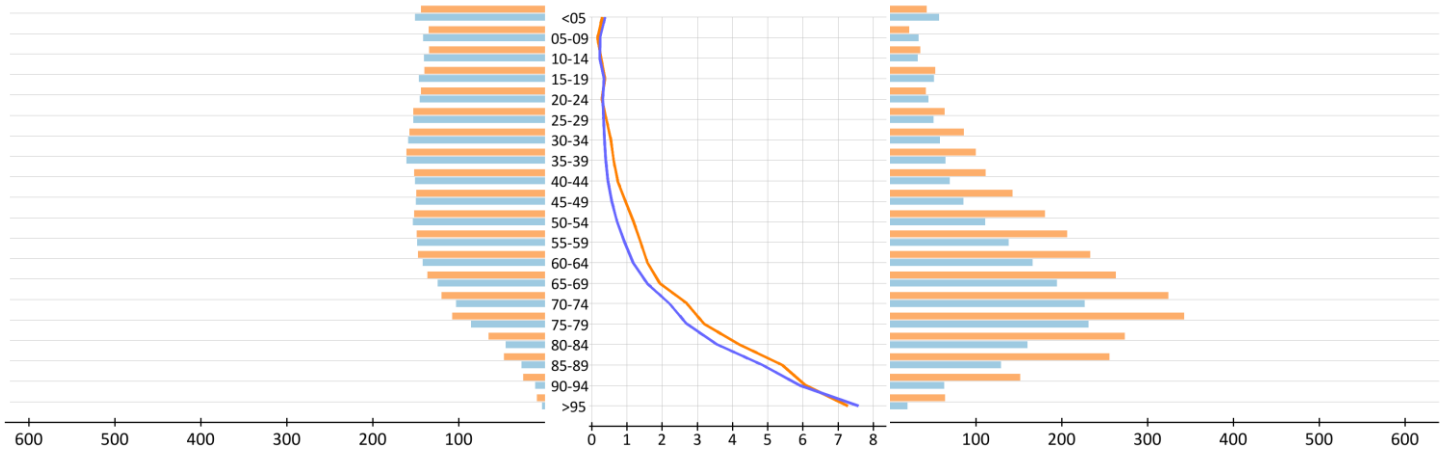
Bevolking (in duizenden)

Consumptiegraad  
Waarnemingen in 2016

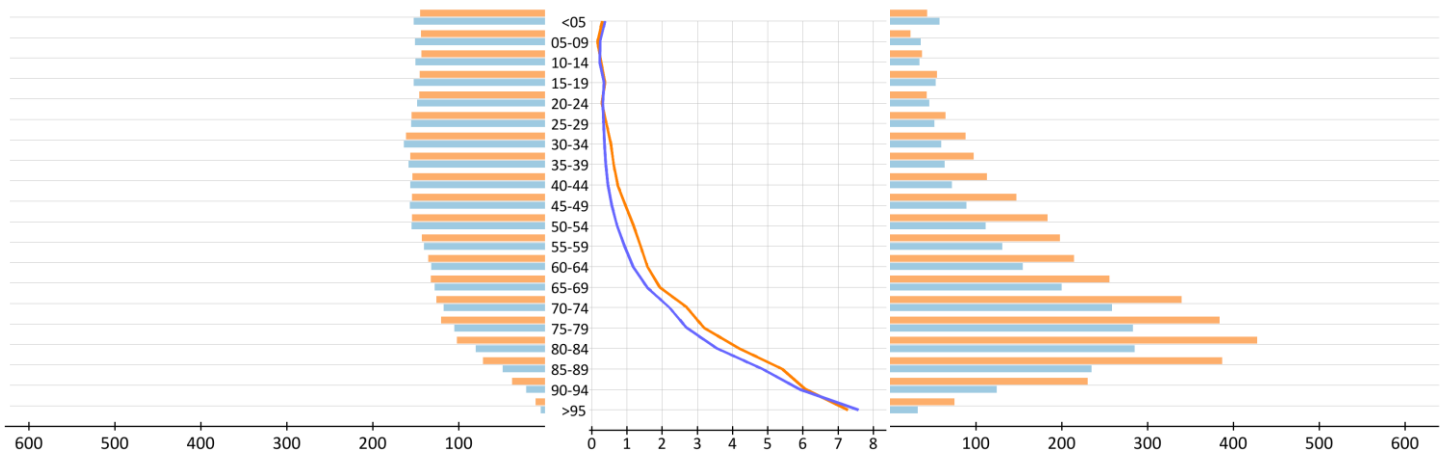
Gewogen bevolking (in duizenden)



Projecties in 2026



Projecties in 2041



Vrouwen

Mannen

ref 2016 V

ref 2016 M

Vrouwen

Mannen

2026-2041 V

2026-2041 M

Referentiewaarde van de consumptiegraad = 1 = Gewogen gemiddelde consumptie van 2015 tot 2017

De gewogen bevolking weerspiegelt het gewicht van elk bevolkingssegment in de huidige en toekomstige gezondheidszorg (bev\*cons gr).

## SECTIE II. ALTERNATIEVE SCENARIO 1: CONSERVATIEF SCENARIO

Het eerste alternatief scenario (AS 1), genaamd “conservatief scenario”, veronderstelt geen uitbreiding van de rol van kinesitherapeuten en evenmin een wijziging van het voorschrijfgedrag van artsen. De geprojecteerde workforce omvat alle actieve kinesitherapeuten (PA) met de focus op de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR), opgedeeld op basis van hun professionele status (werknemer, zelfstandig, gemengd). Waar echter het basisscenario enkel RIZIV-prestaties onder de noemer van de M-nomenclatuur in rekening neemt, wordt in het conservatief scenario tevens de activiteit onder de K-nomenclatuur geïntegreerd. Ook in de zorgconsumptieparameter worden de RIZIV-terugbetalingen onder de K-nomenclatuur geïmplementeerd. Verder is de zorgconsumptie van de Belgische bevolking in dit scenario naast demografische ontwikkelingen onderhevig aan epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen. De zorgvraag naar de expertise van de kinesitherapeut zal enerzijds stijgen door een verwachte toename van het aantal patiënten behandeld door de kinesitherapeut (courante, acute en chronische aandoeningen) en anderzijds dalen door socioculturele factoren (meer terugvallen op mantelzorg en zelfzorg; meer aandacht voor gezondheid, leefstijl en bewegen; minder snel een beroep doen op een kinesitherapeut; enz.).

Zoals aangegeven in tabel 3 worden twee parameters van het projectiemodel gewijzigd ten opzichte van het basisscenario, deze hebben invloed op de vraag- en aanbodzijde van het projectiemodel.

**Tabel 3. Samenvatting van de gewijzigde parameters in het projectiemodel voor het alternatief scenario 1 in vergelijking met het basisscenario**

| Parameters |  | Alternatief scenario 1: Conservatief scenario |  |
|------------|--|---|--|
| Nr.        | Beschrijving   | AS 1  | Toelichting  |
| 1          | Aantal eerste inschrijvingen in de bacheloropleiding                               | = BS  | Geen wijziging   |
| 2          | Afstudeerpercentage van de studenten in de bacheloropleiding                       | = BS  | Geen wijziging   |
| 3          | Inschrijvingsgraad van de gediplomeerde bachelorstudenten in de masteropleiding    | = BS  | Geen wijziging   |
| 4          | Afstudeerpercentage van de studenten in de masteropleiding                         | = BS  | Geen wijziging   |
| 5          | Registratiegraad van de individuen met een Belgisch diploma                        | = BS  | Geen wijziging   |
| 6          | Verdeling van de nieuw geregistreerde professionals naar nationaliteit en geslacht | = BS  | Geen wijziging   |
| 7          | Extra instroom van professionals opgeleid in het buitenland                        | = BS  | Geen wijziging   |
| 8          | Overlevingsgraad van de geprojecteerde stocks                                      | = BS  | Geen wijziging   |
| 9          | Participatiegraad van de geprojecteerde stocks                                     | = BS  | Geen wijziging   |
| 10         | Verdeling van de geprojecteerde stocks naar activiteitssector                      | = BS  | Geen wijziging   |
| 11         | Activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks                                      | ≠ BS<br>= AS 2                                | De RIZIV-activiteit kinesitherapie heeft betrekking op de prestaties die worden uitgevoerd in het kader van de RIZIV M-nomenclatuur, met integratie van de RIZIV-activiteit kinesitherapie die betrekking heeft op de prestaties uitgevoerd in het kader van de RIZIV K-nomenclatuur |
| 12         | Zorgconsumptiegraad  | ≠ BS<br>≠ AS 2                                | De zorgconsumptie van de bevolking is naast RIZIV-terugbetalingen onder de M-nomenclatuur tevens gebaseerd op RIZIV-terugbetalingen onder de K-nomenclatuur, zal naar verwachting toenemen en is onderhevig aan demografische, epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen     |

### PARAMETER 11: Activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks (Activity rate)

**BESCHRIJVING:** In deze fase van het model passen we een activiteitsgraad toe op de geprojecteerde stocks van kinesitherapeuten die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg (PR = Practising). Deze graad zet het aantal individuen in de verschillende sectoren om in een overeenkomend aantal Voltijds Equivalenten (VTE), en dit op basis van de in 2016 geobserveerde activiteitsgraden in de verschillende bevolkingssegmenten, gecorrigeerd voor de K-nomenclatuur.

#### BRONNEN:

- Activiteitsgraad van de Stock 2016: PlanKad-rapport “kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016”
- RIZIV-consumptiegegevens: “K-nomenclatuurgegevens, met focus op verstrekkingen binnen kinesitherapie” (2015-2017)

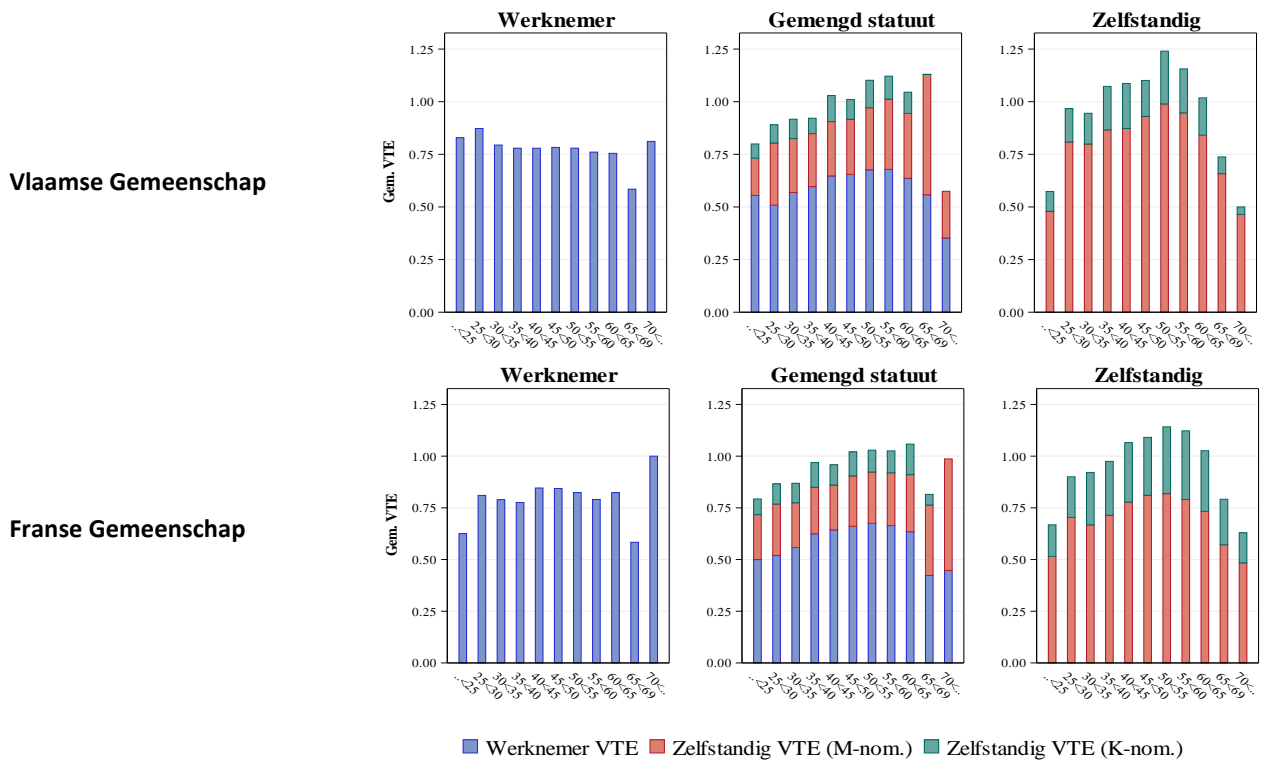
**PROJECTIEMETHODE:** De activiteitsgraad voor de periode 2021-2041 wordt bepaald op basis van de geobserveerde activiteitsgraad in 2016, gecorrigeerd voor de K-nomenclatuur. Deze graad is berekend volgens gemeenschap, leeftijd, geslacht, nationaliteit en sector.

#### OPMERKINGEN:

- In deze stap zijn enkel de kinesitherapeuten die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg (PR = Practising) aanwezig,

aangezien zij de beoogde beroepsbevolking vormen. Een actieve kinesitherapeut in de gezondheidszorg wordt toegewezen aan deze groep indien hij of zij is ingeschreven in RSVZ op 31 december en minstens 335 RIZIV-prestaties binnen de M-nomenclatuur heeft verricht in desbetreffend jaar of op 31 december aanwezig is in de gegevensbank van RSZ+ met minstens 0.1 jaarlijks VTE en een activiteit binnen de gezondheidszorgsector. De werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie legde de drempelwaarde van 335 RIZIV-prestaties als volgt vast: een voltijds betrekking van een actieve kinesitherapeut kan theoretisch worden gelijkgesteld aan 3.375 prestaties = 225 werkdagen x 15 prestaties (gemiddelde 30 minuten). Parallel aan de vastlegging van de drempelwaarde in het kader van de RSZ+, wordt vervolgens voor de RIZIV-activiteit 10% van dit theoretisch aantal prestaties van 1 VTE (met name 337,5, afgerond naar 335) gehanteerd als de drempelwaarde om tot de groep van 'actieve' kinesitherapeuten in de gezondheidszorg gerekend te worden. Voor meer details, raadpleeg het PlanKad-rapport "kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016".

- In de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen de RIZIV-prestaties geattesteerd in het kader van een bezoldigde activiteit (als werknemer) en deze geattesteerd in het kader van een zelfstandige activiteit. Er zou dan sprake zijn van een overschatting van het VTE-volume gepresteerd door de kinesitherapeuten met een gemengd professioneel statuut. Om die reden is een correctie doorgevoerd: het verminderen van het aantal RIZIV-prestaties dat in rekening wordt gebracht voor de personen met een gemengde activiteit met 1/3<sup>de</sup>. Deze werkwijze werd vastgelegd binnen de werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie.
- In het basisscenario werd enkel de RIZIV-activiteit onder de M-nomenclatuur in rekening gebracht. Aangezien een niet te verwaarlozen deel van de activiteit van de kinesitherapeuten in België echter plaatsvindt in het kader van de nomenclatuur K en de prestaties in de RIZIV-gegevens worden gecodeerd onder het profiel van de voorschrijvende arts, zonder link tussen prestatie en kinesitherapeut, werd in dit scenario een methode ontwikkeld om op een correcte wijze de zelfstandige activiteit van kinesitherapeuten in ziekenhuizen onder de K-nomenclatuur in rekening te brengen. Het totaal VTE-volume aan K-prestaties wordt berekend op basis van de RIZIV-consumptiegegevens (4.571.033 K-prestaties verbonden aan kinesitherapie in 2016) met een gemiddelde duurtijd van 45 minuten per K-prestatie door de kinesitherapeut:  $(4.571.033 \text{ prestaties} \times 0,75 \text{ uur}) / (1687,5 \text{ uur/VTE}) = 2032 \text{ VTE}$ . Aangezien de verhouding van aangerekende prestaties in ziekenhuizen ongeveer gelijk verdeeld is over nomenclatuur M en K (informatie verstrekt door WG kinesitherapie), kan het aandeel K-activiteit uitgevoerd door de loontrekkende kinesitherapeuten in ziekenhuizen worden aftrokken van het totaal VTE-volume aan K-prestaties om zo het aandeel K-prestaties uitgevoerd door zelfstandige kinesitherapeuten te bekomen. Deze methodologie leidt tot 751 VTE voor zelfstandige kinesitherapeuten in ziekenhuizen (191 VTE in de Vlaamse Gemeenschap en 560 VTE in de Franse Gemeenschap).
- De integratie van dit extra volume VTE, leidt tot een verhoging ten belope van 74% van het totaal VTE van zelfstandige kinesitherapeuten in ziekenhuizen en tot een toename van 7% van het totaal VTE van alle zelfstandige kinesitherapeuten samen. Onderstaande staafdiagrammen geven het gemiddeld VTE van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) per leeftijdscategorie voor de verschillende professionele statuten weer en dit per gemeenschap (op 31/12/2016). De groene staafjes weerspiegelen de proportie VTE van de zelfstandige RIZIV-activiteit in ziekenhuizen onder de K-nomenclatuur.



**PARAMETER 12: Zorgconsumptiegraad (Care consumption rate)**

**BESCHRIJVING:** De gewogen dichtheid maakt het mogelijk om het aanbod van de gezondheidszorgberoepsbeoefenaars aan te passen aan de zorgbehoeften van de bevolking. Deze zorgbehoeften worden ingeschat op basis van de demografische, epidemiologische en socioculturele gegevens van de bevolking en op basis van de zorgconsumptie gebaseerd op de ‘verzorging door kinesitherapeuten (Nomenclatuur M en K)’, waargenomen over drie jaar (2015, 2016 en 2017) door het RIZIV.

**BRONNEN:**

- Socioculturele gegevens: Batenburg, R.S., Vis, E.B.A., Velden, L.F.J. van der. **Capaciteitsraming fysiotherapie: een scenario-onderzoek naar de instroom in de bachelor-opleiding fysiotherapie in Nederland.** Utrecht: Nivel, 2018.
- Demografische gegevens: FPB & Statbel: Bevolkingsevolutie: waarnemingen (1991-2017) & vooruitzichten (2018-2071)
- Epidemiologische gegevens: RIZIV Auditrapport – Gestandaardiseerd verslag “Sector 6: kinesitherapeuten” (Juni 2019)
- RIZIV-consumptiegegevens: “verzorging door kinesitherapeuten” (2015-2017)
- Epidemiologische gegevens: Van der Heyden, J., Charafeddine, R. **Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen.** Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/36. Beschikbaar op: [www.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be)

**PROJECTIEMETHODE:** De bevolkingsprojecties voor de periode 2021-2041 zijn gebaseerd op de demografische vooruitzichten zoals gepubliceerd door het Federaal Planbureau. De zorgconsumptiegraad voor de periode 2021-2041 wordt bepaald op basis van de geobserveerde zorgconsumptiegraad in 2015, 2016 en 2017. Deze graad is berekend volgens gemeenschap, leeftijd en geslacht.

In het basisscenario werden enkel terugbetaalde bedragen in het kader van het RIZIV met betrekking tot prestaties onder de M-nomenclatuur kinesitherapie in rekening genomen. In dit scenario worden tevens de terugbetaalde bedragen voor prestaties die toegeschreven (kunnen) worden aan kinesitherapeuten onder de **K-nomenclatuur**, opgenomen in de bepaling van de zorgconsumptiegraad.

Daarnaast werd er in het basisscenario van uitgegaan dat de zorgconsumptie in de verschillende bevolkingssegmenten stabiel blijft in de toekomst. Zowel **epidemiologische als socioculturele ontwikkelingen** zijn in dit scenario geïntegreerd aangezien ze naar verwachting zullen leiden tot wijzigingen in de zorgconsumptie ten opzichte van deze geobserveerd in 2016.

**Epidemiologische ontwikkelingen**

Op basis van de expertise van de leden van de WG kinesitherapeuten, zijn de 10 meest voorkomende chronische ziekten en aandoeningen binnen kinesitherapie geclusterd volgens pathologie (Courante verstrekkingen, Fa-lijst, Fb-lijst en E-lijst) aangezien ze minstens 85% van de voorschriften voor kinesitherapie bestrijken. Het aantal geboekte RIZIV-prestaties dat voor elke pathologiegroep werd geteld, werd vervolgens uit het auditrapport van het RIZIV (2018) voor elk jaar van 2009 tot 2018 gehaald, en gecorrigeerd in functie van de omvang van de Belgische bevolking die elk jaar werd waargenomen (aantal prestaties per 10 inwoners). Op basis van de evolutie van deze gecorrigeerde gegevens werd vervolgens een enkelvoudige lineaire regressie toegepast om de verwachte evolutie van het aantal geboekte RIZIV-prestaties per 10 inwoners voor elke pathologiegroep tot 2041 te projecteren. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de geobserveerde en geprojecteerde evoluties volgens de pathologie en hun (totale) impact op de zorgconsumptie in 2016:

| Epidemiologische ontwikkelingen   | Periode   | Analyse per pathologiegroep (RIZIV) |          |          |         | Totaal <sup>4</sup> |
|---|-----------|-------------------------------------|----------|----------|---------|---------------------|
|   |           | Courante verstrekkingen             | Fa-lijst | Fb-lijst | E-lijst |                     |
| Aandeel t.o.v. het totaal aantal prestaties kinesitherapie <sup>1</sup>   | 2018      | 43,3%                               | 17,3%    | 10,8%    | 26,8%   | <b>98,2%</b>        |
| Verhouding prestaties over de vier pathologiegroepen  | 2018      | 44,1%                               | 17,6%    | 11,0%    | 27,3%   | <b>100,0%</b>       |
| Gemiddeld jaarlijks effect van het gecorrigeerd aantal prestaties <sup>2</sup>  | 2009-2018 | +1,5%                               | +1,0%    | +3,4%    | -0,60%  | <b>+1,0%</b>        |
| Gemodelleerd vijfjaarlijks effect, op basis van het verwacht aantal prestaties voor de periode 2016-2041 <sup>3</sup> | 2016-2021 | +7,9%                               | +4,8%    | +16,9%   | 0,0%    | <b>+6,2%</b>        |
|   | 2021-2026 | +7,3%                               | +4,6%    | +14,5%   | 0,0%    | <b>+5,6%</b>        |
|   | 2026-2031 | +6,8%                               | +4,4%    | +12,6%   | 0,0%    | <b>+5,2%</b>        |
|   | 2031-2036 | +6,4%                               | +4,2%    | +11,2%   | 0,0%    | <b>0,0%</b>         |
|   | 2036-2041 | +6,0%                               | +4,0%    | +10,1%   | 0,0%    | <b>0,0%</b>         |

<sup>1</sup> Deze verhoudingen komen uit het auditrapport van het RIZIV voor 2018 (sector 6 Kinesitherapeuten, pagina 17) en worden gebruikt om elke pathologiegroep te wegen zodat het totaal gewogen effect kan worden berekend op basis van het gemodelleerde effecten per pathologiegroep.

<sup>2</sup> Dit effect is het gemiddelde van de procentuele stijging of daling van het aantal prestaties dat tussen elk jaar voor de periode 2009-2018 wordt gecorrigeerd. Het aantal prestaties per pathologiegroep is gehaald uit het RIZIV-auditrapport voor 2018 (sector 6: fysiotherapeuten, tabel 5.3. Geregistreerde gevallen, pagina 67).

<sup>3</sup> De geprojecteerde impact per 5 jaar komt overeen met de toename gemodelleerd met behulp van lineaire regressie voor elke pathologiegroep tussen twee jaar. Aangezien er een zeer zwakke correlatie werd vastgesteld voor de gegevens van de E-lijst en de toename van het aantal prestaties over de jaren heen bijna nihil is, hebben de leden van de werkgroep kinesitherapeuten besloten om vanaf 2016 geen enkele impact voor deze pathologiegroep te integreren (effect = 0%). Ten slotte werd, gezien de onzekerheid over de evolutie van alle pathologieën op lange termijn, besloten om het totaal gewogen epidemiologisch effect (voor alle pathologieën) voor de jaren vanaf 2031 te bevriezen (effect 2031-2041 = 0%). Met andere woorden, het effect van de epidemiologische factor zal vanaf 2031 constant blijven.

<sup>4</sup> Het totale effect komt overeen met de som van de effecten per pathologiegroep, gewogen naar het aandeel van de prestaties die elke pathologiegroep ten opzichte van de vier pathologiegroepen vertegenwoordigt.

### **Socioculturele ontwikkelingen**

De inschatting van het effect van socioculturele ontwikkelingen op het vlak van de kinesitherapeutische zorg in België werd gebaseerd op een rapport met de resultaten van de capaciteitsraming fysiotherapie in Nederland. Er wordt met name vanuit gegaan dat er in de toekomst een wijziging zal zijn in de vraag naar kinesitherapie, als gevolg van sociale en culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de kinesitherapeutische zorg. In de Nederlandse scenario-ontwikkeling werd een vork van -0,8 % tot +0,8 % naar voor geschoven als jaarlijkse evolutiepercentage van de kinesitherapeutische zorg onder invloed van socioculturele trends (Batenburg, Vis & Velden, 2018). De WG kinesitherapeuten denkt dat aangezien de socioculturele drempel tot kinesitherapeutische zorg hoger ligt in België dan in Nederland, dit effect sterker kan zijn. Het schuift daarom een vork als jaarlijkse evolutiepercentage van -1,0 % (binnen het conservatief scenario) en +1,0 % (binnen het groeiscenario) naar voor. In dit scenario is bijgevolg een jaarlijks negatief effect van -1,0 % geïntegreerd, van 2016 tot 2021. Dit betekent dat er in 2021 een negatief effect van -5,0 % ten gevolge van socioculturele ontwikkelingen wordt toegepast op de zorgconsumptie van 2016. Het effect wordt vervolgens op dit niveau behouden tot en met 2041.

### **Totale impact op de zorgconsumptie**

De integratie van de effecten door de in het conservatief scenario verwachte epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen, leidt tot de volgende wijzigingen in de zorgconsumptie ten opzichte van 2016:

| <b>AS1 - Conservatief scenario</b>          | <b>2021</b>  | <b>2026</b>  | <b>2031</b>   | <b>2036</b>   | <b>2041</b>   |
|---|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Epidemiologische ontwikkelingen             | +6,2%        | +11,8%       | +17,0%        | +17,0%        | +17,0%        |
| Socioculturele ontwikkelingen               | -5,0%        | -5,0%        | -5,0%         | -5,0%         | -5,0%         |
| Totaal effect t.o.v. zorgconsumptie in 2016 | <b>+1,2%</b> | <b>+6,8%</b> | <b>+12,0%</b> | <b>+12,0%</b> | <b>+12,0%</b> |

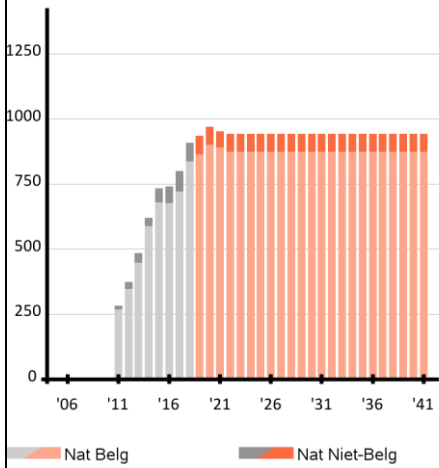
### **OPMERKING:**

- Het effect van de wijziging van deze parameter is zichtbaar op de tweede pagina van de resultaten per taalgemeenschap. De zorgconsumptiegraad van 2016 wordt weergegeven met een stippellijn. De projecties voor 2026 en 2041 worden weergegeven met een doorlopende lijn.

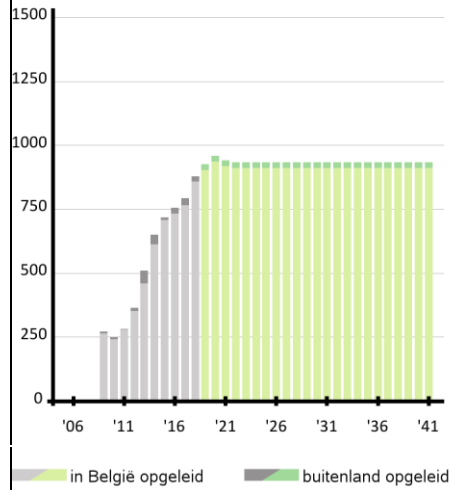
## **RESULTATEN PER GEMEENSCHAP**

## Kinesitherapeuten - Vlaamse Gemeenschap - Overzicht invoerhypotheses en resultaten - Alternatieve scenario 1: conservatief scenario

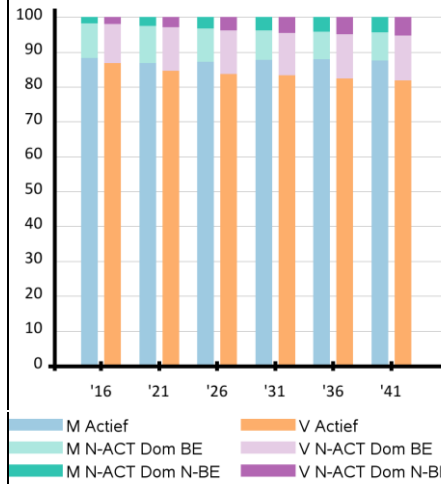
**Aantal behaalde masterdiploma's per jaar volgens nationaliteit van de persoon**



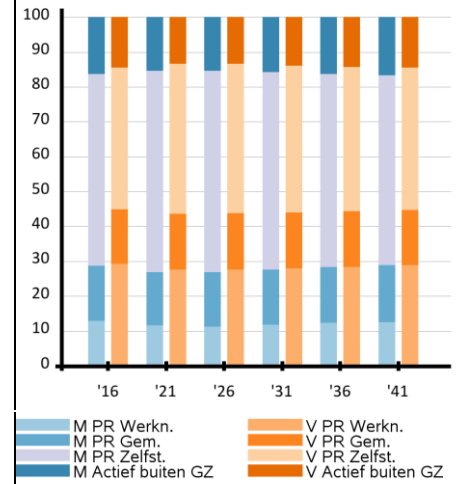
**Jaarlijkse instroom kinesitherapeuten (LTP) - opgeleid in België of in buitenland**



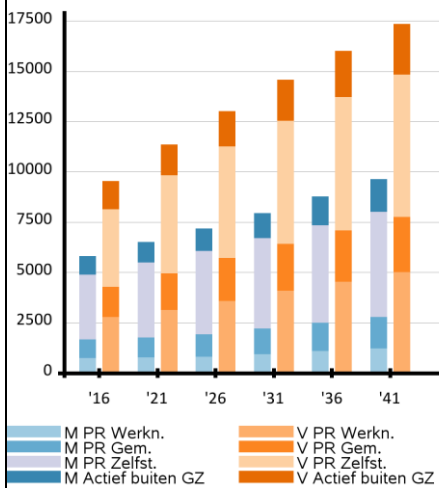
**Verdeling (%) van de totale instroom (LTP) volgens participatiegraad en geslacht**



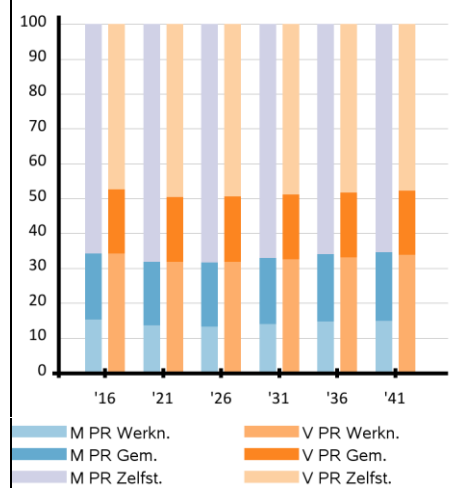
**Verdeling (%) van de beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



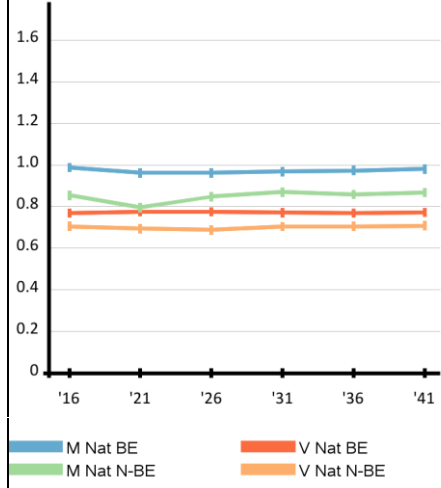
**Aantal beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



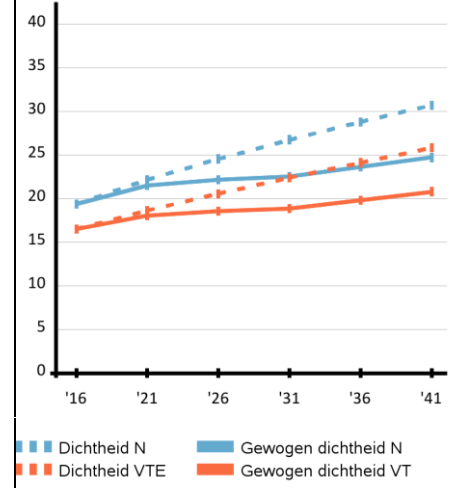
**Verdeling (%) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens professioneel statuut en geslacht**



**Gemiddeld VTE van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens geslacht en nationaliteit**



**Dichtheden (N en VTE, op (on)gewogen bevolking) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR per 10.000 inw.)**

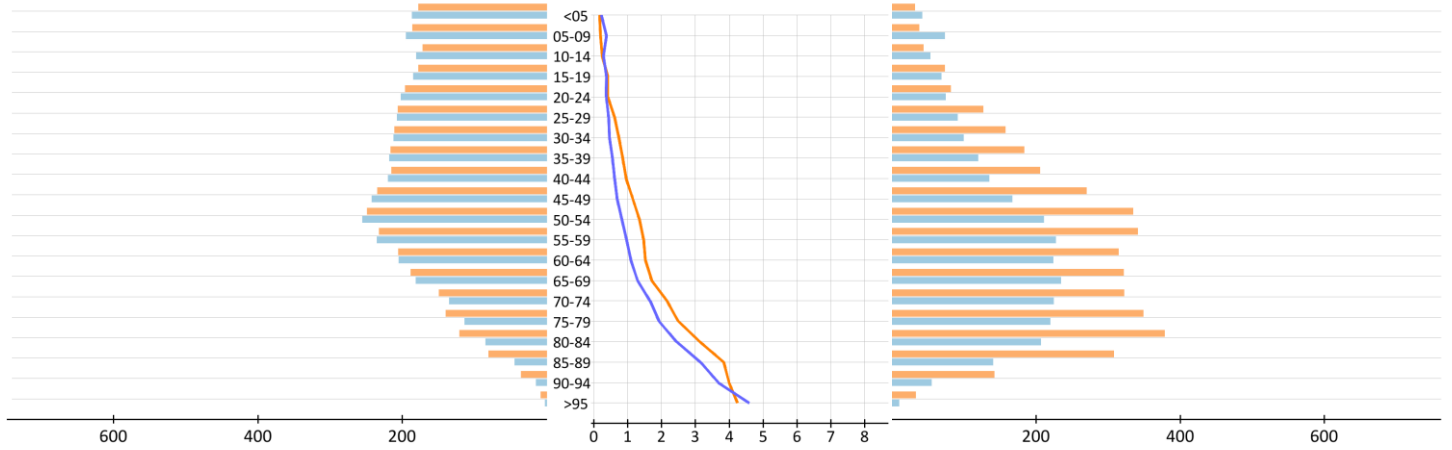


**Kinesitherapeuten - Vlaamse Gemeenschap - Overzicht invoerhypothesen en resultaten - Alternatieve scenario 1: conservatief scenario**

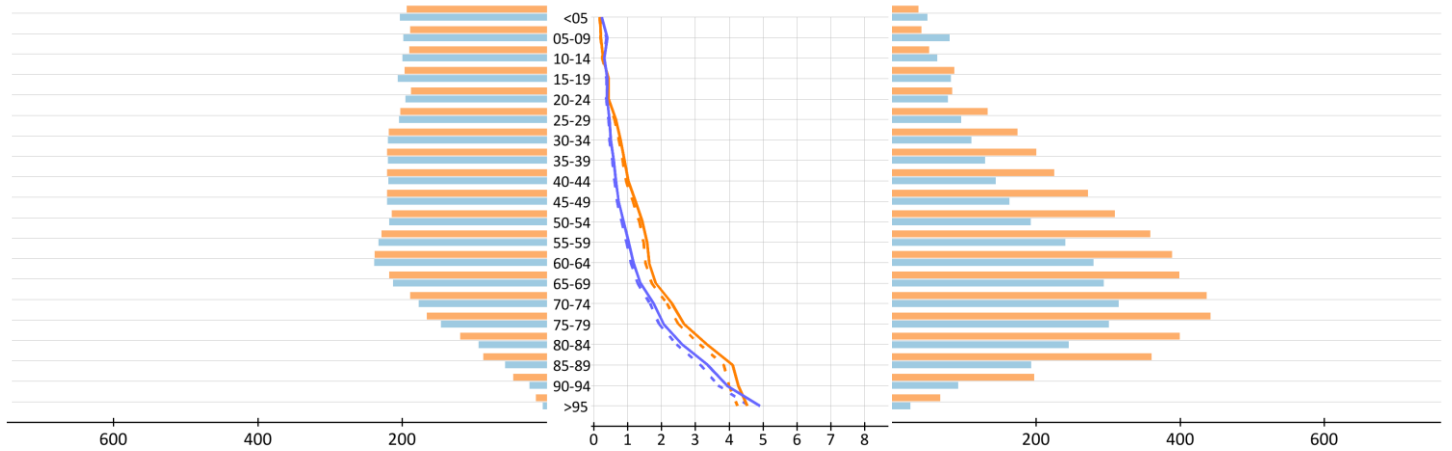
**Bevolking (in duizenden)**

**Consumptiegraad  
Waarnemingen in 2016**

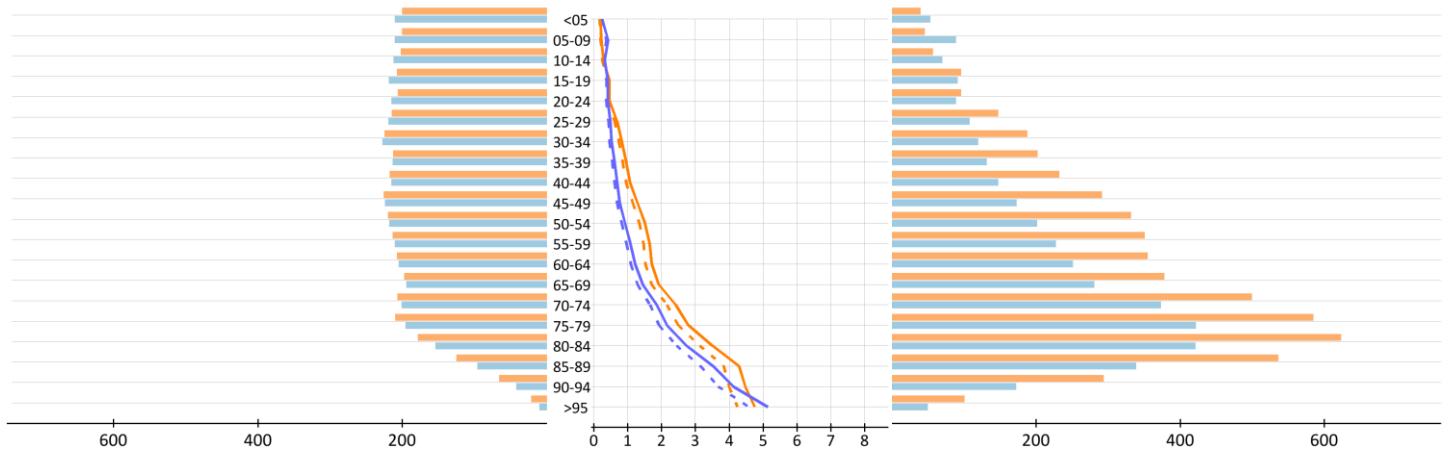
**Gewogen bevolking (in duizenden)**



**Projecties in 2026**



**Projecties in 2041**



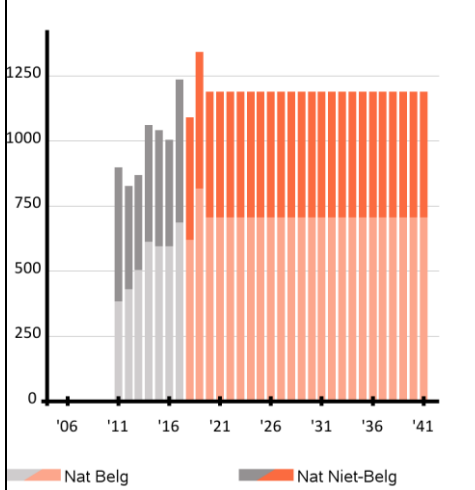
■ Vrouwen      ■ Mannen     
 - - - ref 2016 V      - - - ref 2016 M     
 — 2026-2041 V      — 2026-2041 M     
 ■ Vrouwen      ■ Mannen

Referentiewaarde van de consumptiegraad = 1 = Gewogen gemiddelde consumptie van 2015 tot 2017  
 De gewogen bevolking weerspiegelt het gewicht van elk bevolkingssegment in de huidige en toekomstige gezondheidszorg (bev\*cons gr).

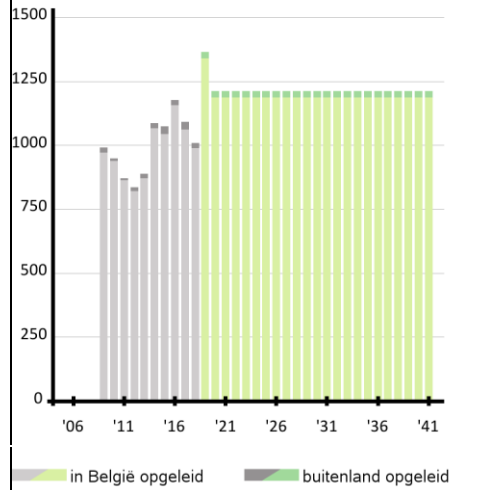


## Kinesitherapeuten - Franse Gemeenschap - Overzicht invoerhypotheses en resultaten - Alternatieve scenario 1: conservatief scenario

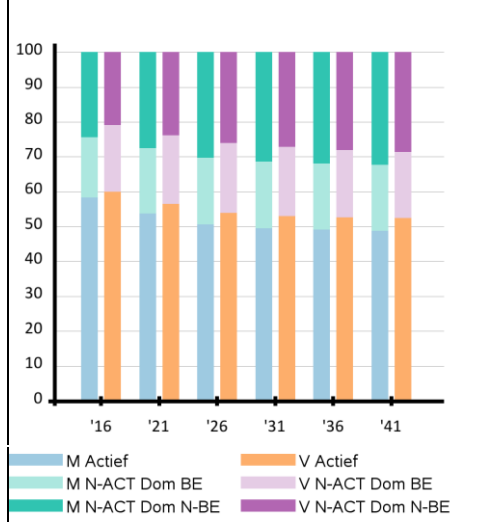
**Aantal behaalde masterdiploma's per jaar volgens nationaliteit van de persoon**



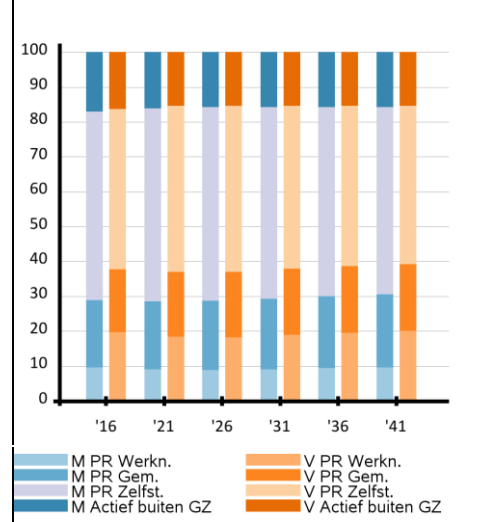
**Jaarlijkse instroom kinesitherapeuten (LTP) - opgeleid in België of in buitenland**



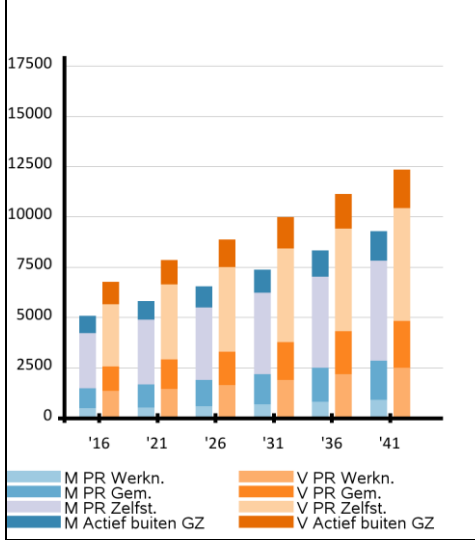
**Verdeling (%) van de totale instroom (LTP) volgens participatiegraad en geslacht**



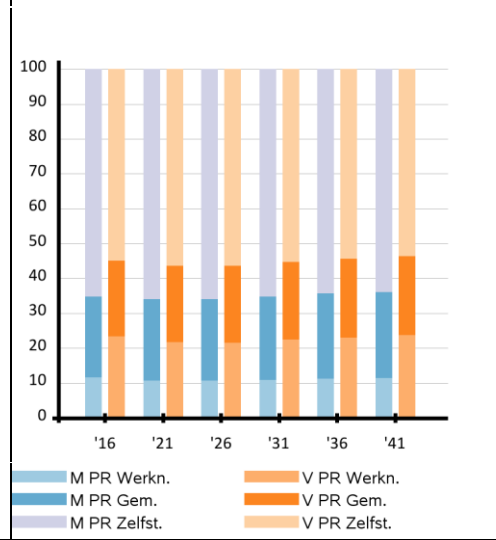
**Verdeling (%) van de beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



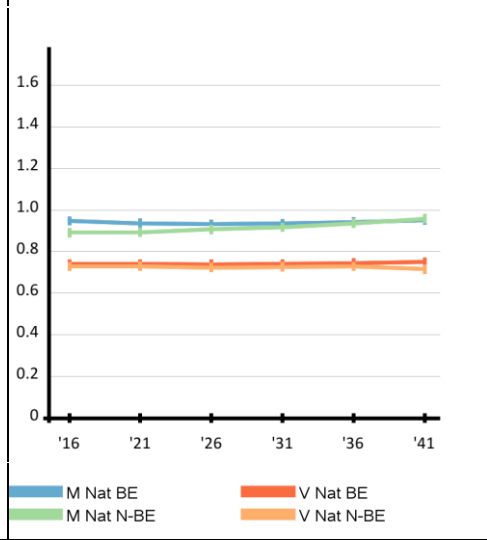
**Aantal beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



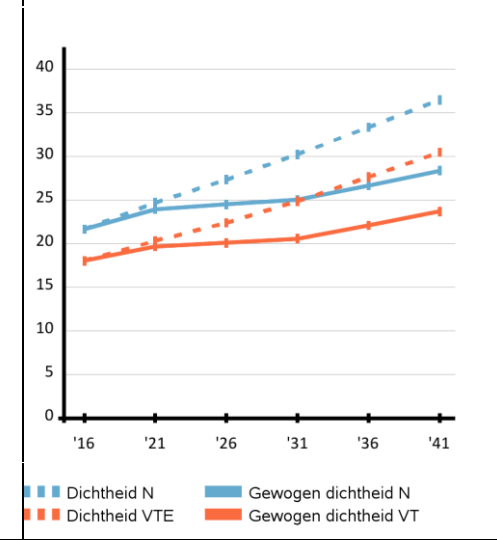
**Verdeling (%) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens professioneel statuut en geslacht**



**Gemiddeld VTE van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens geslacht en nationaliteit**



**Dichtheden (N en VTE, op (on)gewogen bevolking) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR per 10.000 inw.)**

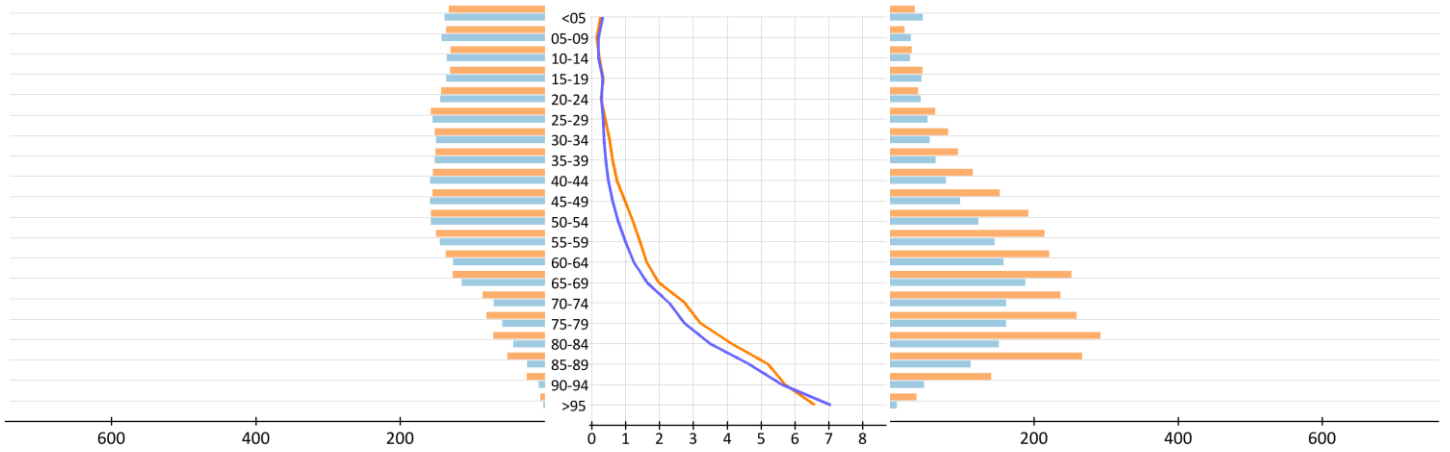


**Kinesitherapeuten - Franse Gemeenschap - Overzicht invoerhypothesen en resultaten - Alternatieve scenario 1: conservatief scenario**

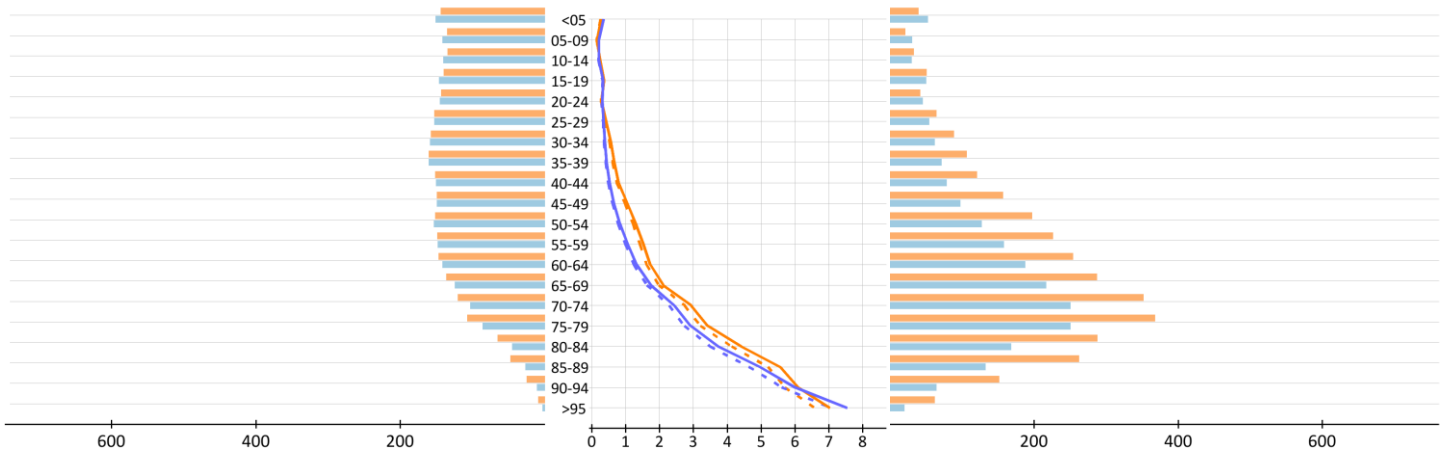
Bevolking (in duizenden)

Consumptiegraad  
Waarnemingen in 2016

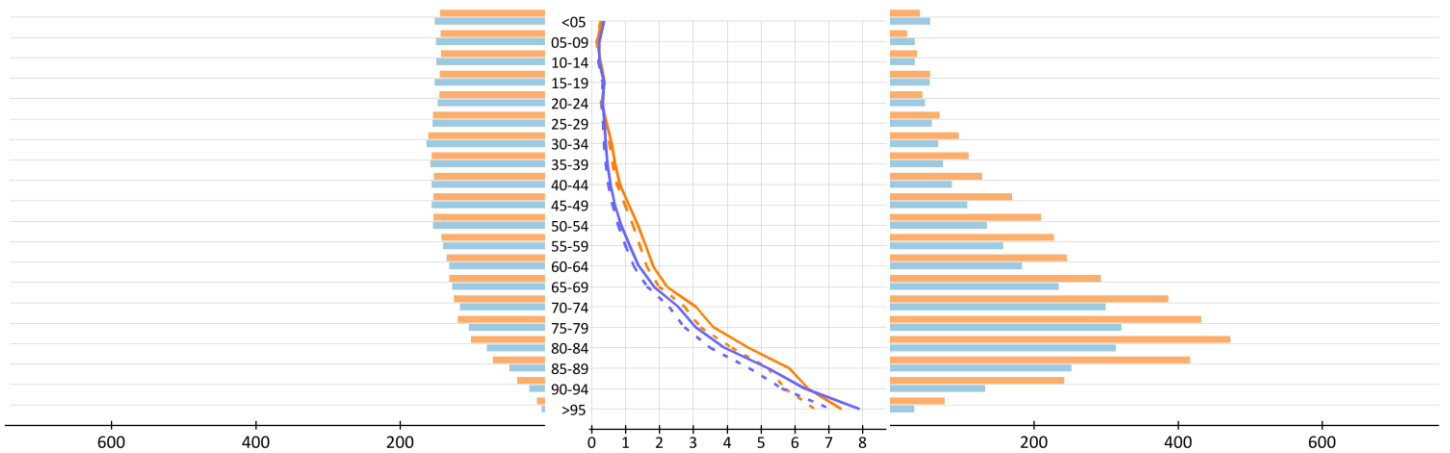
Gewogen bevolking (in duizenden)



Projecties in 2026



Projecties in 2041



Vrouwen

Mannen

ref 2016 V

ref 2016 M

Vrouwen

Mannen

2026-2041 V

2026-2041 M

Referentiewaarde van de consumptiegraad = 1 = Gewogen gemiddelde consumptie van 2015 tot 2017

De gewogen bevolking weerspiegelt het gewicht van elk bevolkingssegment in de huidige en toekomstige gezondheidszorg (bev\*cons gr).

## SECTIE III. ALTERNATIEVE SCENARIO 2: GROEISCENARIO

Het tweede alternatief scenario (AS 2), genaamd “groeis scenario”, veronderstelt een uitbreiding van de rol van kinesitherapeuten met een sterk uitgebreid, breed en gevarieerd tewerkstellingsveld van kinesitherapeuten. De geprojecteerde workforce omvat alle actieve kinesitherapeuten (PA) met de focus op de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR), opgedeeld op basis van hun professionele status (werknemer, zelfstandig, gemengd). Waar echter het basisscenario enkel RIZIV-prestaties onder de noemer van de M-nomenclatuur in rekening neemt, wordt in het groeis scenario, net zoals in het conservatief scenario, de activiteit onder de K-nomenclatuur geïntegreerd. Ook in de zorgconsumptieparameter worden net zoals in het conservatief scenario de RIZIV-terugbetalingen onder de K-nomenclatuur opgenomen. De zorgvraag naar de expertise van de kinesitherapeut zal bovendien stijgen door een verwachte toename van het aantal patiënten behandeld door de kinesitherapeut als gevolg van epidemiologische ontwikkelingen (courante, acute en chronische aandoeningen), socioculturele ontwikkelingen (samenleving vraagt meer van de mens; toenemende werkdruk en arbeid- en stress-gerelateerde klachten; sneller beroep doen op een kinesitherapeut; enz.) en ontwikkelingen in de preventieve gezondheidszorg met de implementatie van secundaire preventie (ziekten in een vroeg stadium opsporen).

Zoals aangegeven in tabel 4 worden twee parameters van het projectiemodel gewijzigd ten opzichte van het basisscenario; deze hebben invloed op de vraag- en aanbodzijde van het projectiemodel.

**Tabel 4 Samenvatting van de gewijzigde parameters in het projectiemodel voor het alternatief scenario 2 in vergelijking met het basisscenario**

| Parameters |  | Alternatief scenario 2: Groeis scenario |  |
|------------|--|---|--|
| Nr.        | Beschrijving   | AS 2                                    | Toelichting  |
| 1          | Aantal eerste inschrijvingen in de bacheloropleiding                               | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 2          | Afstudeerpercentage van de studenten in de bacheloropleiding                       | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 3          | Inschrijvingsgraad van de gediplomeerde bachelorstudenten in de masteropleiding    | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 4          | Afstudeerpercentage van de studenten in de masteropleiding                         | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 5          | Registratiegraad van de individuen met een Belgisch diploma                        | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 6          | Verdeling van de nieuw geregistreerde professionals naar nationaliteit en geslacht | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 7          | Extra instroom van professionals opgeleid in het buitenland                        | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 8          | Overlevingsgraad van de geprojecteerde stocks                                      | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 9          | Participatiegraad van de geprojecteerde stocks                                     | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 10         | Verdeling van de geprojecteerde stocks naar activiteitssector                      | = BS                                    | Geen wijziging   |
| 11         | Activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks                                      | ≠ BS<br>= AS 1                          | De RIZIV-activiteit kinesitherapie heeft betrekking op de prestaties die worden uitgevoerd in het kader van de RIZIV M-nomenclatuur, met integratie van de RIZIV-activiteit kinesitherapie die betrekking heeft op de prestaties uitgevoerd in het kader van de RIZIV K-nomenclatuur   |
| 12         | Zorgconsumptiegraad  | ≠ BS<br>≠ AS 1                          | De zorgconsumptie van de bevolking is naast RIZIV-terugbetalingen onder de M-nomenclatuur tevens gebaseerd op RIZIV-terugbetalingen onder de K-nomenclatuur, zal naar verwachting sterk toenemen, is onderhevig aan demografische, epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen en zal bovendien beïnvloed worden door ontwikkelingen in de preventieve gezondheidszorg |

### PARAMETER 11: Activiteitsgraad van de geprojecteerde stocks (Activity rate)

**BESCHRIJVING:** In deze fase van het model passen we een activiteitsgraad toe op de geprojecteerde stocks van kinesitherapeuten die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg (PR = Practising). Deze graad zet het aantal individuen in de verschillende sectoren om in een aantal Voltijds Equivalenten (VTE), dit op basis van de in 2016 geobserveerde activiteitsgraden in de verschillende bevolkingssegmenten, gecorrigeerd voor de K-nomenclatuur.

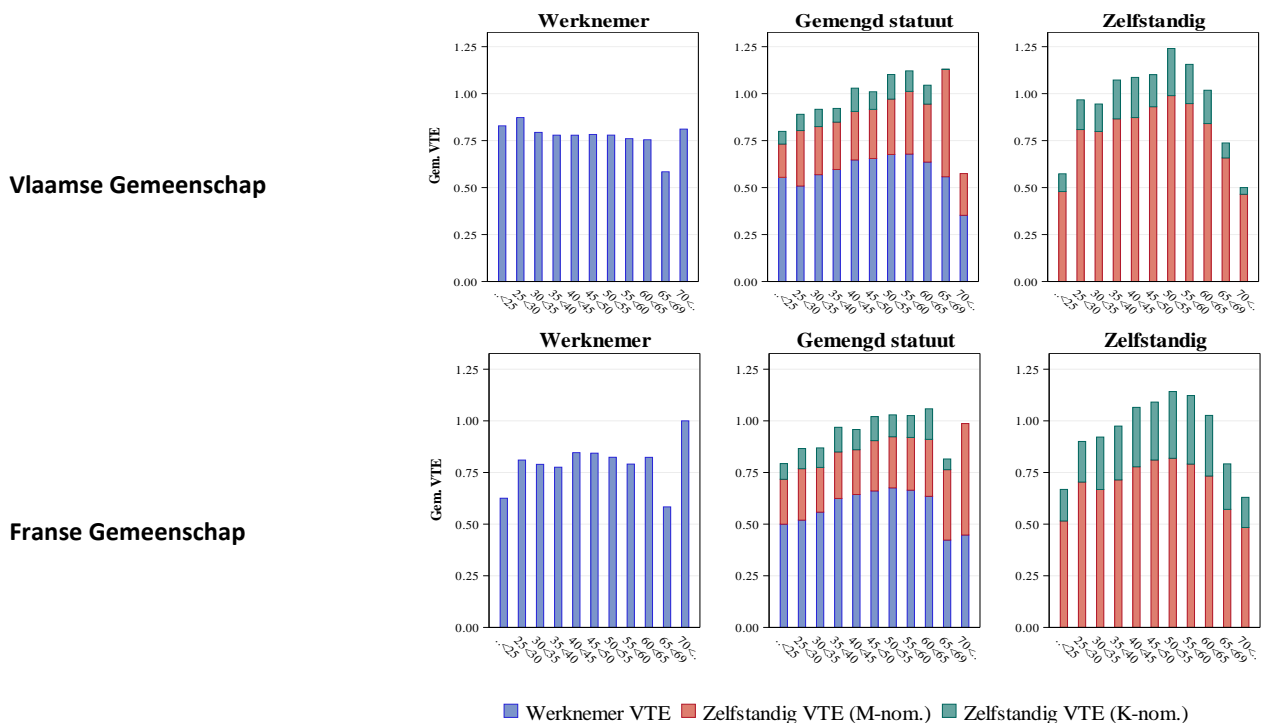
#### BRONNEN:

- Activiteitsgraad van de Stock 2016: PlanKad-rapport “kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016”
- RIZIV-consumptiegegevens: “K-nomenclatuurgegevens, met focus op verstrekkingen binnen kinesitherapie” (2015-2017)

**PROJECTIEMETHODE:** De activiteitsgraad voor de periode 2021-2041 wordt bepaald op basis van de geobserveerde activiteitsgraad in 2016, gecorrigeerd voor de K-nomenclatuur. Deze graad is berekend volgens gemeenschap, leeftijd, geslacht, nationaliteit en sector.

#### OPMERKINGEN:

- In deze stap zijn enkel de kinesitherapeuten die een activiteit uitoefenen in de gezondheidszorg (PR = Practising) aanwezig, aangezien zij de beoogde beroepsbevolking vormen. Een actieve kinesitherapeut in de gezondheidszorg wordt toegewezen aan deze groep indien hij of zij is ingeschreven in RSVZ op 31 december en minstens 335 RIZIV-prestaties binnen de M-nomenclatuur heeft verricht in desbetreffend jaar of op 31 december aanwezig is in de gegevensbank van RSZ+ met minstens 0.1 jaarlijks VTE en een activiteit binnen de gezondheidszorgsector. De werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie legde de drempelwaarde van 335 RIZIV-prestaties als volgt vast: een voltijds betrekking van een actieve kinesitherapeut kan theoretisch worden gelijkgesteld aan 3.375 prestaties = 225 werkdagen x 15 prestaties (gemiddelde 30 minuten). Parallel aan de vastlegging van de drempelwaarde in het kader van de RSZ+, wordt vervolgens voor de RIZIV-activiteit 10% van dit theoretisch aantal prestaties van 1 VTE (met name 337,5, afgerond naar 335) gehanteerd als de drempelwaarde om tot de groep van 'actieve' kinesitherapeuten in de gezondheidszorg gerekend te worden. Voor meer details, raadpleeg het PlanKad-rapport "kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2016".
- In de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen de RIZIV-prestaties geattesteerd in het kader van een bezoldigde activiteit (als werknemer) en deze geattesteerd in het kader van een zelfstandige activiteit. Er zou dan sprake zijn van een overschatting van het VTE-volume gepresteerd door de kinesitherapeuten met een gemengd professioneel statuut. Om die reden is een correctie doorgevoerd: het verminderen van het aantal RIZIV-prestaties dat in rekening wordt gebracht voor de personen met een gemengde activiteit met 1/3<sup>de</sup>. Deze werkwijze werd vastgelegd binnen de werkgroep Kinesitherapeuten van de Planningscommissie.
- In het basisscenario werd enkel de RIZIV-activiteit onder de M-nomenclatuur in rekening gebracht. Aangezien een niet te verwaarlozen deel van de activiteit van de kinesitherapeuten in België echter plaatsvindt in het kader van de nomenclatuur K en de prestaties in de RIZIV-gegevens worden gecodeerd onder het profiel van de voorschrijvende arts, zonder link tussen prestatie en kinesitherapeut, werd in dit scenario een methode ontwikkeld om op een correcte wijze de zelfstandige activiteit van kinesitherapeuten in ziekenhuizen onder de K-nomenclatuur in rekening te brengen. Het totaal VTE-volume aan K-prestaties wordt berekend op basis van de RIZIV-consumptiegegevens (4.571.033 K-prestaties verbonden aan kinesitherapie in 2016) met een gemiddelde duurtijd van 45 minuten per K-prestatie door de kinesitherapeut:  $(4.571.033 \text{ prestaties} \times 0,75 \text{ uur}) / (1687,5 \text{ uur/VTE}) = 2032 \text{ VTE}$ . Aangezien de verhouding van aangerekende prestaties in ziekenhuizen ongeveer gelijk verdeeld is over nomenclatuur M en K (informatie verstrekt door WG kinesitherapie), kan het aandeel K-activiteit uitgevoerd door de loontrekkende kinesitherapeuten in ziekenhuizen worden aftrokken van het totaal VTE-volume aan K-prestaties om zo het aandeel K-prestaties uitgevoerd door zelfstandige kinesitherapeuten te bekomen. Deze methodologie leidt tot 751 VTE voor zelfstandige kinesitherapeuten in ziekenhuizen (191 VTE in de Vlaamse Gemeenschap en 560 VTE in de Franse Gemeenschap).
- De integratie van dit extra volume VTE, leidt tot een verhoging ten belope van 74% van het totaal VTE van zelfstandige kinesitherapeuten in ziekenhuizen en tot een toename van 7% van het totaal VTE van alle zelfstandige kinesitherapeuten samen. Onderstaande staafdiagrammen geven het gemiddeld VTE van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) per leeftijdscategorie voor de verschillende professionele statuten weer en dit per gemeenschap (op 31/12/2016). De groene staafjes weerspiegelen de proportie VTE van de zelfstandige RIZIV-activiteit in ziekenhuizen onder de K-nomenclatuur.



**PARAMETER 12: Zorgconsumptiegraad (Care consumption rate)**

**BESCHRIJVING:** De gewogen dichtheid maakt het mogelijk om het aanbod van de gezondheidszorgberoepsbeoefenaars aan te passen aan de zorgbehoeften van de bevolking. Deze zorgbehoeften worden ingeschat op basis van de demografische, epidemiologische en socioculturele gegevens van de bevolking en op basis van de zorgconsumptie gebaseerd op de ‘verzorging door kinesitherapeuten (Nomenclatuur M en K)’, waargenomen over drie jaar (2015, 2016 en 2017) door het RIZIV.

**BRONNEN:**

- Socioculturele gegevens: Batenburg, R.S., Vis, E.B.A., Velden, L.F.J. van der. **Capaciteitsraming fysiotherapie: een scenario-onderzoek naar de instroom in de bachelor-opleiding fysiotherapie in Nederland.** Utrecht: Nivel, 2018.
- Demografische gegevens: FPB & Statbel: Structuur van de bevolking & bevolkingsevolutie: waarnemingen (1991-2017) & vooruitzichten (2018-2071)
- Gegevens preventie: Hansen, D., Demoulin, C., Probst, M., Simons, J., Van Ussel, S. **Implementation of group physiotherapy/exercise sessions in the care of chronic diseases, mental health disorders and pregnant women in first-line physiotherapy practices in Belgium.** Brussel, België: Axxon, 2015.
- Gegevens epidemiologie en preventie: RIZIV Auditrapport – Gestandaardiseerd verslag “Sector 6: kinesitherapeuten” (Juni 2019)
- RIZIV-consumptiegegevens: “verzorging door kinesitherapeuten” (2015-2017)
- Gegevens epidemiologie en preventie: Van der Heyden, J., Charafeddine, R. **Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen.** Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/36. Beschikbaar op: [www.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be)

**PROJECTIEMETHODE:** De bevolkingsprojecties voor de periode 2021-2041 zijn gebaseerd op de demografische vooruitzichten zoals gepubliceerd door het Federaal Planbureau. De zorgconsumptiegraad voor de periode 2021-2041 wordt bepaald op basis van de geobserveerde zorgconsumptiegraad in 2015, 2016 en 2017. Deze graad is berekend volgens gemeenschap, leeftijd en geslacht.

In het basisscenario werden enkel terugbetaalde bedragen in het kader van het RIZIV met betrekking tot prestaties onder de M-nomenclatuur kinesitherapie in rekening genomen. In dit scenario worden tevens de terugbetaalde bedragen voor prestaties die toegeschreven (kunnen) worden aan kinesitherapeuten onder de **K-nomenclatuur**, opgenomen in de bepaling van de zorgconsumptiegraad.

Daarnaast werd er in het basisscenario van uitgegaan dat de zorgconsumptie in de verschillende bevolkingssegmenten stabiel blijft in de toekomst. Zowel **epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen, als ontwikkelingen in de preventieve gezondheidszorg** zijn in dit scenario geïntegreerd aangezien ze naar verwachting zullen leiden tot wijzigingen in de zorgconsumptie ten opzichte van deze geobserveerd in 2016.

**Epidemiologische ontwikkelingen**

Op basis van de expertise van de leden van de WG kinesitherapeuten, zijn de 10 meest voorkomende chronische ziekten en aandoeningen binnen kinesitherapie geclusterd volgens pathologie (Courante verstrekkingen, Fa-lijst, Fb-lijst en E-lijst) aangezien ze minstens 85% van de voorschriften voor kinesitherapie bestrijken. Het aantal geboekte RIZIV-prestaties dat voor elke pathologiegroep werd geteld, werd vervolgens uit het auditrapport van het RIZIV (2018) voor elk jaar van 2009 tot 2018 gehaald, en gecorrigeerd in functie van de omvang van de Belgische bevolking die elk jaar werd waargenomen (aantal prestaties per 10 inwoners). Op basis van de evolutie van deze gecorrigeerde gegevens werd vervolgens een enkelvoudige lineaire regressie toegepast om de verwachte evolutie van het aantal geboekte RIZIV-prestaties per 10 inwoners voor elke pathologiegroep tot 2041 te projecteren. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de geobserveerde en geprojecteerde evoluties volgens de pathologie en hun (totale) impact op de zorgconsumptie in 2016:

| Epidemiologische ontwikkelingen   | Periode   | Analyse per pathologiegroep (RIZIV) |          |          |         | Totaal <sup>4</sup> |
|---|-----------|-------------------------------------|----------|----------|---------|---------------------|
|   |           | Courante verstrekkingen             | Fa-lijst | Fb-lijst | E-lijst |                     |
| Aandeel t.o.v. het totaal aantal prestaties kinesitherapie <sup>1</sup>   | 2018      | 43,3%                               | 17,3%    | 10,8%    | 26,8%   | <b>98,2%</b>        |
| Verhouding prestaties over de vier pathologiegroepen  | 2018      | 44,1%                               | 17,6%    | 11,0%    | 27,3%   | <b>100,0%</b>       |
| Gemiddeld jaarlijks effect van het gecorrigeerd aantal prestaties <sup>2</sup>  | 2009-2018 | +1,5%                               | +1,0%    | +3,4%    | -0,60%  | <b>+1,0%</b>        |
| Gemodelleerd vijfjaarlijks effect, op basis van het verwacht aantal prestaties voor de periode 2016-2041 <sup>3</sup> | 2016-2021 | +7,9%                               | +4,8%    | +16,9%   | 0,0%    | <b>+6,2%</b>        |
|   | 2021-2026 | +7,3%                               | +4,6%    | +14,5%   | 0,0%    | <b>+5,6%</b>        |
|   | 2026-2031 | +6,8%                               | +4,4%    | +12,6%   | 0,0%    | <b>+5,2%</b>        |
|   | 2031-2036 | +6,4%                               | +4,2%    | +11,2%   | 0,0%    | <b>0,0%</b>         |
|   | 2036-2041 | +6,0%                               | +4,0%    | +10,1%   | 0,0%    | <b>0,0%</b>         |

<sup>1</sup> Deze verhoudingen komen uit het auditrapport van het RIZIV voor 2018 (sector 6 Kinesitherapeuten, pagina 17) en worden gebruikt om elke pathologiegroep te wegen zodat

het totaal gewogen effect kan worden berekend op basis van het gemodelleerde effecten per pathologiegroep.

<sup>2</sup> Dit effect is het gemiddelde van de procentuele stijging of daling van het aantal prestaties dat tussen elk jaar voor de periode 2009-2018 wordt gecorrigeerd. Het aantal prestaties per pathologiegroep is gehaald uit het RIZIV-auditrapport voor 2018 (sector 6: fysiotherapeuten, tabel 5.3. Geregistreerde gevallen, pagina 67).

<sup>3</sup> De geprojecteerde impact per 5 jaar komt overeen met de toename gemodelleerd met behulp van lineaire regressie voor elke pathologiegroep tussen twee jaar. Aangezien er een zeer zwakke correlatie werd vastgesteld voor de gegevens van de E-lijst en de toename van het aantal prestaties over de jaren heen bijna nihil is, hebben de leden van de werkgroep kinesitherapeuten besloten om vanaf 2016 geen enkele impact voor deze pathologiegroep te integreren (effect = 0%). Ten slotte werd, gezien de onzekerheid over de evolutie van alle pathologieën op lange termijn, besloten om het totaal gewogen epidemiologisch effect (voor alle pathologieën) voor de jaren vanaf 2031 te bevriezen (effect 2031-2041 = 0%). Met andere woorden, het effect van de epidemiologische factor zal vanaf 2031 constant blijven.

<sup>4</sup> Het totale effect komt overeen met de som van de effecten per pathologiegroep, gewogen naar het aandeel van de prestaties die elke pathologiegroep ten opzichte van de vier pathologiegroepen vertegenwoordigt.

### **Socioculturele ontwikkelingen**

De inschatting van het effect van socioculturele ontwikkelingen op het vlak van de kinesitherapeutische zorg in België werd gebaseerd op een rapport met de resultaten van de capaciteitsraming fysiotherapie in Nederland. Er wordt vanuit gegaan dat er in de toekomst een wijziging zal zijn in de behoeften aan kinesitherapeuten, als gevolg van sociale en culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de kinesitherapeutische zorg. In de Nederlandse scenario-ontwikkeling werd een vork van -0,8 % tot +0,8 % naar voor geschoven als jaarlijkse evolutiepercentage van de kinesitherapeutische zorg onder invloed van socioculturele trends (Batenburg, Vis & Velden, 2018). De WG kinesitherapeuten denkt dat aangezien de socioculturele drempel tot kinesitherapeutische zorg hoger ligt in België dan in Nederland, dit effect sterker kan zijn. Het schuift daarom een vork als jaarlijkse evolutiepercentage van -1,0 % (binnen het conservatief scenario) en +1,0 % (binnen het groeiscenario) naar voor. In dit scenario is bijgevolg een jaarlijks positief effect van +1,0 % geïntegreerd, van 2016 tot 2021. Dit betekent dat er in 2021 een positief effect van +5,0 % ten gevolge van socioculturele ontwikkelingen van toepassing is op de zorgconsumptie van 2016, dat behouden blijft tot 2041.

### **Secundaire preventie**

Naast deze epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen, opteert de WG kinesitherapeuten om de implementatie van secundaire preventie op te nemen in het groeiscenario. Secundaire preventie beoogt ziekten in een vroeg stadium op te sporen, daardoor eerder met behandelingen te starten met als doel genezing te bewerkstelligen dan wel verergering te voorkomen. Op basis van een nota door Hansen et al. (2015) in naam van de beroepsvereniging voor kinesitherapeuten (Axxon), implementeert de WG kinesitherapeuten preventieprogramma's op de volgende wijze: secundaire preventie voor chronische patiënten tussen 15 en 65 jaar in de vorm van sessies van 60 minuten met homogene groepen van 5 personen, gedurende 3 maanden met een frequentie van 2 à 3 keer per week ( $\pm 30$  sessie per patiënt per jaar). De WG kinesitherapeuten opteert voor een stapsgewijze toename van secundaire preventie tot 2030 met vervolgens een bevriezing van het bereikte effect, rekening houdend met het feit dat de prevalentie van chronische ziekten toeneemt met de leeftijd.

Op basis van een extrapolatie van het aantal patiënten uit de Permanente Steekproef (EPS)<sup>8</sup> naar de Belgische bevolking, worden  $\pm 2.000.000$  patiënten geschat binnen kinesitherapiezorg in 2018. Van dit aantal patiënten werd naar schatting 15% (=  $\pm 300.000$  patiënten) behandeld voor minstens één chronische aandoening door een kinesitherapeut (RIZIV, 2019; Van der Heyden & Charafeddine, 2019). Om een terugbetaald bedrag per patiënt per sessie te bepalen, werd gebruik gemaakt van de gemiddelde terugbetaalde bedragen door het RIZIV voor kinesitherapie. Aangezien een patiënt gemiddeld een half uur in behandeling is bij de kinesitherapeut en gemiddeld 17 euro per patiënt per half uur wordt terugbetaald voor het RIZIV voor een kinesitherapiebehandeling, wordt 7 euro per patiënt per uur verondersteld als een realistisch terugbetaald bedrag voor een sessie secundaire preventie: 7 euro/patiënt x 5 patiënten/uur = 35 euro/uur =  $\pm 17$  euro/half uur.

Om de impact van deze secundaire preventie op de zorgconsumptie van 2016 te bepalen, moet de structuur van de Belgische bevolking, de prevalentie van chronische ziekten volgens leeftijd en geslacht in België, en het gemiddeld jaarlijks terugbetaald bedrag voor kinesitherapie (nomenclatuur M en K) voor 2015-2017 in rekening worden genomen.

In onderstaande tabel wordt op basis van de structuur van de Belgische bevolking op 1 januari 2019 en de zelfgerapporteerde prevalentie van chronische ziekten volgens leeftijd (15-65 jaar) en geslacht in 2018, het aantal gevallen met minstens één chronische ziekte en de verhouding van de gevallen binnen elk bevolkingssegment ten opzichte van het totaal aantal gevallen tussen 15 en 65 jaar voor 2018, weergegeven (Statbel, 2019; Van der Heyden & Charafeddine, 2019):

---

<sup>8</sup> De **Permanente Steekproef (EPS)** is een anonieme, representatieve steekproef van de Belgische bevolking waarvoor alle terugbetaalde gezondheidsuitgaven worden gevolgd over de jaren heen (zie RIZIV-auditrapport).

| Geslacht | Leeftijd (in jaren) | Aantal wettelijk geregistreerde inwoners in België | Prevalentie minstens één chronische ziekte | Aantal gevallen met minstens één chronische ziekte | Aandeel gevallen met minstens één chronische ziekte |
|----------|---------------------|--|--|--|---|
| Mannen   | 15-24               | 660.334  | 12,1%                                      | 79.900   | 4,4%  |
|          | 25-34               | 738.155  | 15,4%                                      | 113.675  | 6,2%  |
|          | 35-44               | 743.558  | 23,1%                                      | 171.761  | 9,4%  |
|          | 45-54               | 799.095  | 25,7%                                      | 205.367  | 11,2%   |
|          | 55-64               | 745.583  | 35,8%                                      | 266.918  | 14,5%   |
|          | Totaal              | <b>3.686.725</b>                                   |  | <b>837.621</b>                                     | <b>45,7%</b>  |
| Vrouwen  | 15-24               | 635.458  | 16,3%                                      | 103.579  | 5,6%  |
|          | 25-34               | 738.662  | 19,3%                                      | 142.561  | 7,8%  |
|          | 35-44               | 736.309  | 27,0%                                      | 198.803  | 10,8%   |
|          | 45-54               | 780.204  | 34,3%                                      | 267.610  | 14,6%   |
|          | 55-64               | 755.646  | 37,5%                                      | 283.367  | 15,5%   |
|          | Totaal              | <b>3.646.279</b>                                   |  | <b>995.920</b>                                     | <b>54,3%</b>  |
| Totaal   | 15-24               | 1.295.792  | 14,2%                                      | 183.479  | 10,0%   |
|          | 25-34               | 1.476.817  | 17,4%                                      | 256.236  | 14,0%   |
|          | 35-44               | 1.479.867  | 25,0%                                      | 370.564  | 20,2%   |
|          | 45-54               | 1.579.299  | 29,9%                                      | 472.977  | 25,8%   |
|          | 55-64               | 1.501.229  | 36,7%                                      | 550.285  | 30,0%   |
|          | Totaal              | <b>7.333.004</b>                                   |  | <b>1.833.541</b>                                   | <b>100,0%</b>                                       |

Het gemiddeld jaarlijks terugbetaald bedrag voor kinesitherapie door het RIZIV (nomenclatuur M en K) voor de periode 2015-2017 bedraagt 881.498.988 euro (zorgconsumptiegegevens). Het terugbetaald bedrag voor secundaire preventie, indien volledig geïmplementeerd, werd als volgt bepaald: 300.000 patiënten x 30 uren/patiënt x 7 euro/(uur per patiënt) = 63.000.000 euro. Dit bedrag is op basis van het aandeel gevallen met minstens één chronische ziekte volgens leeftijd en geslacht toegevoegd aan de geobserveerde terugbetaalde bedragen door het RIZIV voor 2016. Per bevolkingssegment (leeftijd en geslacht) kan dan het effect worden bepaald dat moet worden toegepast om de secundaire preventie in de zorgconsumptie te integreren. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de integratie van de secundaire preventie in de zorgconsumptiegegevens van 2016, op basis van het aandeel gevallen met minstens één chronische ziekte en de verdeling van de terugbetaalde RIZIV-bedragen volgens leeftijd en geslacht:

| Geslacht | Leeftijd (in jaren) | Aandeel gevallen met minstens één chronische ziekte | Terugbetaald bedrag voor preventie (in €) <sup>1</sup> | Gemiddeld jaarlijks terugbetaald bedrag voor 2015-2017 (in €) | Effect van preventie op zorgconsumptie van 2016 <sup>2</sup> |
|----------|---------------------|---|--|---|--|
| Mannen   | 15-24               | 4,4%  | 2.745.350  | 17.846.187  | +15,4%   |
|          | 25-34               | 6,2%  | 3.905.862  | 23.179.465  | +16,9%   |
|          | 35-44               | 9,4%  | 5.901.678  | 30.866.648  | +19,1%   |
|          | 45-54               | 11,2%   | 7.056.351  | 46.666.772  | +15,1%   |
|          | 55-64               | 14,5%   | 9.171.232  | 58.839.761  | +15,6%   |
| Vrouwen  | 15-24               | 5,6%  | 3.558.960  | 18.575.265  | +19,2%   |
|          | 25-34               | 7,8%  | 4.898.371  | 33.310.220  | +14,7%   |
|          | 35-44               | 10,8%   | 6.830.815  | 46.719.499  | +14,6%   |
|          | 45-54               | 14,6%   | 9.194.983  | 74.250.075  | +12,4%   |
|          | 55-64               | 15,5%   | 9.736.398  | 85.244.528  | +11,4%   |
| Totaal   |                     | <b>100,0%</b>                                       | <b>63.000.000</b>                                      |   |  |

<sup>1</sup> Het terugbetaald bedrag voor preventie komt overeen met de verhouding van het aandeel gevallen met minstens één chronische ziekte per combinatie van geslacht en leeftijd ten opzichte van het totaal terugbetaald bedrag voor preventie bij volledige implementatie (= 63.000.000 euro).

<sup>2</sup> Het effect van preventie op de zorgconsumptie van 2016 komt overeen met de verhouding van het terugbetaald bedrag voor preventie ten opzichte van het gemiddeld jaarlijks terugbetaald bedrag (nomenclatuur M en K) voor de periode 2015-2017, per combinatie van geslacht en leeftijd.

Rekening houdend met het gegeven dat de WG kinesitherapeuten een lineaire groei verwacht van de secundaire preventie tot 2031 met vervolgens een bevriezing van het bereikte effect, geeft de volgende tabel een overzicht van de cumulatieve impact van de implementatie van preventie op de zorgconsumptiegegevens van 2016:

| Geslacht | Leeftijd (in jaren) | 2016-2021    | 2016-2026    | 2016-2031    | 2016-2036    | 2016-2041    |
|----------|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Mannen   | <15                 | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         |
|          | 15-24               | +5,1%        | +10,3%       | +15,4%       | +15,4%       | +15,4%       |
|          | 25-34               | +5,6%        | +11,2%       | +16,9%       | +16,9%       | +16,9%       |
|          | 35-44               | +6,4%        | +12,7%       | +19,1%       | +19,1%       | +19,1%       |
|          | 45-54               | +5,0%        | +10,1%       | +15,1%       | +15,1%       | +15,1%       |
|          | 55-64               | +5,2%        | +10,4%       | +15,6%       | +15,6%       | +15,6%       |
|          | 65-74               | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         |
|          | 75+                 | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         |
|          | <b>Totaal</b>       | <b>+2,8%</b> | <b>+5,5%</b> | <b>+8,3%</b> | <b>+8,3%</b> | <b>+8,3%</b> |
| Vrouwen  | <15                 | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         |
|          | 15-24               | +6,4%        | +12,8%       | +19,2%       | +19,2%       | +19,2%       |
|          | 25-34               | +4,9%        | +9,8%        | +14,7%       | +14,7%       | +14,7%       |
|          | 35-44               | +4,9%        | +9,7%        | +14,6%       | +14,6%       | +14,6%       |
|          | 45-54               | +4,1%        | +8,3%        | +12,4%       | +12,4%       | +12,4%       |
|          | 55-64               | +3,8%        | +7,6%        | +11,4%       | +11,4%       | +11,4%       |
|          | 65-74               | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         |
|          | 75+                 | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         | 0,0%         |
|          | <b>Totaal</b>       | <b>+2,1%</b> | <b>+4,3%</b> | <b>+6,4%</b> | <b>+6,4%</b> | <b>+6,4%</b> |

#### **Totale impact op de zorgconsumptie**

De integratie van de effecten door de in het groeiscenario verwachte epidemiologische ontwikkelingen, socioculturele ontwikkelingen en ontwikkelingen in de preventieve gezondheidszorg, leidt tot de volgende wijzigingen in de zorgconsumptie ten opzichte van 2016:

| <b>AS2 - Groeiscenario</b> |                     |               |               |               |               |               |
|----------------------------|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Geslacht                   | Leeftijd (in jaren) | 2016-2021     | 2016-2026     | 2016-2031     | 2016-2036     | 2016-2041     |
| Mannen                     | <15                 | +11,2%        | +16,8%        | +22,0%        | +22,0%        | +22,0%        |
|                            | 15-24               | +16,3%        | +27,1%        | +37,4%        | +37,4%        | +37,4%        |
|                            | 25-34               | +16,8%        | +28,1%        | +38,8%        | +38,8%        | +38,8%        |
|                            | 35-44               | +17,6%        | +29,6%        | +41,1%        | +41,1%        | +41,1%        |
|                            | 45-54               | +16,2%        | +26,9%        | +37,1%        | +37,1%        | +37,1%        |
|                            | 55-64               | +16,4%        | +27,2%        | +37,6%        | +37,6%        | +37,6%        |
|                            | 65-74               | +11,2%        | +16,8%        | +22,0%        | +22,0%        | +22,0%        |
|                            | 75+                 | +11,2%        | +16,8%        | +22,0%        | +22,0%        | +22,0%        |
|                            | <b>Totaal</b>       | <b>+14,0%</b> | <b>+22,3%</b> | <b>+30,3%</b> | <b>+30,3%</b> | <b>+30,3%</b> |
| Vrouwen                    | <15                 | +11,2%        | +16,8%        | +22,0%        | +22,0%        | +22,0%        |
|                            | 15-24               | +17,6%        | +29,6%        | +41,1%        | +41,1%        | +41,1%        |
|                            | 25-34               | +16,1%        | +26,6%        | +36,7%        | +36,7%        | +36,7%        |
|                            | 35-44               | +16,1%        | +26,6%        | +36,6%        | +36,6%        | +36,6%        |
|                            | 45-54               | +15,3%        | +25,1%        | +34,4%        | +34,4%        | +34,4%        |
|                            | 55-64               | +15,0%        | +24,4%        | +33,4%        | +33,4%        | +33,4%        |
|                            | 65-74               | +11,2%        | +16,8%        | +22,0%        | +22,0%        | +22,0%        |
|                            | 75+                 | +11,2%        | +16,8%        | +22,0%        | +22,0%        | +22,0%        |
|                            | <b>Totaal</b>       | <b>+13,3%</b> | <b>+21,1%</b> | <b>+28,4%</b> | <b>+28,4%</b> | <b>+28,4%</b> |



**OPMERKING:**

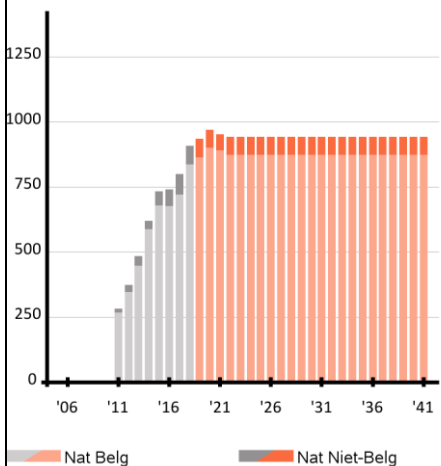
- Het effect van de wijziging van deze parameter is zichtbaar op de tweede pagina van de resultaten per taalgemeenschap. De zorgconsumptiegraad van 2016 wordt weergegeven met een stippellijn. De projecties voor 2026 en 2041 worden weergegeven met een doorlopende lijn.

---

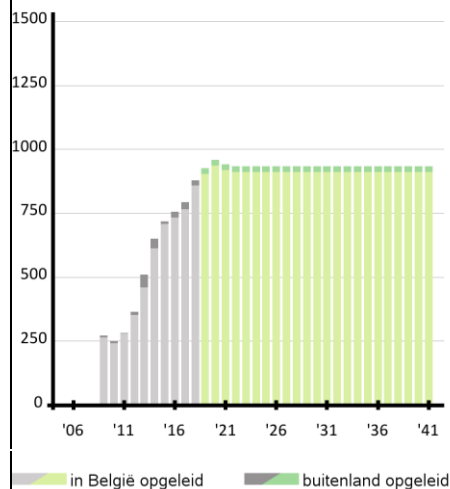
**RESULTATEN PER GEMEENSCHAP**

## Kinesitherapeuten - Vlaamse Gemeenschap - Overzicht invoerhypothesen en resultaten - Alternatieve scenario 2: groeiscenario

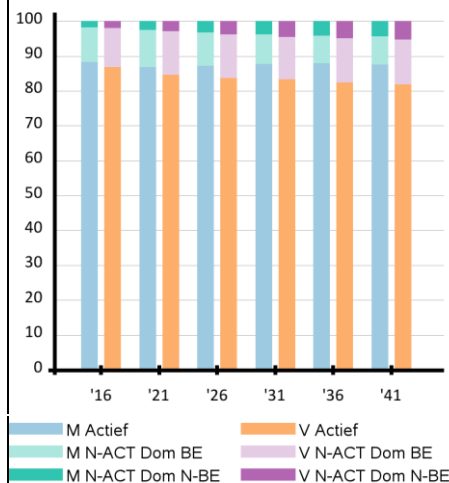
**Aantal behaalde masterdiploma's per jaar volgens nationaliteit van de persoon**



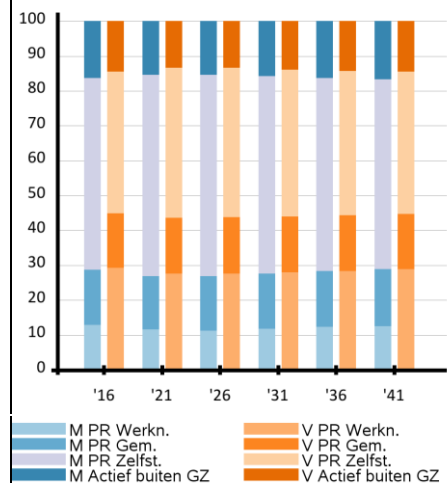
**Jaarlijkse instroom kinesitherapeuten (LTP) - opgeleid in België of in buitenland**



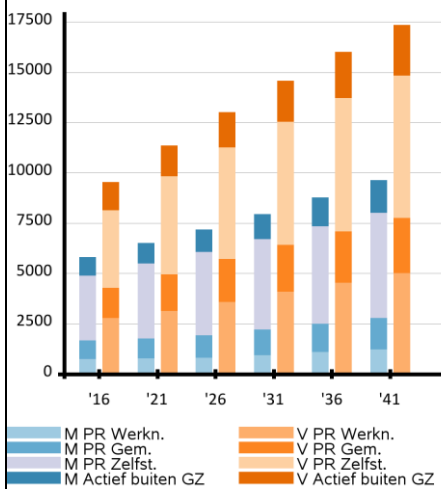
**Verdeling (%) van de totale instroom (LTP) volgens participatiegraad en geslacht**



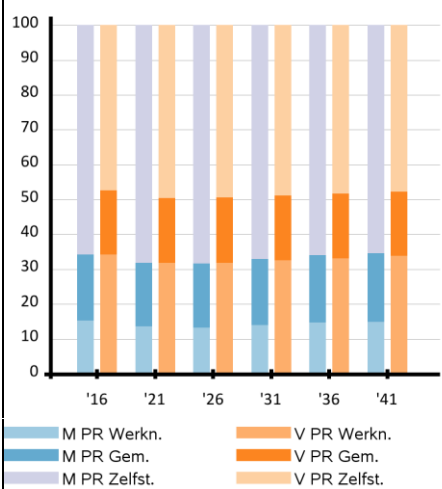
**Verdeling (%) van de beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



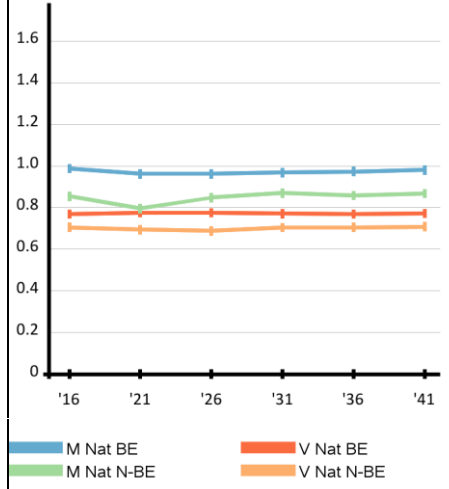
**Aantal beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



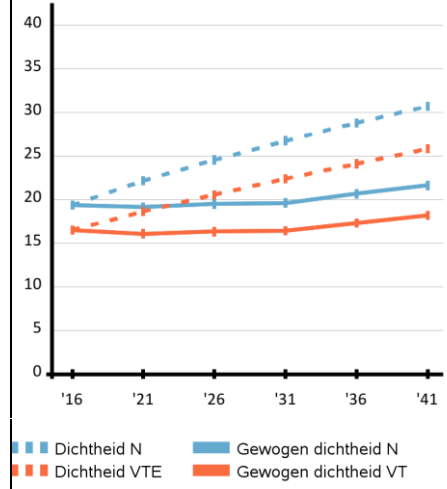
**Verdeling (%) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens professioneel statuut en geslacht**



**Gemiddeld VTE van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens geslacht en nationaliteit**



**Dichtheden (N en VTE, op (on)gewogen bevolking) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR per 10.000 inw.)**

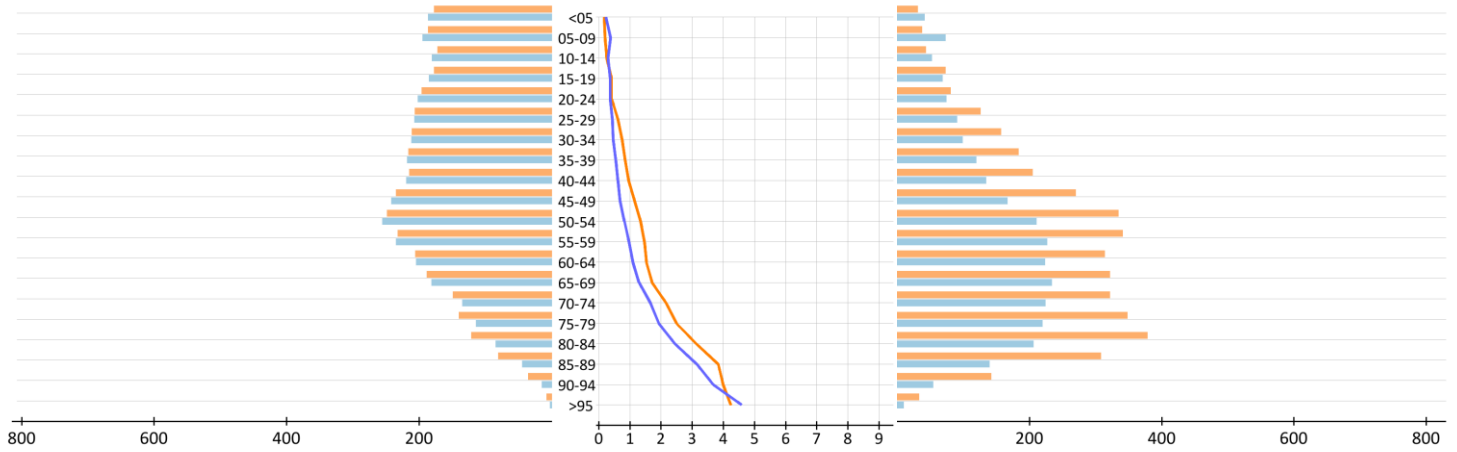


# Kinesitherapeuten - Vlaamse Gemeenschap - Overzicht invoerhypothesen en resultaten - Alternatieve scenario 2: groeiscenario

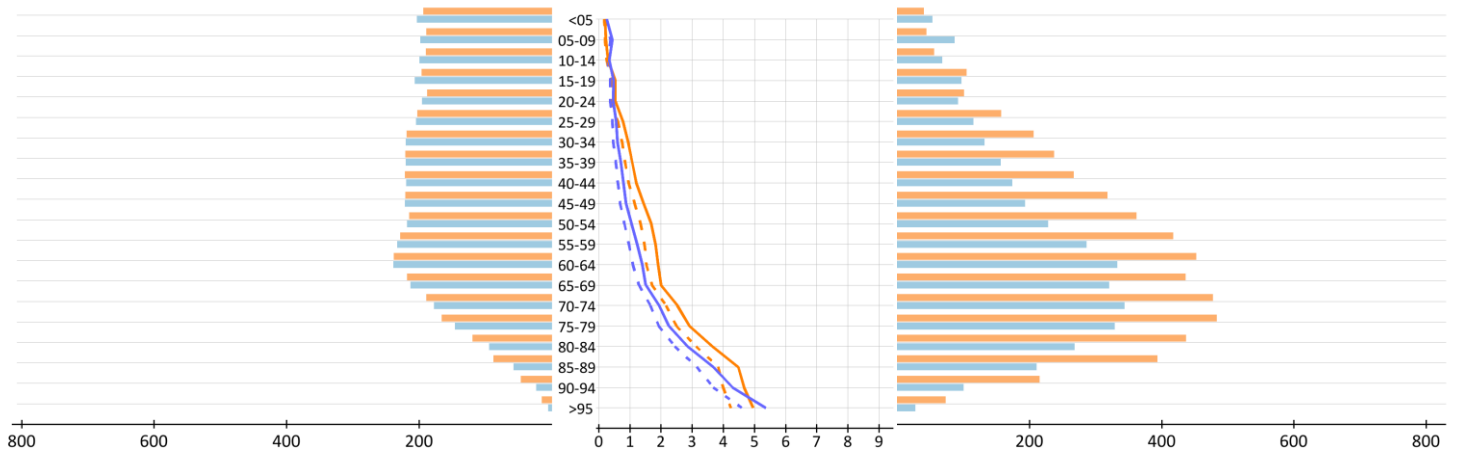
Bevolking (in duizenden)

Consumptiegraad  
Waarnemingen in 2016

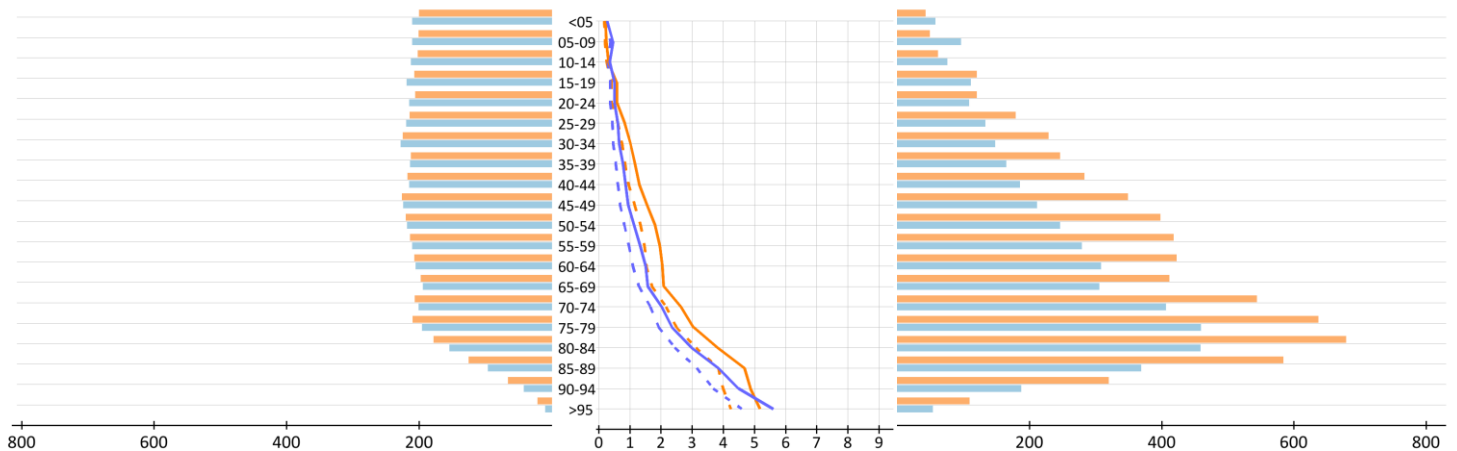
Gewogen bevolking (in duizenden)



Projecties in 2026



Projecties in 2041

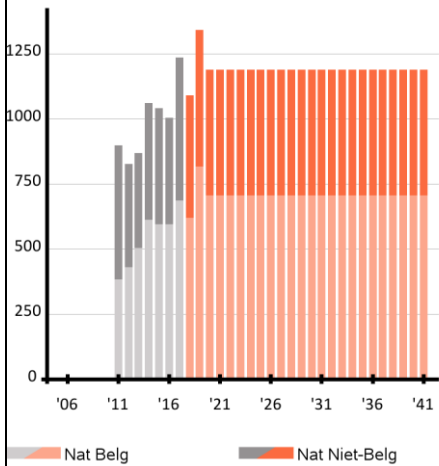


■ Vrouwen      ■ Mannen     
 - - - ref 2016 V      - - - ref 2016 M     
 — 2026-2041 V      — 2026-2041 M     
 ■ Vrouwen      ■ Mannen

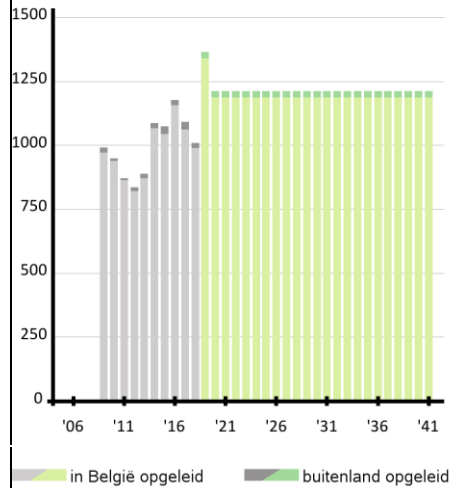
Referentiewaarde van de consumptiegraad = 1 = Gewogen gemiddelde consumptie van 2015 tot 2017  
De gewogen bevolking weerspiegelt het gewicht van elk bevolkingssegment in de huidige en toekomstige gezondheidszorg (bev\*cons gr).

## Kinesitherapeuten - Franse Gemeenschap - Overzicht invoerhypotheses en resultaten - Alternatieve scenario 2: groeiscenario

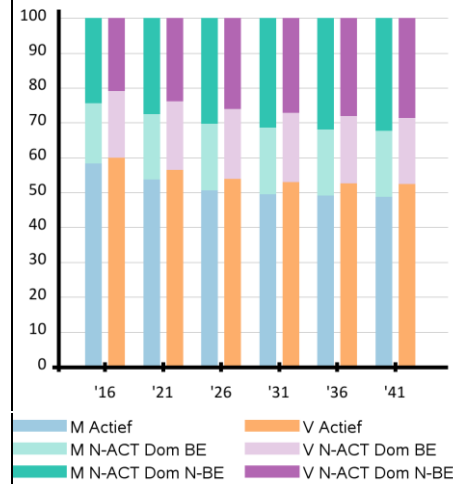
**Aantal behaalde masterdiploma's per jaar volgens nationaliteit van de persoon**



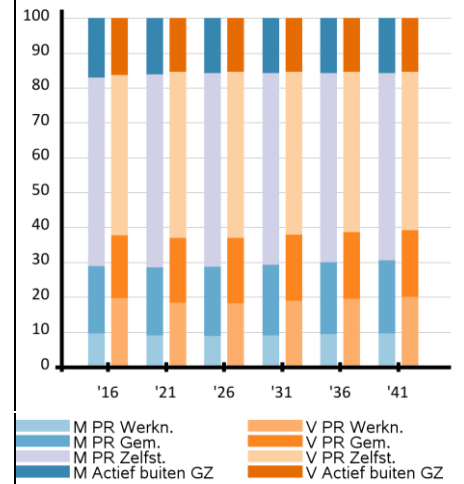
**Jaarlijkse instroom kinesitherapeuten (LTP) - opgeleid in België of in buitenland**



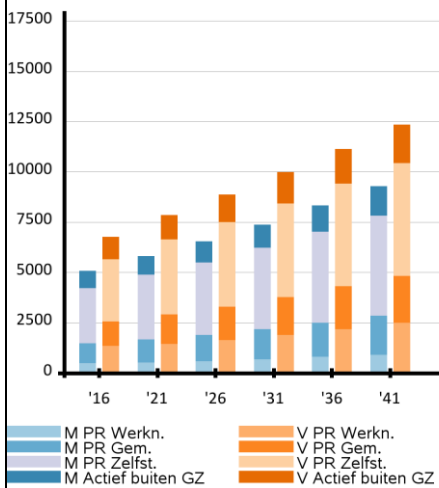
**Verdeling (%) van de totale instroom (LTP) volgens participatiegraad en geslacht**



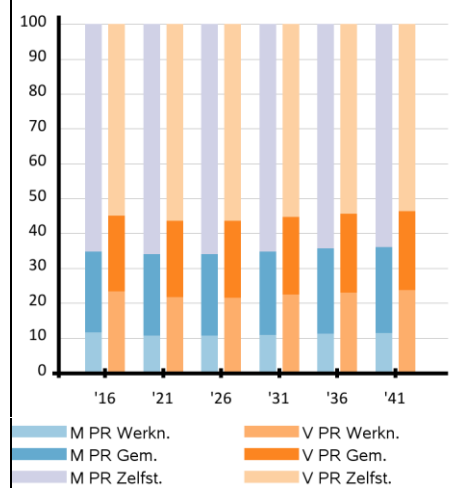
**Verdeling (%) van de beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



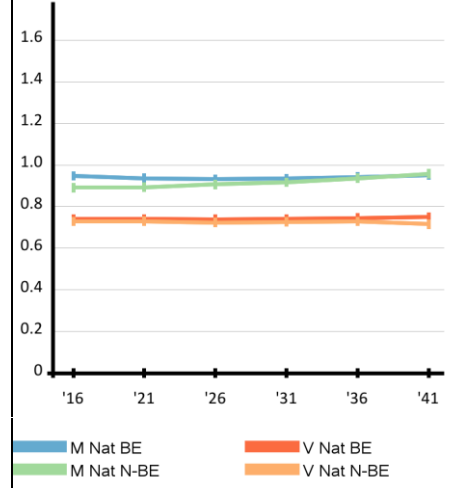
**Aantal beroepsactieve kinesitherapeuten (PA) volgens activiteitssector en geslacht**



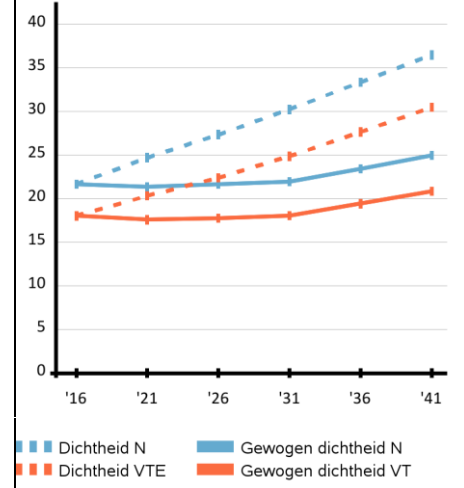
**Verdeling (%) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens professioneel statuut en geslacht**



**Gemiddeld VTE van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR) volgens geslacht en nationaliteit**



**Dichtheden (N en VTE, op (on)gewogen bevolking) van de kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorg (PR per 10.000 inw.)**

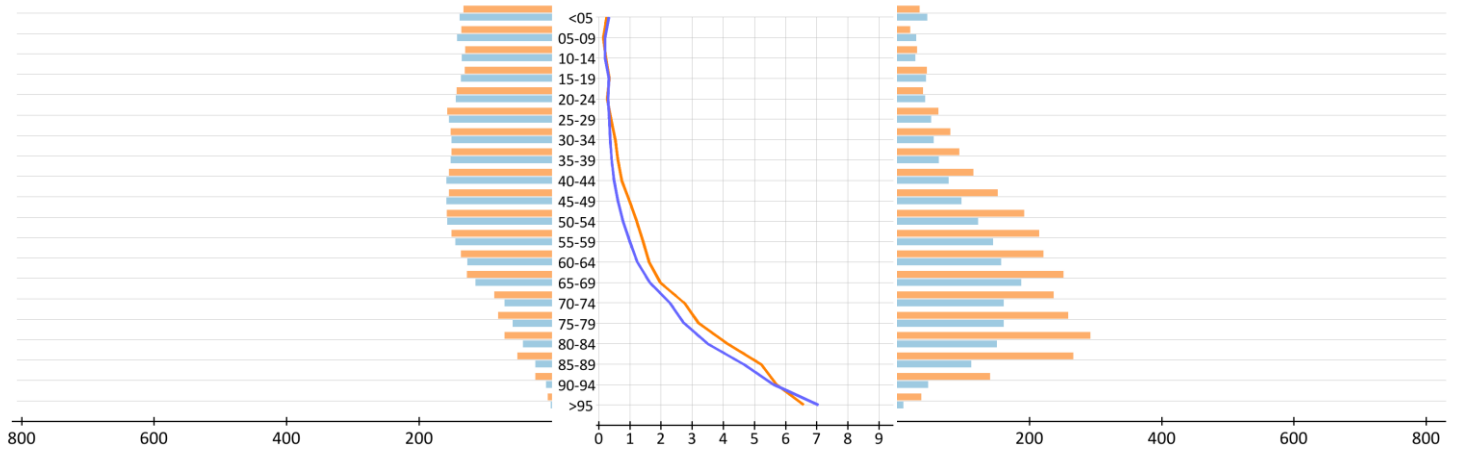


# Kinesitherapeuten - Franse Gemeenschap - Overzicht invoerhypothesen en resultaten - Alternatieve scenario 2: groeiscenario

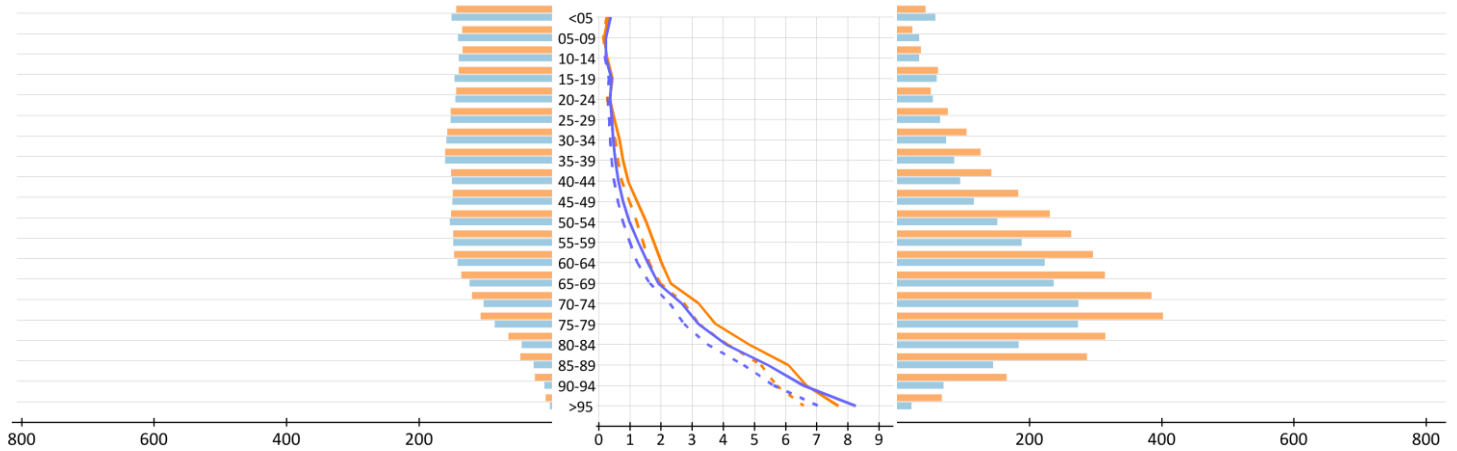
Bevolking (in duizenden)

Consumptiegraad  
Waarnemingen in 2016

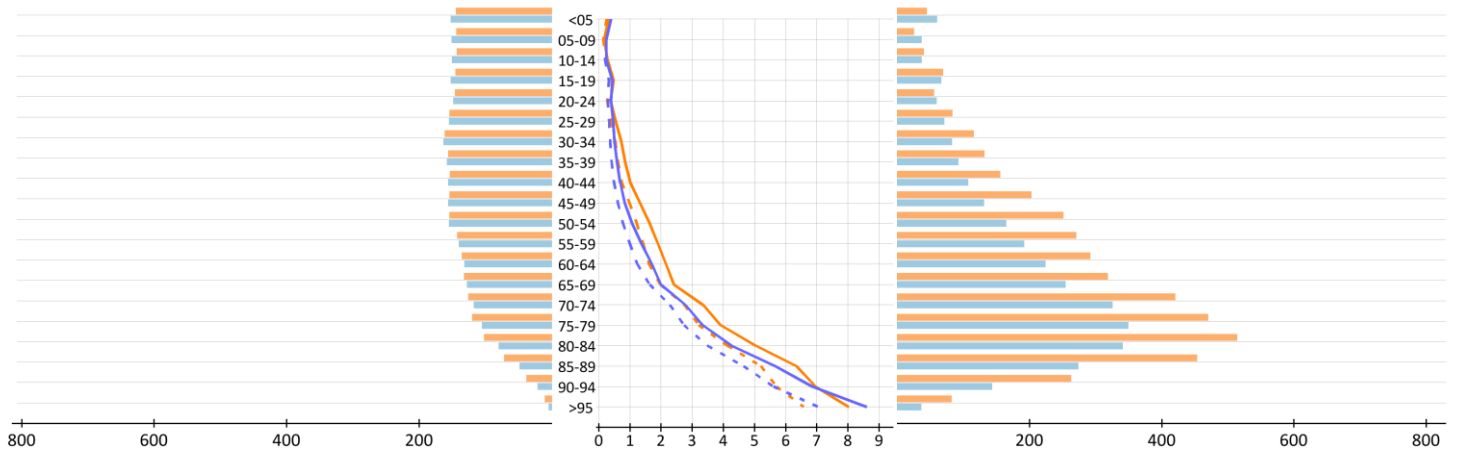
Gewogen bevolking (in duizenden)



Projecties in 2026



Projecties in 2041



■ Vrouwen      ■ Mannen     
 - - - ref 2016 V      - - - ref 2016 M     
 — 2026-2041 V      — 2026-2041 M     
 ■ Vrouwen      ■ Mannen

Referentiewaarde van de consumptiegraad = 1 = Gewogen gemiddelde consumptie van 2015 tot 2017  
De gewogen bevolking weerspiegelt het gewicht van elk bevolkingssegment in de huidige en toekomstige gezondheidszorg (bev\*cons gr).

## 5. VERGELIJKING VAN ALLE TOEKOMSTSCENARIO'S

In deze sectie worden de **eindresultaten van de toekomstscenario's** van de evolutie van de workforce kinesitherapeuten actief in de gezondheidszorgsector van 2016 tot 2041 weergegeven en vergeleken. We vergelijken met name het basisscenario (BS-Basis) en de twee alternatieve scenario's (AS1-Cons = conservatief scenario ; AS2-Groei = groeiscenario).

In beide gemeenschappen zal het **aantal actieve kinesitherapeuten in de gezondheidszorg** sterk toenemen tussen 2016 en 2026 (Vl. Gem.: +33% ; Fr. Gem.: +32%) en op lange termijn tussen 2016 en tot 2041 (Vl. Gem.: +76% ; Fr. Gem.: +85%), onafhankelijk van het scenario. Ook het **aantal VTE kinesitherapie in de gezondheidszorg** zal volgens de drie toekomstscenario's sterk toenemen tussen 2016 en 2026 (Vl. Gem.: +31% ; Fr. Gem.: +29%) en tussen 2016 en 2041 (Vl. Gem.: +73% ; Fr. Gem.: +85%). De integratie van de activiteit van zelfstandige kinesitherapeuten in het kader van de K-nomenclatuur zorgt vanzelfsprekend voor een permanente verhoging van de VTE van 2016 tot en met 2041, maar heeft geen effect op de verwachte evolutie van het totaal aantal VTE. Deze integratie impliceert echter een hogere startwaarde van het aantal VTE in de alternatieve scenario's ten opzichte van het basisscenario. In de Franse Gemeenschap is er een groter contrast van de geprojecteerde VTE uit beide alternatieve scenario's ten opzichte van deze uit het basisscenario over de jaren heen. Dit is het gevolg van de ongelijke verdeling van de activiteit onder de K-nomenclatuur tussen beide gemeenschappen in 2016: 191 VTE (25%) in de Vlaamse Gemeenschap en 560 VTE (75%) in de Franse Gemeenschap.

In zowel het basisscenario als beide alternatieve scenario's wordt een sterke stijging van de **dichtheid** van het aantal actieve kinesitherapeuten in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners verwacht. In 2016 waren er in de Vlaamse Gemeenschap 19,37 en in de Franse Gemeenschap 21,66 actieve kinesitherapeuten in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners. Deze dichtheid neemt toe tot een verwachte dichtheid in 2026 van 24,56 kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in de Vlaamse Gemeenschap en 27,35 kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in de Franse Gemeenschap. Voor 2041 voorspelt het projectiemodel 30,71 kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in de Vlaamse Gemeenschap en 36,50 kinesitherapeuten per 10.000 inwoners in de Franse Gemeenschap. Dezelfde evolutie wordt verwacht voor de dichtheden van het aantal VTE per 10.000 inwoners in beide gemeenschappen. Ook hier zorgt de integratie van de activiteit van zelfstandige kinesitherapeuten onder de K-nomenclatuur wel voor een permanente verhoging van de dichtheden van de VTE kinesitherapie in de gezondheidszorg van 2016 tot en met 2041, maar heeft het geen impact op de verwachte evolutie ervan. De geprojecteerde VTE-dichtheden van de alternatieve scenario's zijn hoger ten opzichte van de VTE-dichtheden van het basisscenario, met een minder uitgesproken verschil in de Vlaamse Gemeenschap door de ongelijke verdeling van de activiteiten onder de K-nomenclatuur tussen beide gemeenschappen.

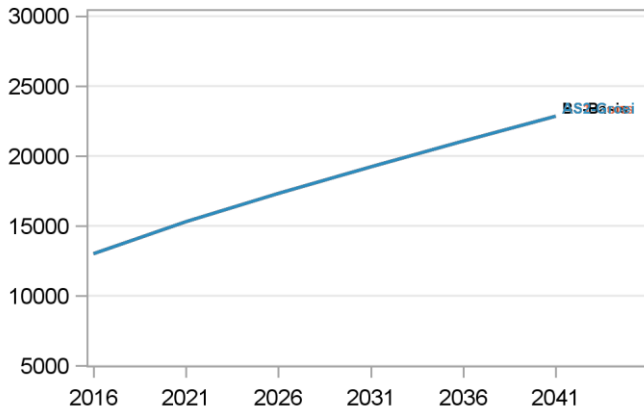
Verschillen tussen de drie scenario's zijn echter waar te nemen wat betreft de evolutie van de **gewogen dichtheden** van het aantal actieve kinesitherapeuten en hun VTE. Voor deze gewogen dichtheden maken we gebruik van de demografische structuur van de bevolking, gewogen naar de zorgconsumptie. Terwijl de geobserveerde zorgconsumptie uit 2016 van de verschillende bevolkingssegmenten in het basisscenario identiek blijft tot 2041 en bijgevolg enkel gevoelig is aan demografische ontwikkelingen, is in de alternatieve scenario's tevens het effect van andere verwachte ontwikkelingen inzake het beroep geïntegreerd. In het eerste alternatief scenario, het conservatief scenario, werd daarenboven een positief effect van epidemiologische factoren en een negatief effect van socioculturele factoren verondersteld op de zorgvraag inzake kinesitherapie. In het tweede alternatief scenario, het groeiscenario, werd naast de demografische factoren een positief effect geïmplementeerd van epidemiologische en socioculturele factoren en werd eveneens de verwachte impact van secundaire preventie-activiteiten onderzocht op de geobserveerde zorgconsumptie uit 2016. In beide alternatieve scenario's zijn, net als in de aanbodzijde, de zorgconsumptiegegevens in het kader van de K-nomenclatuur geïntegreerd. Dit heeft als gevolg dat ook hier hogere startwaarden worden geobserveerd betreffende de gewogen dichtheden uit de alternatieve scenario's ten opzichte van deze uit het basisscenario.

De impact van bovengenoemde ontwikkelingen komt tot uiting in de resultaten van de gewogen dichtheden. Zowel in de Vlaamse als in de Franse Gemeenschap stellen we vast dat de gewogen dichtheden van het aantal actieve kinesitherapeuten en het aantal VTE in de gezondheidszorg per 10.000 inwoners, minder sterk toenemen in de alternatieve scenario's, met maar een lichte toename in het groeiscenario. Tot 2031 kunnen zelfs relatief stabiele gewogen dichtheden worden geobserveerd in het groeiscenario en is er een lichte stijging merkbaar in het conservatief scenario. Na 2031 weegt de toename van het aantal actieve kinesitherapeuten en het aantal VTE in de gezondheidszorg sterker door dan de verdere ontwikkelingen in de zorgvraag en nemen bijgevolg de gewogen dichtheden in alle scenario's sterk toe. We stellen vast dat de epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen een invloed zullen hebben op korte termijn en dat de integratie van secundaire preventie evenzeer leidt tot een grotere vraag naar kinesitherapiezorg.

Samenvattend kunnen we stellen dat het aantal actieve kinesitherapeuten en het aantal VTE sterk zal toenemen na 2016. Deze verwachte toename in activiteit zal niet in evenwicht zijn met de verwachte **demografische evolutie** van de Belgische bevolking. Wanneer **epidemiologische, socioculturele en preventiegerichte ontwikkelingen** worden meegenomen in de zorgvraag, kan de verwachte toename van het aantal kinesitherapeuten gedeeltelijk worden opgevangen tot 2031. Vanaf 2031 is de instroom van kinesitherapeuten hoger dan de uitstroom van kinesitherapeuten en lijkt deze te hoog te zijn gezien de behoeften van de bevolking. Het is belangrijk om op te merken dat deze conclusies uitgaan van de veronderstelling dat het huidige aanbod in evenwicht is met de huidige zorgvraag.

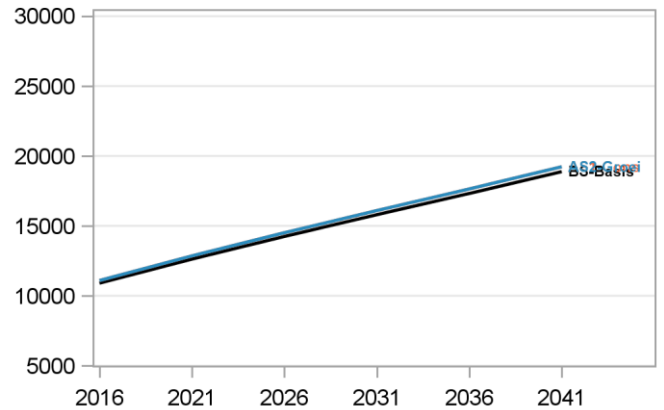
# Kinesitherapeuten - Vlaamse Gemeenschap

## TOTAAL PR - Aantal



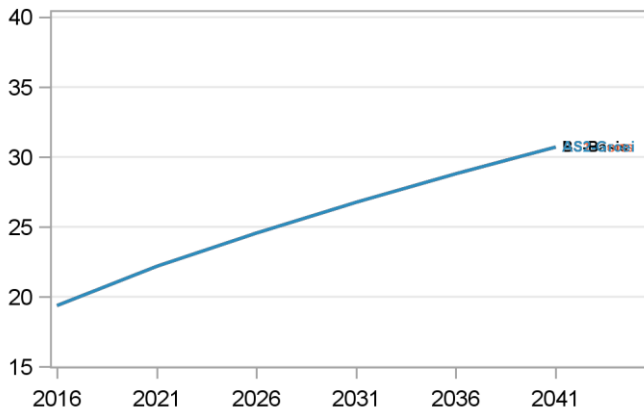
|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 13008 | 15300 | 17323 | 19223 | 21067 | 22846 |
| AS1-Cons  | 13008 | 15300 | 17323 | 19223 | 21067 | 22846 |
| AS2-Groei | 13008 | 15300 | 17323 | 19223 | 21067 | 22846 |

## TOTAAL PR VTE - Aantal



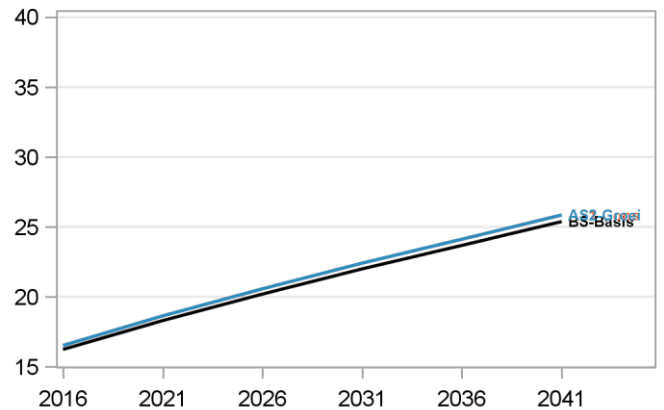
|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 10902 | 12624 | 14242 | 15800 | 17318 | 18880 |
| AS1-Cons  | 11093 | 12855 | 14509 | 16095 | 17641 | 19230 |
| AS2-Groei | 11093 | 12855 | 14509 | 16095 | 17641 | 19230 |

## TOTAAL PR - Dichtheid



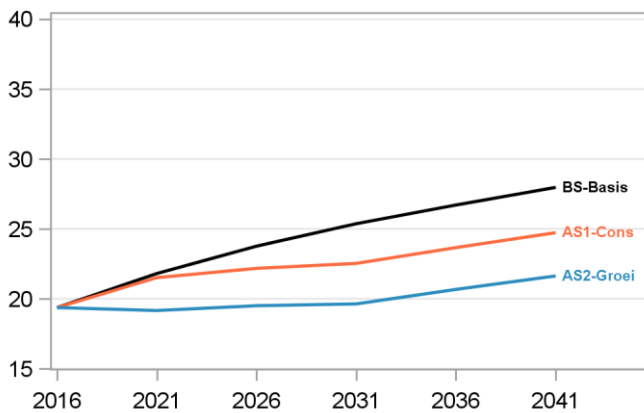
|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 19.37 | 22.18 | 24.56 | 26.76 | 28.80 | 30.71 |
| AS1-Cons  | 19.37 | 22.18 | 24.56 | 26.76 | 28.80 | 30.71 |
| AS2-Groei | 19.37 | 22.18 | 24.56 | 26.76 | 28.80 | 30.71 |

## TOTAAL PR VTE - Dichtheid



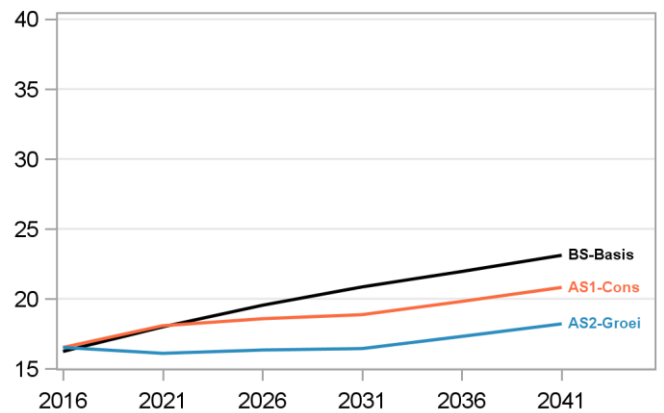
|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 16.23 | 18.30 | 20.19 | 22.00 | 23.68 | 25.38 |
| AS1-Cons  | 16.52 | 18.63 | 20.57 | 22.41 | 24.12 | 25.85 |
| AS2-Groei | 16.52 | 18.63 | 20.57 | 22.41 | 24.12 | 25.85 |

## TOTAAL PR - Gewogen dichtheid



|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 19.37 | 21.80 | 23.76 | 25.37 | 26.71 | 27.97 |
| AS1-Cons  | 19.37 | 21.51 | 22.18 | 22.53 | 23.66 | 24.73 |
| AS2-Groei | 19.37 | 19.16 | 19.50 | 19.63 | 20.67 | 21.63 |

## TOTAAL PR VTE - Gewogen dichtheid



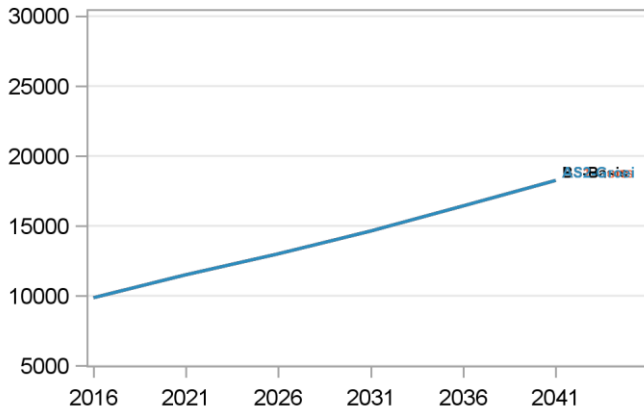
|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 16.23 | 17.99 | 19.54 | 20.85 | 21.95 | 23.11 |
| AS1-Cons  | 16.52 | 18.08 | 18.57 | 18.86 | 19.81 | 20.81 |
| AS2-Groei | 16.52 | 16.10 | 16.34 | 16.44 | 17.31 | 18.21 |

### Basisscenario (BS-Basis) & Alternatieve scenario's (AS1-Cons ; AS2-Groei):

- (1) AS1-Cons = Conservatief scenario: integratie nomenclatuur K + epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen
- (2) AS2-Groei = Groeiscenario: integratie nomenclatuur K + epidemiologische, socioculturele en preventiegerichte ontwikkelingen

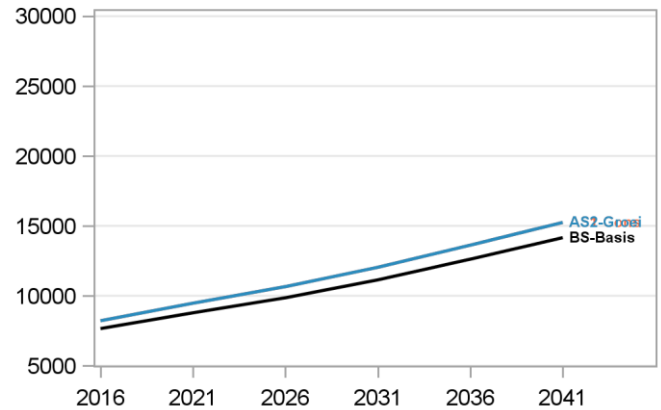
# Kinesitherapeuten - Franse Gemeenschap

## TOTAAL PR - Aantal



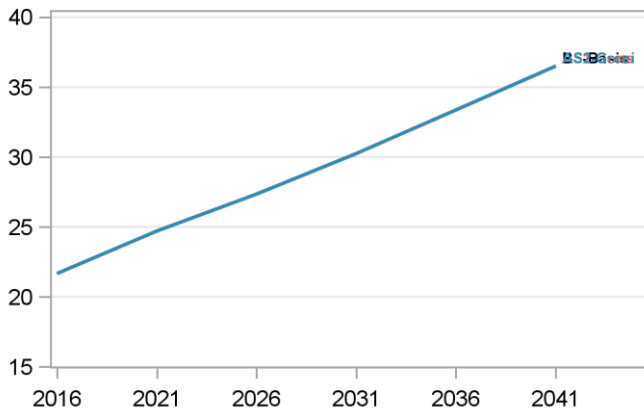
|           |      |       |       |       |       |       |
|-----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 9863 | 11507 | 13004 | 14636 | 16432 | 18253 |
| AS1-Cons  | 9863 | 11507 | 13004 | 14636 | 16432 | 18253 |
| AS2-Groei | 9863 | 11507 | 13004 | 14636 | 16432 | 18253 |

## TOTAAL PR VTE - Aantal



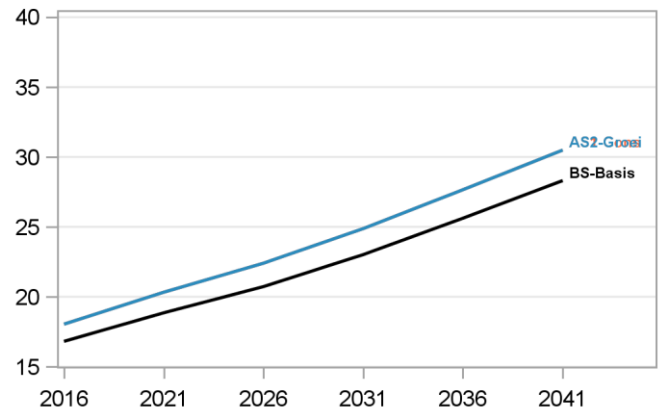
|           |      |      |       |       |       |       |
|-----------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 7654 | 8783 | 9857  | 11138 | 12618 | 14157 |
| AS1-Cons  | 8214 | 9469 | 10655 | 12037 | 13622 | 15248 |
| AS2-Groei | 8214 | 9469 | 10655 | 12037 | 13622 | 15248 |

## TOTAAL PR - Dichtheid



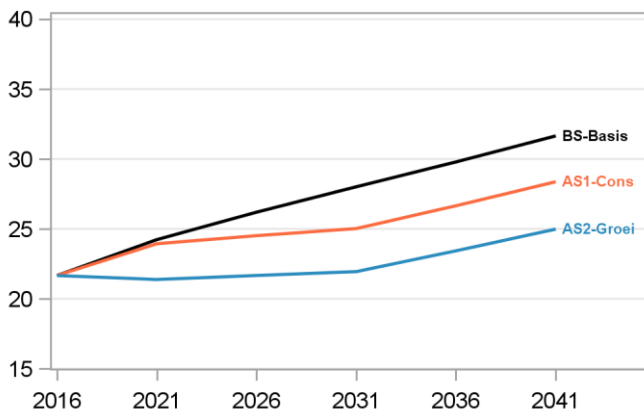
|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 21.66 | 24.70 | 27.35 | 30.25 | 33.37 | 36.50 |
| AS1-Cons  | 21.66 | 24.70 | 27.35 | 30.25 | 33.37 | 36.50 |
| AS2-Groei | 21.66 | 24.70 | 27.35 | 30.25 | 33.37 | 36.50 |

## TOTAAL PR VTE - Dichtheid



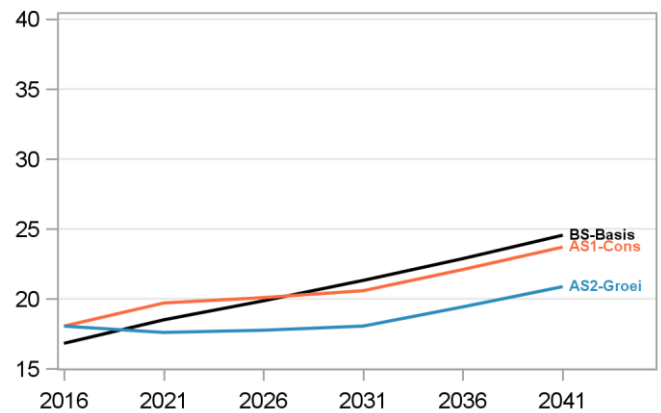
|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 16.81 | 18.85 | 20.73 | 23.02 | 25.62 | 28.31 |
| AS1-Cons  | 18.04 | 20.33 | 22.41 | 24.88 | 27.66 | 30.49 |
| AS2-Groei | 18.04 | 20.33 | 22.41 | 24.88 | 27.66 | 30.49 |

## TOTAAL PR - Gewogen dichtheid



|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 21.66 | 24.23 | 26.19 | 28.01 | 29.79 | 31.65 |
| AS1-Cons  | 21.66 | 23.94 | 24.51 | 25.02 | 26.65 | 28.37 |
| AS2-Groei | 21.66 | 21.38 | 21.67 | 21.94 | 23.43 | 24.98 |

## TOTAAL PR VTE - Gewogen dichtheid



|           |       |       |       |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BS-Basis  | 16.81 | 18.49 | 19.86 | 21.32 | 22.87 | 24.55 |
| AS1-Cons  | 18.04 | 19.70 | 20.09 | 20.58 | 22.10 | 23.70 |
| AS2-Groei | 18.04 | 17.59 | 17.75 | 18.05 | 19.42 | 20.87 |

**Basisscenario (BS-Basis) & Alternatieve scenario's (AS1-Cons ; AS2-Groei):**

- (1) AS1-Cons = Conservatief scenario: integratie nomenclatuur K + epidemiologische en socioculturele ontwikkelingen
- (2) AS2-Groei = Groeiscenario: integratie nomenclatuur K + epidemiologische, socioculturele en preventiegerichte ontwikkelingen