

TWEEDE OPROEP TOT
KANDIDAATSTELLING: PILOOTPROJECTEN
« THUISHOSPITALISATIE »

Brussel, 20 mei 2016

Inhoudsopgave

1. Inleiding – context en doelstelling.....	4
2. Doelstelling en typering van de pilootprojecten « thuishospitalisatie »	5
3. Onderdelen die in de beschrijving van elk voorstel van pilootproject aan bod moeten komen	7
3.1. Motivatie en beoogde doelstellingen.....	7
3.2. Beschrijving van de TH-zorgepisode(s).....	7
3.3. Partners, zorgaanbod en zorgplan	8
3.4. Doelgroep, inclusie van de patiënten en beëindiging van de TH	9
3.5. Het betrekken van de patiënt en zijn omgeving	11
3.6. Kwetsbare groepen	11
3.7. Opleiding van de zorgverleners	11
3.8. Governance en coördinatie van het pilootproject	11
3.9. Organisatie van de zorgcontinuïteit en de permanentie 7d/7, 24u/24, noodplan.....	12
3.10. Patiëntendossier – overdracht en uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners.....	12
3.11. Uitwerking van richtlijnen, protocollen, informaticatools en screeningtools gericht op kwaliteitsvolle zorg.....	13
3.12. Zelfevaluatie van de pilootprojecten	13
3.13. Inzet van de financiële middelen.....	16
4. Financieel kader van de pilootprojecten.....	16
4.1. Pooling van de financiering	16
4.2. Budgetneutraliteit voor de zorgfinanciering	16
4.3. Budgetgarantie	17
4.4. Facturatieregels en budgetafrekening.....	18
4.5. Coördinatiebudget	19
4.6. Geen meerkost voor de patiënt.....	19
5. Juridische aspecten.....	19
5.1 Projectovereenkomst	19
5.2 B4-overeenkomst.....	20
5.3 Statuut van de patiënt en toepassing van de rechten van de patiënt	20

5.4 Mogelijke afwijkingen op de reglementering	20
6. Perspectieven voor implementatie op ruime schaal	21
7. Procedure en criteria voor de selectie van de projectvoorstellen.....	21
8. Evaluatie van de weerhouden projecten, tijdens hun looptijd	22
9. Indienen van het kandidaatstellingsdossier	24
Bijlage: zorgprotocollen	25

Het federaal regeerakkoord voorziet maatregelen om “onnodig lange ziekenhuisverblijven te vermijden, gecombineerd met het aanbieden van alternatieve en goedkopere vormen van zorg”. Meer concreet stelde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 28 april 2015 in haar “Plan van aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering” dat met het toenemend aantal patiënten met chronische aandoeningen er gestreefd moet worden naar een goede afstemming en coördinatie tussen ambulante zorg en ziekenhuiszorg, en tussen ziekenhuizen onderling: de zorg dient méér geïntegreerd te verlopen en transmurale zorg dient gestimuleerd te worden. Ook voor acute aandoeningen is goede coördinatie tussen ziekenhuis- en ambulante zorg van wezenlijk belang.

Dit Plan van Aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering voorziet in een voorzichtige en pragmatische implementatie van nieuwe organisatie- en financieringsmodellen voor de ziekenhuiszorg. De bedoeling is om, in nauw overleg met de sector en de deelstaten, nieuwe modaliteiten eerst op kleine schaal uit te proberen en pas na een objectieve en gunstige evaluatie op ruimere schaal te implementeren. Zo kunnen ongunstige en onverwachte neveneffecten makkelijker beheerst en bijgestuurd worden en wordt chaos vermeden. Tegelijkertijd wordt er ruimte geboden aan diverse spelers in de gezondheidszorg om creatieve en innovatieve initiatieven op te starten in het kader van pilootprojecten. In het werkveld is immers veel expertise en ervaring aanwezig over welke vormen van samenwerking, welke alternatieve organisatiemodellen, ... in de praktijk goed kunnen werken en welke er weinig perspectieven bieden. De overheid wil het advies inwinnen van het werkveld en leren uit deze ervaringen vooraleer substantiële hervormingen op ruime schaal door te voeren.

De pilootprojecten fungeren dus als proeftuinen om een aantal van de nuttige beleidsmechanismen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering uit te testen op hun praktische haalbaarheid. Het Plan van Aanpak geeft duidelijk aan dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vooral beoogt om:

- de budgetten die beschikbaar zijn voor ziekenhuiszorg efficiënter in te zetten (zodat de onderfinanciering in het budget van financiële middelen kan weggewerkt worden en de groeiende zorgnoden in de toekomst kunnen opgevangen worden met een te verwachten beperktere budgetgroei dan in het verleden);
- zonder te raken aan de zorgkwaliteit en de patiënttevredenheid – integendeel, waar mogelijk zowel de zorgkwaliteit als de tevredenheid nog verder te verbeteren.

In juli 2015 heeft de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een oproep gelanceerd om thema's in te dienen voor pilootprojecten in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en het ziekenhuislandschap. De eerste oproep werd gelanceerd rond het thema “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf”. De projecten werden geselecteerd in februari 2016. Het tweede thema betreft thuishospitalisatie. De voorwaarden voor de implementatie van pilootprojecten die handelen over dit thema zijn beschreven in dit document.

Aan het KCE werd gevraagd om een stand van zaken op te maken inzake thuishospitalisatie (TH) en om de eerste denkpistes voor te stellen. In zijn rapport «*Thuishospitalisatie: opties voor een Belgisch model*» (rapport 250), stelt het KCE mogelijke opties voor een Belgisch model voor, na eerst de internationale literatuur te hebben bestudeerd en de terreinactoren te hebben geraadpleegd. Een deel van de studie handelt over de ervaringen met TH in het buitenland en de mogelijke toepasbaarheid ervan in België. Vijf landen en regio's werden bestudeerd waaronder de Australische staat Victoria, waar TH werd opgestart met proefprojecten in omstandigheden die lijken op de Belgische. Gelet op de complexiteit van de problematiek die enerzijds te maken heeft met de heterogeniteit van de bestaande modellen en anderzijds met het gebrek aan een voorkeuromodel, zowel in het buitenland als op het terrein in België, raden de experts aan om eerst te starten met proefprojecten waarbij de verschillende mogelijke modellen worden uitgetest en geëvalueerd. Deze studie van het KCE kaart kort twee belangrijke punten aan waarmee in de pilootprojecten rekening zal moeten worden gehouden: de kosten die zullen afhangen van het organisatiemodel en de criteria voor de behandeling in TH van specifieke ziekten.

Omwille van de diversiteit en de complexiteit van de thematiek, werd beslist om twee varianten van pilootprojecten 'thuishospitalisatie' voor te stellen:

- Pilootprojecten gericht op intraveneuze antibiotherapie thuis
- Pilootprojecten gericht op andere zorgvormen die thuis worden verstrekt op basis van innoverende organisatiemodaliteiten en die, bij gebrek aan thuishospitalisatie, een verblijf in het ziekenhuis zouden vereisen, onder de vorm van een klassieke of een daghospitalisatie.

2. DOELSTELLING EN TYPERING VAN DE PILOOTPROJECTEN « THUISHOSPITALISATIE »

Aangezien het de bedoeling is van de pilootprojecten om de budgetten die beschikbaar zijn voor ziekenhuiszorg efficiënter in te zetten, zal voorrang worden verleend aan projecten die mogelijk de grootste efficiëntiewinsten kunnen opleveren. Het gaat hierbij zowel om de winst gerealiseerd door de behandelingswijze als door het potentiële volume in geval van veralgemening, waarbij het behoud of de verbetering van de zorgkwaliteit en de patiënttevredenheid gewaarborgd worden.

Vanuit die optiek zijn de belangrijkste kenmerken die worden weerhouden voor de projecten « thuishospitalisatie » de volgende:

1. De pilootprojecten zijn gericht op zorgen die, bij **gebrek aan thuishospitalisatie, een ziekenhuisverblijf vereisen**, onder de vorm van een klassieke of een (opvolging van) daghospitalisatie.
2. De zorgen worden toegediend **bij de patiënt thuis** of waar hij gewoonlijk verblijft (inclusief een residentiële zorginstelling).

3. De **patiënt** is actief betrokken bij de besluitvorming over de opvolging van zijn behandelingstraject. Ook zijn omgeving wordt daar nauw bij betrokken. Bijzondere aandacht gaat uit naar de “empowerment” van de patiënt zodat hij deze actieve rol bij het nemen van beslissingen zou kunnen vervullen.
4. De pilootprojecten leiden tot een verkorting van het ziekenhuisverblijf of maken het mogelijk dat ziekenhuisopnames worden vermeden, waardoor er **minder gebruik wordt gemaakt van de dure acute ziekenhuisinfrastructuur**.
5. De zorg wordt verleend door een **multidisciplinair team** van zorgverleners, met duidelijk omliggende taken en verantwoordelijkheden en waarbij de zorgverleners uit ziekenhuizen en uit de extramurale zorg evenwaardige partners zijn. De zorgverlening aan de patiënt, uitgewerkt op basis van een evidence-based zorgplan, wordt structureel en systematisch **gecoördineerd**.
6. Voldoende aandacht en tijd worden besteed aan de **opleiding** en aan het uitwisselen van expertise.
7. Voor de zorgcoördinatie wordt aangeraden om gebruik te maken van een **geïntegreerd elektronisch patiëntendossier** / een uitwisseling van elektronische gegevens die (op termijn) zou kunnen gebruikt worden door alle gezondheidszorgbeoefenaars (en niet enkel door de ziekenhuizen) en waartoe de patiënt op termijn toegang zou hebben. Het gebruik van ‘mobile health’ toepassingen verbonden met het elektronisch patiëntendossier wordt aangemoedigd.
8. De **resultaten** van de zorg worden **gemonitord** en opgevolgd op patiëntniveau:
 - a. Er wordt aangegeven wie de zorg op patiëntniveau opvolgt (i.e. wie de zorgcoördinator is)
 - b. Bijzondere aandacht gaat uit naar concrete performantieparameters wat de outcome betreft.
9. Er wordt duidelijk bepaald welke zorgverlener in welke fase **verantwoordelijk is voor de patiënt**. De patiënt en zijn omgeving worden op een proactieve manier geïnformeerd zodat zij op elk moment weten bij wie zij terecht kunnen.
10. Naar een **implementatie op ruimere schaal**

De gewijzigde organisatie van de zorg die door de projecten ontwikkeld wordt moet ook in andere “settings” (andere steden, andere regio’s) toepasbaar zijn. De resultaten van de positief geëvalueerde projecten (na 2 jaar werking) moeten toelaten om « zorgpaden » te ontwikkelen die de basis zullen vormen voor nieuwe financierings- en organisatiemodaliteiten voor de zorg die vervolgens op ruimere schaal kunnen geïmplementeerd worden.

3. ONDERDELEN DIE IN DE BESCHRIJVING VAN ELK VOORSTEL VAN PILOOTPROJECT AAN BOD MOETEN KOMEN

3.1. MOTIVATIE EN BEOOGDE DOELSTELLINGEN

Het projectvoorstel vermeldt duidelijk de definitie van en de motivatie voor TH, gebaseerd op wetenschappelijk gevalideerde elementen en meer bepaald de volgende :

- Waarom wordt de voorkeur gegeven aan TH boven de klassieke of de daghospitalisatie?
- Waarin verschilt TH van een ambulante thuiszorgbehandeling ?
- Welke zijn de beoogde doelstellingen?
- Wat is de verwachte meerwaarde op het vlak van kwaliteit, organisatie, financieel,... ?
- Welke zijn de verwachte positieve effecten en de mogelijke nadelen in vergelijking met (dag)hospitalisatie voor de patiënt (en zijn omgeving), de zorgverleners,... in termen van kostprijs, kwaliteit, tevredenheid..., omschreven in termen van toetsbare hypothesen? (toon aan met voorbeelden uit de praktijk of op basis van buitenlandse wetenschappelijke evidentie dat, in andere settings, het voorgestelde alternatief organisatiemodel gunstige effecten genereert)
- Gaat het om een bestaand of een nieuw project?

Het is dus niet de bedoeling om een verblijf in het (dag)ziekenhuis te verlengen en daaraan, dankzij deze pilootprojecten, de structuur van TH te verlenen. Net zoals TH de thuiszorgorganisatie niet vervangt. Het is ook niet de bedoeling dat de indicatie voor TH wordt verruimd tot patiënten die tot op heden ambulant, in de thuiscontext, de zorg toegediend kregen.

De motivering voor TH is belangrijk want het antwoord bepaalt of de scope van het ingediende project wel degelijk voldoet aan de vooraf bepaalde selectiecriteria.

3.2. BESCHRIJVING VAN DE TH-ZORGEPISEDE(S)

Hier moet worden gepreciseerd of het pilootproject opteert voor **variante 1** ('intraveneuze antibiotherapie thuis') of voor **variante 2** ('andere zorgvormen die thuis worden verstrekt op basis van innoverende organisatiemodaliteiten'). Het is ook mogelijk om de intraveneuze antibiotherapie thuis in te lassen in een ruimer project ingediend in het kader van variant 2.

Elk TH-project moet zijn eigen selectiecriteria bepalen, die worden vastgesteld in termen van (minimale en maximale) zorgcomplexiteit, de frequentie en duur van de dagelijks vereiste zorgen, de vereiste vaardigheden en apparatuur, en de geografische zone die wordt bediend :

- inhoud van de zorgepisode(s): prestaties opgenomen in het project en prestaties die niet opgenomen zijn in het project
- tijdsduur van de zorgepisode(s) gedekt door het project
- hoe wenst men de zorg anders te organiseren?

- medische en niet-medische zorg van de TH, dus bovenop de zorg die voorafging aan en volgt op de thuishospitalisatie

Er moet ook worden verduidelijkt hoe het gebruik van de ziekenhuisinfrastructuur zal worden verminderd in termen van het gemiddeld aantal verblijfsdagen (verkorting van de verblijfsduur? vermeden (dag)verblijven?), het gebruik van medische interventiemiddelen en medicatie.

Al het nodige voor een thuisbehandeling moet in rekening worden gebracht: medische prestaties, paramedische prestaties, geneesmiddelen, apparatuur/materiaal (ziekenhuisbed, andere specifieke apparatuur), vervoer, gezinshulp ...

Preciseer zo nodig waarom ze niet relevant zijn in het beoogde project.

3.3. PARTNERS, ZORGAANBOD EN ZORGPLAN

De projectvoorstellen worden ingediend door groepen van zorg- en eventueel andere dienstverleners en minstens één ziekenhuis: er wordt gestreefd naar samenwerking tussen thuisverpleegkundigen, zelfstandige zorgverleners, huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, kinesitherapeuten, apothekers, privéverzekeraars, leveranciers van apparatuur of materiaal, diensten voor gezinshulp,... of nog andere dienstverleners. De betrokkenheid bij het project van de verschillende zorg- en dienstverleners, in wederzijds respect voor ieders expertise, taken en verantwoordelijkheden, is van essentieel belang. Vermits de pilootprojecten kaderen in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, dient een pilootproject minstens 1 ziekenhuis als partner te hebben. Elke indiener of groep van indieners kan maximum één kandidatuur voorstellen van het type 'variant 1' en één van het type 'variant 2'.

Het ligt voor de hand dat de slaagkansen stijgen naarmate projecten zich kunnen beroepen op een ruimer draagvlak onder verschillende types zorgverleners, die voldoende impact hebben op de beoogde patiëntengroep. Kennis van de methodiek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van zorgpaden bij de projectpartners is een pluspunt.

Bij het definiëren van het zorgaanbod en de zorgepisode dient ook aangegeven te worden hoe de zorg zal georganiseerd worden, wie welke taken zal opnemen en hoe de opleiding van de partners zal gegarandeerd worden.

Er moet een multidisciplinair team worden samengesteld, met een gemeenschappelijk behandelingsplan dat afgestemd is op de noden van de patiënt en de lokale situatie. De rol en verantwoordelijkheden van elke zorgverlener, van de andere partijen betrokken bij de behandeling, en van de patiënt en zijn omgeving moeten in dit behandelingsplan duidelijk omschreven worden. Dit plan bepaalt o.a. wie de activiteiten tussen de verschillende gezondheidsdiensten enerzijds en tussen de gezondheidsdiensten en de sociale diensten anderzijds coördineert, welke arts instaat voor de medische opvolging en welke de verantwoordelijkheden zijn van elk van hen wat betreft het bijwerken van het dossier van de patiënt.

De patiënt moet worden opgevolgd door een arts (een huisarts of een specialist), die aangewezen wordt in het kader van het project en bij de zorg betrokken is en die in contact blijft met de zorgcoördinator (in de veronderstelling dat de arts niet zelf deze functie uitoefent).

De zorgcoördinator is een zorgverlener die de opvolging en de coherentie van het zorgplan bewaakt. De zorgcoördinatie moet niet noodzakelijk door dezelfde persoon worden verzekerd voor alle patiënten van het project. Men kan bijvoorbeeld een zorgcoördinator aanstellen in functie van de subgroep van patiënten die een gelijkaardig traject volgen in de TH.

De zorgcoördinator onderscheidt zich van de projectcoördinator, van wie de verantwoordelijkheden zich situeren op het niveau van de samenwerking tussen de partners van het project (zie ook punt 3.8).

De samenwerkingsafspraken tussen de verschillende partners moeten concreet worden toegelicht in het kandidaatstellingsdossier. In het dossier moet duidelijk worden vermeld welke de verbintenissen en taken zijn van elke partner, hoe de communicatie tussen de partners zal verlopen, wat de verantwoordelijkheden zijn, welke de afspraken zijn omtrent de financiering, hoe de zorgcontinuïteit zal worden gewaarborgd, wat er dient te gebeuren bij (ernstige) complicaties, wie de projectcoördinator is, wie verantwoordelijk is voor de patiënt tijdens welke fase, waar de patiënt terecht kan met zijn vragen of klachten...

Ook de voorziene modaliteiten en criteria voor de overstap naar de ambulante behandeling van de patiënt na de TH, de nodige zorg, zoals het geneesmiddelgebruik, de kinesessies, ... moeten duidelijk worden uiteengezet.

De verschillende projectpartners moeten worden vermeld, evenals de rol en de verantwoordelijkheden van elk van hen binnen het project:

- ambulante verpleegkundigen en paramedici (thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten,...)
- huisartsen, desgevallend via de huisartsenkringen (het project moet actief bekend gemaakt worden bij de huisartsenkring)
- ziekenhuis
- coördinatiestructuren op het niveau van de patiënt (microniveau) of op het niveau van de zorgverleners (mesoniveau). (bestaande structuren)
- dienst(en) voor gezinshulp
- leveranciers van farmaceutische producten en samenwerking tussen de ziekenhuis-apotheek en apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek
- toeleveranciers van apparatuur / medisch materiaal
- andere: telegeneeskunde, telebewaking, sociale diensten, (private) verzekeraars...

3.4. DOELGROEP, INCLUSIE VAN DE PATIËNTEN EN BEËINDIGING VAN DE TH

Het TH voorstel gaat uit van het ziekenhuis en de arts-specialist van het ziekenhuis die zijn patiënt klinisch evalueert (voorgeschiedenis, onderzoek). Hij vergewist zich ervan dat er geen contra-indicatie is en hij stelt hem TH voor. Dit betekent niet noodzakelijkerwijze dat de TH moet worden voorafgegaan door een periode van klassieke of daghospitalisatie, maar wel dat

TH wordt voorgesteld als alternatief voor een dergelijke klassieke of (opeenvolging van) daghospitalisatie.

De arts-specialist verstrekt aan de patiënt die in aanmerking komt voor TH op een volkomen transparante manier alle nodige informatie. De patiënt moet zijn uitdrukkelijke toestemming geven voor een TH-behandeling, volgens een procedure die vergelijkbaar is met de opnameverklaring in geval van een klassieke of daghospitalisatie.

Het project moet op een concrete manier de criteria voor de inclusie van de patiënten in het TH project omschrijven. Welke zijn de minimumcriteria om te starten met TH en op welk moment start men ermee? Welke tools worden gebruikt voor de screening van de patiënt (met de BELRAI screener kunnen bijvoorbeeld 'kwetsbare' personen geïdentificeerd worden) om te bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor thuishospitalisatie?...

Bij deze procedure moeten de patiënt en zijn omgeving betrokken worden. De inclusiecriteria kunnen worden bepaald op basis van verschillende parameters:

- medische criteria: aandoening, algemene toestand, ...
- sociale criteria: gunstige sociale en familiale leefomgeving, autonomie, ...
- andere: nabijheid van het ziekenhuis ...

Het project moet ook de criteria omschrijven die leiden tot de exclusie van een patiënt uit het TH project en ook de criteria die in aanmerking worden genomen om de TH te beëindigen.

Ook de procedure om te bepalen of er voldaan is aan de criteria om in aanmerking te komen voor TH of om de TH te beëindigen dient nauwkeurig te worden omschreven: de verschillende fasen van de procedure en de verschillende actoren die tijdens deze procedure tussenbeide komen, de frequentie van de evaluatie van de criteria voor het beëindigen van de TH, ... Deze procedure vermeldt, zowel voor de opvang in TH als voor de beëindiging van de TH:

- de stappen die worden ondernomen ten aanzien van de patiënt en zijn omgeving (informatieverstrekking, screening, toestemming,...),
- deze die betrekking hebben op de contacten en de informatie-uitwisseling met de TH-zorgverleners, de huisarts van de patiënt, ...
- de specifieke vermeldingen die moeten worden opgenomen in het dossier van de patiënt
- de administratieve aspecten m.b.t. de identificatie van de patiënten in TH en de duur van de TH, zowel op projectniveau als op dat van de verzekeringsinstellingen,
- de afspraken over de levering van de geneesmiddelen: in principe gebeurt levering via de openbare officina voor patiënten die niet in het ziekenhuis worden behandeld; voor de geneesmiddelen die niet via de openbare officina beschikbaar zijn, kan de levering via de ziekenhuisapotheek voorzien worden. In dit laatste geval factureert het ziekenhuis de geneesmiddelen alsof de patiënt in het dagziekenhuis opgenomen wordt (tarief (*)). Hierover wordt bij voorkeur reeds tijdens de voorbereiding van het pilotproject overlegd via hospfin-pilot@minsoc.fed.be zodat kan nagegaan worden of hierover de nodige regelingen kunnen getroffen worden, binnen het huidige reglementaire kader.

Op basis van de aldus omschreven inclusie-/exclusiecriteria, zal er een raming moeten worden gemaakt van de verwachte omvang van de doelgroep indien het project wordt gerealiseerd. De beoogde doelstellingen tijdens het eerste jaar en tijdens het tweede jaar van het pilotproject

moeten worden bepaald in termen van het aantal verblijfsdagen thuishospitalisatie en in termen van het aantal uitgespaarde (dag)hospitalisatiedagen. De hypothesen die werden weerhouden voor het bepalen van deze doelstellingen moeten nader worden toegelicht.

Ook de potentiële omvang van de patiëntenpopulatie in geval van veralgemening, gebaseerd op gegevens in verband met de frequentie van dergelijke behandelingen, moet worden vermeld in het projectvoorstel (bron van de gegevens te vermelden).

3.5. HET BETREKKEN VAN DE PATIËNT EN ZIJN OMGEVING

De patiënt (én zijn omgeving) moeten worden betrokken bij het behandelingsplan. Bijzondere aandacht moet ook uitgaan naar de opleiding van de patiënt en zijn omgeving. Ook moet worden toegezien op de ondersteuning van die omgeving, om uitputting te voorkomen.

TH mag a priori niet worden opgedrongen. De patiënt behoudt het recht om vanaf het begin of later TH te weigeren.

In het projectvoorstel moet ook worden verduidelijkt hoe er zal worden gecommuniceerd met de patiënt en zijn omgeving en ook met de betrokken zorgverleners.

De schriftelijke toestemming van de patiënt is bovendien vereist voor zijn inclusie in TH, onder de vorm van een verklaring die vergelijkbaar is met de opnameverklaring bij een klassieke of daghospitalisatie.

De patiënt dient in deze verklaring ook in te stemmen met het gebruik van zijn persoonlijke gegevens voor de opvolging van het zorgplan, voor zover nodig. Voor de evaluatie van het project zullen deze persoonlijke gegevens enkel gebruikt worden voor zover nodig, en uiteraard steeds anoniem.

3.6. KWETSBARE GROEPEN

In elk projectvoorstel moet worden beschreven welke specifieke maatregelen werden ingevoerd in het kader van de TH voor kwetsbare of economisch zwakke patiënten.

3.7. OPLEIDING VAN DE ZORGVERLENERS

Het projectvoorstel moet beschrijven hoe de opleiding van de partners zal worden gewaarborgd.

3.8. GOVERNANCE EN COÖRDINATIE VAN HET PILOOTPROJECT

Het governance model dat tijdens de projectperiode zal gehanteerd worden, wordt beschreven in de projectovereenkomst die de projectpartners verbindt. Meer bepaald de bestuursorganen, de deelnemende partners en hoe de besluitvorming tot stand komt, dienen beschreven te

worden. De partners spreken af wie naar derden het aanspreekpunt is. De middelen die door de aangepaste werkwijze vrijkomen, dienen geherinvesteerd te worden in de zorg en gemeenschappelijk beheerd.

Voor de administratieve en organisatorische coördinatie van het project wordt aanbevolen om te werken met een projectcoördinator. Deze coördinator is de spilfiguur in de uitvoering van het project. De coördinator is verantwoordelijk voor:

- de uitvoering en opvolging van het project
- het bijstellen van de samenwerkingsafspraken
- het op punt stellen van de communicatie tussen de zorgverleners en het integreren van zoveel mogelijk partners
- het aansturen van de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners
- de contacten tussen het project en het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de deelstaat,...
- het registreren van informatie voor de opvolging en de zelfevaluatie van het project
- ...

3.9. ORGANISATIE VAN DE ZORGCONTINUÏTEIT EN DE PERMANENTIE 7D/7, 24U/24, NOODPLAN

Om de zorgcontinuïteit te verzekeren, moeten in het project afspraken worden gemaakt met andere dienstverleners en zorgdiensten, zowel stroomopwaarts (ziekenhuizen) als stroomafwaarts (eerste lijn) in de TH-zorgketen.

Voor elk TH-programma moet een gedetailleerd noodplan worden opgemaakt. Het moet de rol en verantwoordelijkheden van elke tussenkomen partij bij een noodgeval vermelden, met de garantie op een bereikbaarheid 24u/24 en 7dagen/7.

Het zorgplan moet voor elke patiënt die alarm slaat, preciseren of de patiënt alleen en onbekwaam is, welke de vereisten zijn inzake regelmatige aanwezigheid en opvolging, telefoon- of camerabewaking, andere detectiesystemen, ...

Voor situaties die een (her)opname van de patiënt in het ziekenhuis verantwoordelijk maken, moet een (her)opnameprocedure worden beschreven, met registratie van de klachten/symptomen en de behandeling in het ziekenhuis: is de (her)opname gelinkt aan de in TH behandelde aandoening of heeft ze te maken met een ander probleem? In welk ziekenhuis gebeurt de (her)opname? ...

3.10. PATIËNTENDOSSIER – OVERDRACHT EN UITWISSELING VAN GEGEVENS TUSSEN ZORGVERLENERS

De patiëntgegevens zijn gevoelige gegevens. Het welslagen van het project vereist echter een uitwisseling van gegevens. De procedure voor het uitwisselen van de informatie en het verzekeren van de privacy moet beschreven worden.

Vooraleer er enige informatie wordt uitgewisseld moet men zich ervan vergewissen dat de patiënt zijn toestemming heeft verleend (zie ook punten 3.5 en 5.3).

3.11. UITWERKING VAN RICHTLIJNEN, PROTOCOLLEN, INFORMATICATOOLS EN SCREENINGTOOLS GERICHT OP KWALITEITSVOLLE ZORG.

Het projectvoorstel moet gebaseerd zijn op good practice guidelines en vermelden welke protocollen er zullen worden ingevoerd en welke tools er worden voorgesteld om de zorgkwaliteit te garanderen.

Deze betrekken de verschillende fasen van de TH: criteria en procedures met betrekking tot

- de screening voorafgaand aan de TH,
- bij het opstarten van de TH,
- de uitwerking en de opvolging van het zorgplan,
- het controleren of alle voorwaarden vervuld blijven tijdens de TH,
- de eventuele heropname in klassieke of daghospitalisatie,
- de voorwaarden inzake de beëindiging van de TH,
- de zorgcontinuïteit bij de beëindiging van de TH.

Moeten worden beschreven: de klinische criteria voor de opname van de patiënt, de criteria gekoppeld aan de thuisomgeving van de patiënt, de modaliteiten voor het informeren van de patiënt en de toestemmingsprocedure, de communicatie met de zorgverleners die bij de patiënt thuis zouden kunnen tussenkomen, de administratieve procedures, de screeningtools, de uitwerking van het zorgplan met vermelding van de verschillende betrokken partijen en de modaliteiten voor de herziening van het zorgplan, de verwachte resultaten van de TH, de gegevens die moeten worden ingezameld, geregistreerd in het (elektronisch) patiëntendossier of meegedeeld aan andere actoren, de modaliteiten voor de evaluatie tijdens de TH, ...

Aangezien het gaat om hospitalisatie thuis en de ziekenhuisnormen daar niet van toepassing zijn, moeten de initiatiefnemers bovendien ook beschrijven hoe ze zullen tegemoet komen aan de kwaliteitseisen inzake afvalbeheer, veiligheid, hygiëne, geneesmiddelenbeheer, traceerbaarheid, registratie van incidenten en bijna-incidenten...

Zie ook de bijlage bij dit document.

3.12. ZELFEVALUATIE VAN DE PILOOTPROJECTEN

Het projectvoorstel moet duidelijke **criteria** bevatten op basis waarvan het project kan en zal worden geëvalueerd na twee jaar werking.

De evaluatiecriteria die gebaseerd zijn op de concrete doelstellingen die het pilootproject wil bereiken, omvatten:

- **outcome indicatoren** (verwijzen naar het uiteindelijk resultaat/doel van de zorg): impact op de gezondheid van de patiënt

- **procesindicatoren** (verwijzen naar de daadwerkelijk verleende zorg, inclusief de communicatie hieromtrent): bijvoorbeeld inkorting van de verblijfsduur, aantal contacten, opvolging, ...
- **financiële indicatoren** (kostprijs): hierbij dient er aandacht te worden besteed aan het volgende:
 - o de kosten (=ingezette middelen) binnen de zorgdiensten en voor de zorgverleners
 - o de kosten voor de patiënten (remgelden, supplementen, persoonlijke tussenkomsten, kosten die niet gedekt zijn door de ziekteverzekering)
 - o de kosten voor de overheid /de ziekteverzekering

Kunnen aantonen, op basis van wetenschappelijke bewijzen, dat er reeds valide en betrouwbare indicatoren, criteria voor het meten van de resultaten, ... beschikbaar zijn is een pluspunt.

⇒ **Evaluatie van de kwaliteit (criteria, indicatoren)**

De kwaliteitscriteria en de indicatoren voor het evalueren van deze criteria moeten ten minste betrekking hebben op:

a) De zorgkwaliteit:

- De heropnames in klassieke of daghospitalisatie
- Het inschakelen van de hulpdiensten
- De voortijdige stopzetting van de TH
- De verlenging van de TH (reële tijd langer dan de aanvankelijk geplande duur)
- Het aantal aanvankelijk niet geplande interventies (per dag en voor de periode van TH)
- De verwante aandoeningen
- De infecties
- De incidenten en bijna-incidenten

b) De tevredenheid van de patiënt en zijn omgeving:

- tevredenheidsenquête bij de patiënt
- tevredenheidsenquête bij de omgeving van de patiënt
- aantal stopzettingen op verzoek van de patiënt of van de omgeving
- aantal weigeringen vanwege de patiënten of van de omgeving en redenen voor deze weigeringen

c) de tevredenheid van de zorgverleners:

- tevredenheidsenquête bij de zorgverleners
- aantal uitvallers (zorgverleners die zich terugtrekken uit het project)
- aantal weigeringen vanwege zorgverleners en redenen voor deze weigeringen (zorgverleners die weigeren tussen te komen in de TH van een bepaalde patiënt)

⇒ **Economische evaluatie van het project**

De wijze waarop de economische evaluatie van het project zal gebeuren, moet vastgelegd worden bij de indiening van het project, om de meerwaarde van de TH te bepalen. Wat is de totale kostprijs van de zorgepisod in TH voor de patiënt in vergelijking met een referentie-element of een nulmeting?

Het ingediende voorstel bevat dus ook een **'nulmeting'**: de resultaten voor de voorgestelde evaluatiecriteria van voor de start van het project. Het kan bijvoorbeeld gaan om een beschrijving van de situatie 'as is' voor de opstart van het project, op basis van de voorgestelde evaluatiecriteria.

De financiële gegevens i.v.m. de TH zorgepisodes dienen te worden vergeleken met de financiële gegevens van een 'referentieverblijf' dat overeenstemt met de verblijven in klassieke of daghospitalisatie in hetzelfde ziekenhuis gedurende het jaar daarvoor. Dit 'referentieverblijf' moet dezelfde kenmerken (aandoening, ernst, leeftijdscategorie ...) vertonen als de 'doelverblijven' waarvoor wordt voorgesteld om een alternatief uit te werken onder de vorm van TH.

De periode die in aanmerking wordt genomen voor de financiële analyse moet dezelfde zijn voor de 'doelverblijven' en de 'referentieverblijven', eventueel met inbegrip van een aantal dagen voorafgaand aan de opname in het ziekenhuis of in TH en/of na het ziekenhuisverblijf en/of de TH zorgepisode.

De vergeleken items hebben minimaal betrekking op de volgende verstrekkings, ongeacht of die worden toegediend in het ziekenhuis of daarbuiten, ongeacht of ze al dan niet terugbetaald worden:

a. Uitgaven RIZIV

Via een controle vooraf en achteraf op basis van de facturatiegegevens met een 1ste raming binnen een termijn van X maanden (te bepalen door het project, afhankelijk van de doelgroep) na het ontslag van de patiënt.

b. Uitgaven ten laste van de deelstaten

Indien van toepassing, in te zamelen door de projectcoördinator.

c. Uitgaven ten laste van de patiënten:

Vooraf opgestelde vragenlijst die de projectcoördinator laat invullen door de patiënt met daarin ten minste de volgende items:

Uitgaven ten laste van de patiënt (betaald bedrag met terugbetaling door het ziekenfonds) voor:

- de huisarts
- een geneesheer-specialist
- thuiszorg
- een andere zorgverlener
- gezinshulp
- geneesmiddelen en andere farmaceutische producten
- specifieke apparatuur
- herinrichting van de woning (nader te omschrijven)
- andere: nader te omschrijven

d. Andere kosten ten laste van het project: in te zamelen door de projectcoördinator

- Personeel (coördinator, administratief medewerker, sociaal werker, ...)
- Vervoer (van de patiënt, van de zorgverleners)
- Apparatuur, ...

3.13. INZET VAN DE FINANCIËLE MIDDELEN

Het doel van de pilootprojecten is dat de beschikbare middelen anders worden ingezet dan in het verleden: dat dit budget andere, meer efficiënte zorgvormen/kwaliteitsvollere zorg mogelijk zou maken. Deze voorstellen voor een alternatieve inzet van de middelen moeten dus concreet uitgewerkt zijn in het projectvoorstel.

Daartoe moet het projectvoorstel ingediend worden samen met het ingevuld rekenmodel met vermelding van de desbetreffende bedragen voor en na de opstart van het project.

Zie ook de punten 4.2 en 4.3.

4. FINANCIËEL KADER VAN DE PILOOTPROJECTEN

Het uitgangspunt voor de pilootprojecten is dat er binnen de sector op zoek wordt gegaan naar inspiratie voor alternatieve organisatie- en financieringsmodaliteiten van zorg, die een meer doordachte inzet van de beschikbare budgetten mogelijk maken. De concrete inzet van de middelen, het budget, de herkomst en de bestemming ervan, moeten worden uiteengezet in een financieel plan dat deel uitmaakt van het kandidaatstellingsdossier.

4.1. POOLING VAN DE FINANCIERING

De huidige financiering voor de zorg aan de betrokken patiëntenpopulatie tijdens de zorgepisode die in het pilootproject wordt opgenomen, wordt gepoold. In het projectvoorstel wordt er beschreven wat de huidige financiering voor het geïncorporeerde zorgaanbod tijdens de geïncorporeerde zorgepisode precies omvat, en hoe deze werd berekend (bv. op basis van de reële activiteit van twee jaar geleden (jaar t-2)). Deze gepoolde middelen zijn de financiële middelen die tijdens de looptijd van het project beschikbaar zijn voor de zorg aan de doelgroep van patiënten, maar ze kunnen op een andere manier ingezet worden. Deze pooling van de bestaande financieringsstromen, op projectniveau, beoogt een nauwere samenwerking en een betere transmurale coördinatie van de zorg. De gelijkwaardige partners in het project beschrijven hoe ze de middelen zullen gebruiken en eventuele winsten zullen herinvesteren in de zorg. Ze verbinden zich tot een gezamenlijk budgetbeheer voor de gemeenschappelijk ingebrachte middelen.

4.2. BUDGETNEUTRALITEIT VOOR DE ZORGFINANCIERING

Het project is **budgetneutraal**; er wordt m.a.w. door de overheid een identiek budget voorzien voor de patiënten die behandeld worden in TH als voor de patiënten met een vergelijkbaar profiel maar die verder behandeld of opgenomen werden in de klassieke of daghospitalisatie. In geval van TH dekt dit budget zowel de zorg verleend in het ziekenhuis als de zorg verleend door andere partners.

Bovendien is er een forfaitair extrabudget voorzien ter ondersteuning van de coördinatie van het project (cf. punt 4.5).

Het doel van de projecten is niet het realiseren van besparingen, maar wel om de vrijgekomen middelen anders in te zetten. De essentiële voorwaarde is dat de vrijgekomen middelen opnieuw in zorg geïnvesteerd worden. Het is m.a.w. de bedoeling dat het budget tijdens het pilootproject anders dan in het verleden wordt aangewend: dat met dit budget andere, efficiëntere zorgvormen / zorg van betere kwaliteit wordt gerealiseerd. Het projectvoorstel dient deze voorstellen tot alternatieve aanwending van de middelen concreet uit te werken. Deze voorstellen tot alternatieve aanwending worden door de verschillende zorgpartners gezamenlijk en in onderling overleg uitgewerkt.

Binnen het project kunnen de vrijgekomen middelen bijvoorbeeld ook deels ingezet worden voor de ontwikkeling van een elektronisch toegankelijk zorg- en begeleidingsplan, voor de invulling van specifieke behoeften van een bepaalde categorie van patiënten (nader te bepalen in het projectvoorstel).

In ieder geval moet voor alle projectpartners op een transparante manier worden aangegeven hoe de vrijgekomen middelen zullen herbested worden. Dit voorstel van herbesteding is ook een onderdeel van de projectovereenkomst. Belangrijk is dat dit door de gelijkwaardige partners samen wordt uitgewerkt.

4.3. BUDGETGARANTIE

Er is daarenboven een budgetgarantie: globaal genomen krijgen de projectpartners de garantie dat ze voor de patiënt in TH een identieke financiering zullen ontvangen als het totaalbedrag dat ze zouden geïnd hebben indien de patiënt in het (dag)ziekenhuis zou zijn opgenomen. Dit budget per patiënt, van de zorgactiviteiten die in het project worden opgenomen, blijft behouden gedurende een periode van max. 3 jaar (zijnde de maximale looptijd van het pilootproject).

Het bedrag van het gegarandeerde budget per patiënt is uiteraard afhankelijk van de aard en de omvang van de zorgverlening die door het pilootproject wordt gedekt.

Elk ingediend voorstel van pilootproject omvat een gedetailleerde berekening van het gemiddeld budget (uitgaven t.l.v. de verplichte ziekteverzekering, remgelden, persoonlijke bijdragen en supplementen,...) voor de betrokken patiënten, op basis van de cijfers van de voorbije jaren.

In hun kandidaatstelling bezorgen de kandidaten een eigen berekening van het betrokken budget op basis van het ter beschikking gestelde rekenmodel, dat zal toelaten om het betrokken budget voor alle geïnteresseerde partners op exact dezelfde manier te berekenen.

Voor de goedgekeurde projectvoorstellen wordt een transparant gegarandeerd budget per patiënt vastgelegd, aangepast aan de vigerende indexregels, op basis van het rekenmodel.

De overheid engageert zich tot de betaling van dit bedrag in een overeenkomst met een van de ziekenhuizen die aan het project participeren. Deze overeenkomst is gebaseerd op artikel 107

van de ziekenhuiswet (zie punt 5.2). Het project krijgt de garantie dat de middelen die vandaag beschikbaar zijn gedurende de duur van het project gegarandeerd blijven, tenzij bij de tussentijdse opvolging vastgesteld wordt dat de doelstellingen duidelijk niet worden gehaald. De precieze aanvangsdatum en einddatum worden bepaald in de overeenkomst, met dien verstande dat er een werkingsperiode van twee jaar voorzien is. Voor de projecten die na afloop van die twee jaar gunstig worden geëvalueerd, kan een 3de werkingsjaar worden toegekend indien het gaat om projecten die de overheid op ruimere schaal wenst te implementeren.

4.4. FACTURATIAREGELS EN BUDGETAFREKENING

Zowel het ziekenhuis/de ziekenhuizen, als de andere partners (bv. van de eerste lijn) die aan het project deelnemen, worden gedurende het project verder betaald volgens de vigerende financierings- en facturatieregels.

Tijdens de duur van het project zijn de gebruikelijke facturatieregels van toepassing voor de betrokken patiëntenpopulatie zodat de pilootprojecten snel kunnen worden opgestart. Volgens de gebruikelijke facturatieregels zal de patiënt in thuishospitalisatie het statuut van ambulante patiënt hebben, met de daarbij geldende regels wat betreft de remgelden. Het is echter de bedoeling dat deelname aan het project thuishospitalisatie voor de patiënt niet gepaard gaat met een hogere kost. Indien de patiënt voorheen in het ziekenhuis verbleef (in klassieke hospitalisatie), dan kan, zeker voor geneesmiddelen, de patiënt geconfronteerd worden met hogere remgelden en dat moet gecompenseerd worden binnen het project. Als de patiënt vóór de TH reeds in daghospitalisatie werd behandeld, blijft zijn remgeld voor de medicatie in principe ongewijzigd. Dit moet ook tot uiting komen in het rekenmodel.

De compensatie van het verschil tussen «wat effectief werd uitbetaald via de reglementaire facturatie» en het budget waarop de projectpartners recht hebben (cf. budgetgarantie per patiënt) gebeurt jaarlijks volgens de regels bepaald in de B4-overeenkomst. Dit budget moet vervolgens worden verdeeld onder de verschillende projectpartners volgens de modaliteiten die zij onderling hebben afgesproken in hun projectovereenkomst. Er wordt van de deelnemende projectpartners verwacht dat zij instemmen met de bovenvermelde financieringstechniek.

Jaarlijks wordt er een vergelijking gemaakt tussen de reële inkomsten van de partners voor de prestaties die inherent zijn aan het project (inkomsten via de verplichte ziekteverzekering en via de patiënten) en het bedrag waartoe de overheid zich heeft geëngageerd.

Indien voor het project minder werd uitbetaald (door de ziekteverzekering en/of de patiënten) dan het vastgestelde bedrag per patiënt voor de overeenstemmende periode, komt de efficiëntiewinst (die wordt toegekend onder de vorm van een extra budget in B4 van het deelnemende ziekenhuis waarmee de B4-overeenkomst werd afgesloten) toe aan de projectpartners (shared savings) en wordt het, in onderling overleg, opnieuw geïnvesteerd in de zorg, nadat de eventuele meerkost van de patiënt (remgelden en andere supplementaire zorggerelateerde kosten die hij niet zou gehad hebben bij een klassieke of (opeenvolging van) daghospitalisatie) aan de patiënt werd vergoed. (zie punt 4.6). Het project moet geen besparingen opleveren maar de vrijgekomen bedragen moeten opnieuw in de zorg geïnvesteerd

worden. Voor de beslissingen omtrent deze besteding van de middelen moet er consensus zijn onder de evenwaardige projectpartners.

Indien door de projectpartners meer werd ontvangen (via de ziekteverzekering en/of de patiënten) dan het vastgestelde bedrag per patiënt voor de overeenstemmende periode dient het teveel ontvangen bedrag te worden terugbetaald onder de vorm van een negatief inhaalbedrag in het BFM van het ziekenhuis waarmee de B4-overeenkomst werd afgesloten en volgens de modaliteiten bepaald in deze overeenkomst.

4.5. COÖRDINATIEBUDGET

Het project is budgetneutraal: er wordt door de overheid geen extrabudget voorzien voor de zorg die wordt verleend. Er wordt echter wel een extrabudget voorzien voor het coördineren van de goedgekeurde projecten tijdens de looptijd van die projecten.

Om de pilootprojecten aan te moedigen wordt een forfaitair budget voorzien van maximaal 40.000 euro per werkingsjaar per project, voor de coördinatie.. Dit moet toelaten om een extra medewerker op halftijdse basis in te schakelen om het project te coördineren, op te volgen en te evalueren tijdens zijn werkingsjaren.

Het bedrag van het coördinatiebudget dat wordt toegekend aan het project zal worden bepaald in de voormelde B4-overeenkomst. Het bedraagt maximaal 40.000 euro per jaar per weerhouden project, en kan gereduceerd worden in geval van een zeer klein aantal patiënten in het project.

Indien eenzelfde groep zorgverleners twee projectvoorstellen indient (een voor elke 'variante' zoals bepaald in punt 3.2) en deze twee voorstellen weerhouden worden, zal het toegekende totale coördinatiebudget in geen geval meer bedragen dan 40.000 euro.

4.6. GEEN MEERKOST VOOR DE PATIËNT

Deelname aan pilootprojecten mag geen meerkost impliceren voor de patiënten ten opzichte van de "klassieke" zorg die ze zouden gekregen hebben indien zij buiten het pilootproject werden behandeld.

5. JURIDISCHE ASPECTEN

5.1 PROJECTOVEREENKOMST

Alle projectpartners moeten hun onderlinge afspraken opnemen in een projectovereenkomst en dit document ondertekenen. Deze projectovereenkomst dient een minimum aantal elementen te bevatten: de governancemodaliteiten, de verantwoordelijkheden van de verschillende partners, de modaliteiten voor de onderlinge uitwisseling van gegevens, de criteria voor de opname en het ontslag van de patiënten, de organisatie van de behandeling in noodgevallen, enz.

Deze projectovereenkomst regelt ook hoe de efficiëntiewinsten of het te recupereren bedrag door de projectpartners in de zorg wordt geherinvesteerd (cf. punt 4.2 hierboven).

Ter inspiratie worden een aantal elementen voor het schrijven van de eigen projectovereenkomst ter beschikking gesteld.

5.2 B4-OVEREENKOMST

Voor de weerhouden projecten wordt een contract afgesloten tussen de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken en een deelnemend ziekenhuis. Het gaat om een overeenkomst waarin de verbintenissen van de projectpartners worden bepaald, de patiëntendoelgroep, het bedrag van de gewaarborgde financiering per patiënt die behandeld wordt in TH, de extramurale zorg die gedekt is door het project, de 'uitgespaarde' middelen, de financiering van het coördinatiebudget (forfait van maximum 40.000 euro per jaar – cf. punt 4.5) en de modaliteiten voor de evaluatie van de projecten tijdens de looptijd ervan.

Indien er specifieke modaliteiten van toepassing zijn voor de facturatie van de prestaties, worden ook die gepreciseerd in deze overeenkomst.

5.3 STATUUT VAN DE PATIËNT EN TOEPASSING VAN DE RECHTEN VAN DE PATIËNT

De patiënt heeft het statuut van ambulante patiënt. Dit heeft een impact op de van toepassing zijnde reglementering en tarifiering, onder meer voor de levering en facturatie van geneesmiddelen (cf. supra).

Er zal echter worden op toegezien dat de kosten voor de patiënt niet toenemen in vergelijking met de kost in de huidige organisatie. Specifieke bepalingen kunnen worden gepreciseerd in de B4-overeenkomst afgesloten met de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken.

Zowel wat de zorg als de implementatie en evaluatie van het project betreft, moet het project overigens alle bepalingen in verband met de rechten van de patiënt en de bescherming van de privacy en van persoonlijke gegevens naleven. Vooraleer er gegevens worden uitgewisseld tussen de zorgverleners die tussenkomen bij de patiënt, zal worden nagegaan of de patiënt zijn toestemming heeft verleend. Ook het gebruik van elektronische systemen voor de opvolging of bewaking van patiënten zal moeten gepaard gaan met bepalingen inzake de informatieveiligheid en de bescherming van de privacy.

5.4 MOGELIJKE AFWIJKINGEN OP DE REGLEMENTERING

Elk projectvoorstel dient ook aan te geven welke regelgeving eventueel een belemmering kan vormen voor de innovatieve organisatie van de zorgverlening die men wil realiseren. Voorstellen om dit soort « obstakels » weg te werken zijn wenselijk, zodat de regelgeving kan worden aangepast opdat de zorg toch thuis kan doorgaan.

Hierboven is weergegeven (zie punt 3.4 en 4.4) dat er overlegd kan worden om – indien levering van de geneesmiddelen niet kan via de openbare officina – levering en facturatie van de geneesmiddelen aan de ambulante patiënt mogelijk te maken via de ziekenhuisapothek. Het is de bedoeling dat hiervoor ook de nodige afspraken gemaakt worden bij het uitwerken van het zorgpad in het pilootproject.

Het projectvoorstel moet ook expliciet vermelden of bepaalde gewenste afwijkingen betrekking hebben op de regelgeving of de modaliteiten voor de financiering van de zorg of de hulp die ressorteert onder de deelstaatbevoegdheid.

De afwijkingen die desgevallend zouden worden toegestaan voor weerhouden pilootprojecten moeten expliciet vermeld worden in het kader van de B4-overeenkomst afgesloten tussen het project (via een deelnemend ziekenhuis) en de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken.

6. PERSPECTIEVEN VOOR IMPLEMENTATIE OP RUIME SCHAAL

Wanneer het pilootproject zijn efficiëntie kan bewijzen, zal het op ruimere schaal kunnen geïmplementeerd worden. De perspectieven voor een implementatie op ruime schaal moeten nader worden toegelicht aan de hand van evidence-based gegevens en prevalentiepercentages van de behandelde aandoeningen. Daartoe moet het potentiële volume op nationale basis worden ingeschat en moeten de gevolgen voor de activiteit van de ziekenhuizen worden gemeten (rekening houdend met de spreiding van de gevallen binnen de sector : bijvoorbeeld: beperking van het aantal bedden, sluiting van zorgeenheden, ...)

Bij de indiening worden ook voorstellen geformuleerd over hoe de financiering/ organisatie in de toekomst zou kunnen geoptimaliseerd worden en hoe, na gunstige evaluatie, de implementatie op ruimere schaal zou kunnen georganiseerd worden.

De nadruk ligt hierbij op de volgende punten:

- meer efficiëntie.
- meer transparantie
- minder prestatiegebonden
- minder complexiteit en administratie/registratie
- meer kwaliteit, waardegedreven (outcomegeëoriënteerd)

7. PROCEDURE EN CRITERIA VOOR DE SELECTIE VAN DE PROJECTVOORSTELLEN

De ingediende projecten zullen eerst en vooral geëvalueerd worden op administratief vlak. Het is de bedoeling om zich ervan te vergewissen dat het dossier:

- alle vereiste elementen bevat (en in de vereiste vorm): template voor de kandidaatstelling volledig ingevuld, rekenmodel in Excel formaat, advies van de Medische Raad van de betrokken ziekenhuizen en van de syndicale overlegorganen van de verschillende structuren die betrokken zijn bij het project, ...
- voldoet aan het concept van TH,

- voorziet in een daadwerkelijke samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerste lijn,
- innovatieve modaliteiten voorstelt voor de zorgorganisatie,
- gericht is op een voldoende aantal patiënten om een correcte evaluatie van de efficiëntiewinsten na twee jaar werking mogelijk te maken,
- mogelijkheden biedt voor een implementatie op ruimere schaal, ...

De projectvoorstellen die na afloop van deze administratieve screening een gunstige beoordeling hebben gekregen, zullen vervolgens worden voorgelegd aan een beoordelings- en selectiecommissie.

De beoordelings- en selectiecommissie is samengesteld uit twee groepen van experts:

- Een groep van experts die alle projecten (ook voor de andere, nog vast te leggen thema's voor pilootprojecten) beoordeelt op hun organisatorische en financiële haalbaarheid, rekening houdend met de federale en regionale regelgeving (deze groep van experts is uniform samengesteld voor alle projecten en omvat vooral medewerkers van de betrokken overheidsadministraties).
- Een groep van experts die de projecten zorginhoudelijk beoordeelt op hun haalbaarheid en op de voorziene bepalingen ter garantie van de billijkheid en de kwaliteit van de zorg (deze groep van experts is specifiek samengesteld voor het thema van de pilootprojecten rond thuishospitalisatie).

Indien de beoordelings- en selectiecommissie meer projectvoorstellen gunstig adviseert, dan met de beschikbare coördinatiebudgetten kunnen gefinancierd worden, wordt een bijkomende prioritering van de projecten goedgekeurd, waarbij een voldoende representativiteit (naar voorgestelde zorgvormen in TH, naar transmurale zorgvormen, geografische spreiding,) wordt nagestreefd.

Elk projectvoorstel mag ook een aantal namen suggereren van onafhankelijke experts, die het project inhoudelijk zouden kunnen beoordelen. De definitieve samenstelling van de beoordelings- en selectiecommissie gebeurt door de beleidscel, in overleg met de administraties.

8. EVALUATIE VAN DE WEERHOUDEN PROJECTEN, TIJDENS HUN LOOPTIJD

Het projectvoorstel dient duidelijke criteria te bevatten op basis waarvan het project na twee jaar werking kan en zal beoordeeld worden.

Vooraleer het project kan worden beoordeeld en er evaluatiecriteria kunnen worden vastgelegd, moeten alle gegevens geregistreerd worden. Deze gegevens hebben betrekking op de prestaties die ten laste zijn van de ziekteverzekering, maar ook op de niet terugbetaalde kosten en prestaties, de remgelden en de niet terugbetaalde supplementen.

Ook een andere registratie van kwalitatieve aard is vereist: kwaliteit van de zorg, tevredenheid van de patiënt en van zijn omgeving, tevredenheid van de zorgverleners.

De evaluatiecriteria vloeien deels voort uit de bovenstaande doelstellingen en kenmerken (de opgelegde evaluatiecriteria) en worden deels door de projectpartners gezamenlijk vastgelegd

(de electieve criteria). Alle criteria worden finaal vastgelegd in te realiseren kwantitatieve doelstellingen.

De goedgekeurde projecten maken na één jaar werking een tussentijds **opvolgingsrapport** op (doel: stand van zaken qua realisatie van de doelstellingen, gemeten aan de hand van de evaluatiecriteria + mate van vooruitgang in de implementatie): wordt het voorgestelde organisatiemodel gevolgd of zijn bijstellingen in de praktijk wenselijk? – en waarom?

Na twee jaar werking volgt een **eindrapport**, met een zelfevaluatie door de partners op basis van de hierboven beschreven evaluatiecriteria en anderzijds bijgestuurde/ geactualiseerde voorstellen voor aangepaste financiering in geval van implementatie op bredere schaal. (cf. punt 3.12).

De zelfevaluaties gaan gepaard met een rapportering ten behoeve van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De tussentijdse opvolging bevat naast een balans van de positieve en negatieve resultaten ook maatregelen om het project desgevallend bij te sturen. Het eindrapport duidt aan op welke wijze het pilootproject zou kunnen geïmplementeerd worden in het land en wat hiervoor de modaliteiten dienen te zijn. De partners van de projectovereenkomst engageren zich tot een nulmeting van bij de aanvang van het project zodat men bij de evaluatie de evolutie kan vaststellen.

Deze rapporten (opvolgings- en eindrapport) worden initieel voorbereid door de projectpartners. Vervolgens volgt een kritische beoordeling van het project en het rapport door onafhankelijke experts.

Met de administraties worden de nodige afspraken voorbereid over de praktische uitvoering van deze opvolging/evaluatie.

De projecten die na 2 jaar werking positief geëvalueerd worden en waarvan de overheid het organisatiemodel op ruimere schaal wenst te implementeren, lopen nog één jaar verder in projectmodus. Ondertussen worden de modaliteiten uitgewerkt voor een implementatie op ruimere schaal.

Bij negatieve evaluatie of indien de overheid een implementatie op ruimere schaal niet aangewezen of niet haalbaar acht, wordt het project na twee jaar werking stopgezet.

Ten slotte wordt de mogelijkheid voorzien dat bij een onvolledige of matig gunstige evaluatie, aan een pilootproject nog een derde werkingsjaar kan toegekend worden, in bijgestuurde projectmodus. Daarna volgt de finale evaluatie (na het derde werkingsjaar is geen financiering van het coördinatiebudget meer mogelijk).

Tijdens de looptijd van het project, aanvaarden de partners elke controle en inspectie door de overheid en moeten ze de richtlijnen opvolgen die aangaande het project door het door de overheid opgerichte begeleidingscomité voor de opvolging van de projecten worden geformuleerd.

De partners aanvaarden dat bij vaststelling van het niet correct gebruik van de middelen (i.e. niet verenigbaar met de projectovereenkomst of met de B4-overeenkomst), de overheid de

extra toegekende middelen kan terugvorderen en een einde aan het pilootproject kan stellen met een vooropzeg van drie maanden.

9. INDIENEN VAN HET KANDIDAATSTELLINGSDOSSIER

Van de geïnteresseerde kandidaten wordt verwacht dat ze ten laatste tegen vrijdag 16/09/2016 's middags hun kandidatuur doormailen naar **hospfin-pilot@minsoc.fed.be**. Deze kandidaatstelling moet op zijn minst het volgende bevatten:

- Een volledig dossier volgens het standaardmodel voor kandidaatstelling (in Word)
- Een rekenmodel met verduidelijking van het financiële plan van het beoogde project ten opzichte van de huidige situatie (in Excel).

Deze twee documenten dienen te worden opgesteld op basis van de modellen die beschikbaar zijn op de websites van de beleidscel van minister De Block, van de FOD Volksgezondheid en van het RIZIV en die de minimale informatie bevatten die van de projectpartners verwacht wordt ter beoordeling van de kandidaatstelling.

Het rekenmodel vermeldt in het bijzonder de kostprijs en de kostenverdeling tussen de verschillende partners voor:

- de verblijfkosten : aantal hospitalisatiedagen, forfaits voor dagziekenhuis (met inbegrip van chronische pijn, gipskamer, manipulatie poortkatheter, dialyse), functionele revalidatie, revalidatie nabehandeling ...
- de gefactureerde forfaitaire bedragen (los van de reële prestaties): medische beeldvorming, klinische biologie (per dag, per opname); toezichtshonorarium; medicatie (forfait per opname, persoonlijk aandeel per dag)
- de medische honoraria (specialist, huisarts,..) en de kosten voor de andere zorgverleners (verpleegkundigen, kinesitherapeuten, enz.)
- de andere personeelskosten (alle andere tussenkomende partijen moeten in aanmerking worden genomen): coördinatoren, gezinshulp, sociaal werker, administratief personeel, ...
- de apotheek: geneesmiddelen, implantaten, medische hulpmiddelen, andere...
- ander materiaal / apparatuur / ...

Uit het ingediende kandidaatstellingsdossier moet ook blijken dat het project mee gedragen wordt door de medische raad van de betrokken ziekenhuizen en de syndicale overlegorganen van de betrokken partners.

Elk dossier dat wordt ingediend na de uiterste inzenddatum, of dat onvolledig is, of dat werd ingediend volgens een ander sjabloon of model zal niet in aanmerking worden genomen.

Dit zorgprotocol wordt als voorbeeld aangehaald, maar dit kan door de projectpartners worden aangepast om rekening te houden met de specificiteit van het project. Het onderstaande voorstel is afkomstig van het Department of Human Services in Australië, na een audit toevertrouwd aan het consultancybedrijf KPMG dat instond voor de overkoepeling van de projectoproep in het kader van de thuishospitalisatie (HITH -hospital in the home).

Patient care protocols and management

1.Admission/transfer criteria and assessment and consent protocols and their application

From project documentation and site interviews:

- admission criteria and consent protocols with the following features:

Admission criteria: the audit tool

Clinical criteria

- Clear diagnosis, stable condition, evident prognosis
- Patient's treatment regimen is, or can be immediately, established
- Nature of care is appropriate for HITH delivery
- Patient, and carer, understand condition and, with assistance of carer, condition can be managed within the home

Social/home criteria

- Patient's home environment is appropriate for home care
- Carer is available
- A telephone is connected or accessible
- Patient can communicate effectively or through an interpreter

Patient's and carer's lifestyle is compatible with home care

Process issues

- Written patient consent is obtained
- Written carer consent is obtained
- Patient is resident in area determined for HITH care
- Medical responsibility assigned
- After hours referral (assessment and checking)
- Independent assessment for HITH eligibility where referring doctor is sole HITH treating doctor
- Procedure for confirming after hours assessments
- Referrals to community services completed

- Patients are eligible for HITH treatment (ie acute and public or compensable (Work Care, DVA, TAC, etc))
- No duplication of alternative services

Consent protocols: the audit tool

- Nature of consent achieved
 - agreement by the patient to the transfer into HITH care, either by specific consent to the HITH transfer or initial consent in the patient admission form covering the possibility of a HITH transfer
 - agreement by the carer to the transfer into HITH care
 - recognition that the hospital can withdraw the option of home treatment if the medical condition or social situation of the patient changes to be inconsistent with HITH care and requiring patient disclosure of any such changes
 - recognition that the patient maintains the rights of an inpatient and can withdraw consent to HITH care
 - agreement by patient to measures necessary to facilitate HITH care (for example, ensuring access to the home and the patient, agreeing to information being made available to other service providers, and enabling the medical record to be kept and accessible at the home and surrendered on discharge)
- Availability of consent form in community languages and/or provision for interpreter;
- Evidence of appropriate methods for ensuring adherence to criteria, including documentation and staff training, validation of assessments/consent by another person and internal checking of sample of patient records;
- Evidence of process for regular review and updating of criteria and protocols;
- Availability of information for patients and carers including:
 - explanation of the concept of HITH care for both patients and carers
 - reiteration that participation is voluntary and can be terminated on the patient's request or at the discretion of HITH staff
 - details of the nature and requirements of the treatment to be undertaken, particularly that which requires action by the patient/carers
 - information to recognise and deal with emergencies, including provision of contact details
- Appropriate training available to patients and / or carers including provision of information and training to deal with emergencies and appropriate content and level of detail in information provided.

From sample patient medical record review:

- evidence that admission criteria are applied;

- evidence of written or verbal consent from patient and/or carer;
- evidence of provision of patient/carer information;
- evidence of provision of patient/carer training.

2.Location of provision of care

From documentation review and site interview:

- estimated proportions of care in the categories of type of care (medical, nursing, physiotherapy, occupational therapy, social work, pathology sampling and other) by location of care (home, nursing home, special accommodation/hostel, infusion centre, OPD, verbal advice, other);
- explanations as to why any care is not provided in the home.
- From sample patient medical record review:
- type of care (medical, nursing, physiotherapy, occupational therapy, social work, pathology sampling or other) by location of care (home, nursing home, special accommodation/hostel, infusion centre, OPD, verbal advice, other).

3.Care plans and case management protocols, application and variations

From project documentation and site interviews:

- availability of standardised model care plans/case management protocols for major conditions/treatments applied in HITH with the following features:

Contents of model care plan

- expected outcomes
- expected progress of treatment or assessments
- identified medication regimen
- communication procedures between HITH nurse and treating doctor
- processes for medical review
- criteria for transfer to hospital (see below)
- education for patient and carer

Criteria for return to hospital (not discharge to other services)

- patient's medical condition becomes unstable or requires repeated emergency interventions
- patient declines to remain in HITH care
- patient, or carer, becomes unwilling/unable to follow instructions of HITH staff

From sample patient medical record review:

- evidence of existence of specific care management plan;
- evidence that the care plan was followed;
- evidence that variations are made to standardised care plans to cope with specific patient needs;
- where variations to care plans occur, evidence that these variations reflect expected treatment approaches.

4. Adverse incidents

From documentation review and site interview:

- appropriate process for dealing with adverse incidents;
- analysis of number of adverse incidents recorded in 1997/98 by type by action taken by post-implementation evaluation of action taken.

5. Discharge plans and procedures

From documentation review and site interviews:

- process for review of discharge (such as estimated date of discharge and how this is integrated with medical review and length of stay indicators);
- process for ensuring follow-up with referral services following discharge;
- availability of model discharge plans/procedures for major conditions/treatments applied in HITH with the following features:

Contents of discharge plan/ procedures

- patient education
- carer education
- discharge medicines arranged
- advice to patient's GP
- referral to medical/health services
- referral to community services
- provision of appropriate information to service providers
- checklist for return of records/equipment
- discharge on hospital records
- procedures for follow-up on service delivery

From sample patient medical record review:

- evidence of existence of discharge plan or appropriate procedures;
- evidence that discharge plan or procedures are followed.

6. Relationships with, and referrals to community health providers

From documentation review and site interview:

- analysis of relationships with, and referral protocols to, community health providers, in particular post-acute care options;
- if provision of Post Acute care programs (PAC), consider proportion of patients discharged to PAC.

From sample patient medical record review:

- nature of referrals made on discharge (GP, domiciliary nursing, allied health, palliative care, pharmacy, home help, meals on wheels, institutional or respite day care, or other);
- evidence of follow-up on whether discharge services were delivered.