

OPROEP TOT KANDIDAATSTELLING
PILOOTPROJECTEN «TRANSMURALE
ZORG BIJ CHRONISCH ZIEKE KINDEREN»

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | INLEIDING EN CONTEXT | 3 |
| 2. | DOELSTELLING EN TYPERING VAN DE PILOOTPROJECTEN | 3 |
| | 2.1 ALGEMENE DOELSTELLING | 3 |
| | 2.2 DOELSTELLING EN KENMERKEN VAN DE PILOOTPROJECTEN | 4 |
| 3. | DOELGROEP VAN DE PILOOTPROJECTEN, INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA..... | 5 |
| 4. | VOORWAARDEN VAN MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN | 6 |
| 5. | ORGANISATIE VAN DE ZORGCONTINUÏTEIT, PERMANENTIE EN GEGEVENSDELING | 7 |
| 6. | EVALUATIE VAN DE PROJECTEN | 8 |
| 7. | KANDIDATUUR INDIENEN EN STAPPEN SELECTIEPROCEDURE VAN DE PILOOTPROJECTEN | 9 |
| 8. | FINANCIEEL KADER VAN DE PILOOTPROJECTEN | 11 |
| | 8.1 HET REKENMODEL..... | 12 |
| | 8.2 FORFAITAIR JAARBEDRAG PER GEÏNCLUDEERDE PATIËNT..... | 12 |
| | 8.3 BESTEDING VAN HET FORFAITAIRE JAARBEDRAG DOOR DE PROJECTPARTNERS | 13 |
| | 8.4 TOEKENNING VAN HET FORFAIT..... | 13 |
| 9. | JURIDISCHE ASPECTEN..... | 14 |
| | 9.1 PROJECTOVEREENKOMST..... | 14 |
| | 9.2 B4-OVEREENKOMST | 14 |
| | 9.3 STATUUT VAN DE PATIËNT EN TOEPASSING VAN DE RECHTEN VAN DE PATIËNT..... | 14 |
| 10. | PERSPECTIEVEN VOOR IMPLEMENTATIE OP RUIME SCHAAL..... | 15 |
| 11. | BIJLAGE | 15 |

1. INLEIDING EN CONTEXT

Het federale regeerakkoord voorziet in maatregelen om onnodige ziekenhuisverblijven te vermijden, gecombineerd met het aanbieden van alternatieve en innovatieve vormen van zorg. Met het toenemende aantal patiënten met chronische aandoeningen moet gestreefd 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.

Chronische ziekten kennen de laatste jaren een toename, ook bij kinderen, en verwacht wordt dat de stijging de komende jaren verder zal toenemen. Uit beperkt beschikbare cijfers blijkt dat 3,7% (19.379) van de Belgische kinderen tussen 0-19 jaar leven met één of meerdere chronische ziekte(n) (Onafhankelijk Ziekenfonds, 2018). De kans op een ziekenhuisopname bij kinderen met een chronische ziekte ligt bijna 5 keer hoger dan bij hun leeftijdsgenoten zonder chronische ziekte (4,8% - 23,7%). Tot een kwart (23,7%) van deze chronisch zieke kinderen, werd in de loop van het jaar minstens één keer opgenomen in het ziekenhuis (Onafhankelijk Ziekenfonds, 2018). Het spreekt dan ook voor zich dat chronische aandoeningen gevolgen hebben op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van deze kinderen.

Het KCE-rapport 190A (Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper) en het KCE-rapport 358A (Organisatie van pediatrie ziekenhuiszorg in België: huidige situatie en mogelijkheden tot hervorming) geven aan dat de zorg van de chronische patiënt best gebeurt op een kwaliteitsvolle, toegankelijke en wetenschappelijk gefundeerde wijze (*evidence-based*) met de nodige aandacht voor *patient empowering*. De rapporten benadrukken dat deze zorg best wordt uitgevoerd in de minst complexe omgeving die klinisch aanvaardbaar is. Het doel is de levenskwaliteit van de begunstigden te verbeteren en hen te helpen beter te functioneren, zowel thuis, op school/werk, als in de gemeenschap. Om aan deze voorwaarden te voldoen worden de pilootprojecten “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen” gelanceerd.

2. DOELSTELLING EN TYPERING VAN DE PILOOTPROJECTEN

2.1 ALGEMENE DOELSTELLING

Het is de bedoeling pilootprojecten ‘transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen’ op te zetten die ervoor zorgen dat chronisch zieke kinderen waar mogelijk en gewenst in de thuisomgeving verzorgd worden; en minder of korter opgenomen worden in ziekenhuizen. Dit veronderstelt een multidisciplinaire samenwerking van zorgverleners in de 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn en een actieve betrokkenheid van het kind en zijn omgeving. Het is voor deze kinderen belangrijk dat zij zo veel mogelijk en dit op een kwaliteitsvolle manier hun dagelijks leven in de thuis- en schoolomgeving kunnen doorbrengen.

- Het doel van het project ‘transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen’ is om een nieuw organisatorisch en financieel kader te bieden waarin ziekenhuizen in samenwerking met eerstelijnsactoren hun zorg extramuraal kunnen afstemmen op de noden van het kind. Zodoende kunnen de ziekenhuizen innovatieve en kwaliteitsgerichte projecten testen in een omgeving die voor de deelnemers als veilig wordt beschouwd. Het doel is om dit eerst op

kleine schaal uit te proberen en pas na gunstige evaluatie op ruimere schaal te implementeren. Zo kunnen ongunstige en onverwachte neveneffecten makkelijker beheerst en bijgestuurd worden.

De pilootprojecten moeten gestoeld zijn op volgende principes:

- Ziekenhuiszorg **efficiënter** inzetten en de **zorgkwaliteit**, de **patiënttevredenheid** en de **tevredenheid van de zorgverlener verbeteren** aan de hand van aangepaste organisatie- en financieringsmodellen, die niet enkel focussen op de zorg binnen de ziekenhuismuren, maar evenzeer op extramurale zorgen, en dit rekening houdend met de **toegankelijkheid (equity)** van de zorg voor iedereen in de brede zin van het woord.
- Het garanderen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een kwaliteitsvolle en **duurzame manier** kunnen doen.
- Het project moet **nieuw en innoverend** zijn.
- Het pilootproject **stimuleert de samenwerking** tussen de zorgverleners; en tussen de 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn met als doel de zorg voor de patiënten naar een hoger niveau te tillen.

2.2 DOELSTELLING EN KENMERKEN VAN DE PILOOTPROJECTEN

Op basis van de bevindingen van de KCE-studie (zie hoger) over pediatrie worden pilootprojecten “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen” gelanceerd. Volgende specifieke doelstellingen worden in dit pilootproject beoogd:

- De pilootprojecten leiden tot een **verkorting van het ziekenhuisverblijf** of maken het mogelijk dat **ziekenhuisopnames worden vermeden**, waardoor de impact op het sociale leven van het kind en zijn omgeving minder ingrijpend wordt verstoord en een vermindering in gebruik van ziekenhuisinfrastructuur bewerkstelligd wordt. De zorgen dienen verlegd te worden naar de verblijfplaats van de minderjarige patiënt.
- De zorg wordt verleend door een **multidisciplinair team en wordt systematisch gecoördineerd**. Verschillende zorg- en hulpverleners zijn betrokken bij de zorg (kinderartsen, andere arts-specialisten, huisarts, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten, sociale dienst, klinisch psychologen, apothekers, ouders, mantelzorgers,...). Zij werken de nodige modaliteiten voor samenwerking en coördinatie van de zorg uit (zowel organisatorisch als financieel).
- Opstellen en volgen van een **evidence-based transmuraal zorg- en beleidsplan** met duidelijke aandacht voor de opleiding van alle gezondheidsmedewerkers (opleiding opstarten voor aanvang project) en de uitwisseling van expertise met behulp van een gedeeld **elektronisch patiëntendossier**¹. Hierbij wordt duidelijk omschreven welke handelingen/acties kunnen worden uitgevoerd in de thuissituatie en welke opleidingen hiervoor moeten voorzien worden voor de diverse betrokkenen (professionals, ouders, mantelzorgers).
- De **minderjarige patiënt en zijn ouders/voogd als actieve partner** (empowerment) bij de besluitvorming over de opvolging van het behandelplan. Het verkorten of voorkomen van een ziekenhuisverblijf moet steeds voorafgegaan worden door een grondige voorbereiding met een bijzondere aandacht naar de draagkracht en de sociale status van het gezin/voogd.

¹ Het is niet de bedoeling dat projecten zelf elektronische patiëntendossiers ontwikkelen maar gebruik maken van de in het kader van e-gezondheid beschikbare diensten.

- **Monitoring** van de **resultaten** van de zorg aan de hand van **vooropgestelde indicatoren**. De resultaten van de zorg worden op patiëntniveau gemonitord en opgevolgd zoals later beschreven onder het luik evaluatie.
- Aspecten in **belendende regelgevingen**, die de uitbouw van creatieve, vernieuwende organisatie- en financieringsmodaliteiten mogelijks verhinderen, dienen gesignaleerd te worden. Voorstellen tot het wegwerken van dergelijke “hinderpalen” zijn aanbevelenswaardig. Een “regelluwe” omgeving (waarin de zorg verleend binnen het pilootproject waar mogelijk vrijgesteld kan worden van hinderende regelgeving) wordt nagestreefd.
- Met het oog op **implementatie op ruimere schaal**. De gewijzigde organisatie van de zorg die door 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 een “zorgtraject” voor transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen te ontwikkelen, dat de basis vormt voor aangepaste financierings- en organisatiemodaliteiten voor de zorg voor chronisch zieke kinderen, die vervolgens op ruime schaal kunnen geïmplementeerd worden.
- De pilootprojecten zullen een duurtijd van twee jaar hebben, met gedurende 18 maanden inclusie van patiënten.

3. DOELGROEP VAN DE PILOOTPROJECTEN, INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

De doelgroep van het project zijn **kinderen tot de leeftijd van 18 jaar** die omwille van een medische aandoening opgenomen moeten worden in een, aan het pilootproject deelnemend, ziekenhuis en waarbij de opname omwille van dit pilootproject kan worden vermeden of verkort door het aanbieden van transmurale zorgverlening.

In eerste instantie richt het pilootproject zich op kinderen met een **chronische aandoening die voor de behandeling van deze aandoening op regelmatige momenten een ziekenhuisopname hebben of frequente behandelingen** moeten ondergaan en dit voor de:

- Chronische fase: alle zorgen die binnen het chronische ziektebeeld van de patiënt vallen en die omwille van het pilootproject verschoven kunnen worden naar de thuissituatie.
- Acute fase: alle acute behandelingen binnen de chronische aandoening waarvoor een ziekenhuisopname noodzakelijk is en die omwille van het pilootproject (deels) verschoven kunnen worden naar de thuissituatie.

Het pilootproject moet een concrete omschrijving geven van de **inclusie- en stopzettingcriteria**. Wat zijn de minimumcriteria voor het starten van transmurale zorg en wanneer gaat deze van start? Welke instrumenten worden gebruikt om te bepalen welke kinderen/gezinnen kunnen opgenomen worden in het pilootproject? Wie is de verantwoordelijke voor de screening van de inclusie- en stopzettingcriteria? Deze inclusiecriteria kunnen volgens verschillende parameters gedefinieerd worden:

- Medische criteria: pathologie, algemene gezondheidstoestand, ...
- Sociale criteria: sociale en familiale omgeving, autonomie, ...
- Andere: geografische nabijheid van een ziekenhuis,...

Het pilootproject omschrijft ook duidelijk de criteria die leiden tot **exclusie** van een patiënt van de transmurale zorgverlening, alsook de criteria die in aanmerking genomen worden om de transmurale zorgvorm te beëindigen.

Deze procedure om te bepalen of aan de criteria voor inclusie en stopzetting wordt voldaan, dient nauwkeurig omschreven te worden en minimaal volgende elementen te omvatten:

- De stappen die worden ondernomen ten aanzien van de patiënt en zijn omgeving (informatieverstrekking, screening, toestemming,...),
- De stappen die betrekking hebben op de contacten en de informatie-uitwisseling met de transmurale zorgverleners, de huisarts van de patiënt, ...
- De specifieke vermeldingen die moeten worden opgenomen in het dossier van de patiënt,
- De administratieve aspecten met betrekking tot de identificatie van de patiënten in de transmurale zorgvorm en de duur van de transmurale zorgvorm, zowel binnen het project als op het niveau 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 ziekenhuisapothek voorzien worden. Hierover wordt bij voorkeur reeds tijdens de voorbereiding van het pilootproject overlegd via het FAGG zodat kan nagegaan worden of hierover de nodige regelingen kunnen getroffen worden, binnen het huidige reglementaire kader.

Op basis van de hierboven beschreven in- en exclusiecriteria wordt de omvang van de doelgroep die naar verwachting zal worden bereikt met het pilootproject omschreven.

De **eigen bijdrage van de patiënt (remgeld)** mag door het instappen in het project “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen” niet verhogen (zie punt 8.1).

4. VOORWAARDEN VAN MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN

Het ligt voor de hand dat de slaagkansen stijgen naarmate kandidaat-pilootprojecten zich kunnen beroepen op een ruim draagvlak onder verschillende types zorgverleners, die voldoende impact hebben op de beoogde patiëntengroep. Kennis van de methodiek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van zorgtrajecten bij de projectpartners is een pluspunt. De pilootprojecten dienen dan ook verschillende partners te verzamelen, en samenwerkingsafspraken uit te werken, ook in het kader van nazorg.

Verplichte partners:

- Kinderartsen in het ziekenhuis
- Huisartsen, desgevallend via de huisartsenkringen (het project moet actief bekendgemaakt worden bij de huisartsenkring)
- Thuisverpleegkundigen

Facultatieve partners:

- Pediaters
- Andere paramedici (kinesitherapeuten, logopedisten, diëtisten, ergotherapeuten,...)

- Extern gespecialiseerd (ziekenhuis)team
- Leveranciers van farmaceutische producten
- De ziekenhuisapotheek en apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek
- Toeleveranciers van apparatuur/ medisch materiaal
- Andere: telegeneeskunde, telebewaking, sociale diensten, ...

Er wordt een multidisciplinair team samengesteld, dat een gemeenschappelijk behandelplan ontwikkelt. Het behandelplan is afgestemd op de noden van de minderjarige patiënt en de lokale situatie. De rollen en verantwoordelijkheden van elke partij betrokken bij de behandeling, en van de minderjarige patiënt en zijn omgeving, moeten in dit **behandelplan** duidelijk omschreven worden. Dit plan bepaalt o.a. wie de activiteiten/verantwoordelijkheden tussen de verschillende zorgverleners en -diensten enerzijds en tussen de zorgverleners- en -diensten en de sociale/welzijnsdiensten 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 minderjarige patiënt.

5. ORGANISATIE VAN DE ZORGCONTINUÏTEIT, PERMANENTIE EN GEGEVENSDELING

De pilootprojecten moeten de nodige stappen nemen en protocollen uitwerken om kwaliteitsvolle en veilige zorg te kunnen garanderen.

- Er moet een duidelijk protocol worden opgesteld van de **handelingen en zorgen** die binnen het project zullen worden uitgevoerd bij het kind in zijn thuissituatie. Deze handelingen/zorgen mogen op vandaag nog niet integraal opgenomen zijn in de handelingen/zorgen die door thuisverpleging worden uitgevoerd en moeten ervoor zorgen dat een opname in een ziekenhuis kan worden voorkomen of verkort.
- Bij het definiëren van het **zorgaanbod** (wat gebaseerd moet worden op handelingen/zorgen) en de **zorgepisode** wordt aangegeven hoe de zorg georganiseerd wordt, wie welke taken opneemt en hoe de opleiding van de betrokkenen (professionelen en niet-professionelen) wordt gegarandeerd.
- Er moet een zorgcoördinator worden gedefinieerd binnen het project 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 transmurale zorgverlening. De zorgcoördinator onderscheidt zich van de **projectcoördinator** (zie punt 8.), van wie de verantwoordelijkheden zich situeren op het niveau van de samenwerking tussen de partners van het project.
- De minderjarige patiënt moet worden opgevolgd door een behandelende pediater verbonden met het deelnemend ziekenhuis, die aangewezen wordt in het kader van het project. Deze arts is steeds het startpunt van de deelname aan het pilootproject en zal de administratieve taak op zich nemen om patiënten te “flaggen”. Verder is deze arts bij de zorg betrokken en blijft de arts in contact met de zorgcoördinator en de huisarts van de patiënt.
- Voor elk transmurale zorgverlening/-programma moet een **gedetailleerd noodplan** worden opgemaakt. Het moet de rollen en verantwoordelijkheden van elke tussenkomende partij bij een noodgeval vermelden, met de garantie op een bereikbaarheid 24u/24 en 7dagen/7.

- Voor situaties die een (her)opname van de patiënt in het ziekenhuis verantwoorden, 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 de transmurale zorgvorm behandelde aandoening of heeft ze te maken met een ander probleem? In welk ziekenhuis gebeurt de (her)opname? ...
- Het projectvoorstel bespreekt hoe de **informatie- en gegevensdoorstroming** tussen de betrokken actoren, inclusief patiënt en zijn omgeving, zal worden gerealiseerd. Daarbij is aandacht voor het uitwisselen van gevoelige informatie en de regels van de GDPR.
- Vooraleer informatie wordt uitgewisseld moeten de patiënt en zijn ouders/voogd toestemming verlenen. Hiertoe wordt een **informatiebrief** opgesteld en wordt **toestemming verleend** waaruit blijkt dat
 - o Transmurale zorg niet mag worden opgedrongen. De minderjarige patiënt en zijn ouders/voogd behouden het recht om vanaf het begin of later de transmurale zorgvorm te weigeren. De minderjarige patiënt en zijn ouders/voogd hebben te allen tijde het recht om de transmurale zorgvorm te beëindigen.
 - o Dit gebeurt onder de vorm van een verklaring die vergelijkbaar is met de opnameverklaring bij een klassieke of daghospitalisatie.
 - o De patiënt en zijn ouders/voogd dienen in deze verklaring ook toestemming te geven voor het gebruik van de persoonlijke en klinische gegevens in het kader van de wetenschappelijke evaluatie van het pilootproject. De verwerking van deze gegevens gebeurt steeds anoniem.
 - o De financiële regeling van het pilootproject wordt op voorhand met de patiënt en zijn ouders/voogd doorgenomen en opgenomen in het informed consent.
- Een protocol wordt opgesteld hoe men binnen de transmurale zorgverlening tegemoet zal komen aan de **kwaliteitseisen** inzake afvalbeheer, veiligheid, infectiepreventie en -beheersing, geneesmiddelenbeheer, traceerbaarheid, registratie van incidenten en bijna-incidenten...
- De criteria voor inclusie en stopzetting van de transmurale zorgvorm worden nauwkeurig omschreven. De minimale elementen hiertoe staan omschreven onder punt 3.

6. EVALUATIE VAN DE PROJECTEN

De pilootprojecten dienen, **op wetenschappelijke wijze, zowel de effectiviteit als het implementatieproces** van de transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen te **evalueren** vanuit het perspectief van de patiënt en de mantelzorger(s), de zorgverstrekkers, het RIZIV, en de overheidsinstanties, met als finaal doel advies te verlenen over de haalbaarheid op grootschalige uitvoering. De evaluatie van de pilootprojecten ‘transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen’ richt zich op **vijf uitkomsten**, de zogenaamde *quintuple aim*: verbeteren van de zorg, verbeteren van de gezondheidstoestand, realiseren van “meerwaarde”, sociale rechtvaardigheid en inclusie, en meerwaarde voor professionals.

De pilootprojecten worden hiertoe **begeleid door een expertengroep van U(Z)Gent**, waarmee, door de overheid, een contract werd gesloten als wetenschappelijk equipe.

De geselecteerde pilootprojecten ontwikkelen in **co-design** met de wetenschappelijke expertengroep een **implementatie- en evaluatieprotocol**. Hiertoe stelt het pilootproject een evaluatieteam aan en

voert ze een zelfevaluatie uit, maakt ze een project databank aan en houdt ze een gedetailleerd logboek bij. De wetenschappelijke experts leveren een set van indicatoren aan. Er gebeurt een evaluatie van de structuur (hoe zien de interventies eruit en wat is de context van de interventies), het proces (hoe verloopt de interventie) en de uitkomsten (wat zijn de resultaten).

Uitkomstindicatoren omvatten onder andere een evaluatie van:

- De mate waarin het pilootproject een meerwaarde voor de patiënt betekent (impact op gezondheid, sociaal leven, gezin, participatie en zelfmanagement, ...)
- Het voorkomen van ziekenhuisopnames en (her)opnames vermijden bij recurrenente complexe specialistische zorg voor kinderen
- De mate waarin de patiënt en/of ouder/voogd betrokken worden in de beslissing over de zorgen van het kind
- Gezondheidseconomische evaluatie (effecten, kosten, kostenbesparingen, maatschappelijke kost)
- Dit zal onder andere gebeuren via metingen, observaties en dossieranalyses.

Procesindicatoren omvatten onder andere een evaluatie van:

- De ervaren meerwaarde voor het kind, gezin en context
- De ervaringen en competenties van zorgprofessionals en mantelzorgers, met bijv. opleidingsplannen en evaluatiemechanismen
- Een evaluatie van het multidisciplinair en transmuraal samenwerken
- De continuïteit van zorg
- De financiële opvolging
- Dit zal onder andere gebeuren via focusgesprekken, observaties, logboek registratie.

De pilootprojecten zijn zelf verantwoordelijk voor het doorlopen en bekomen van de goedkeuring van de commissie medische ethiek.

Hiertoe omvat het projectvoorstel:

- Een **aanzet tot indicatoren**, gebaseerd op de doelstellingen van het pilootproject, waarop het project na 2 jaar werking zal beoordeeld worden
- Een ontwerp van **'nulmeting'** vóór de start van het pilootproject
- Een **beredheid tot** het opzetten van deze evaluatieprocessen en bereidheid tot het doorlopen van de goedkeuring commissie medische ethiek. De U(Z)Gent expert groep voorziet de wetenschappelijke begeleiding hierbij.

7. KANDIDATUUR INDIENEN EN STAPPEN SELECTIEPROCEDURE VAN DE PILOOTPROJECTEN

Geïnteresseerde kandidaten worden uitgenodigd op online infomomenten die zullen doorgaan op donderdag **6 juli 2023 van 17.00-18.30 (algemene info)** en donderdag **31 augustus van 17.00-18.30 (Q&A)**. Tijdens deze momenten zullen vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid en vertegenwoordigers van de expertgroep van het U(Z)Gent uitleg geven over het pilootproject en is er ruimte voor Q&A.

Per ziekenhuisnetwerk zal maximum één project geselecteerd kunnen worden. Alle projecten zijn steeds in samenwerking met groepen van zorgverleners. Er wordt gestreefd naar samenwerking tussen thuisverpleegkundigen, huisartsen, kinderartsen, andere arts-specialisten, ziekenhuizen, kinesitherapeuten, apothekers, maatschappelijk werkers, psychologen,.... De betrokkenheid bij het project van de verschillende zorg- en dienstverleners, in wederzijds respect voor ieders expertise, taken en verantwoordelijkheden, is van essentieel belang.

Van de geïnteresseerde kandidaten wordt verwacht dat ze ten laatste tegen **vrijdag 29 september 2023, 12u 's middags**, hun kandidatuur, aan de hand van de bijgeleverde sjablonen, doormailen naar propilo@health.fgov.be. Deze kandidaatstelling geldt als **intentieverklaring** tot deelname aan de pilootprojecten.

De ingediende projecten worden beoordeeld op basis van een **aantal selectiecriteria** (zie bijlage 1). Alle projecten worden beoordeeld op aanvaardbaarheid, innovatie, organiseerbaarheid, effectiviteit en efficiëntie.

De ingediende projecten worden geëvalueerd door een **beoordelingscommissie**. De beoordelingscommissie is samengesteld uit twee groepen van experts:

- Een groep van experts die alle projecten beoordeelt, rekening houdend met de federale en regionale regelgeving. Deze groep van experts is uniform samengesteld voor alle projecten en omvat FOD/FAGG/RIZIV/KCE.
- Een expertgroep van U(Z)Gent die de projecten zorginhoudelijk beoordeelt. Deze groep van experts is samengesteld uit experts in de kindergeneeskunde, in het gezondheidszorgbeleid en methodologische experts.

De kandidaatstelling verloopt in **fases**:

1. Digitale infomomenten met uitleg over het project en mogelijkheid tot Q&A: donderdag **6 juli 2023** van 17.00-18.30 en donderdag **31 augustus** van 17.00-18.30
2. Kandidaatstelling tegen **29 september 2023** met intentie tot deelname aan de pilootprojecten
3. Evaluatie door beoordelingscommissie op basis van de selectiecriteria tot **16 oktober 2023**
 - a. Projectvoorstellen die niet voldoen aan de criteria voor aanvaardbaarheid (zie bijlage 1) worden in deze fase reeds afgekeurd.
 - b. Indieners van projectvoorstellen die potentieel vertonen, worden uitgenodigd voor een begeleidingsmoment.
4. Begeleidingsmoment door de expertgroep U(Z)Gent waarbij feedback gegeven wordt om de kandidaatstelling te vervolledigen. Deze begeleidingsmomenten worden georganiseerd van **23 tot 27 oktober 2023**.
5. Indienen bijgestuurde kandidaatstelling tegen ten laatste **10 november 2023**, 12u 's middags, naar propilo@health.fgov.be. Het bijgestuurde voorstel wordt finaal beoordeeld.
 - a. Projectvoorstellen dienen op min. 75% van de selectiecriteria gunstig te scoren.
 - b. De best gerangschikte projectvoorstellen worden weerhouden, er kunnen max. 7 pilootprojecten gefinancierd en begeleid worden.
6. De definitieve selectie van de projectvoorstellen wordt voorzien op **24 november 2023**.

8. FINANCIËEL KADER VAN DE PILOOTPROJECTEN

Het uitgangspunt voor de pilootprojecten is het exploreren van alternatieve organisatorische en financiële regelingen voor de zorg die een bedachtzamer gebruik van de beschikbare budgetten mogelijk maken, en dit met het oog op de *quintuple aim* doelstellingen.

Aan de kandidaten wordt gevraagd om **een rekenmodel** in te vullen, dat integraal deel uitmaakt van de kandidaatstelling. Het sjabloon van het rekenmodel wordt bij de oproep toegevoegd (zie bijlage 2a) samen met een begeleidende nota: handleiding rekenmodel, die het invullen van het rekenmodel meer in detail toelicht (zie bijlage2b).

Op financieel vlak, worden de volgende **principes** weerhouden:

- De kandidaten moeten via het rekenmodel een concreet overzicht geven van de middelen die in de **huidige** situatie besteed worden om de **ziekenhuiszorg** van het kind te dekken en van de middelen die nodig zullen zijn om hun voorstel van **alternatieve zorgtraject** te dekken.
- Projecten die weerhouden worden krijgen een “budgetgarantie”: de geselecteerde projecten hebben de garantie dat de middelen die worden bespaard als gevolg van een vermindering van de prestaties die in het ziekenhuis worden verleend, beschikbaar zullen zijn om de kosten van aanvullende prestaties in de thuisomgeving te dekken; dit zal gegarandeerd worden via een “**forfaitair jaarbedrag**” per kind.
- De totale kosten van het voorgestelde alternatieve zorgtraject mogen in principe niet hoger zijn dan de totale kosten van het huidige zorgtraject; **als het alternatieve zorgtraject leidt tot hogere kosten dan de huidige totale zorgkosten**, moeten deze extra kosten duidelijk worden gerechtvaardigd door een toegevoegde waarde van het alternatieve zorgtraject in termen van kwaliteit van zorg of levenskwaliteit voor de patiënt (principe *quintuple aim*).

NB: om een evenwicht tussen de projecten te garanderen, zullen sommige forfaitaire bedragen die per ziekenhuis verschillen, gemiddeld over alle betrokken ziekenhuizen worden gevaloriseerd. Deze kosten zijn in het rekenmodel momenteel reeds ingevuld en dit op basis van de huidige P75 voor alle ziekenhuizen met E-bedden. Eenmaal de geselecteerde projecten gekend zijn, zullen deze bedragen verfijnd worden en berekend op basis van de gemiddelde bedragen voor de deelnemende ziekenhuizen in de pilootprojecten.

Dit betreft de volgende forfaitaire bedragen:

- De ligdagkosten: forfait per dag en forfait per opname
- De forfaits klinische biologie (591080)
- De forfaits medische beeldvorming per opname
- Geneesmiddelenforfait per dag
- Maxiforfait
- ...

Om pilootprojecten te ondersteunen voor de **coördinatie van het project** wordt gedurende de periode van het pilootproject (maximum 2 jaar) een bijkomend forfaitair budget uitgetrokken van maximaal 40.000 euro per jaar en per project. Dit budget moet het mogelijk maken een extra deeltijdse medewerker aan te werven of deeltijds vrij te stellen voor de coördinatie van het project en het toezicht op en de evaluatie van het project tijdens de looptijd ervan. Dit bedrag wordt tevens gebruikt voor de mogelijke opleidingen en communicatie/overlegmomenten rond het project met alle partners.

Om te vermijden dat het deelnemen aan het pilootproject een negatieve impact zou hebben op de **toekomstige financiering van het ziekenhuis** (door een daling van verantwoorde ziekenhuisactiviteit), wordt een mechanisme van “neutralisatie” toegepast. De daling van het aantal verantwoorde ziekenhuisdagen zal worden gecompenseerd door bij de berekening van toekomstige BFM rekening te houden met een fictieve gemiddelde verblijfsduur (gebaseerd op het landelijk gemiddelde voor verblijf in E-bedden).

8.1 HET REKENMODEL

- Het ingevulde rekenmodel moet, in het eerste deel (F1 in het rekenmodel), een correct en getrouw beeld geven van de huidige ziekenhuiskosten aan de hand van de ziekenhuisfacturatie (2022) per jaar van alle patiënten van de doelgroep, waaruit het gemiddelde per patiënt wordt afgeleid het rekenmodel moet de werkelijke bedragen omvatten die in 2022 werden gefactureerd (**aan de hand van de reële facturen**) voor de ziekenhuiszorg voor deze patiënten, alsook het aantal betrokken patiënten in 2022.
- Het ingevulde rekenmodel moet, in een tweede deel (F2 in het rekenmodel), een precieze beschrijving bevatten van **de verwachte kosten van de alternatieve zorg** die door het project wordt voorgesteld: de kosten van de zorgen die in het ziekenhuis zullen blijven verstrekt worden en de kosten van de prestaties die bij de patiënt thuis zullen worden verstrekt als alternatief voor ten minste een deel van de huidige ziekenhuiszorg. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:
 - o Zorgen in de thuisomgeving die overeenkomen met bestaande nomenclatuurcodes, die via het reguliere circuit gefactureerd zullen worden door het project.
 - o "Nieuwe" prestaties die momenteel niet door de nomenclatuur worden gedekt.
- Voor deze “nieuwe prestaties” mogen **geen kosten** aangerekend worden **aan de patiënt** maar deze prestaties zullen tijdens de pilootprojectfase integraal ten laste worden genomen door het project.
- Het rekenmodel moet worden ingevuld in **overleg met alle projectpartners**.
- Het project moet garanderen dat de **kosten ten laste van de patiënt niet stijgen**. Indien blijkt dat de financiële last voor de patiënt in het pilootproject zou verzwaren, door de toepassing van de remgeldregels die gelden voor prestaties in de thuisomgeving (overeenstemmend met een nomenclatuurcode), moet het project deze extra kosten dekken. Het overeenkomstige bedrag kan dan in het rekenmodel als "door het project gedragen kosten" worden opgenomen.

8.2 FORFAITAIR JAARBEDRAG PER GEÏNCLUDEERDE PATIËNT

Als eerste principe geldt dat de projectpartners de garantie krijgen dat zij het afgesproken forfaitair jaarbedrag ontvangen per kind en per jaar, a rato van het aantal maanden dat het kind deelneemt aan het project. De deelname van een kind aan het project zal moeten geregistreerd worden in de facturen van het ziekenhuis op basis van een pseudocode (waarde nul).

Het forfaitaire jaarbedrag zal aan de ziekenhuizen worden toegekend aan de hand van:

- Het verschil in de kosten ten laste van de verzekeringsinstellingen in beide situaties (vóór en in pilootproject). Alle prestaties en aanrekeningen in het rekenmodel worden ingebracht met hun RIZIV-tarief (= conventietarief) indien het een bij het RIZIV gekende prestatie betreft.
- De in het project niet-tarifieerbare kosten, omwille van ontbrekende nomenclatuur of momenteel niet-vergoedbare interventies of kosten.

Voor de berekening van het jaarforfait wordt geen rekening gehouden met de eventuele aanrekening van supplementen en diverse niet-vergoedbare kosten in sommige ziekenhuizen. Deze kosten worden bijgevolg niet opgevraagd in het rekenmodel. Wanneer nieuwe samenwerkingsovereenkomsten worden opgezet voor het pilootproject met prestaties die op vandaag niet bestaan, krijgen deze een fair tarief. Dit gebeurt steeds naar analogie met conventietarieven en zonder remgeld.

8.3 BESTEDING VAN HET FORFAITAIRE JAARBEDRAG DOOR DE PROJECTPARTNERS

Het forfaitaire jaarbedrag per patiënt kent een verplichte besteding:

- De financiering van de “nieuwe” prestaties (buiten huidige nomenclatuur).
- Andere patiënt-gerelateerde kosten ten laste van het project (niet voor projectcoördinatie, opleiding van personeel...), incl. mogelijke tussenkomst van het project om een verhoging van de remgelden ten laste van de patiënt te compenseren.

Projectpartners kunnen in principe een project indienen waarbij de kosten van het pilootproject hoger zijn dan de kosten van de huidige ziekenhuiszorg. Deze kandidaten zullen echter in hun dossier de meerwaarde (maatschappelijk, voor de patiënt, kwaliteit van zorg) van hun project moeten motiveren. Alleen bij een voldoende motivatie kan beslist worden de projectpartners een forfaitair jaarbedrag toe te kennen dat toelaat de meerkost te vergoeden.

8.4 TOEKENNING VAN HET FORFAIT

Voorschot

De geselecteerde projecten zullen voor het ingeschatte aantal patiënten in het pilootproject een **voorschot** krijgen via onderdeel B4 in het BFM van het deelnemend (coördinerend) ziekenhuis. Daartoe wordt het toegekende jaarforfait per patiënt vermenigvuldigd met het verwachte aantal patiënten. Deze voorschotten zullen maximaal 50% van het totale jaarforfait bedragen per jaar met een maximum van €200.000 per jaar per project.

Afrekening

Het per project toegekende eindbedrag wordt berekend op basis van het aantal patiënten die in het pilootproject effectief geïncorporeerd werden en voor wie de zorg naar verwachting overeenstemde met het zorgtraject van het pilootproject, pro rata van het aantal maanden waarin zij hebben deelgenomen aan het alternatieve zorgtraject. Voor elke maand dat een patiënt deelneemt aan het pilootproject, wordt een bedrag gelijk aan $1/12^{\text{de}}$ van het forfaitaire jaarbedrag uitgekeerd.

Wanneer de definitieve afrekening wordt gemaakt, worden alle voorschotten die het project al heeft ontvangen, afgetrokken van het eindbedrag.

9. JURIDISCHE ASPECTEN

9.1 PROJECTOVEREENKOMST

Alle projectpartners nemen hun onderlinge afspraken op in een ondertekende projectovereenkomst, waarvoor de administratie een sjabloon voor voorziet (zie bijlage 3.). Deze projectovereenkomst omvat minimaal:

- De governance of wijze van beheer van het project,
- 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.

Deze projectovereenkomst regelt ook de wijze waarop de doelmatigheidswinst door de projectpartners opnieuw in de zorg voor de doelgroep wordt geïnvesteerd.

9.2 B4-OVEREENKOMST

Voor de weerhouden projecten wordt een contract afgesloten tussen de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken en een (coördinerend) deelnemend ziekenhuis. Het gaat om een overeenkomst waarin de verbintenissen van de projectpartners worden bepaald, de doelgroep, het bedrag van de gewaarborgde financiering per patiënt die behandeld wordt in transmurale zorgverlening, de extramurale zorg die gedekt is door het project, de financiering van het coördinatiebudget (forfait van maximaal 40.000 euro per jaar) en de modaliteiten voor de evaluatie van de projecten tijdens de looptijd ervan.

9.3 STATUUT VAN DE PATIËNT EN TOEPASSING VAN DE RECHTEN VAN DE PATIËNT

De patiënt heeft het statuut van ambulante patiënt tenzij tijdens de eventuele klassieke ziekenhuisopnames. Dit heeft een impact op de van toepassing zijnde reglementering en tarifiering, onder meer voor de levering en facturatie van geneesmiddelen.

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 en ouders/voogd hun toestemming hebben 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.

10. PERSPECTIEVEN VOOR IMPLEMENTATIE OP RUIME SCHAAL

Wanneer het pilootproject gedurende de pilootperiode kan bewijzen dat het voldoet aan de *quintuple aim* en haalbaar is in alle aspecten, kan het mogelijks op ruimere schaal geïmplementeerd worden. Het vooruitzicht op een implementatie op ruime schaal dient bij de kandidaatstelling reeds toegelicht te worden, gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde gegevens, frequentie van behandelingen en prevalentiepercentages van de behandelde aandoeningen. Daartoe wordt het potentiële volume op nationale basis ingeschat en de gevolgen voor de activiteit van de ziekenhuizen gemeten (rekening houdend met de spreiding van de gevallen binnen de sector, bijvoorbeeld beperking van aantal bedden, sluiting van zorgeenheden, ...).

Het projectvoorstel bevat een reflectie over de mogelijke impact van de financieringswijze op de zorgverlening. Men bespreekt ook de mogelijke impact op de activiteit van de betrokken zorginstellingen en zorgverleners. De nadruk ligt hierbij op de volgende punten:

- Meer efficiëntie
- Meer transparantie
- Minder prestatie gebonden
- Minder complexiteit en administratie/registratie
- Meer kwaliteit, waarde gedreven (uitkomst georiënteerd).

11. BIJLAGE

| | |
|------------|---|
| Bijlage 1 | Selectiecriteria voor kandidaat pilootprojecten “Transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen” |
| Bijlage 2a | Het financiële rekenmodel |
| Bijlage 2b | Handleiding bij het financiële rekenmodel |
| Bijlage 3 | Sjabloon dossier kandidaatstelling |
| Bijlage 5 | Afvinklijst voor de partners |