

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Galileelaan 5/01 - 1210 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

VERZEKERINGSCOMITE

Nota CGV 2022/073

Brussel, 14-03-2022

BETREFT: Gemeenschappelijke aanpak transversale projecten - budgetlijn "Transversale gezondheidszorgdoelstellingen"

INHOUD: In de begroting 2022 werd een transversale budgetlijn opgenomen. Hierin zijn 15 projecten opgenomen, waarvan er 7 transversaal worden uitgevoerd via specifiek op te richten werkgroepen.

Met deze nota wordt een gemeenschappelijke aanpak voorgesteld, alsook een huishoudelijk reglement met afspraken rond samenstelling, vertegenwoordiging en werking van de werkgroepen.

BUDGETTAIRE WEERSLAG: Uitvoering van budgetlijn 22 (transversale budgetlijn) uit het budget voor geneeskundige verzorging 2022.

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG: Op basis van de in deze nota opgenomen principes, worden de 7 werkgroepen opgericht.

PROCEDURE: Zie nota.

OPDRACHT:

Het Verzekeringscomité wordt verzocht kennis te nemen van de projectfiches voor de 7 transversale projecten.

Het Verzekeringscomité wordt verzocht zijn goedkeuring te geven:

- over de voorgestelde werkwijze om de werkgroepen en de stuurgroep samen te stellen;
- over de werkwijze van de 7 werkgroepen en van een overkoepelende stuurgroep, inclusief het beslissingsproces.

STRUCTUUR VAN DE NOTA

- Gemeenschappelijke aanpak transversale projecten - budgetlijn “transversale gezondheidszorgdoelstellingen”
- Theoretisch kader aanpak transversale projecten
- Concrete aanpak transversale projecten
- Voorgestelde werkwijze voor de 7 werkgroepen
- Voorgestelde werkwijze voor de stuurgroep
- Bijlagen: beschrijving van de 7 projecten

GEMEENSCHAPPELIJKE AANPAK TRANSVERSALE PROJECTEN - BUDGETLIJN “TRANSVERSALE GEZONDHEIDSZORGDOELSTELLINGEN”

Op 3 februari 2021 werd het Verzekeringscomité via nota CGV 2021/036 op de hoogte gesteld van het initiatief om prioritair te werken rond het formuleren van gezondheidszorgdoelstellingen, om te werken rond het verhogen van de doelmatigheid in de zorg en om een methodiek te voorzien voor het bepalen van een dynamisch budgettair meerjarenkader.

Op 1 maart 2021 vond de Kick off-meeting van het Meerjarig Begrotingstraject plaats. Daarbij werden de akkoorden- en overeenkomstencommissies op 22 maart 2021 uitgenodigd om zich te organiseren om gezondheidszorgdoelstellingen en prioritaire initiatieven te identificeren en om voorstellen in te dienen. In totaal werden ongeveer 100 voorstellen inzake gezondheidszorgdoelstellingen en 180 voorstellen Appropriate care ingediend door de akkoorden- en overeenkomstencommissies, alsook door andere stakeholders en onafhankelijke experts. Diverse task forces, een wetenschappelijk comité en een stuurgroep werden opgericht om het traject in goede banen te leiden.

Het resultaat van de werkzaamheden werd gebundeld in het tussentijds rapport “Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024” dat, samen met een intentieverklaring, werd voorgelegd aan de Algemene raad en het Verzekeringscomité tijdens de gezamenlijke vergaderingen op 14 en 26 juli 2021.

In het kader van de begrotingsprocedure is voorzien dat het Verzekeringscomité een globaal voorstel bezorgt aan de Algemene Raad en de Commissie voor Begrotingscontrole uiterlijk op de eerste maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar. In concreto keurde op 4 oktober 2021 het Verzekeringscomité van het RIZIV met een grote meerderheid een voorstel voor de begroting van de geneeskundige verzorging 2022 goed.

Dit voorstel bevatte een nieuwe budgetlijn “Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care” om de middelen voor de acties in het kader van de gezondheidszorgdoelstellingen of Appropriate Care vast te leggen. Voor 2022 werd een beschikbare budgettaire marge van 123.650.000 € voorzien. De beschikbare marge werd toegewezen aan initiatieven die de volksgezondheid, in de brede betekenis van het woord, verbeteren en die passen binnen het kader van de Quintuple AIM.

Het Verzekeringscomité formuleerde op 4 oktober 2021 een globaal voorstel voor de begroting van de geneeskundige verzorging via nota CGV 2021/297.

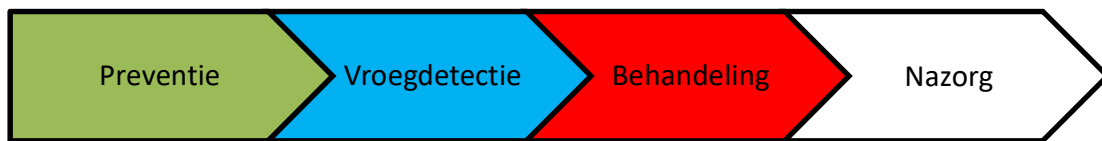
Op 18 oktober 2021 keurde de Algemene Raad het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité goed (ARGV 2021/069). Bij het bedrag van 31.755.422 duizend euro werd tevens de beschikbare budgettaire marge van 123.650.000 € voor gezondheidszorgdoelstellingen of Appropriate Care goedgekeurd. Het bedrag werd toegewezen aan 15 projecten over vier domeinen: 1. Secundaire en tertiaire preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg 2. Verbeteren van de levenskwaliteit 3. Appropriate Care 4. Financiële toegankelijkheid.

Op de vergadering van het Verzekeringscomité van 29 november 2021 (nota CGV 2021/352) werd een plan van aanpak voor de initiatieven opgenomen in het budget 2022 (ARGV 2021/069), en meer specifiek een voorstel inzake de aparte budgetlijn “0.

Transversale gezondheidszorgdoelstellingen” (ARGV 2021/075) voorgesteld en goedgekeurd.

	Gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care	Bedrag in 000 EUR
Secundaire en tertiaire preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg		
1	Voortraject voor de patiënt met risico op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes	5.000
2	Zorgtraject voor kinderen met obesitas	5.000
3	Multidisciplinair perinataal (perinataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen, zie KCE-studie 326	10.000
4	Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie	4.900
5	Meer psychiatrische zorg, maar ook in somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen	5.000
6	Reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren	5.000
7	Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn	13.730
Verbeteren van de levenskwaliteit		
8	Advanced care planning	400
Appropriate care		
9	Kinesitherapeutische zorg aangepast aan noden van de patiënten met hersenverlamming	820
10	Optimalisatie geneesmiddelengebruik	3.500
11	Uitbreiding van daghospitalisatie door het wegnemen van financiële belemmeringen (op ziekenhuisniveau enerzijds en op patiëntniveau anderzijds)	9.000
Financiële toegankelijkheid		
12	Vermindering van het plafond voor de maximumfactuur, in het bijzonder voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming	13.300
13	Uitbreiding systeem derdebetaler	0
14	Toegankelijke mond- en tandzorg	45.000
15	Transportkosten	3.000
	TOTAAL	123.650

THEORETISCH KADER AANPAK TRANSVERSALE PROJECTEN



Alhoewel het te creëren zorgpad naar opbouw en invulling afhankelijk zal zijn van de betrokken pathologie, is het belangrijk een gezamenlijke aanpak te hanteren richting een geïntegreerde zorg. Het is daarbij de bedoeling om het hele zorgcontinuüm, gaande van preventie, vroegdetectie, behandeling en nazorg, te beslaan.

Het beschikbare budget en de zorgnood zal bepalend zijn voor wat in deze fase aangepakt zal worden.

Het succes van de zorgtrajecten zal onder meer afhangen van een goede samenwerking en afstemming tussen zorgverleners, een financieringsmodel dat hierop is afgestemd en een actieve implicatie van de patiënt.

Innovatieve technieken, inzet van coördinatoren, het elektronisch gedeeld patiëntendossier, het multidisciplinair overleg (fysiek of in een beveiligde online omgeving) zullen onontbeerlijk zijn voor het verzekeren van goede communicatie, kennis- en informatieoverdracht tussen de verschillende zorglijnen en disciplines.

Preventie:

Hier moet de nadruk gelegd worden op informeren van de bevolking.

Maatschappelijk: informatie aan bevolking via de verschillende sociale kanalen. Het doel is het doorbreken van taboes, het verlagen van drempels, het verbreden van de algemene kennis, het verspreiden van tools tot herkenning van signalen, het voorkomen van ziekten, ...

Patiënt: inzetten op zelfmanagement. Huisarts kan bij bepaalde risicogroepen een grote rol spelen bij de herkenning en motivatie van zowel de patiënt als zijn onmiddellijke omgeving.

Zorgverleners: kennis en tools includeren in de algemene/specifieke opleidingen.

Vroegdetectie:

Hier zijn de spilfiguren afhankelijk van aard van het project: huisartsen (consultaties huisarts in kader van preventie en/of repeterend contact als houder van het elektronisch dossier), thuisverpleging, directe omgeving, preventieve centra zoals CLB, Kind&Gezin,

Gerichte opleidingen moeten worden voorzien, met aanleveren van kennis en tools in de algemene/specifieke opleidingen van de zorgverleners zoals o.a. artsen, verpleegkundigen en verzorgenden in thuisverpleging, ...

Aan de hand van de door de overheid via sociale media aangereikte voorlichting en informatie zal ook de patiënt en zijn directe omgeving een belangrijke rol kunnen spelen in deze vroegdetectie.

Van hieruit vertrekt de behandeling.

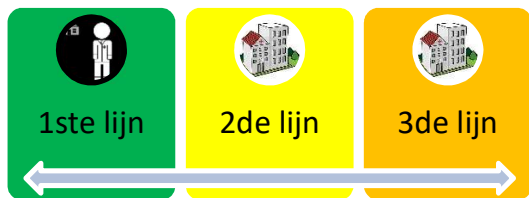
Behandeling:

We opteren voor geïntegreerde zorg, een stepped-care model of zorgtraject, vertrekkende van de vroegdetectie, waarbij een toegankelijke en zo kwalitatief mogelijke zorg wordt voorzien waar mogelijk in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt.

Er wordt geopteerd voor een geïntegreerde zorg, met een vloeiende samenwerking tussen de verschillende zorglijnen en een goede communicatie tussen de verschillende disciplines.

Hiervoor zal beroep gedaan worden op coördinatoren in de verschillende lijnen naar analogie met de casemanagers in de zorg. Het elektronisch gedeeld patiëntendossier en het multidisciplinair overleg zullen in dit kader onmisbare tools vormen.

Naast inzetten op de financiële toegankelijkheid moet men, om de kwaliteit van de zorg te waarborgen in 1^{ste} en 2^{de} lijn, opleidingen voorzien van dedicated teams vanuit expertisecentra.



Nazorg:

Er moet geopteerd worden voor een kwalitatieve nazorg dicht bij de patiënt. Hier ook zullen zowel actoren in 1^{ste} en 2^{de} lijn moeten worden betrokken. Ook hier zal kennisoverdracht moeten worden voorzien zowel tussen zorgverstrekkers onderling als naar de patiënt en zijn omgeving.

CONCRETE AANPAK TRANSVERSALE PROJECTEN

Het voorstel inzake de aparte budgetlijn “Transversale gezondheidszorgdoelstellingen” werd toegelicht en goedgekeurd op de Algemene Raad van 22 november 2021 (ARGV 2021/075) en verder toegelicht op de vergadering van het Verzekeringscomité op 29 november 2021 (ARGV 2021/075).

Deze nota wenst een richting te geven voor de aanpak van de 7 transversale projecten opgenomen onder punt 1 van de tabel “Secundaire en tertiaire preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg”. Een aanpak/canvas gemeenschappelijk voor de verschillende projecten wordt voorgesteld.¹

Deze nota beschrijft de inhoudelijke contouren en de concrete werkwijze voor de aanpak van de 7 transversale projecten. Een voorstel zoals hieronder beschreven wordt ter goedkeuring voorgelegd.

Ook wordt hierbij het Verzekeringscomité op de hoogte gebracht van de samenstelling van de 7 transversale werkgroepen en een overkoepelende stuurgroep (zie verder).

¹ De nota ARGV 2021/075 werd nog aangepast op 20 december 2021 door de Algemene Raad (ARGV 2021/086), een achtste project onder titel “Secundaire en tertiaire preventie” werd toegevoegd evenwel zonder specifiek toegewezen budget. Deze nota beperkt zich tot de eerste 7 projecten.

Project	Vertegenwoordigers van Zorgverleners ²	Vertegenwoordigers VI's ³	Vertegenwoordigers patiëntenverenigingen	Benodigde wetenschappelijke experts ⁴
<i>Een voortraject voor de patiënt die een risico heeft op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes</i>				
Project 1	- Artsen: huisartsen, endocrinologen (Belgian endocrine society) - Tandartsen - Apothekers (kunnen educatie geven binnen het voortraject diabetes) - Zorgverleners die educatie kunnen geven binnen het voortraject diabetes: diabeteseducatoren, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, diëtisten	VI's	Patiëntenverenigingen	- Vertegenwoordiging diabetes liga - Vertegenwoordiging Association du diabète - Belgisch diabetes forum
<i>Zorgtraject obesitas bij kinderen</i>				
Project 2	- Artsen (NCAZ) - Diëtisten, kinesitherapeuten, psychologen, vroedvrouwen (AOC of beroepsverenigingen) - OC ziekenhuizen	VI's	Patiëntenverenigingen	- Afvaardiging van de 2 pediatrische expertise centra: de geconventioneerde centra van Clairs Vallons en het Zeepreventorium in De Haan. - Eetexpert - Wetenschappelijke vereniging van huisartsen - Vereniging Belgische artsen-specialisten (pediaters) - KCE
<i>Multidisciplinair perinataal (prenataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen</i>				
Project 3	- Voor zwangere vrouwen: artsen, vroedvrouwen, kinésithérapeuten, psychologen.	VI's	Patiëntenverenigingen	- Vertegenwoordigers van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

² Al dan niet via specifieke AOC

³ Inclusief leden van CAD

⁴ uit andere gezondheidsadministraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ... - deze zijn aan te duiden in onderling overleg met de RIZIV administratie

	- Voor het kind: artsen, tandartsen.			- Vertegenwoordigers van het Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique - Vertegenwoordigers van de Société belge de pédiatrie / Belgische vereniging voor kindergeneeskunde - Deskundigen van het terrein (vertegenwoordiger van de « De Bakermat », Born in Brussels, ...)
Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie				
Project 4	- Artsen (NCAZ) - Kinesitherapeuten, diëtisten, psychologen, ergotherapeuten, logopedisten, verpleegkundigen (AOC of beroepsverenigingen) - OC Ziekenhuizen	VI's	Patiëntenverenigingen	- Experts uit de verschillende transplantatiecentra - Wetenschappelijke vereniging van huisartsen - Vereniging Belgische artsen-specialisten (specialismen o.a. abdominale organen, labo) - KCE
Investeren in psychiatrische zorg, met hierbij bijzondere aandacht voor somatische zorg en jongeren met psychiatrische problemen				
Project 5	- Artsen - psychiaters (NCAZ) - OC (psychiatrische) ziekenhuizen - (Psychiatrisch) verpleegkundigen, psychologen/orthopedagogen en apothekers (AOC, TOC GGZ of beroepsverenigingen)	VI's	Patiëntenverenigingen (binnen de GGZ)	- Artsen uit wetenschappelijke verenigingen in GGZ: Vlaamse vereniging voor psychiatrie (VVP) en Franstalige tegenhanger - KCE

	- (Diëtisten => indien uitwerking mini-multidisciplinaire teams voor eetstoornissen)			- (Eetexperten => indien uitwerking mini-multidisciplinaire teams voor eetstoornissen)
Reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren				
Project 6	- Artsen (NCAZ) - ziekenhuizen (OC ziekenhuizen) - kinesitherapeuten, diëtisten, psychologen, ergotherapeuten	- VI's, inclusief de leden van het College van artsendirecteurs die de huidige overeenkomst inzake pulmonaire revalidatie met 4 ziekenhuizen heeft uitgewerkt en opvolgt	Patiëntenverenigingen	- pneumologen met een bijkomende erkenning als revalidatiearts, als vertegenwoordigers van de artsen-specialisten die in de toekomst verantwoordelijk zullen zijn voor de pulmonaire revalidatie. Ter zake zal aan de wetenschappelijke vereniging (de Belgian Respiratory Society) worden gevraagd om een delegatie samen te stellen. - de 4 ziekenhuizen waarmee die overeenkomst momenteel is gesloten (CHU de Liège, Hôpital de Libramont – Vivalia, UZ Gent, UZ Leuven).
Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie eerstelijns: Post-COVID				
Project 7a	- Huisartsen en arts-specialisten (NCAZ) - Kinesitherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, psychologen en diëtisten	VI's	Patiëntenvereniging Post-COVID	- Universitaire centra - Consortium KU Leuven - Wetenschappelijke vereniging van huisartsen - KCE, EBP, Sciensano

VOORGESTELDE WERKWIJZE VOOR DE 7 WERKGROEPEN

1. Samenstelling van de werkgroepen

- Vertrekkende van de specifieke samenstelling van elke werkgroep wordt aan elke AOC, wat de zorgverleners betreft, een oproep gedaan om een beperkte delegatie af te vaardigen, van personen die hun schouders kunnen zetten onder de projecten en gemandateerd worden. Daarbij wordt een representatieve afvaardiging nagestreefd, waarbij de vertegenwoordigers in naam van hun organisaties en/of sector spreken.
- De specifieke samenstelling van elke werkgroep is opgenomen in supra van deze nota. De samenstelling vindt een aanvang na validatie van deze nota door het Verzekeringscomité (zie punt 5 proces aanduiding vertegenwoordigers binnen de werkgroepen) .
- De voorzitter van het Verzekeringscomité richt hierbij aan elke AOC een schrijven voor afvaardiging voor de 7 werkgroepen voor wat betreft de vertegenwoordiging van de zorgverleners
- Voor elk van de 7 werkgroepen richt de voorzitter van het Verzekeringscomité wat de vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen betreft, een schrijven aan het Intermutualistisch college. Deze afvaardiging kan betrekking hebben op vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen binnen de AOC's als ook binnen het College van Artsen Directeurs van het RIZIV.

2. Organisatie van de werkgroepen

- De werkzaamheden van de werkgroepen kennen een aanvang vanaf 19 april 2022.
- De werkgroepen komen samen op uitnodiging van de voorzitter, ambtenaar van het RIZIV. De werkgroepen beschikken over de administratieve ondersteuning van een RIZIV-equipe.
- De notulen van de vergaderingen vermelden enkel de genomen beslissingen. Zij worden in het Frans en in het Nederlands opgesteld.
- Een werkgroep houdt op geldige wijze zitting indien de helft van de leden aanwezig zijn.

3. Gemeenschappelijke opdrachten van de werkgroepen

- De rubriek "visie" van elke projectfiche vermeldt hoe het specifieke project het te creëren zorgpad of zorgtraject wenst te bereiken. Dit betreft een algemene visie voor het project, elke werkgroep wordt uitgenodigd de vermelde visie verder in detail uit te werken of te specificeren en houdt daarbij rekening met de aanbevelingen van de overkoepelende stuurgroep.
- Om tijdens de looptijd (en nadien) het project te kunnen evalueren en/of bij te sturen, is het van belang om reeds bij de start volgende aspecten af te lijnen:

- Op welke manier zal kunnen gemeten worden of er een duurzaam resultaat behaald is.
 - en/of een aanhoudende gedragsverandering wordt bewerkstelligd.
 - Op welke tijdstippen deze meting gebeurt.
 - Er moeten hiertoe duidelijke kwaliteitsindicatoren worden opgesteld, alsook, indien mogelijk, doelwaarden die aangeven wat de status is (groen/ oranje/ rood) met betrekking tot die kwaliteitsindicatoren. Aan de werkgroepen wordt de opdracht gegeven om hiervoor een voorstel te doen.
- Het succes van een transversaal project berust in grote mate op de mogelijkheid van professionele zorgverleners om informatie over het dossier van de patiënt te kunnen raadplegen en professioneel te kunnen samenwerken met collega zorgverleners op eenzelfde dossier. Dit betreft een opdracht van elke werkgroep om de usecase te verduidelijken waarbinnen de uitwisseling tussen zorgverleners op een elektronische wijze kan gebeuren.
 - Elke concrete financieringsmaatregel die binnen een werkgroep wordt uitgewerkt moet beantwoorden aan bepaalde standaarden die hiervoor bestaan binnen het huidige systeem van de ziekteverzekering (toegankelijkheid (remgelden,...), facturatie bij deze transversale projecten,...).

4. Beslissingsproces

4.1. Beslissingsproces binnen de werkgroepen

- Vertrekkende vanuit het goedgekeurde begrotingsvoorstel in de nota ARGV 2021/069 wordt aan elk transversaal project dezelfde prioriteit toegekend. Er is geen hiërarchie.
- De beslissingen en validatie van concreet voorgestelde beleidsmaatregelen binnen de werkgroep worden genomen in consensus. Daarbij wordt rekening gehouden met opmerkingen of adviezen van de overkoepelende stuurgroep.

4.2. Validatieproces volgend op beslissing van de werkgroepen

- Bij consensus binnen de werkgroep wordt er van uit gegaan dat dit resultaat representatief is voor de betrokken beroepsgroepen en uitkomst in AOC's.
- De voorstellen uit iedere werkgroep worden om formeel juridische redenen bevestigd in de AOC's die resp. vertegenwoordigd zijn binnen iedere WG.
- De overkoepelende stuurgroep brengt een advies uit over de samenhang van de voorstellen met de langetermijnvisie en met de gezondheidszorgdoelstellingen
- Conform de bestaande procedures worden de uiteindelijke concrete beleidsmaatregelen goedgekeurd door het Verzekeringscomité.
- Bij niet goedkeuring door het Verzekeringscomité bepaalt dit comité het vervolgtraject om tot een gedragen beslissing te komen.

5. Proces tot aanduiding vertegenwoordigers in de werkgroepen

De diverse groepen van deelnemers worden uitgenodigd ten laatste op 11 april 2022 hun vertegenwoordigers te communiceren.

- 5.1. Vertegenwoordigers van zorgverleners:
 - 5.1.1. Zorgverleners vertegenwoordigd in een AOC:
Het secretariaat van het Verzekeringscomité zal de voorzitters van de AOC's de lijst bezorgen van de werkgroepen waarvoor de betrokken beroepsgroepen respectievelijk worden aangezocht om deel te nemen. De zorgverleners binnen de respectievelijke AOC's bezorgen aan hun voorzitter de vertegenwoordigers voor iedere werkgroep.
 - 5.1.2. Zorgverleners zonder vertegenwoordiging via een AOC (psychologen, orthopedagogen, diëtisten, ergotherapeuten, diabeteseducatoren):
Het secretariaat van het Comité zal de beroepsorganisaties de lijst bezorgen van de werkgroepen waarvoor de betrokken beroepsgroepen resp. worden aangezocht om deel te nemen. Zij zullen in hetzelfde schrijven worden uitgenodigd om in onderling overleg hun vertegenwoordigers aan te duiden in elke van de WG waarvoor zij resp. worden aangezocht.
- 5.2. Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen
Worden via een schrijven aan het Nationaal Intermutualistisch college bevroegd.
- 5.3. Vertegenwoordigers van generieke of specifieke patiëntenorganisaties
Worden aangeschreven op basis van de oplistijng van de samenstelling binnen de projectfiches.
- 5.4. Benodigde wetenschappelijke experten (uit andere gezondheidsadministraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ...)

VOORGESTELDE WERKWIJZE VOOR DE STUURGROEP

1. Opdrachten van de overkoepelende stuurgroep

De stuurgroep heeft als taak:

- De coördinatie en coherentie te bewaken over de 7 projecten heen;
- Op basis van de ervaringen van de diverse werkgroepen, destilleert de stuurgroep een generieke methodologie om met transversale projecten in de toekomst aan de slag te gaan;
- De stuurgroep bewaakt dat de beleidsmaatregelen, zorgpaden of andere vormen van financiering zich ontwikkelen op een wijze die toelaat deze in te schrijven in een lange termijnvisie met een geïntegreerde en generieke benadering;
- Het bewaken van de werkzaamheden vanuit het oogpunt Quintiple Aim en de geformuleerde domeinen van gezondheidszorgdoelstellingen vanuit de werkzaamheden Meerjarig Begrotingstraject;
- Rapporteert over de globale stand van zaken aan het Verzekeringscomité.

2. Samenstelling van de overkoepelende stuurgroep

De stuurgroep wordt als volgt samengesteld:

- De Voorzitter van de Stuurgroep: Leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige verzorging;
- De voorzitters van de 7 werkgroepen;
- Een paritaire vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen (3) en voor de zorgverleners (3);
- 3 experts afgevaardigd uit het Wetenschappelijk comité zoals samengesteld tijdens de werkzaamheden van het Meerjarig Begrotingstraject;
- Vertegenwoordiging Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid;
- Vertegenwoordiging KCE.

BIJLAGEN:

Bijlage 1	Project 1: Een voortraject voor de patiënt die een risico heeft op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes
Bijlage 2	Project 2: Zorgtraject obesitas bij kinderen
Bijlage 3	Project 3: Multidisciplinair perinataal (prenataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen
Bijlage 4	Project 4: Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie
Bijlage 5	Project 5: Investeren in psychiatrische zorg, met hierbij bijzondere aandacht voor somatische zorg en jongeren met psychiatrische problemen
Bijlage 6	Project 6: Reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren
Bijlage 7	Project 7a: Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie eerstelijns: Post-COVID

Bijlage 1: Project 1

Project-titel	1. Een voortraject voor de patiënt die een risico heeft op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes
Project-referentie	Fiche GDOS 69 diabetes-medicomut
Lange termijn visie project	<u>Prevalentie van diabetes in België</u> Uit gegevens van het IMA uit 2018 blijkt dat de prevalentie van diabetes (type 1 en type 2) in België 6,3% bedraagt. Uit de gezondheidsevenquête en de BELHES-studie van Sciensano blijkt dat 1/3 van de volwassen diabetespatiënten niet op de hoogte is dat hij/zij diabetes heeft wat de prevalentie brengt op 10% van de Belgische bevolking ouder dan 18 jaar. <u>Diabeteszorg in België</u> In België bestaat er reeds een uitgebreid programma van zorgpaden waarbinnen diabetespatiënten kunnen opgevolgd worden: het voortraject (zorgmodel) diabetes, het zorgtraject diabetes en de diabetesconventie. Afhankelijk van de ernst van de aandoening kan de patiënt in samenspraak met de arts terecht in een van deze zorgpaden. Binnen dit huidig beleid bestaat er reeds een zeer goede toegang voor de gekende diabetespatiënten die behandeld worden met insuline. Uit gegevens van het performantierapport uit 2019 blijkt dat in 2016 90% van deze groep patiënten werd opgevolgd in een van de bovenstaande zorgpaden. Van de patiënten die echter werden behandeld met enkel orale medicatie (niet-insuline), werden slechts 20% in 2016 opgevolgd in een van deze zorgpaden.⁵ Een patiënt die wordt behandeld met orale medicatie kan ofwel worden opgevolgd in een voortraject ofwel in een zorgtraject. Hieruit blijkt een onvoldoende bereik door voornamelijk een ondergebruik van het voortraject en in mindere mate mogelijk een ondergebruik binnen het zorgtraject. Toen de diabetespas 2016 werd omgevormd tot het zorgmodel (voortraject) werd er geschat dat 335 000 patiënten zouden bereikt worden binnen dit traject. Anno 2019 bleek dat slechts 72 000 patiënten door dit zorgmodel (voortraject) bereikt werden. Sinds 2018 heeft een subgroep van patiënten binnen dit voortraject recht op diabeteseducatie. De schatting was dat 129 000 patiënten

⁵ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32.

	zouden bereikt worden. Anno 2019 werden echter slechts 6000 patiënten bereikt door deze diabeteseducatie. <u>Visie</u> Vanuit deze gegevens is de visie ontstaan dat er moet ingezet worden op vroegdetectie van de diabetespatiënt. Daarnaast is het belangrijk dat het huidige aanbod versterkt wordt en meer bekendheid geniet. Dit is voornamelijk het geval voor het voortraject dat bedoeld is voor de pas gediagnosticeerde diabetespatiënt die momenteel nog onvoldoende bereikt wordt. Deze visie past ook binnen de Quintuple Aim waarbij een betere opvolging van de diabetespatiënt wordt nagestreefd. Dit heeft als doel een betere gezondheid en levenskwaliteit van patiënten met diabetes en een vermindering van de gezondheidszorguitgaven naar aanleiding van de complicaties van diabetes. <u>Mogelijke acties</u> • Een informatiecampagne naar de bevolking en de hulpverleners om de screening naar diabetes te bevorderen • Verspreiden (website, EMD) van een vragenlijst waarbij de patiënt zijn kans op diabetes kan bepalen en bij hoog risico een arts kan raadplegen (zie FINDRISC vragenlijst binnen Halt 2 diabetes project) https://www.diabetes.be/sites/default/files/2020-10/HALT2Diabetes_FINDRISC_Versie1.pdf • Het versterken en meer bekendheid verschaffen van het huidige voortraject bij de artsen • Onderzoeken van de mogelijkheid van administratieve vereenvoudiging binnen het voortraject				
Scope 2022	Dit project kadert in het brede landschap van de diabeteszorg in België. Na consultatie van het werkveld en de reeds bestaande projecten en initiatieven kan deze scope verder bepaald worden. Op dit moment is dit nog niet mogelijk.				
Budgettaire kader	Toegewezen budget: 5 miljoen euro				
Samenstelling WG	1. Vertegenwoordigers van zorgverleners <table border="1"> <thead> <tr> <th>Met AOC</th><th>Zonder AOC</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> • Artsen: huisartsen, endocrinologen (Belgian endocrine society) • Tandartsen • Apothekers, verpleegkundigen, kinesitherapeuten (kunnen educatie geven binnen het voortraject diabetes) </td><td> • Zorgverleners die educatie kunnen geven binnen het voortraject diabetes: diabeteseducatoren, diëtisten </td></tr> </tbody> </table>	Met AOC	Zonder AOC	• Artsen: huisartsen, endocrinologen (Belgian endocrine society) • Tandartsen • Apothekers, verpleegkundigen, kinesitherapeuten (kunnen educatie geven binnen het voortraject diabetes)	• Zorgverleners die educatie kunnen geven binnen het voortraject diabetes: diabeteseducatoren, diëtisten
Met AOC	Zonder AOC				
• Artsen: huisartsen, endocrinologen (Belgian endocrine society) • Tandartsen • Apothekers, verpleegkundigen, kinesitherapeuten (kunnen educatie geven binnen het voortraject diabetes)	• Zorgverleners die educatie kunnen geven binnen het voortraject diabetes: diabeteseducatoren, diëtisten				

	2. Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen (incl. CAD)
	3. Vertegenwoordigers van (generieke of specifieke) patiëntenverenigingen
	4. Benodigde wetenschappelijke experten (uit andere gezondheidsadministraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ...) a. Vertegenwoordiging diabetes liga b. Vertegenwoordiging Association du diabète c. Belgian diabetes forum
<i>Meer details</i>	Nota NCAZ 2021-030

Bijlage 2: Project 2

Project-titel	2. Zorgtraject obesitas bij kinderen
Project-referentie	De aanzet tot uitwerking van deze gezondheidsdoelstelling volgens de aanbevelingen QA is gebaseerd op volgende fiches: GDOS-006 Eetexpert , GDOS-010, GDOS-011.1&2&3&4, GDOS-040, GDOS-043, GDOS-069, GDOS-097, MAC-028a&b, MAC-046
Lange termijn visie project	Overgewicht en obesitas zijn een toenemend probleem in de Westerse wereld. Zij gaan gepaard met medische maar ook belangrijke psychologische en sociale dimensies. De domeinen waarop dient ingezet in de zorg rond obesitas: • Fysieke gezondheid: gezond eten en bewegen • Mentale gezondheid: versterken van beschermende factoren zoals positief zelfbeeld, mediaweerbaarheid, zelfwaarde en sociale ontwikkeling Betreffende de zorg rond obesitas zijn er verschillende werven waar acties vereist zijn. De doelgroepen kunnen ingedeeld worden in: • Obesitas bij volwassenen • Obesitas bij kinderen • Personen die in aanmerking komen voor bariatrische heelkunde (KCE Reports 329A (2020)) Voor zowel volwassenen als jongeren en kinderen is er nood aan de (soms verdere) uitwerking van een preventief luik, de systematische vroegdetectie en diagnose, de implementatie van een resultaatgerichte aanpak en de organisatie van een goede follow-up. In het kader van dit project spitsen we ons toe op het zorgtraject rond obesitas bij kinderen. We beogen een goed georganiseerd zorgaanbod onder de vorm van een stepped care model in de 3 zorglijnen met goede geografische spreiding, een concentratie van expertise met gespecialiseerde zorg, een multidisciplinaire aanpak en een goede samenwerking tussen de 3 zorglijnen en disciplines. De nadruk moet gelegd op een goede communicatie waarvoor beroep gedaan wordt op bekwame gezondheidszorg-coördinatoren. Het maximaal gebruik van het elektronisch medisch dossier, het multidisciplinair overleg en inzet van innovatieve middelen zijn hierbij belangrijke tools. In de bestaande zorg is er van het stepped care model reeds een aanzet georganiseerd in de verschillende lijnen waarbij verfijning en uitbreiding aan de orde is. De grootste nood aan uitbreiding in de zorg is in de 2^{de} zorglijn te merken. Ook de noodzakelijke nazorg, die zowel in de 1^{ste} als 2^{de} lijn in de nabijheid van de patiëntjes dient uitgewerkt, is van uitzonderlijk belang om een blijvend resultaat te bekomen. De inzet op verandering levensstijl en persoonlijk welbevinden moet een blijvend karakter krijgen.
Scope 2022	Het behelst een immens groot maatschappelijk probleem en keuzes zullen moeten gemaakt worden.

Budgettair kader	Toegewezen budget: 5 mio euro	
Samenstelling WG	1. Vertegenwoordigers van zorgverleners	
	Met AOC	Zonder AOC
	• Artsen (NCAZ) • Ziekenhuizen • Kinesitherapeuten • Vroedvrouwen	• Diëtisten • Psychologen
	2. Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen (incl. CAD)	
	3. Vertegenwoordigers van (generieke of specifieke) patiëntenverenigingen	
	4. Benodigde wetenschappelijke experts (uit andere gezondheids-administraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ...) • afvaardiging van de 2 pediatrische expertise centra: de geconventioneerde centra van Clairs Vallons en het Zeepreventorium in De Haan. • Eetexpert • Wetenschappelijke vereniging van huisartsen • Vereniging Belgische artsen-specialisten (pediaters) • KCE	
Meer details	/	

Zorgpad obesitas

- Informeren gezondheidswerkers
- Het grote publiek sensibiliseren met in acht name van:
 - De mogelijkheid dat preventie zelf schade kanaanbrengen
 - Focus op gezonde levensstijl
 - Vermijden eetstoornissen uit te lokken
 - Stigmatisering beperken
 - Versterkend werken

Preventie

- Informeren van gezondheidswerkers zoals draaiboeken, tools zoals aangeboden door Eetexpert om het vroegtijdig herkennen van eetstoornissen en gewichtsproblemen te bevorderen
- Aandacht voor: lichamelijke kenmerken, gedag (evenwichtig eten en bewegen) en psycho-sociale signalen
- Via huisarrrts, CLB, verpleegkundigen, ... vroegdetectie van risicopersonene, comorbiditeit, ...

Vroegdetectie

Nazorg: blijvende
gedragsverandering
en opvolging

Diagnose en
behandeling

- Ernst van overgewicht/obesitas en psychosociale factoren, comorbiditeit
- Stepped care model: ambulant – eerste lijn, ambulant tweede lijn, residentieel derde lijn.
- Levenstijlverandering
- Multidisciplinaire aanpak
- Vertrekkend vanuit biopsychosociaal model: medisch somatisch, beweging, voedingsadvies, psychosociaal

Bijlage 3: Project 3

Project-titel	3. Multidisciplinair perinataal (prenataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen.
Project-referentie	Dit thema komt aan bod in de volgende fiches: ○ GDOS-016 ○ GDOS-038 ○ MAC-039a ○ MAC-039b ○ MAC040 Dit thema komt ook aan bod, maar staat minder centraal, in de volgende fiches: ○ GDOS-093 ○ GDOS-043
Langetermijnvisie project	<i>Achtergrond</i> In België krijgt ongeveer 4% van de vrouwen niet het aanbevolen minimum aantal prenatale consultaties⁶ en heeft 3% geen contact met een zorgverlener tijdens de eerste 20 weken van de zwangerschap⁷. Opvolging onder het aanbevolen minimum aantal consultaties verhoogt het risico op complicaties en/of vertragingen in de behandeling en zorg in geval van gezondheidsproblemen bij de moeder of het kind. Het vermindert ook het gebruik van bestaande steunmaatregelen. Het risico om minder te worden opgevolgd is groter bij vrouwen in kwetsbare psychosociale situaties, met name vrouwen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (BVT) en vrouwen die recht hebben op een invaliditeitsuitkering. In het algemeen zijn er aanzienlijke regionale verschillen in prenatale zorg en is er een sociale gradiënt ten nadele van moeders met het statuut 'BVT'⁸. Bovendien is de prenatale zorg in België gefragmenteerd en niet gecoördineerd, wat het fenomeen van zowel onder- als overconsumptie van zorg versterkt⁹. In deze context wordt in de KCE rapporten 232 en 236¹⁰ de invoering aan van een geïntegreerd en multidisciplinair prenataal en postnataal zorgtraject aanbevolen, rekening houdend met de lokale context en de persoonlijke situatie van zwangere vrouwen.

⁶ Dat wil zeggen, 7 voor meerlingzwangere vrouwen en 10 voor nulliparae vrouwen.

⁷ Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidzorg (KCE). 2019. KCE Reports 326As. D/2019/10.273/77; Vandeleene G, Avalosse H. Le trajet de soins Naissance en Belgique : état des lieux et proposition(s). MC-Information 283. 2021. 23-41.

⁸ Vandeleene G & Avalosse H, *ibid.*

⁹ Benahmed N et al., 2019, *ibid.*; Vandeleene G & Avalosse H, *ibid.*

¹⁰ Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, Obyn C Paulus D, Christiaens W. De organisatie van de zorg na een bevalling - Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidzorg (KCE). 2014. KCE Reports 232As. D/2014/10.273/80 ; Benahmed N et al., 2019, *ibid.*

	<i>Visie</i> Dit transversale initiatief is gebaseerd op de aanbevelingen van het KCE en heeft tot doel een perinataal en multidisciplinair zorgtraject op te stellen, dat gecoördineerd wordt door zorgverleners en toegespitst is op vrouwen met specifieke behoeften¹¹. In termen van gezondheidszorgdoelstellingen betekent dit dat de toegang tot perinatale zorg (pre- en postnataal) moet worden gegarandeerd, en dat de samenhang en de relevantie van de gekregen behandeling, alsook de opvolging moet verbeteren. Deze nota is gebaseerd op een holistische visie, geïnspireerd op de benadering van de "eerste duizend dagen", aangezien is aangetoond dat deze levensperiode (van de conceptie tot ongeveer twee jaar) van cruciaal belang is voor de toekomstige ontwikkeling van het kind en de volwassene, met inbegrip van hun lichamelijke en geestelijke gezondheid. Het identificeren van de betrokken personen zal een belangrijke stap zijn voor de succesvolle uitvoering van het initiatief. De betrokkenheid van de eerste lijn is essentieel voor deze identificatiefase. Om de zorgintegratie te verbeteren, lijkt het interessant om over te stappen van een model waarbij (aanstaande) ouders hun eigen zorgtraject beheren naar een model waarbij het begeleidingstraject uitgestippeld wordt en duidelijk is vanaf de perinatale periode (tot en met de postnatale consultaties). Opdat dit initiatief succesvol is, zijn naast de elektronische uitwisseling van informatie, de volgende elementen belangrijk: - Het <u>huidige financieringsmodel</u> zal moeten worden herbekeken. Een forfaitair model is wellicht meer geschikt om interprofessionele samenwerking en trajectbewaking aan te moedigen; - <u>Coördinatie van de zorg</u> zal nodig zijn om ervoor te zorgen dat het zorgtraject wordt gevolgd en om de zwangere vrouw te kunnen uitleggen/verwijzen naar de voor haar gepaste consultaties. Dit kan worden bewerkstelligd door een "zorgcoördinator" aan te wijzen die deze taken op zich neemt.
Scope 2022	Het uitgangspunt van dit initiatief en de voorgestelde visie is zeer breed; daarom moeten nog een groot aantal opties worden gedefinieerd. Het is de bedoeling om deze opties samen met de betrokken stakeholders te definiëren. Daardoor is het nog niet mogelijk een precieze reikwijdte van de initiatieven voor het jaar 2022 vast te leggen.

¹¹ Hoewel de term "kwetsbaar" aanvankelijk door het Verzekeringscomité was aangenomen, stellen wij voor een bredere visie te hanteren door te spreken van "vrouwen met specifieke behoeften". Het lijkt inderdaad belangrijk de betrokken doelgroep niet te stigmatiseren en kwetsbaarheid in al haar dimensies en dynamiek te begrijpen. Dit initiatief beoogt dus een structureel, toegankelijk en aangepast zorgtraject aan te bieden: het wordt dus opgevat in een brede en niet-discriminerende visie. Bovendien is het niet de bedoeling de zorg vast te leggen, maar deze aan te passen en te personaliseren naar gelang van de specifieke behoeften van de betrokken vrouwen.

Budgettair kader	Voor dit initiatief is jaarlijks een toegewezen budget van 10 miljoen euro voorzien.		
Samenstelling WG	1. Vertegenwoordigers van zorgverleners		
		Met AOC	Zonder AOC
	Voor zwangere vrouwen	Artsen (NCAZ)	Psychologen
		Vroedvrouwen	
		Fysiotherapeuten	
	Voor het kind	Artsen (NCAZ)	
		Tandartsen	
	2. Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen (incl. CAD)		
	3. Vertegenwoordigers van (generieke of specifieke) patiëntenverenigingen		
	4. Benodigde wetenschappelijke experten (uit andere gezondheidsadministraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ...) - Vertegenwoordigers van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie - Vertegenwoordigers van het Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique - Vertegenwoordigers van de Belgische vereniging voor kindergeneeskunde - Deskundigen van het terrein (e.g. vertegenwoordiger van « De Bakermat », Born in Brussels, ...)		
Meer details	Rapport 232 van het KCE : https://kce.fgov.be/nl/publication/report/de-organisatie-van-de-zorg-na-een-bevalling Rapport 326 van het KCE : https://kce.fgov.be/nl/naar-ge%C3%AFntegreerd-prenataal-zorgpad-voor-laag-risico-zwangerschappen		

Bijlage 4: Project 4

Project-titel	4. Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie
Project-referentie	De aanzet tot uitwerking van deze gezondheidsdoelstelling volgens de aanbevelingen QA is gebaseerd op volgende fiches: • GDOS-108 • MAC-034c • GDOS-043 • GDOS-090
Lange termijn visie project	De beoogde gezondheidsdoelstelling is het aantal te verwachten gezonde levensjaren te verhogen en het aantal vermijdbare sterfte na orgaantransplantatie terug te dringen via de implementatie van zorgpaden voor abdominaal orgaanfalen. De betrokken abdominale organen die in aanmerking komen zijn nier, lever, dunne darm, pancreas of een onderlinge combinatie. Voor het bekomen van een goede outcome na een transplantatiechirurgie is het inzetten op medische innovatie in de verschillende domeinen van de transplantatie uiterst belangrijk. We mogen echter niet vergeten dat het optimaliseren van de fysieke fitheid (cardiovasculaire conditie en spierkracht), het nutritioneel en dieetadvies, de psychische en sociale ondersteuning zowel in pre- als posttransplantatiefase belangrijke factoren zijn voor het blijvend goede verloop na deze ingrijpende operatie. Inzetten op deze multidisciplinaire aanpak is met andere woorden zeer belangrijk: • De patiënten en zijn omgeving voorzien van de nodige informatie is hierbij primordiaal met de focus op zelfzorg. Dit draagt bij tot het goed naleven van de instructies zowel in de pre- als posttransplantatiefase met de intentie tot het bekomen van een zo goed mogelijke conditie in de voorbereiding tot de ingreep en postoperatief het verbeteren van de outcome. • Aandacht hebben voor risicofactoren zoals leefstijl, comorbiditeit (fysieke en/of psychische risicofactoren) en sociale situatie van de betrokkene is uitermate belangrijk. Vroegtijdige detectie en management van deze risicofactoren en comorbiditeit zal het herval in orgaanfalen en/of resectie van het transplantaat mee kunnen vermijden. • Uiteindelijk is er nood aan een op de patiëntnaden afgestemde geïntegreerde zorg in de verschillende fasen van abdominaal orgaanfalen. Deze is momenteel niet toegankelijk voor iedere patiënt. • Een levenslange follow-up met inbegrip van preventie van herval en vroegdetectie. In het kader van de geïntegreerde zorg beogen we de implementatie van een (waar mogelijk) nabije, financieel toegankelijke en kwalitatieve multidisciplinaire zorg aangepast aan de zorgnood van de patiënt. Naast de creatie van een gekwalificeerd zorgnetwerk met aandacht voor de nodige continuïteit, zowel interdisciplinair als tussen de verschillende zorglijnen, moet ook ingezet worden op optimalisatie van

	communicatie en organisatie. Hiervoor zal beroep gedaan worden op bekwame coördinatoren. Het maximaal gebruik van het elektronisch medisch dossier, het multidisciplinair overleg en inzet van innovatieve middelen zijn belangrijke tools die noodzakelijk zullen zijn om dit project te doen slagen. In het traject bestaande uit een pre-, post- en transplantatie- fase is er voornamelijk nood aan de creatie van volgende zorgpaden: 1. Zorgpad pre-transplantatie: vanaf moment van activatie op een wachtlijst tot ingreep 2. Zorgpad posttransplantatie: 2 jaar na de transplantatie Betreffende de financiering zal men een patiënt-gerichte financiering dienen uit te werken gezien het traject verschillend zal zijn naargelang de aard van de abdominale transplantatie en de persoonseigen zorgbehoefte.				
Scope 2022	Implementatie en uitwerken van de terugbetaling van : 1) Zorgpad pre-transplantatie: vanaf moment van activatie op een wachtlijst tot ingreep 2) Zorgpad posttransplantatie: 2 jaar na de transplantatie				
Budgettair kader	Toegewezen budget: 4,9 mio EUR				
Samenstelling WG	1. Vertegenwoordigers van zorgverleners <table border="1"> <thead> <tr> <th>Met AOC</th><th>Zonder AOC</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> • Artsen (NCAZ) • Ziekenhuizen • Kinesistherapeuten • Logopedisten • Verpleegkundigen </td><td> • Diëtisten • Psychologen • Ergotherapeuten </td></tr> </tbody> </table> 2. Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen (incl. CAD) 3. Vertegenwoordigers van (generieke of specifieke) patiëntenverenigingen 4. Benodigde wetenschappelijke experts (uit andere gezondheids-administraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ...) • Experts uit de verschillende transplantatiecentra • Wetenschappelijke vereniging van Vlaamse huisartsen (Domus Medica) • Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-specialisten (specialismen o.a. abdominale organen, cardiologie, labo) • KCE	Met AOC	Zonder AOC	• Artsen (NCAZ) • Ziekenhuizen • Kinesistherapeuten • Logopedisten • Verpleegkundigen	• Diëtisten • Psychologen • Ergotherapeuten
Met AOC	Zonder AOC				
• Artsen (NCAZ) • Ziekenhuizen • Kinesistherapeuten • Logopedisten • Verpleegkundigen	• Diëtisten • Psychologen • Ergotherapeuten				
Meer details	/				

Zorpaden pre- en post abdominale transplantatie



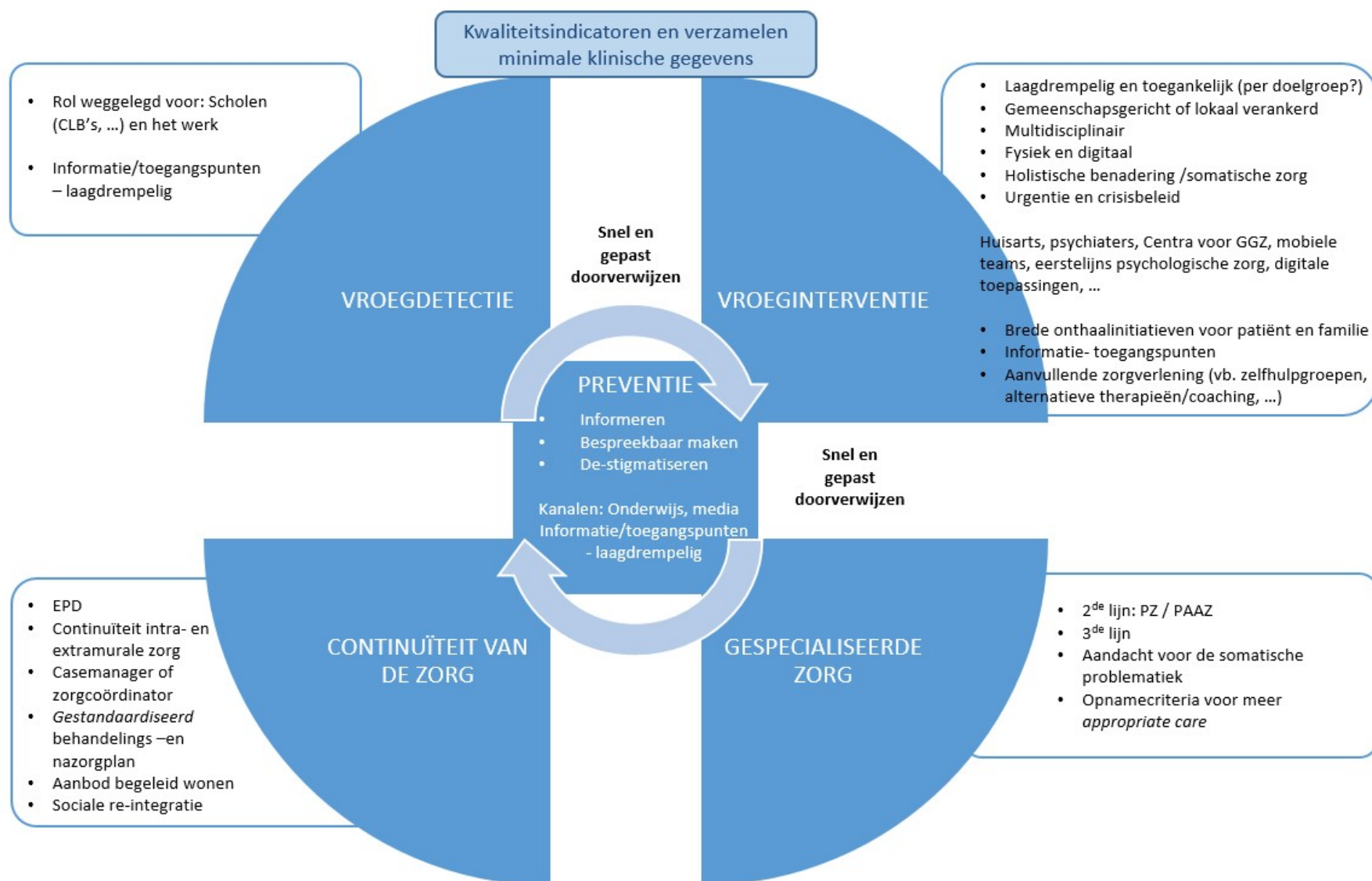
Bijlage 5: Project 5

Project-titel	5. Investeren in psychiatrische zorg, met hierbij bijzondere aandacht voor somatische zorg en jongeren met psychiatrische problemen
Project-referentie	Dit thema komt aan bod in de volgende fiches: - MAC-065a - MAC-065b - MAC-065c - MAC-068 - GDOS-094 - GDOS-053 - GDOS-103
Lange termijn visie project	In het kader van dit transversale project wil men werken aan een langetermijnvisie, die een duurzame verbetering van de GGZ in zich draagt. De visie beoogt, in termen van gezondheidszorgdoelstellingen, het verhogen van de toegankelijkheid van de GGZ, een holistische en multidisciplinaire aanpak, waarbij zowel aandacht is voor de psychiatrische en somatische problematiek, en het garanderen van de continuïteit van de zorg binnen het behandeltraject. Dit heeft verder tot doel het verkleinen van de behandelkloof voor personen met psychische noden en psychiatrische aandoeningen, het verlagen van de unmet en overmet need, het verbeteren van de levensverwachting en levenskwaliteit, het terugdringen van vermijdbare oversterfte, en moet leiden tot minder gezondheidsongelijkheid en een efficiënt gebruik van financiële middelen. Opdat deze doelstellingen behaald zullen worden, dienen op verschillende niveaus, o.a. preventie, vroegdetectie, vroeginterventie (en zelfzorg), gespecialiseerde zorg en continuïteit van zorg, inspanningen geleverd te worden¹². Daarbij dient ook rekening gehouden te worden met cohorteffecten, socio-economische determinanten en de problematiek van langdurige arbeidsongeschiktheid en schooluitval. Om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen, en om mensen met geestelijke gezondheidsproblemen tijdig en adequaat hulp te bieden, dient geestelijke gezondheid meer bespreekbaar gemaakt en gedestigmatiseerd te worden, zowel bij de algemene bevolking als bij werkgevers en zorgverleners (preventie en vroegdetectie). Daartoe zijn verschillende mogelijkheden, zoals mediacampagnes, integratie van geestelijke gezondheid en welbevinden in algemene onderwijsprogramma's en in curricula van zorgverleners. Personen met psychische noden en psychiatrische aandoeningen zouden tijdig toegang moeten hebben tot de GGZ, binnen een laagdrempelig en geïntegreerd gemeenschapsgericht aanbod (o.a. huisarts, centra voor geestelijke gezondheidszorg, brede onthaalinitiatieven, mobiele teams, eerstelijns psychologische zorg, psychiater, digitale toepassingen en andere), waar op evidentie

¹² zie ook bijgevoegde schematische weergave

	gebaseerde aanpak wordt aangeboden en dat ook gevoed wordt vanuit multidisciplinair overleg en ondersteuning in de gespecialiseerde GGZ. Bovendien dient de continuïteit tussen de intramurale en extramurale zorg te verbeteren, met gestandaardiseerde behandel- en nazorgplannen die gedeeld worden in een elektronisch patiëntendossier en met begeleiding door casemanagers of zorgcoördinatoren. Ook moet aandacht gegeven worden aan de zorgnood van de patiënt en sociale re-integratie, en dienen patiënten snel en gepast te worden doorverwezen vanuit de 1^{ste} naar de 2^{de} en 3^{de} lijn op basis van duidelijke indicaties, maar ook omgekeerd van 2^{de} naar 1^{ste} lijn. Voor de continuïteit van de zorg is het uitwisselen van informatie en geïntegreerde samenwerking tussen de verschillende niveaus essentieel (ook tussen vroegdetectie en vroeginterventie). Opdat de kwaliteit van de zorg zou verbeteren, is een holistische aanpak belangrijk, waarbij er ook aandacht is voor de somatische problematiek van de patiënt (in elke lijn). Tot slot moeten we erover waken dat de GGZ betalbaar is voor iedereen, en in het bijzonder voor sociaal kwetsbare groepen (o.a. kinderen en jongeren). Overkoepelend is er nood aan kwaliteitsindicatoren (proces- en uitkomstvariabelen) en het verzamelen van minimale klinische gegevens (registratie multidisciplinaire gegevens), zodat men beter kan inschatten wat de noden zijn binnen de GGZ en het beleid kan (bij)sturen. Daarbij kan BelRAI Mental Health een ondersteunende rol spelen, zowel voor de opmaak van een behandel- en nazorgplan, als voor de opvolging van de kwaliteit.
Scope 2022	Binnen de scope van dit project kunnen een aantal concrete initiatieven worden uitgewerkt, die op korte termijn realiseerbaar en effectief kunnen zijn, maar ook passen binnen de beschreven langetermijnvisie. Deze initiatieven zullen binnen de werkgroep verder worden uitgewerkt, enkele concrete voorstellen zijn: - Toegang tot somatische zorg verbeteren voor personen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) door de integratie van de bezoldiging van de huisarts in de teams PZ en PAAZ en/of het wegnemen van de huidige administratieve beperkingen. - Incentiveren van het opstellen van een behandelings- en nazorgplan met patiënten met een psychiatrische aandoening. Het behandel- en nazorgplan dient zowel de psychiatrische als somatische zorg te omvatten conform de internationale richtlijnen en moet elektronisch beschikbaar zijn voor alle betrokken zorgverleners. - Toegankelijkheid van adequate en kwalitatieve zorg voor jongeren met ernstige eetstoornissen verbeteren (in ziekenhuizen) via ambulante multidisciplinaire teams voor eetstoornissen.

Budgettair kader	Toegewezen budget: 5 miljoen EUR.	
Samenstelling WG	1. Vertegenwoordigers van zorgverleners	
	Met AOC	Zonder AOC
	• Artsen – psychiaters (NCAZ) • (psychiatrische) Ziekenhuizen • Apothekers • Psychologen/orthopedagogen (TOC GGZ)	• (Psychiatrisch) verpleegkundigen, • (<i>Diëtisten=> indien uitwerking mini-multidisciplinaire teams voor eetstoornissen</i>)
	2. Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen (incl. CAD)	
	3. Vertegenwoordigers van (generieke of specifieke) patiëntenverenigingen - Patiëntenverenigingen (binnen de GGZ)	
	4. Benodigde wetenschappelijke experten (uit andere gezondheids-administraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ...) - Artsen uit wetenschappelijke verenigingen in GGZ: Vlaamse vereniging voor psychiatrie (VVP) en Franstalige tegenhanger - KCE - (<i>Eetexperten => indien uitwerking mini-multidisciplinaire teams voor eetstoornissen</i>)	
Meer details	• Nota CGV_2022_043 (wetenschappelijk rapport meerjarige begrotingsdoelstelling, hoofdstuk 7), • nota CGV_2021_239 (bijlage 3, Organisatie en financiering van ambulante psychologische zorg in de eerste lijn vanuit een public mental health perspectief), • KCE rapport 318B, 338A, 265A	



Bijlage 6: Project 6

Project-titel	6. Reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een <u>betere pulmonaire revalidatie</u> en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren
Project-referentie	Dit thema komt aan bod in de fiches MAC-038a, MAC-038b, MAC-038c en MAC-038d. In de fiches MAC-015c en MAC-019 is sprake van andere maatregelen voor (ongeveer) dezelfde doelgroep die ook zouden kunnen bijdragen tot het realiseren van de doelstellingen.
Lange termijn visie project	De beoogde betere pluridisciplinaire pulmonaire revalidatie voor (vooral, maar niet uitsluitend) patiënten die aan een ernstige vorm van COPD lijden en die frequent worden gehospitaliseerd omwille van hun COPD (cf. de fiches MAC-038), kadert in een globale betere aanpak voor de preventie, vroegdetectie en behandeling van COPD. Voor deze globale betere aanpak is een stepped care model aangewezen, met een rol voor de huisarts, arts-specialist in de pneumologie, apotheker, kinesitherapeut, en tabakoloog. Voor de patiënten die (vooral) aan een ernstige vorm van COPD lijden en die frequent worden gehospitaliseerd, is het ter zake zeker noodzakelijk een meer intensieve en (geografisch) beter toegankelijke ambulante pluridisciplinaire revalidatie uit te bouwen onder toezicht van pneumologen met een bijkomende erkenning als revalidatiearts (cf. de fiches MAC-038). Er zal moeten onderzocht worden in welke mate ook telemonitoring en ademhalingsondersteuning thuis voor sommige patiënten kunnen bijdragen tot betere therapietrouw en betere behandelingsresultaten en zo tot een verhoging van de functionele mogelijkheden van deze patiënten, een verbetering van hun levenskwaliteit en het vermijden van hospitalisaties (cf. de fiches MAC-015c en MAC-019).
Scope 2022	Het uitbouwen van een betere pluridisciplinaire pulmonaire revalidatie die voldoende geografisch toegankelijk is voor (vooral) ambulante COPD-patiënten, onder toezicht van een pneumoloog met een bijkomende erkenning als revalidatiearts. Het transversaal begrotingsinitiatief dat de Algemene Raad op voorstel van het Verzekeringscomité heeft goedgekeurd, en dat gebaseerd is op de fiches MAC-038 zet hier duidelijk op in. Voor de beoogde doelgroep van (vooral) patiënten die aan een zeer ernstige vorm van COPD lijden en die daarom momenteel frequent worden gehospitaliseerd, volstaat een monodisciplinaire kinesitherapeutische behandeling zeker niet. Naast lichaamsbeweging (betrokkenheid van kinesitherapeut) omvat de geïntegreerde behandeling van deze patiënten zeker ook tussenkomsten van een diëtist (voedingsadvies), psychologische begeleiding (o.m. aanpak van

	de angst om te bewegen en de sociale isolatie die daarvan het gevolg kan zijn + motivatie voor een aangepaste levensstijl en rookstop), en eventueel tussenkomsten van een maatschappelijk werker en ergotherapeut. Deze geïntegreerde behandeling moet permanent worden opgevolgd door een pneumoloog met een bijkomende erkenning als revalidatiearts, omdat alleen deze arts de respiratoire toestand van de patiënt en de effecten van de behandeling met medicatie en eventueel met zuurstoftherapie permanent kan evalueren, teneinde deze behandelingen en het revalidatieprogramma - indien nodig - ten allen tijde te kunnen bijsturen.				
Budgettair kader	Een toegewezen budget van 5.000.000 € is voorzien voor dit project.				
Samenstelling WG	1. Vertegenwoordigers van zorgverleners <table border="1"> <thead> <tr> <th>Met AOC</th><th>Zonder AOC</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> • Artsen (NCAZ) • Ziekenhuizen • Kinesitherapeuten </td><td> • Diëtisten • Psychologen • Ergotherapeuten </td></tr> </tbody> </table> 2. Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen inclusief het College van artsen-directeurs (dat de huidige overeenkomst inzake pulmonaire revalidatie met 4 ziekenhuizen heeft uitgewerkt en opvolgt) 3. Vertegenwoordigers van (generieke of specifieke) patiëntenverenigingen 4. Benodigde wetenschappelijke experten (uit andere gezondheids-administraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ...) • pneumologen met een bijkomende erkenning als revalidatiearts, als vertegenwoordigers van de artsen-specialisten die in de toekomst verantwoordelijk zullen zijn voor de pulmonaire revalidatie. Ter zake zal aan de wetenschappelijke vereniging (de Belgian Respiratory Society) worden gevraagd om een delegatie samen te stellen. • de 4 ziekenhuizen waarmee die overeenkomst momenteel is gesloten (CHU de Liège, Hôpital de Libramont – Vivalia, UZ Gent, UZ Leuven).	Met AOC	Zonder AOC	• Artsen (NCAZ) • Ziekenhuizen • Kinesitherapeuten	• Diëtisten • Psychologen • Ergotherapeuten
Met AOC	Zonder AOC				
• Artsen (NCAZ) • Ziekenhuizen • Kinesitherapeuten	• Diëtisten • Psychologen • Ergotherapeuten				
Meer details	Cf. de fiches MAC-038a, MAC-038b, MAC-038c en MAC-038d en de fiches MAC-015c en MAC-019.				

Bijlage 7: Project 7a

Project-titel	7a. Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie eerstelijns: Post-COVID	
Project-referentie		
Lange termijn visie project	De visie beoogt, in termen van gezondheidszorgdoelstellingen, het verhogen van de toegankelijkheid van de zorg voor (post-COVID-) patiënten om tegemoet te komen aan de ondersteuningsnoden en behoeften; en ook zorgen voor continuïteit van zorg en creëren van een zorgnetwerk, multidisciplinair en transversaal in eerstelijns .	
Scope 2022	Implementatie van een zorgpad via een stepped-care model waarbij zorg kan geboden worden o.b.v. de zorgnood in respectievelijk de eerste, tweede of derde lijn. De zorg in eerste lijn wordt begeleid door een eerstelijnscoördinator. Door een vlotte samenwerking tussen de zorglijnen is het de bedoeling dat de therapie steeds optimaal wordt aangepast aan de zorgnood. De huisarts fungeert als eerste aanspreekpunt. Dit zorgpad vereist: - Uitwerken assessment en multidisciplinair overleg in de eerste lijn gecoördineerd door een eerstelijnscoördinator - Vaststellen specifieke noden, niet gedekt via reguliere regelgeving voor kinesithérapie, logopedie, ergotherapie, diëtiëk en psychologie - Vergoeding aanpak specifieke noden en multidisciplinair overleg in eerste lijn - Uitwerken budgettair luik - Opstellen communicatieplan	
Budgettair kader	Toegewezen budget voor de diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie eerstelijns : 13,7mio euro Specifiek voor post-COVID moet dit budget binnen deze enveloppe nog bepaald worden.	
Samenstelling WG	1. Vertegenwoordigers van zorgverleners	
	Met AOC	Zonder AOC
	• Huisartsen en arts-specialisten (NCAZ) • Kinesithérapeuten • Logopedisten	• Ergotherapeuten • Psychologen • Diëtisten
	2. Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen (incl. CAD)	
	3. Vertegenwoordigers van (generieke of specifieke) patiëntenverenigingen	
	4. Benodigde wetenschappelijke experten (uit andere gezondheids-administraties, wetenschappelijke verenigingen, academici, ...) • Universitaire centra • Consortium KU Leuven • Wetenschappelijke vereniging van huisartsen	

	• Patiëntenvereniging Post-COVID • Wetenschappelijke experten: KCE, EBP, Sciensano
<i>Meer details</i>	• Post-Covid-19 - PostCovid19 (fed.be) • Rapport KCE 344A: Behoeften en opvolging van patiënten met langdurige COVID - KCE (fgov.be) • Resolutie 'Langetermijneffecten van COVID-19' De Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers (dekamer.be)

