

## Twaalf pilootprojecten op weg naar meer geïntegreerde zorg

Kim Cierkens, Departement Onderzoek en Ontwikkeling LCM

Met dank aan: Michiel Callens (Departement Onderzoek en Ontwikkeling), Alex Peltier (Departement Gezondheidsbeleid), Naïma Regueras en Jonathan Bouvy (Dienst politiek beleid MCFG), Eline Senesael (Departement Zorg)

### Samenvatting

*Chronische ziekten vormen wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak. In Europa sterft 80% van de bevolking aan een chronische ziekte<sup>1</sup>. Ook in België leeft een vierde van de bevolking met één of meer chronische of langdurige aandoeningen<sup>2</sup>. Ons huidige zorgmodel is niet afgestemd op de uitdagingen die deze chronische ziekten met zich meebrengen.*

*Onder de naam "Integreo"<sup>3</sup> zijn in 2018 twaalf pilootprojecten geïntegreerde zorg in een vierjarig traject rond geïntegreerde zorg<sup>4</sup> gestart. De pilootprojecten streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de bevolking, prioritair van de personen met één of meerdere chronische aandoeningen zodat ze zo goed mogelijk kunnen leven zowel in hun eigen omgeving als in de gemeenschap, en op een actieve manier hun zorgproces kunnen beheren.*

*CM steunt deze pilootprojecten geïntegreerde zorg en werkt er op verschillende niveaus actief aan mee. We zijn ervan overtuigd dat we, als gezondheidsfonds, mee de weg moeten inslaan naar meer geïntegreerde zorg. We willen meebouwen aan een geïntegreerd zorgmodel dat zowel tegemoet komt aan de noden van de steeds groter wordende groep patiënten, als een meerwaarde betekent voor alle burgers. We beseffen dat dit geen eenvoudige oefening is en dat er nog verschillende knelpunten uitgeklaard moeten worden. De pilootprojecten geïntegreerde zorg kunnen volgens ons enkel slagen als er voldoende engagement is van de verschillende actoren op het terrein en van de verschillende overheden.*

***Sleutelwoorden:** chronisch ziekten, geïntegreerde zorg, pilootprojecten geïntegreerde zorg, patient empowerment, equity, principes triple aim*

- 1 European Observatory on Health Systems and Policies (2010) "Tackling chronic disease in Europe. Disease burden and deaths from noncommunicable diseases in the WHO European Region by cause." (2005) - [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf)
- 2 Chronische ziekten worden gedefinieerd als "langdurige aandoeningen met een meestal langzame progressie". Zie ook de definitie van WHO: "Noncommunicable diseases (NCDs), also known as chronic diseases, are not passed from person to person. They are of long duration and generally slow progression. The four main types of noncommunicable diseases are cardiovascular diseases (like heart attacks and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructed pulmonary disease and asthma) and diabetes.", te raadplegen via [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/)
- 3 Meer informatie is terug te vinden op de website van Integreo: <https://www.integreo.be>
- 4 Geïntegreerde zorg wordt gedefinieerd als: "Geïntegreerde gezondheidszorg is gezondheidszorg die beheerd en geleverd wordt op een manier die garandeert dat personen verzorgd worden in een continuüm van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziektemanagement, rehabilitatie en palliatieve zorg, op verschillende niveaus en plaatsen binnen het gezondheidssysteem, en volgens hun behoeften doorheen hun levensloop". Zie ook de definitie van WHO: "Integrated health services: the management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services according to their needs over time and across different levels of the health system." Terug te vinden in: "Integrated health services: what and why", 2008, te raadplegen via [http://www.who.int/healthsystems/service\\_delivery\\_techbrief1.pdf](http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf)

## 1. Inleiding

Ons gezondheidszorgsysteem heeft nood aan veranderingen om performantere antwoorden te bieden op de huidige en toekomstige uitdagingen zoals de toename van het aantal chronisch zieken, de toename van complexe multimorbiditeit en de vergrijzing. De middelen zijn beperkt, terwijl de kosten voor zorg stijgen. Het “Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” (het Plan) wil via integratie in de zorg een antwoord bieden op deze uitdagingen. Dit Plan streeft naar geïntegreerde zorg waarbij de verschillende zorgactoren en -systemen op een gecoördineerde manier samenwerken, op elkaar afgestemd zijn én waar de patiënt centraal staat. Het Plan stelt dat de noodzakelijke veranderingen gerealiseerd moeten worden in nauw overleg met de patiënt, het werkterrein, de belanghebbenden, maar ook met de verschillende beleidsniveaus en overheden. De veranderingen zullen bottom-up groeien via verschillende pilotprojecten geïntegreerde zorg.

Dit jaar zijn twaalf pilotprojecten, verspreid over het land, gestart aan de uitvoeringsfase waarin ze hun actieplannen rond geïntegreerde zorg in de praktijk zullen omzetten. Deze pilotprojecten werden geselecteerd door een jury en sloten een overeenkomst af met het Verzekeringscomité<sup>5</sup>. Hoewel de verschillende pilotprojecten elk hun eigenheid hebben, zijn er toch verschillende raakpunten en overeenkomsten tussen de pilotprojecten en botsen ze op min of meer dezelfde grenzen en knelpunten.

## 2. Plan geïntegreerde zorg<sup>6</sup>

### 2.1. Context

Ons gezondheidszorgsysteem is vandaag onvoldoende aangepast aan het stijgend aantal burgers met één of meerdere chronische aandoeningen. Ons huidig systeem is voornamelijk gericht op acute situaties, het is gefragmenteerd en er is onvoldoende integratie en interactie tussen de verschillende zorgvormen. Het volstaat vandaag niet langer om te reageren op een opstoot van de ziekte en de symptomen, die geleidelijk

ontstaan, te behandelen. Crisissen moeten niet alleen opgelost worden, maar moeten bovenal waar mogelijk vermeden worden.

Gezondheid gaat over meer dan het puur “medische aspect”. Kwalitatieve zorg gaat uit van een holistische benadering. De behoeften van een chronisch zieke zijn immers uiteenlopend: medisch, maar ook psychologisch (behoefte aan informatie, emotionele ondersteuning), sociaal (nood aan hulp bij het dagelijks functioneren, integratie in de samenleving) en spiritueel (zoeken naar een zinvolle dagbesteding en zingeving). Het grootste deel van de personen met een chronische aandoening is in staat om zijn of haar ziekte zelf te beheren (self-management/self-care). Daarentegen hebben zogenaamde hoog-complexe patiënten vaak behoefte aan externe ondersteuning voor de coördinatie van de nodige zorgen (casemanagement), bv. door een mantelzorger, maatschappelijk werker of andere professionele hulpverlener<sup>7</sup>.

### 2.2. Historiek

Laurette Onkelinx, toenmalig minister van Volksgezondheid, gaf in juli 2011 aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de opdracht om samen met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV een “position paper”<sup>8</sup> op te stellen over de toekomstige organisatie van de zorg voor chronisch zieken. Deze KCE position paper werd eind 2012 gepubliceerd. Om de aanbevelingen vanwege het KCE te concretiseren, werden in 2013, door een werkgroep van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, ideeën voor concrete acties uitgewerkt in een Oriëntatienota<sup>9</sup>. Eind maart 2015 werd door deze Interministeriële Conferentie een “Gemeenschappelijke verklaring over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken” goedgekeurd die de basis vormt voor de samenwerking tussen de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid in het kader van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. In uitwerking van deze verklaring kwam er in oktober 2015 een “Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid”<sup>10</sup>.

Dit Plan wil nieuwe zorgmodellen ontwikkelen, om zo te komen tot geïntegreerde zorg voor chronisch zieken waarbij de patiënt met zijn behoeften en capaciteiten centraal staat. De veranderingen in de zorg zullen via pilotprojecten bottom-up groeien.

5 Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging (Verzekeringscomité) staat in voor de taken die nauwer verbonden zijn met de zorgverleners en de geneeskundige verstrekkingen. Het is samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de zorgverleners. Vertegenwoordigers van de sociale partners hebben hierin zitting met adviserende stem.

6 Voor meer informatie, zie ook: Michèle Morel, Het plan chronisch zieken: geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid?, CM-Informatie 266, december 2016.

7 Zie [http://www.opimec.org/media/files/BOOK\\_OPIMEC\\_100818.pdf](http://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf)

8 KCE position paper “Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België” (2012): [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_190A\\_organisatie\\_zorg\\_chronisch\\_zieken\\_Position%20Paper\\_0\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0_0.pdf)

9 Oriëntatienota “Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België” (2013): <https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/orientatienota.pdf>

10 Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid (2015): [https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan\\_nl.pdf](https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_nl.pdf)

## 2.3. Principles

### 2.3.1. Triple aim, jobtevredenheid en equity

De missie van het Plan geïntegreerde zorg is streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de bevolking en prioritair die van personen met één of meerdere chronische aandoeningen. Het Plan vertrekt van het **Triple Aim principle** als globale doelstelling:

- de gezondheid van de bevolking in het algemeen verbeteren, en van de chronisch zieken in het bijzonder
- de kwaliteit van chronische zorg verbeteren (op het vlak van toegankelijkheid, evidence-based practice,...) en zo de levenskwaliteit verhogen
- de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg aanbieden met dezelfde middelen: kostenneutraliteit)

Figuur 1: Triple Aim principe<sup>11</sup>



Daarbij moet er ook aandacht zijn voor de zelfredzaamheid van de patiënt, de specifieke gezondheidstoestand en het welzijn van de patiënt en zijn omgeving (people-centered), net als voor **de tevredenheid van de patiënt en van de professionele zorgverleners** over de kwaliteit van de verleende zorg. De belangrijkste toetssteen is de levenskwaliteit van de persoon met een zorgnood. Het beoogde zorgmodel moet ook gericht zijn op **equity** en dus het wegwerken van gezondheidsongelijkheden, met specifieke aandacht voor de financiële toegankelijkheid van zorg en de vermindering van gezondheidsongelijkheden.

### 2.3.2. Geïntegreerde zorg op verschillende niveaus

De zorg, zoals die vandaag georganiseerd is, is vaak te gefragmenteerd. De verschillende zorgvormen zijn niet of onvoldoende op elkaar afgestemd. Het Plan wil evolueren naar meer geïntegreerde zorg op verschillende niveaus. Dit vooreerst op niveau van het **aanbod van zorg**. Er moet onder

meer gestreefd worden naar integratie tussen de eerste en tweede lijn, tussen routinematige zorg en acute episodes en tussen hulp- en zorgverlening en gezondheidszorg. Ten tweede is er integratie nodig op niveau van de patiënt. Een holistische benadering van de patiënt en zijn omgeving is noodzakelijk. Er is nood aan bijvoorbeeld integratie van zowel preventieve als palliatieve zorg, van mantelzorgers in de zorg, maar ook van patiënten- en mantelzorgverenigingen, familieorganisaties en ziekenfondsen in de beleidskeuzes én de organisatie van zorg. Daarnaast is op niveau van de **bevolking** eveneens nood aan integratie van de lokale bevolking en verankering van zorg in de socio-economische omgeving. Tot slot is er ook nood aan integratie op **beleidsniveau**. Het is bijvoorbeeld noodzakelijk dat er synergieën ontstaan tussen het federale beleid en het beleid van de deelstaten alsook dat er samengewerkt wordt met bijvoorbeeld het onderwijsbeleid, het arbeidsbeleid en het beleid rond sociale hulpverlening.

### 2.3.3. Achttien componenten van het Plan

Het Plan geïntegreerde zorg voorziet achttien componenten die het principe van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus moeten concretiseren. De pilootprojecten moeten de eerste veertien componenten implementeren in hun acties op het terrein. De vier laatste componenten behoren eerder tot het beleidsniveau.

De achttien componenten uit het Plan zijn:

1. Patient empowerment
2. Ondersteuning mantelzorgers
3. Casemanagement
4. Werkbehoud, socio-professionele en socio-educatieve reïntegratie
5. Preventie
6. Overleg en coördinatie
7. Extra-, intra- en transmurale zorgcontinuïteit
8. Valorisatie van ervaring van patiëntenorganisaties, familieorganisaties en ziekenfondsen
9. Geïntegreerd patiëntendossier
10. Multidisciplinaire guidelines
11. Ontwikkeling van kwaliteitscultuur
12. Aanpassing van financieringssystemen
13. Risicostratificatie bevolking en cartografie omgeving
14. Change management (begeleiding van het veranderingsproces op micro-, meso- en macroniveau, om structurele en culturele veranderingen te verankeren)
15. Opleiding zorgprofessionals in empowerment en multidisciplinaire samenwerking
16. Vervolgopleiding (of continue vorming) geïntegreerde zorg
17. Evaluatie van performantie van systeem
18. Beroepsattractiviteit

<sup>11</sup> Zie: <https://www.hqsc.govt.nz/news-and-events/news/126/>

### 3. Pilotprojecten geïntegreerde zorg

Het Plan gaat uit van het principe dat de veranderingen in de organisatie van zorg bottom-up, vanuit het terrein, moeten groeien via pilotprojecten. De bevoegde overheden wensen zelf geen nieuw zorgmodel op te leggen aan de actoren op het terrein en de patiënten, maar zien zichzelf in een faciliterende en ondersteunende rol om de veranderingen via pilotprojecten tot stand te brengen.

Het doel van deze pilotprojecten is het bedenken, ontwikkelen en uittesten van nieuwe zorgmodellen voor chronische zorg binnen een geografisch afgelijnde regio met respect voor de Triple Aim principes. Concreet moeten de pilotprojecten de veertien hierboven vermelde componenten in de praktijk implementeren. De pilotprojecten zullen hun vernieuwende initiatieven en acties moeten aanbieden aan een specifieke doelgroep, die niet beperkt is tot één voorwaarde (vb. doelgroep is ouder dan 65 jaar) noch gericht is op één specifieke ziekte. De acties moeten bovendien aangepast zijn aan de lokale noden en context. Geïntegreerde zorg kan maar gerealiseerd worden door alle betrokken partners, organisaties en zorgverleners rond de tafel te brengen. De consortia van de pilotprojecten bestaan dan ook uit veel verschillende geëngageerde partners - waaronder zorginstellingen, huisartsen, thuisverpleegkundigen, apothekers, mantelzorgverenigingen, ziekenfondsen - die allen hun steentje willen bijdragen aan de evolutie naar meer geïntegreerde zorg.

De doelstellingen van de pilotprojecten en de voorwaarden rond onder andere de doelgroep, geografische zone, projectpartners, timing en financiering werden vastgelegd in een "Gids voor pilotprojecten"<sup>12</sup>.

#### 3.1. Pilotprojecten in vier fasen

Het Plan voorziet vier fasen voor de ontwikkeling en de uitrol van de pilotprojecten: de voorbereidingsfase, de conceptualisatiefase, de uitvoeringsfase en de uitbreidingsfase. De voorbereidings- en conceptualisatiefase zijn intussen achter de rug. De pilotprojecten bevinden zich momenteel in de uitvoeringsfase. Hierna volgt de uitbreidingsfase met de uitrol van geïntegreerde zorg.

##### 3.1.1. Voorbereidingsfase

De eerste fase was de voorbereidingsfase. Tijdens deze fase dienden de actoren en instellingen die wilden meewerken aan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken

overleg op te starten op lokaal niveau om een dialoog te initiëren met potentieel geïnteresseerde partners om zo samen de grote lijnen uit te tekenen van hun project en een eerste lokaal consortium op te richten. De partners vulden samen een "interesseverklaring" in.

Zo selecteerde het politieke niveau in het voorjaar van 2016 twintig projecten die over gegaan zijn naar de conceptualisatiefase.

##### 3.1.2. Conceptualisatiefase

De twintig geselecteerde projecten hebben in 2017 een locoregionaal actieplan opgesteld waarin ze onder andere de acties en vernieuwende initiatieven beschrijven die ze willen uitvoeren. De CM-ziekenfondsen werkten actief mee aan het opstellen van de regionale actieplannen, zetelden in lokale werkgroepen en waakten zo over de belangen van onze leden.

De actieplannen moeten onder meer gebaseerd zijn op een analyse (stratificatie) van zowel de risico's binnen de bevolking als van de beschikbare middelen in de activiteitenzone van het project. In de actieplannen worden de acties ten aanzien van de doelgroep beschreven waarmee de partners in het project de verschillende componenten voor geïntegreerde zorg willen ontwikkelen. Deze actieplannen vormen de leidraad voor de uitvoering van het project en bevatten onder meer een financieel plan, evenals een timing, een beheersstructuur, de verdeling van de verantwoordelijkheden en een communicatieplan.

In september 2017 dienden finaal negentien kandidaat-pilotprojecten een locoregionaal actieplan in. Er haakten twee projecten af die geselecteerd waren in de voorbereidingsfase en er diende één project een actieplan in zonder dat het de conceptualisatiefase doorlopen had. Het ging over tien projecten uit Vlaanderen, twee projecten uit Brussel, zes projecten uit Wallonië en één project uit Duitstalig België.

Deze plannen werden schriftelijk en mondeling beoordeeld door een jury. De verzekeringsinstellingen waren één van de vier jurygroepen, naast de zorgverleners, de patiëntenverenigingen en de administratie zowel van het RIZIV als van de FOD Volksgezondheid. De jury had als taak na te gaan of de plannen beantwoordden aan de criteria vastgelegd in het Koninklijk Besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilotprojecten voor geïntegreerde zorg ("KB Pilotprojecten geïntegreerde zorg")<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Gids pilotprojecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (2016): <https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/gidspp.pdf>

<sup>13</sup> Koninklijk Besluit van 31 juli 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilotprojecten voor geïntegreerde zorg: [https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/kb\\_geintegreerde\\_zorg.pdf](https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/kb_geintegreerde_zorg.pdf)

De actieplannen van de kandidaat-pilootprojecten moeten voldoen aan verschillende formele en inhoudelijke criteria. De formele criteria zijn onder andere dat de regio van het pilootproject moet bestaan uit aangrenzende gemeenten en voldoende inwoners moet tellen. Ook moeten bijvoorbeeld de verplichte partners voldoende betrokken zijn bij het pilootproject. Deze verplichte partners zijn onder andere de eerstelijnspartners, tweedelijnspartners, partners uit de thuiszorg, de verschillende medische specialismen betrokken bij de zorg voor chronisch zieken, één of meer overlegstructuren met een representatieve vertegenwoordiging in het gebied van het pilootproject en één of meer patiënten-, mantelzorg- of familieverenigingen.

De jury oordeelde dat één project (het project dat de conceptualisatiefase niet doorlopen had) niet voldeed aan deze formele criteria. Dit pilootproject werd verder niet beoordeeld op de inhoudelijke criteria en er vond geen mondelinge verdediging van dit project plaats.

De overige achttien kandidaat-pilootprojecten werden ook op de inhoudelijke criteria beoordeeld en stelden hun project voor aan de jury.

De inhoudelijke criteria spitsen zich onder andere toe op:

- de objectivering van de behoeften en de risico's qua zorgnood en zorggebruik in de regio van het kandidaat pilootproject
- de actieve betrokkenheid van lopende innovatieprojecten die binnen de geografische zone zorg aanbieden aan de doelgroep van het pilootproject (bijvoorbeeld Protocol 3-projecten)
- de actieve betrokkenheid van patiënten-, mantelzorg-, en familieverenigingen en van de ziekenfondsen
- de interne samenhang van het pilootproject
- de innovatiegraad van het project
- het project focust op de noden en doelen van de patiënt in het kader van doelgerichte zorg
- de opname van het volledige zorgspectrum voor de rechthebbenden in de operationele doelgroep van het project, met name van gezondheidsbevordering tot palliatieve zorg, met inbegrip van het waarborgen van de permanentie en continuïteit van de verzorging, ook als sommige zorgaspecten die niet aanwezig zijn binnen de pilootzone worden aangeboden door samenwerkingen met externe partners buiten de pilootzone
- de beschrijving van een meer efficiënte aanwending van middelen en hoe het beheer van de daarmee samenhangende financiële gevolgen tot stand komt
- de beschrijving van de financiële toegankelijkheid tot zorgverlening en de garantie op het vermijden van meerkost voor de rechthebbende

- de beschrijving van de communicatiestrategie naar de bevolking, de doelgroep, de partners en de andere actoren waaruit blijkt dat dit gebeurt op een systematische, regelmatige en interactieve wijze.

Vanuit de verzekeringsinstellingen hechtten we er in de jury bijvoorbeeld belang aan dat er in de projecten voldoende aandacht is voor het bereiken van de meest kwetsbare patiënten, dat de zorg voor iedereen toegankelijk en financieel toegankelijk is, dat alle ziekenfondsen van de regio van het pilootproject bij het pilootproject betrokken zijn en dat het pilootproject inzet op een duidelijke en heldere communicatie met de doelgroep.

In december 2017 besliste het Verzekeringscomité, na advies van de jury dat veertien pilootprojecten<sup>14</sup> aan de criteria voldeden en naar de uitvoeringsfase konden gaan:

- De Brug (Kortrijk), Empact (Roeselare-Ieper), De Koepel (Torhout-Oostende), Zorgzaam Leuven (Leuven), Zorgregio Waasland, zorgcontinuïteit en empowerment (Sint-Niklaas), Zorgregio Tienen-Landen kansarmoede en chronisch zieken een samenspel (Tienen-Landen), Multipathologie en verhoogde kwetsbaarheid in regio Vlaamse Ardennen (Oudenaarde-Zottegem)
- Boost (Brussel)
- Gesundes Ostbelgien (Oost-België)
- Rélian (Luik), 3C4H (Hoei), Chronilux (Luxemburg), Pact (La Louvière-Binche), Résinamur (Namen).

Vier projecten werden niet weerhouden omdat ze niet beantwoordden aan de criteria van het KB pilootprojecten geïntegreerde zorg. Er was bijvoorbeeld onvoldoende betrokkenheid van relevante partners, het project was onvoldoende matuur of de scope van het project was te beperkt.

### 3.1.3. Uitvoeringsfase

Op 1 januari 2018 is de uitvoeringsfase gestart. De uitvoeringsfase duurt vier jaar, dus tot 31 december 2021. De weerhouden pilootprojecten, behalve het project Gesundes Ostbelgien, ondertekenden finaal in het voorjaar 2018 de overeenkomst met het Verzekeringscomité en zitten in de uitvoeringsfase. Dit betekent dat deze projecten hun actieplan zullen uitvoeren. Intussen besliste het pilootproject Vlaamse Ardennen de overeenkomst op te zeggen en uit de uitvoeringsfase te stappen.

Het ondertekenen van de overeenkomst tussen de pilootprojecten het RIZIV verliep niet zonder slag of stoot. Er leven binnen de pilootprojecten verschillende vragen en

<sup>14</sup> Voor meer informatie over de pilootprojecten, zie: <https://www.integreo.be/nl/uw-omgeving>



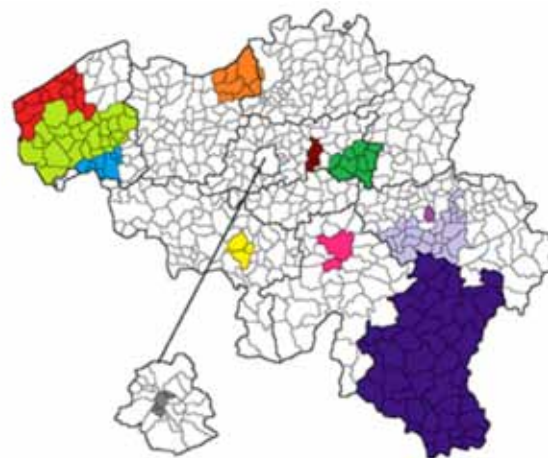
bezorgdheden rond onder andere de beloofde geïntegreerde tool voor gegevensdeling en het geïntegreerd patiëntendossier<sup>15</sup>, de financiering van de pilotprojecten, de kosten waarvoor de efficiëntiewinsten aangewend mogen worden, het aanpassen van de financieringssystemen<sup>16</sup> en de regeluwte en garanties die de federale overheid en de overheden van de deelstaten bieden.

Eén van de voornaamste bezorgdheden van verschillende partners binnen de pilotprojecten draait rond de financiering van de pilotprojecten. De pilotprojecten krijgen van de federale overheid een financiering voor het integratiemanagement en de garantie dat de efficiëntiewinsten die de projecten maken, terugvloeien naar de projecten:

- De financiering van het integratiemanagement bedraagt gedurende de vierjarige uitvoeringsfase 152.520 euro<sup>17</sup> per kalenderjaar. Onder het integratiemanagement wordt “de operationele aansturing binnen een pilotproject die leidt tot de integratie van zorgverlening aan rechthebbenden op niveau van de individuele zorgverlening, van het professionele aanbod, van organisaties binnen het netwerk, en van ondersteunende systemen” verstaan.
- De federale overheid voorziet in een budgetgarantie<sup>18</sup> wat betekent dat de efficiëntiewinsten die de projecten behalen door de zorg op een meer efficiënte wijze te organiseren, terugvloeien naar het pilotproject. Het is de bedoeling dat de innovatieve acties bekostigd kunnen worden met deze efficiëntiewinsten.

Het is voor de projecten heel moeilijk in te schatten welke efficiëntiewinsten zij zullen behalen en welk “budget” zij derhalve hebben om hun innovatieve acties uit te rollen. Het financieel plan is één van de moeilijke punten binnen de pilotprojecten. De verschillende partners investeren op dit moment veel tijd, energie en mankracht in de pilotprojecten en het is onzeker of zij hiervoor een vergoeding zullen kunnen krijgen vanuit de efficiëntiewinsten.

**Figuur 2: Overzicht van de 12 pilotprojecten geïntegreerde zorg:**



#### Brussel

Boost: Bruxelles pentagone, Saint-Gilles, Saint-Josse-ten-Node

#### Wallonië

##### Province du Luxembourg (Chronilux)

Liège, Huy, Waremme (3C4H)

Liège, Seraing (Rélian)

Namur, Profondeville (Résinamur)

La Louvière, Morlanwelz, Binche (Pact)

#### Vlaanderen

Tienen, Landen, Boutersem, Geetbets, Glabbeek, Hoegaarden, Kortenaeken, Linter, Zoutleeuw (Zorgregio Tienen-Landen kansarmoede en chronisch zieken een samenspel)

Leuven, Heverlee, Korbeek-Lo, Wilsele, Wijgmaal, Kessel-Lo (Zorgzaam Leuven)

Sint-Niklaas, Beveren, Kruibeke, Temse, Sint-Gillis-Waas (Zorgregio Waasland, zorgcontinuïteit en empowerment)

Kortrijk, Kuurne, Harelbeke, Menin, Wervik, Weverlgem (De Brug)

Poperinge, Ieper, Midden-West-Vlaanderen, Diksmuide, Roeselare-Izegem (Empact)

Torhout, Oostende, Veurne (De Koepel)

- 15 Component 9 van het Plan geïntegreerde zorg stelt: Het “multidisciplinaire patiënten dossier” van een patiënt is in feite een applicatie die relevante gegevens ontsluit. Het is een kijkvenster, al dan niet met schrijfrechten, dat toegang geeft tot de gepubliceerde gegevens uit de diverse EPD's (elektronisch patiënt dossier) van meerdere groepen van zorgverleners. Dit maakt het delen van gegevens tussen zorgverleners die te maken hebben met geïntegreerde zorg voor chronisch zieken mogelijk; de informatie die op elk moment beschikbaar is, laat een betere behoefteanalyse toe van de patiënt, in het bijzonder in complexe situaties; het betreft hier een complementaire samenwerking met het geheel van initiatieven en ontwikkelingen op het gebied van e-gezondheid, waarbij beroep gedaan wordt op bestaande diensten, gegevensbanken of dossiers om van daaruit een platform aan te bieden voor informatiebeheer dat gemeenschappelijk is voor alle zorg- en hulpverleners rond de patiënt (zie ook actiepunt 6 van het Actieplan e-Gezondheid 2.0).
- 16 Component 12 van het Plan geïntegreerde zorg stelt: Aanpassing van de financieringssystemen: een financiering die gebaseerd is op verstrekkingen uit een nomenclatuur veroorzaakt beperkingen in de implementatiemogelijkheden voor geïntegreerde zorg (multidisciplinair, op maat en gericht op de bio-psycho-sociale noden van de chronische zieke en zijn omgeving); een systeem dat meer gebaseerd is op ‘bundled payment’ voor een groep van prestaties creëert hiervoor meer mogelijkheden; om nieuwe modellen te testen in het kader van pilotprojecten en in overeenstemming met ‘Triple Aim’, zullen de huidige financiële middelen ter beschikking gesteld worden van de pilotprojecten met een maximale flexibiliteit voor hun aanwending, op voorwaarde van toelating door de respectievelijke bevoegde autoriteiten; dit betreft zowel de financiering van gezondheidszorg als de financiering van structuren voor hulp en ondersteuning.
- 17 Vanaf 2019 worden de bedragen op 1 januari van elk jaar geïndexeerd volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
- 18 Tijdens de looptijd van de overeenkomst waarborgt het RIZIV dat het pilotproject de middelen ontvangt die bepaald worden op basis van de verwachte kost en de reële kost. De berekening van de budgetgarantie wordt geregeld in art. 17 ev. van het KB pilotprojecten geïntegreerde zorg.

### 3.1.4. Uitbreidingsfase

Het Plan “geïntegreerde zorg voor chronische zieken” stopt niet na de uitvoeringsfase in 2021. Het is belangrijk dat succesvolle veranderingen behouden blijven en verankerd worden in het gezondheidszorgsysteem, zowel structureel als cultureel. Er wordt beoogd dat na vier jaar pilootprojecten en een uitgebreide evaluatie (transversaal en per project) de “best practices” en positieve veranderingen (processen, resultaten,...) geïdentificeerd zullen kunnen worden en er zicht zal zijn op de factoren voor succes of oorzaken van mislukking. Bedoeling is dat hierna wat goed loopt, geconsolideerd wordt, wat nog verder ontwikkeld moet worden, verder uitgediept wordt en wat niet werkt, stop gezet wordt.

### 3.2. Gelijkenissen tussen de pilootprojecten

De twaalf pilootprojecten hebben enerzijds elk hun eigenheid zowel op gebied van doelpubliek als op gebied van acties die ze willen uitvoeren. Anderzijds hebben de pilootprojecten ook veel raakvlakken. Dit is logisch aangezien ze hetzelfde doel voor ogen hebben: de zorg voor chronisch zieken en de zorg in hun regio in het algemeen verbeteren door onder meer de verschillende soorten zorg die patiënten nodig hebben, beter op elkaar af te stemmen en in te zetten op preventie om het ziektestadium te voorkomen.

Zo wil elk pilootproject werken aan een betere communicatie en samenwerking tussen de verschillende partners en zorgverleners op het terrein alsook een betere communicatie tot stand brengen met de patiënt, zijn mantelzorger en omgeving. Goede communicatie is niet alleen noodzakelijk om de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen, maar is ook een belangrijke voorwaarde om de zorg efficiënt te kunnen organiseren. Alle pilootprojecten schenken ook aandacht aan de integratie van de sociale dimensie in de zorg door bijvoorbeeld acties te ontwikkelen om eenzaamheid tegen te gaan en deelname aan de samenleving te bevorderen. De projecten willen onnodige ziekenhuisopnames vermijden door bijvoorbeeld alternatieven te voorzien in geval van crisissituaties. Ze willen ook ziekenhuisopnames inkorten door in te zetten op alternatieve zorgvormen en thuiszorg. De projecten hebben eveneens aandacht voor het gebruik van geneesmiddelen en zetten in op bijvoorbeeld medicatie-review. De projecten willen ook allemaal synergieën tot stand brengen tussen de reeds bestaande initiatieven in hun regio, deze samenbrengen en verbeteren door vernieuwende initiatieven.

### 3.3. Stand van zaken pilootprojecten<sup>19</sup>

De partners binnen de pilootprojecten zijn momenteel bezig met het verder uitwerken van hun “governance”-structuur, verschillende pilootprojecten richten een VZW op. De partners binnen de pilootprojecten zijn volop afspraken aan het maken over hoe zij de patiënten/burgers in de regio van het pilootproject zullen informeren over het pilootproject en zullen includeren in het project. Inclusie kan pas wanneer de patiënt/burger zijn toestemming hiervoor geeft. De projecten denken eveneens na hoe ze de verschillende acties en innovatieve initiatieven uit het actieplan kunnen uitvoeren. Kortom het actieplan op papier wordt momenteel omgezet naar een actieplan in de praktijk op het terrein.

## 4. CM en de pilootprojecten

We volgen vanuit LCM de werkgroepen en overlegmomenten binnen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid,... actief op. Zo nam LCM in maart 2017 het initiatief om samen met enkele andere koepelorganisaties aan te dringen op een overleg met het RIZIV en de FOD Volksgezondheid om de koepelorganisaties beter te informeren over de stand van zaken van de projecten geïntegreerde zorg.

We zijn er van overtuigd dat een goede intermutualistische samenwerking noodzakelijk is om onze meerwaarde als ziekenfonds te kunnen aantonen en onze rol ten volle te kunnen opnemen. LCM nam daardoor eveneens de lead voor intermutualistisch overleg over verschillende topics. Zo was er intermutualistisch overleg over een intermutualistisch basispakket van diensten die de ziekenfondsen kunnen aanbieden aan de projecten, zorgverstrekkers en leden. Er was ook intermutualistisch overleg over het opstellen van bedenkingen voor de permanente werkgroep geïntegreerde zorg binnen het RIZIV voor wat betreft de ontwerpovereenkomst die de pilootprojecten afsluiten met het Verzekeringscomité. We hebben er bijvoorbeeld op gehamerd dat het belangrijk is dat de patiënt altijd een schriftelijk bewijsstuk krijgt, ook wanneer er enkel niet-vergoedbare verstrekkingen aangerekend worden. Daarnaast hebben we ervoor gezorgd dat de verzekeringsinstellingen een kopie krijgen van de informatie op dit bewijsstuk. Ten slotte blijven we er intermutualistisch op hameren dat de eventuele efficiëntiewinsten gebruikt moeten worden in het voordeel van de zorg voor de patiënt.

<sup>19</sup> Stand van zaken in oktober 2018.

De regionale CM-ziekenfondsen zijn actief betrokken bij de pilootprojecten. Ook hier wordt gestreefd naar een maximale intermutualistische samenwerking. De regionale ziekenfondsen werken onder andere mee aan de uitwerking van de governance structuur en nemen hun rol op bij het uitwerken van de acties.

CM investeert veel tijd in de pilootprojecten zonder dat hiervoor extra middelen voorzien zijn. De evolutie naar geïntegreerde zorg kadert in de richting die CM wil uitgaan als gezondheidsfonds en ook in het brede kader van de positieve gezondheid<sup>20</sup>. CM is dan ook van oordeel dat de ziekenfondsen op verschillende vlakken een belangrijke rol kunnen spelen in de pilootprojecten, zoals belangenbehartiging van chronisch zieken, data-ondersteuning ook via het IMA, onze rol inzake informatie, health literacy, coaching van de leden, patient empowerment en het opnemen van casemanagement via de diensten maatschappelijk werk. Veel van deze rollen zijn ook opgenomen in het Pact dat Minister De Block met de Verzekeringsinstellingen afgesloten heeft<sup>21</sup>.

Zoals hoger aangehaald is het belangrijk dat de pilootprojecten uitgaan van een holistische visie op zorg. Er mag niet alleen aandacht zijn voor het zuiver medische aspect. Ook het psychologische, sociale en spirituele aspect mogen niet uit het oog verloren worden. Hiervoor zijn niet alleen gespecialiseerde geneeskundige diensten nodig, maar moet de chronische zieke ook op de hoogte zijn van bijvoorbeeld:

- de ondersteuning waarop hij een beroep kan doen: informatie omtrent de wijze waarop hij kan omgaan met zijn ziekte (preventie, aangepaste levensstijl, zelfzorg)
- de mogelijkheden qua ondersteuning zoals thuishulp, hulp om zich te verplaatsen, mantelzorg, tegemoetkomingen
- de mogelijkheden voor een volwaardige dagbesteding: school, werk, sociale activiteiten, ...

Op al deze gebieden kunnen we als gezondheidsfonds een rol spelen.

## 5. Uitdagingen

CM blijft de evolutie naar meer geïntegreerde zorg ten volle ondersteunen en is ervan overtuigd dat geïntegreerde zorg dé weg is die we moeten inslaan bij het hertekenen van de organisatie van de gezondheidszorg. De ziekenfondsen hebben een belangrijke rol te spelen in de pilootprojecten en zijn dan ook een actieve partner in de verschillende projecten. CM streeft hierbij naar een maximale intermutualistische samenwerking.

We kunnen echter niet blind zijn voor de grote uitdagingen waar de pilootprojecten voor staan. Er wordt veel verwacht van de pilootprojecten. De zorg herorganiseren is geen gemakkelijke oefening en vraagt inzet en investeringen op veel verschillende terreinen, terzelfdertijd. De complexiteit van dit proces kan niet worden onderschat. De pilootprojecten kunnen pas slagen mits een grote inzet van alle betrokken partners en zorgverstrekkers op het terrein. Het is belangrijk dat alle partners gemotiveerd blijven. Ook de financiering blijft een heikel punt. De middelen zijn beperkt. Nieuwe acties kunnen pas opgestart worden mits investeringen van de partners of het gebruik van efficiëntiewinsten. De overheid zou ook dringend werk moeten maken van het beloofde geïntegreerd patiëntendossier (negende component van het Plan geïntegreerde zorg). Ook wat de aanpassing van financieringssystemen betreft, is er nog werk aan de winkel (twaalfde component van het Plan geïntegreerde zorg) en de weg naar de gebundelde financiering is nog lang. Geïntegreerde zorg is bovendien enkel mogelijk als er ook vanuit de bevoegde overheden voldoende wil is tot overleg en afstemming en dit over deze legislatuur heen.

CM staat achter het hele project geïntegreerde zorg en wil er graag verder mee in investeren. Desalniettemin zullen er nog verschillende vragen op korte termijn uitgeklaard moeten worden, willen de pilootprojecten er in kunnen slagen om werkelijk een paradigmashift binnen de chronische zorg te verwezenlijken. De evolutie naar meer geïntegreerde zorg is complex en mag niet onderschat worden. Tegelijkertijd is het een noodzakelijke en boeiende uitdaging en mogen we deze boot richting meer geïntegreerde zorg niet missen.

<sup>20</sup> Zie ook: <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/belgie-klaar-voor-positieve-gezondheid> en <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/belgie-klaar-voor-positieve-gezondheid>

<sup>21</sup> Voor meer informatie, zie ook Sigrid Vancorenland, Ziekenfondspact bevestigt en versterkt de rol van de ziekenfondsen, CM-Informatie 268, juni 2017.