



DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Conceptnota

Betreft: De Vlaamse revalidatie: op weg naar een gestroomlijnd, geïntegreerd Vlaams revalidatiebeleid.

1. Situering
2. Missie in het kader van het Vlaams revalidatiebeleid
3. Wat is de Vlaamse revalidatie?
4. Beleidskeuzes:
 - 4.1. We nemen Vlaamse revalidatie op in de Vlaamse Sociale Bescherming
 - 4.2. We kiezen voor BelRAI als zorgzwaarte inschaling
 - 4.3. We kiezen voor een financiering die kwaliteit en performantie favoriseert met garantie op financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker
 - 4.4. We kiezen voor een performant en kwalitatief model
 - 4.5. We stemmen het zorgaanbod af op de zorgvraag
 - 4.6. We organiseren het zorgaanbod op getrapte wijze
 - 4.7. We kiezen voor een patient centred, geïntegreerd beleid met de belendende sectoren
 - 4.8. We kiezen voor een globaal gestroomlijnd Vlaams revalidatiebeleid
5. Voorstel van beslissing

Voorwoord:

Revalidatie is een materie die zowel tot de bevoegdheid van de Vlaamse als de federale overheid behoort. De nota is niet behandeld op IMC niveau. Deze conceptnota verwoordt uitsluitend de inzichten van de Vlaamse Regering binnen haar bevoegdheden. Er wordt benadrukt dat de strikte aflijning tussen de federale bevoegdheid en de Vlaamse Gemeenschap dient te worden gerespecteerd. Het overleg met de federale overheid over de inhoud van deze nota wordt verdergezet.

1. Situering

Het belang van **revalidatie** neemt in sterke mate toe onder meer door de evolutie van de geneeskunde, de toename van chronische aandoeningen en co-morbiditeit en de vergrijzing van de bevolking. De sector heeft geen gelijke tred kunnen houden met deze trend, m.a.w. een sterk revalidatiebeleid is absoluut nodig.

Door de zesde staatshervorming is sinds 1 juli 2014 Vlaanderen organiek en financieel bevoegd voor een nieuwe dimensie van zorg: de **longterm care revalidatie**.¹ Voor het regeerakkoord had men grote moeite met een correcte beschrijving van longterm care revalidatie. Daarom is er gekozen voor een combinatie van een definitie en een opsomming van voorzieningen (zie de tabellen 1 en 2). In deze conceptnota benoemen we deze revalidatie evenwel als de Vlaamse revalidatie. Er bestaat immers geen goede correcte Nederlandse term die exact de juiste inhoudelijke weergave geeft. Zowel de zorg als de termijn zijn belangrijk in deze vorm, alsook de actieve rol van de betrokken persoon. **Hierbij willen we benadrukken dat de term Vlaamse revalidatie een inhoudelijke term is die duidt op revalidatie als een deel van de zorg² die intersectoraal van toepassing kan zijn.** Daarvoor zijn de revalidatievoorzieningen te gedifferentieerd, te verschillend, gericht naar verschillende doelgroepen en verspreid over verschillende sectoren. Daarenboven nemen sommige voorzieningen andere zorg op dan enkel longterm care revalidatie, zoals diagnostiek, crisisopvang, ... Concreet ambiëren we dus geen allesomvattend decreet rond de Vlaamse revalidatie. De visie op geïntegreerde zorg staat immers centraal. We wensen absoluut geen sectorale visie met deze conceptnota te initiëren. De revalidatievoorzieningen die GGZ- revalidatie aanbieden vallen onder het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod. Dit impliceert bv. dat zij als netwerkpartner moeten participeren aan de netwerken geestelijke gezondheid en dat de revalidatie vanuit GGZ-revalidatievoorzieningen zal moeten aansluiten bij de functies diagnostiek, behandeling of rehabilitatie van dit decreet. We vinden het evenwel essentieel dat bij de invulling van deze functies vertrokken wordt vanuit een coherente visie en basiskenmerken afgestemd worden met de andere revalidatievoorzieningen die revalidatie aanbieden en die niet onder dit decreet vallen en

¹ Longterm care revalidatie: Er bestaat geen goede correcte Nederlandse term die exact de juiste inhoudelijke weergave geeft, zowel de zorg als de termijn zijn belangrijk in deze vorm alsook de term revalidatie die duidt op een actieve rol van de betrokken persoon en zijn beiden nooit vermeld in alternatieve termen. We kiezen voor de term Vlaamse revalidatie.

² Zorg volgens de definitie van het overnamedecreet dd 6/7/2018: zorg, ondersteuning en revalidatie inbegrepen.

eventueel gevat worden door een ander of bijkomend decreet. Wat financiering betreft wordt de Vlaamse revalidatie voorlopig gefinancierd op basis van het overnamedecreet van 6/07/2018 en nadien op basis van het VSB decreet zoals ook de andere voorzieningen die gevat zijn door het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod.

De Vlaamse revalidatie wordt in het regeerakkoord long term care revalidatie genoemd en als volgt beschreven: « *de niet acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt, ongeacht de instelling waar deze zorgen worden verstrekt in het kader van de interactie ouders-kinderen, in het kader van mentale, sensoriele, verslavings-, stem- en spraakstoornissen, voor hersen verlamden, in het kader van kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen, evenals de niet-acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt wat betreft motorische stoornissen buiten algemene en universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen waar tegelijkertijd chirurgische en geneeskundige verstrekkingen verricht worden exclusief voor kinderen of voor de behandeling van tumoren.* »

1.1. Revalidatieovereenkomsten

Nummer centrum	Aantal centra in Vlaanderen	Revalidatieovereenkomsten
7.71	3	Neuro locomotorische stoornissen
7.72	13	Volwassen psychiatrische patiënten
7.73	13	Centra voor verslaafdenzorg
7.74.5	2	Stoornissen van de interactie ouders/kind
7.74	3	Psychiatrische stoornissen kinderen
7.74.6	4	Referentiecentra - autisme
9.53 - 9.65	50	Centra voor ambulante Revalidatie
9.69	4	Ernstige visuele stoornissen
7.76.5	1	Kinderen met respiratoire aandoeningen neurologische aandoeningen Pulderbos
7.90	73	Rolstoel Advies Teams
7.74	2	Ernstig autisme, outreach + hospitalisatie
7.76.7	2	Respijtzorg

Tabel 1: overgehevelde revalidatieovereenkomsten naar Vlaanderen.

Concreet gaat het over 12 groepen van revalidatievoorzieningen³. In elke groep van revalidatievoorzieningen kunnen ze grondig van elkaar verschillen, vaak omwille van historische redenen (voor meer details zie bijlage 6) . **In het algemeen gaat het in deze sector over een relatief laag aantal revalidanten, maar zijn de loonkosten relatief hoog door de intensieve workload omdat deze gespecialiseerde zorg voornamelijk maatwerk is en wordt uitgevoerd door hoogopgeleid personeel.**

Het geheel van de Vlaamse revalidatievoorzieningen wordt ingedeeld in twee groepen, namelijk voorzieningen waar de revalidatie zich voornamelijk toelegt op de fysieke revalidatie en de voorzieningen waar de revalidatie zich voornamelijk toelegt op de cognitieve, psychologische, en psychosociale revalidatie ook wel geestelijk gezondheidszorgrevalidatie of GGZ-revalidatie genoemd.

³ Revalidatievoorziening = een voorziening met een revalidatieovereenkomst met de Vlaamse overheid (def volgens het overnamedecreet van 6/7/2018)

Bij de eerste groep horen de revalidatieziekenhuizen (zie tabel 2) en de revalidatieovereenkomsten Pulderbos en de vier visuele centra.

Bij de tweede groep horen alle andere revalidatieovereenkomsten. Verder in deze conceptnota zal blijken dat een aantal voorzieningen niet thuishoren in wat hier als revalidatie wordt aanzien.

Over deze revalidatieovereenkomsten heeft Vlaanderen volledige bevoegdheid d.w.z. zowel de programmatie, erkenning, normering, inhoudelijke invulling, enz.

1.2. Revalidatieziekenhuizen

Tabel 2: de revalidatieziekenhuizen

revalidatieziekenhuis	Aantal bedden	Type revalidatie
Revalidatieziekenhuis Inkendaal	178 sp	Locomotorisch, cardio/pulmonair, neurologisch
Revarte	142 sp- en 52 G	Locomotorisch/neurologisch
BZIO (bundeling zorginitiatieven Oostende)	125 sp	locomotorisch
KEI Koningin Elisabeth Instituut	130 sp + 35 psycho geriatrie	Locomotorisch Cardio/pulmonair Neurologisch psychogeriatric
Nationaal MS-centrum Melsbroek	120 sp	
Revalidatie en MS-centrum Overpelt	120 sp	neurologisch
De Dennen	38 sp-psycho-geriatric	Psycho geriatrie
Provinciaal zorgcentrum Lemberge	63 sp	Sp chronisch
Totaal	892 sp , 73 psycho geriatrie, 52 Geriatric bedden	

De bevoegdheden van de federale overheid en Vlaanderen in de ziekenhuiswereld zijn verweven met elkaar. Door de 6^e staatshervorming behoort het BFM van deze 8 revalidatieziekenhuizen⁴ tot de Vlaamse bevoegdheid (zie tabel 2). Onder deze 8 revalidatieziekenhuizen zijn er twee revalidatieziekenhuizen waar één van de drie 7.71 Vlaamse revalidatieovereenkomsten (zie tabel 1) is gevestigd. Deze twee revalidatieziekenhuizen worden per definitie beschouwd als revalidatievoorziening voor wat hun 7.71 activiteit betreft. In de acht revalidatieziekenhuizen wordt aan revalidatie gedaan maar ook hier is een grote variatie in doelpubliek en revalidatieaanbod. In de 8 revalidatieziekenhuizen bestaan Sp⁵-bedden, Sp-psychogeriatric en G bedden (zie tabel 2).

Voor deze revalidatieziekenhuizen heeft Vlaanderen geen volledige bevoegdheid over alle activiteit. Er wordt immers federale ziekenhuisnomenclatuur toegepast voor de monodisciplinaire prestaties. Alle revalidatieziekenhuizen hebben naast de 7.71 revalidatieovereenkomsten ook nog enkele revalidatieovereenkomsten die federale bevoegdheid gebleven zijn, zoals v.b. de ademhalingsondersteuning, de neuromusculaire referentie overeenkomst, 9.51 overeenkomst, 9.50

⁴ Revalidatieziekenhuizen = de ziekenhuizen die overgeheveld zijn door de 6^e staatshervorming (def volgens het overnamedecreet 6/7/2018) , een revalidatieziekenhuis die ook een Vlaamse revalidatieovereenkomst hebben zijn m.a.w. ook een revalidatievoorziening.

⁵ Sp = geSPecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie, G= geriatric

overeenkomst, ... We zullen met de federale overheid voor deze federale revalidatieovereenkomsten en de nomenclatuur die in de Vlaamse revalidatieziekenhuizen wordt toegepast in afwachting van een samenwerkingsakkoord een afsprakenkader⁶ maken met de federale overheid. (zie punt 4.8.)

Omgekeerd bestaan ook revalidatieovereenkomsten die volledig Vlaamse bevoegdheid zijn zoals bv. de vroegere 7.90 revalidatieovereenkomsten, omgedoopt tot rolstoeladviesteams (RAT) in de algemene en universitaire ziekenhuizen.

Vlaanderen heeft volledige bevoegdheid wat betreft erkenning en normering van alle Sp-bedden zowel in de algemene, universitaire als de revalidatieziekenhuizen. De programmatie voor alle Sp-bedden is een federale bevoegdheid maar Vlaanderen kan bijkomende planningsvoorwaarden bepalen (concrete invulling). Voor de Sp-diensten in algemene en universitaire ziekenhuizen moet Vlaanderen de organieke basiskennmerken respecteren waarvoor de federale overheid bevoegd is. De financiële weerslag op BFM en Riziv prestaties zijn hierbij belangrijk. De theoretische programmatie voor het Vlaamse gemeenschap bedraagt 3388 bedden.

Het overzicht van Sp-bedden in tabel 3 is exclusief de Sp-psychogeriatric, aangezien deze vallen onder een afzonderlijke programmatie samen met de psychogeriatric in de psychiatrische ziekenhuizen (PZ). Het aantal erkende bedden Sp-psycho-geriatric in de algemene en revalidatieziekenhuizen is momenteel 404 bedden (366 in federale ziekenhuizen in Vlaanderen t.o.v. 73 in Vlaamse ziekenhuizen in Vlaanderen). Samen met de bedden in algemene ziekenhuizen en in PZ zijn er in totaal 908 erkende Sp psychogeriatric bedden terwijl er een programmatie is voor 1499 bedden. Dit betekent nog een ruimte voor erkenning van 591 Sp psychogeriatric.

Sp- bedden	Vlaamse erkenning in federale ziekenhuizen (algemene/ universitaire ziekenhuizen)	Revalidatieziekenhuis (Vlaamse bevoegdheid)	Totaal in Vlaanderen
Locomotorisch	1342	357	1699
Cardiopulmonair	191	45	236
Neurologisch	397	413	810
Chronisch	286	63	349
Palliatief	209	0	209
Psychogeriatric	331	73	404
totaal	2425+ 331	878 + 73	3303 + 404
Zonder vub (uz Brussel)	2403 + 331	878 + 73	3281 + 404

Tabel 3: Sp- bedden in ziekenhuizen onder federale bevoegdheid versus Vlaamse bevoegdheid 2018.

Sinds 25/12/2016 geldt een moratorium voor de Sp bedden. Dit vervalt bij de installatie van een nieuw federaal parlement.

Het versnipperde landschap stelt Vlaanderen met zijn nieuwe bevoegdheden voor de uitdaging om een geïntegreerd en gespecialiseerd revalidatieaanbod in het toekomstige Vlaamse zorglandschap uit te bouwen. Dit houdt niet alleen in te stroomlijnen met het ander Vlaams zorgaanbod, zoals het aanbod voor personen met een Handicap (VAPH), Jeugdzorg, Geestelijke gezondheidszorg, onderwijs, eerste lijn, ... maar ook met het aanbod in de revalidatie dat vanuit de federale overheid wordt voorzien zoals bv de Sp-bedden in de algemene en universitaire ziekenhuizen, de nomenclatuur fysische

⁶ Dit afsprakenkader omvat niet alleen de problematiek van de de prestaties maar ook het statuut van het revalidatieziekenhuis

geneeskunde en revalidatie, de nomenclatuur kinesithérapie, logopedie en ergotherapie, terugbetaling van de eerstelijns psycholoog, etc. Vlaanderen wil het voortouw nemen in de ontwikkeling van een revalidatiebeleid, maar samenwerking tussen de overheden is hierbij noodzakelijk. De uitwerking van het beleid zal mogelijks gefragmenteerd op basis van maatregelen op korte, middellange en lang termijn moeten verlopen omwille van dit zeer divers zorglandschap.

In deze sectoren zijn in 2017 de volgende uitgaven gebeurd:

Sector	Bedrag in €
Revalidatieziekenhuizen (2015)	78.217.000,00
Revalidatievoorzieningen	141.764.763,05
Eindeloopbaan reva	3.355.000,00

Tabel 4: uitgaven Vlaamse revalidatie 2017 (bron gerapporteerde uitgaven RIZIV)

2. Missie in het kader van het Vlaams revalidatie beleid

Op blz. 140 van het Vlaamse regeerakkoord lezen we:

*‘We werken aan een gestroomlijnd Vlaams Revalidatiebeleid, met diversificatie van het revalidatieaanbod en positionering van **de revalidatieovereenkomsten** binnen het revalidatielandschap. Het zorgaanbod moet **behoefte gestuurd** ontwikkeld worden, vertrekkend vanuit de specifieke revalidatiebehoefte van de patiënt’.*

Om deze doelstellingen in de toekomst te realiseren, zal een diversificatie van het revalidatieaanbod gerealiseerd moeten worden met zorg, rekening houdend met de complexiteit en diversiteit van noden en doelstellingen van de revalidatie en dit i.f.v. incidentie en prevalentie van de aandoening. Een positionering van de revalidatievoorziening binnen het revalidatielandschap en in het geheel van het zorglandschap en een geïntegreerd zorgaanbod op ambulante wijze, in dag revalidatie, in een residentiële setting of een revalidatieziekenhuis zijn aangewezen.

Een beleid dat vraag gestuurd is in functie van de revalidant en zijn context, en zich toelegt op goede praktijken, speelt in op bestaande en nieuwe wetenschappelijke evidentie en innovatieve behandelmethodes. Dit houdt ook in dat er ruimte geboden wordt voor zorg vernieuwende initiatieven en dat er mogelijkheden geboden worden voor studies om de ‘evidence’ van nieuwe technieken (zoals bv. Robotica) of behandelmethodes voor de Vlaamse revalidatie aan te tonen om nadien te implementeren in het zorgaanbod.

De Vlaamse holistische benadering van zorg en de nieuwe bevoegdheden over de Vlaamse revalidatie maken een duidelijke visie over revalidatie noodzakelijk, niet alleen inhoudelijk en organisatorisch, maar ook wat financiering betreft.

Met dit nieuwe Vlaamse revalidatiebeleid zet de Vlaamse overheid in op een verbetering van de gezondheid, de levenskwaliteit en de maximale recuperatie van iedereen die kampt met een probleem

waar revalidatie een oplossing biedt. Gezondheid en levenskwaliteit interpreteren we daarbij in een breed perspectief, naar analogie met de definities van de World Health organisation (WHO)⁷.

Het ultieme doel van dit beleid inzake Vlaamse revalidatie wordt samengevat in de volgende missie:

Elke VSB-verzekerde⁸ die een geobjectieerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met garantie op financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.

Deze Vlaamse revalidatie is zoveel mogelijk evidence based of gebaseerd op best practice studies, performant en van een kwalitatief hoog niveau binnen een correct budgettair kader en sluit naadloos aan bij andere vormen van zorgaanbod.

Om deze missie te realiseren maken we de volgende beleidskeuzes⁹:

1° We nemen de Vlaamse revalidatie op in de Vlaams Sociale Bescherming ('elke inwoner van Vlaanderen' – punt 4.1. van deze conceptnota).

2° We kiezen voor BelRAI als zorgzwaarte inschaling ('die een geobjectieerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie' – punt 4.2. van deze conceptnota).

3° We kiezen voor een zorgaanbod afgestemd op de zorgbehoefte door spreiding, netwerken en/of samenwerking, programmatie, normering en erkenning ('op maat, in de redelijke nabijheid, sluit naadloos aan bij andere vormen van zorgaanbod' punt 4.5. van deze conceptnota).

4° We kiezen voor een zorgaanbod op een getrapte wijze georganiseerd ('laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate' punt 4.8. van deze conceptnota).

5° We kiezen voor model zoveel mogelijk gebaseerd op evidentie en bouwen kwaliteitsindicatoren en outcome indicatoren in ('een excellente revalidatie, performant en van een kwalitatief hoog niveau – punt 4.4. van deze conceptnota).

6° We kiezen voor een gemengd financieringsmodel met een persoonsvolgend zorggedeelte en een organisatiegebonden gedeelte met incentives voor kwaliteit en performantie en een

⁷ De WHO definieert gezondheid als 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken'. Levenskwaliteit is voor de WHO 'de inschatting van individuen van hun positie in het leven tegen de achtergrond van de culturele en waardensystemen waarin ze leven, en in relatie tot hun doelstellingen, verwachtingen, normen en bezorgdheden'.

⁸ In principe enkel voor elke VSB verzekerde, uiteraard voorziet men via regularisatie technieken voor inwoners van Vlaanderen alsnog de VSB verzekeraarbaarheid te regulariseren en voor niet- vsb verzekerde Belgen die niet in Vlaanderen wonen, wordt de tegemoetkoming via een regeling met een samenwerkingsakkoord toch verzekerd voor o.a. de Vlaamse revalidatie. Verder worden ook de Europese verordening van 2004/ 884 en de Europese richtlijnen i.v.m. geplande buitenlandse zorgen gerespecteerd.

⁹ letterlijke verwijzing naar de missie telkens tussen haken

gegarandeerde financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker (laagdrempelig, excellente revalidatie, gegarandeerde financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, correct budgettair kader – punt 4.3. van deze conceptnota)¹⁰

7^e We kiezen voor ‘patient centered’ beleid. (Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is, en sluit naadloos aan bij andere vormen van zorgaanbod’ punt 4.7 en 4.8. van deze conceptnota)

3. Wat is de Vlaamse revalidatie?

3.1. Wat is revalidatie in het algemeen?

De referentie definitie van revalidatie is de holistische definitie van de World Health Organisation (WHO).

Revalidatie richt zich op het opheffen of verminderen van stoornissen (impairment), beperkingen (disability¹¹) en handicaps (handicap), met als doel het maatschappelijk functioneren van de revalidant te optimaliseren.

Volgens deze definitie houdt revalidatie voortaan alle maatregelen in die bedoeld zijn om de impact van stoornissen, beperkingen of handicaps¹² te verminderen en een sociale en maatschappelijke integratie mogelijk te maken. Het onderscheid tussen deze drie termen is belangrijk.

Een voorbeeld maakt dit duidelijker. Een timmerman die door een ongeval zijn pink breekt, heeft een letsel (impairment) en kan voor de periode van heling een beperking hebben (disability). Indien hij geen actieve oefeningen met zijn pink doet, zal deze stijf blijven staan. Door de oefeningen (revalidatie) zorgt hij ervoor dat de pink herstelt op een hoger niveau dan de spontane evolutie van de aandoening zou zijn. Op een bepaald moment helpen de oefeningen niet meer, de pink heeft niet zijn volledige beweeglijkheid maar hindert niet bij het werk of andere activiteiten. Hij stopt met de revalidatie. Hij heeft geen handicap, hij kan zijn normale leven hervatten zowel op werkgebied, privé en sociaal terwijl er toch een blijvend letsel is (impairment). Indien hij nu een pianist was zou hij wel een blijvende handicap hebben, hij kan zijn beroep niet meer uitoefenen. Hij heeft een langdurig participatie probleem. Hij heeft een handicap, een arbeidshandicap.

De persoon zelf, maar ook de context en het ruimer functioneren in de maatschappij worden betrokken in de planning en uitvoering van het volledige revalidatiegebeuren. De revalidatie richt zich ook op de gevolgen voor de omgeving. Zo zal bv. kinderrevalidatie zich zowel richten op de ontwikkelingsstimulatie van het kind als op de gevolgen voor het gezin en daardoor een optimale graad van autonomie en maatschappelijke integratie van het kind en gezin nastreven.

¹⁰ In tegenstelling tot de nomenclatuur (prestatiegeneeskunde), die persoonsvolgend is maar zonder incentives voor kwaliteit en outcome

¹¹ Disability wordt vertaald als beperking, ongeschiktheid of onbekwaamheid. In deze nota kiezen we voor beperking. De term personen met een beperking betekent duidelijk niet hetzelfde als personen met een handicap,

¹² Voor een goed begrip van revalidatie en de verschillen tussen stoornis, beperking en handicap zie bijlage 1

De definitie van handicap die het VAPH hanteert, is gebaseerd op ICF-classificatie (International Classification of Functioning, disability and Health) en een bio psychosociaal model en volgt tevens de logica van de definitie van revalidatie van de WHO:

"Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren."

Deze definitie sluit met andere woorden mooi aan bij de internationale begrippen van handicap, disability en impairment. Ondersteuning van personen met een handicap gekenmerkt door langdurige en belangrijke participatieproblemen, wat in de holistische definitie van de WHO ook revalidatie wordt genoemd maakt deel uit van het VAPH maar niet van de Vlaamse revalidatie (zie verder).

3.2. Wat is de Vlaamse revalidatie?

De Vlaamse revalidatie is slechts een **deel van het geheel aan revalidatie**. Het gaat over personen met ernstige complexe stoornissen die belangrijke beperkingen in activiteiten en participatieproblemen met zich mee brengen. Voor de Vlaamse revalidatie is de beperking (disability) de hoofdfocus waarbij ook simultaan wordt gestreefd om het participatieprobleem zo veel mogelijk te reduceren. Bij deze revalidatie wordt gewerkt op tal van functies, activiteiten en participatie, met aandacht voor het samenspel van externe en persoonlijke factoren die een goede evolutie kunnen bevorderen of in de weg staan. Door het herstel van de (verstoorde) interactie met de omgeving en door het bereiken van een optimale graad van autonomie in gewone leefsituaties, verhoogt de participatie in het dagelijks leven en levert de multi/interdisciplinaire Vlaamse revalidatie een belangrijke bijdrage aan de levenskwaliteit.

Indien de situatie evolueert tot een hoofdzakelijk blijvend participatieprobleem, stopt de Vlaamse revalidatie en noemen we het handicap. In het voorbeeld van de timmerman die verder blijft oefenen om te behouden wat hij heeft, gaat dit niet over disability, maar over het zo klein mogelijk houden van de impact van de handicap. Dit is niet de revalidatie die we in deze conceptnota bedoelen maar wel "onderhoudsbehandeling" of "plateau revalidatie".

De Vlaamse revalidatie is een revalidatie op maat van de patiënt die noodzakelijk interdisciplinair is en deel uitmaakt van een globaal plan van aanpak, zowel in overleg met de nulde lijn, eerste lijn, en andere actoren zoals de algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen (trans disciplinair) uit de tweede en derde lijn. En bovenal is zij langdurig maar eindig.

Het decreet VSB van 19/05/2018 en het overname decreet van 6/07/2018 gaan uit van een holistische visie op zorg. Zorg wordt nl. gedefinieerd als zorg en ondersteuning met inbegrip van revalidatie.

Wat verder volgt in deze conceptnota betreft de Vlaamse revalidatie in het kader van de beperkingen (disability) en maakt maar een klein deel uit van het gehele scala van alle mogelijke vormen van revalidatie volgens de holistische benadering. Vlaanderen is enkel bevoegd voor een beperkt deel van revalidatie. De Vlaamse revalidatie heeft als kenmerken:

- Een multi/interdisciplinaire diagnostiek, dit houdt o.a. in differentiaal diagnostiek, detectie van co-morbiditeit met aandacht voor vroegdetectie en interventie
- Toepassen van multi/interdisciplinaire behandeling met therapeutische doelstellingen tot betere functionaliteit voor de revalidant en voorbereiding, bevordering/stimuleren voor zijn re-integratie/inclusie in de maatschappij
- Langdurig maar beperkt in tijd (eindig, een termijn), eindigt als het maximale resultaat bereikt is.



Uit de definitie van de Vlaamse revalidatie blijkt dat bv. de revalidatieovereenkomsten respitzorg inderdaad geen Vlaamse revalidatie zijn alsook de werking van de 7.90 centra waar de hoofdfocus op participatie ligt. Het bestaan van dit soort centra is absoluut nodig maar de respitzorg hoort onder het toepassingsgebied van het woonzorgdecreet de 7.90 centra horen bij de mobiliteitshulpmiddelen.

Er zijn ook revalidatievoorzieningen die momenteel een gemengde doelgroep hebben, zowel personen met een revalidatiebehoefte als personen met uitsluitend participatieproblematiek we denken hierbij aan de werking van sommige Msocs¹³ en dagcentra voor verslavingszorg en de positie van de arbeidscoaches. Verder onderzoek zal nodig zijn om een goed werking en financiering voor deze centra en/of functie te voorzien.

3.3. Verband met het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod.

Het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod¹⁴ is tevens van toepassing op de revalidatievoorzieningen die behoren tot de groep van psycho en psychosociale revalidatie, ook GGZ-revalidatie genoemd. Bepaalde vormen van herstelgericht werken in de GGZ-voorziening kunnen kaderen in de Vlaamse revalidatie. Deze Vlaamse revalidatie is een klein onderdeel van het herstel¹⁵, namelijk het deel waarbij maximale inspanning van de revalidant en zijn omgeving noodzakelijk zijn om herstel te bekomen. De Vlaamse revalidatie is een actief proces zowel van de zorggebruiker als van zijn omgeving; niet alleen ter ondersteuning maar met als doel de functionaliteit tot een hoger niveau te consolideren dan dat het spontaan herstel zou bekomen. Het verloop van deze revalidatie is per definitie tijdelijk. Eens de Vlaamse revalidatie wordt afgerond, stopt het niet met herstelgericht werken. Meestal is er nog een zorgbehoefte maar revalidatie is daar niet het goede antwoord voor. Bijkomende inzichten zijn nodig om te besluiten onder welke functies

¹³ Msocs: medicosociaal opvangcentrum

¹⁴ geestelijke gezondheidsaanbod: het geheel van individugerichte zorg en populatiegerichte acties van netwerkpartners die zijn bedoeld om de geestelijke gezondheid van alle personen en van gebruikers in het bijzonder te behouden, te versterken of te herstellen.

¹⁵ Herstel: het uniek en persoonlijk zoekproces dat, rekening houdend met de gevolgen van een aandoening, gericht is op de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en nieuwe doelen in het leven, in lijn met de eigen persoonlijke waarden, zodat een hoopvol en voldoening gevend leven mogelijk blijft of wordt.

volgens het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod welke zorg van Vlaamse revalidatie kan gepositioneerd worden. Deze revalidatievoorzieningen zijn actief op regionaal (zorgniveau 2a¹⁶) en op supra regionaal niveau (zorgniveau 2b¹⁷). Zij maken deel uit van het geestelijke gezondheidsnetwerk¹⁸ en worden mee opgenomen in de zorg strategische planning¹⁹ en zijn actief in de functies D²⁰, E²¹, F en G²². Ook de werkingsprincipes van bovenvermeld decreet zijn van toepassing op deze organisaties en zullen vooral resulteren in het opstellen van een zorg en ondersteuningsplan en het formuleren van zorgdoelstellingen in overleg met de zorggebruiker.

3.4. Verband met de zorgstrategische planning van de ziekenhuizen

De acht revalidatieziekenhuizen die Vlaamse revalidatie aanbieden moeten beantwoorden aan het besluit van de Vlaamse regering betreffende zorg strategische planning²³. Elk zorgstrategisch plan beschrijft op basis van data en indicatoren de populatie en de zorgbehoefte van die populatie, alsook de toekomstige zorgbehoefte en de kwaliteitsbewaking en kwaliteitswinst op populatieniveau en op patiëntniveau. Tevens moeten ze via sterkte-zwakke analyses de voor- en nadelen duiden alsook de opportuniteiten en de bedreigingen die deze zorgstrategische planning veroorzaakt. Verder moet er

¹⁶ Zorgniveau 2a: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op regionaal niveau. Dit zorgniveau omvat alle professionele individuerichte zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, die op regionaal niveau wordt aangeboden. Op dit zorgniveau worden herstel bevorderende interventies aangeboden die ontwikkeld zijn voor, en gericht zijn op, personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg die zich situeert op regionaal niveau wordt altijd afgestemd op de onderliggende zorgniveaus.

¹⁷ Zorgniveau 2b: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op supra regionaal niveau. Dit zorgniveau omvat alle professionele individuerichte zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, die op supra regionaal niveau wordt aangeboden. Op dit zorgniveau worden herstel bevorderende interventies aangeboden die ontwikkeld zijn voor, en gericht zijn op, personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, waarbij de prevalentie van die ernstige psychische zorgnoden dermate laag ligt dat het zorgaanbod supra regionaal moet worden georganiseerd om de nodige expertise te kunnen opbouwen. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg die zich situeert op supra regionaal niveau wordt altijd afgestemd op de onderliggende zorgniveaus

¹⁸ Een geformaliseerd samenwerkingsverband dat verantwoordelijk is voor een bepaald werkgebied en betrokken is bij de zorg voor de deelpopulatie waartoe het samenwerkingsverband zich richt, en dat in samenwerking met vertegenwoordigers van gebruikers en hun context het geestelijke gezondheidsaanbod faciliteert en optimaliseert.

¹⁹ Het zorg strategisch plan van een geestelijke gezondheidsnetwerk stemt het geestelijke gezondheidsaanbod, uitgevoerd door de netwerkpartners van het geestelijke gezondheidsnetwerk, af op de psychische en andere zorgnoden en de geestelijke gezondheidsbehoeften van de deelpopulatie waarop het geestelijke gezondheidsnetwerk zich richt. De individuerichte zorg wordt georganiseerd op de zorgniveaus, vermeld in artikel 9, en de populatiegerichte acties.

²⁰ Gespecialiseerde diagnostiek. Deze functie omvat gespecialiseerde interventies gericht op het holistisch exploreren van de toestand van de individuele gebruiker op basis van het bio psychosociaal model, zodat, als het mogelijk en aangewezen is, de oorzaken ervan, de ontstaansgeschiedenis, de kenmerken en het mogelijke verdere verloop ervan worden verduidelijkt. Het resultaat van de gespecialiseerde diagnostiek levert een bijdrage aan de besluitvorming over de gespecialiseerde behandeling en rehabilitatie.

²¹ Gespecialiseerde behandeling. Deze functie omvat gespecialiseerde interventies die ingrijpen op het psychisch, sociaal of somatisch functioneren van de individuele gebruiker en zijn context. Doel is het behouden, versterken of herstellen van het niveau van functioneren, het verminderen van de lijdensdruk en het bevorderen van herstel, waar mogelijk.

²² de uitwisseling en het samen inzetten van expertise tussen de netwerkpartners binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken, en de samenwerking tussen die netwerkpartners enerzijds, en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en uit andere beleidsdomeinen die niet behoren tot geestelijke gezondheidsnetwerken anderzijds.

²³ een plan voor het toekomstige zorgaanbod van de ziekenhuizen dat gebaseerd is op de reële zorgbehoefte, met aandacht voor taakafspraken en samenwerking en met respect voor de keuzevrijheid van de patiënt.

aangetoond worden dat zowel het artsenkorps, het personeel en de organisatiestructuur kan garant staan voor de realisatie voor de zorgstrategische planning.

Het merendeel van deze acht revalidatieziekenhuizen zijn supergespecialiseerd in bepaalde doelgroepen zodat zij voor de belangrijkste component van hun activiteit, in aanmerking kunnen komen voor een thematisch zorg strategisch plan.

3.5. Verband met het woonzorgdecreet

Het is de bedoeling om de Vlaamse revalidatie te organiseren zodat zij een antwoord kan bieden op de toenemende complexiteit van de revalidatie zorgsituaties. Anderzijds is het ook de bedoeling de middelen in te zetten daar waar Vlaamse revalidatie op zijn plaats is. Het resultaat zal zijn, vooral in verband met de hernormering van de Sp-bedden (omzetting van Sp bedden naar R en R plus bedden, zie verder) dat zorggebruikers met nog een zorgbehoefte een beroep moeten kunnen doen op andere zorgvormen, bv. onder de vorm van transmurale zorg. Het woonzorgdecreet van 6/2/2019 voorziet oa in de erkenning van centra voor herstelverblijven²⁴. Het programmaticijfer voor deze centra bedraagt 1.500 verblijfseenheden. Daarvan zijn er op 15/02/2019 9 centra erkend met in totaal 552 verblijfseenheden. De resterende geprogrammeerde verblijfseenheden zijn allen vergund. Het aantal aangemelde centra voor herstel bedraagt 155 centra met in totaal 1.378 verblijfseenheden. Het woonzorgdecreet voorziet – mits een overgangperiode – dat op termijn de aangemelde verblijfseenheden dienen te verdwijnen of evolueren naar erkende. Naar aanleiding van de overgangsbepalingen, die vermeld staan in het geactualiseerde besluit van de centra voor herstelverblijf, zal het aantal erkende woongelegenheden in centra voor herstelverblijf in de toekomst toenemen. Het ‘revaliderend herstel’ laat in het midden welk type revalidatie dit is, het kan de zogenaamde plateau revalidatie zijn maar tevens mits outreach ondersteuning, een verderzetting van de Vlaamse revalidatie.

3.6. Verband met het Agentschap voor personen met een handicap (VAPH)

Uit het voorgaande blijkt dat de Vlaamse revalidatie theoretisch geen verband heeft met het zorgaanbod van het VAPH. De Vlaamse revalidatie eindigt daar waar de revalidatie enkel gericht is op de participatieproblematiek. Echter de praktijk is complexer. Het gaat vaak over dezelfde persoon die tijdelijk een Vlaamse revalidatie volgt maar ook een persoon met een handicap is. Hij kan maw een PVB hebben en tijdelijk dit combineren met een zorgticket, voor zijn revalidatie. Op moment dat deze persoon nog een zekere onderhoudsbehandeling (chronische revalidatie) nodig heeft om het bekomen resultaat te behouden, stopt zijn zorgticket maar volgt een vorm van revalidatie tov de beperking (bv kinesithérapie) die federale bevoegdheid is en krijgt hij mogelijks nog verder zorgen ivm zijn handicap wat Vlaamse bevoegdheid is via het VAPH. Door deze sterke verwevenheid is het nodig een goede communicatie te hebben tussen de verschillende actoren en overheden via dezelfde classificatie (zie BelRAI punt 4.7.1.), netwerken te ontwikkelen met een belangrijke outreachfunctie (zie punt 4.7.2.) en uitbouwen van de transmurale zorg. Op deze wijze kan men komen tot een efficiënter inzetten van de middelen, een gestroomlijnd zorgaanbod en een ontschotting van de sectoren. We hebben voor de bevordering voor de doorstroming van zorggebruikers al stappen gezet

²⁴ Een centrum voor herstelverblijf is een woonzorgvoorziening die in een aangepaste infrastructuur tijdelijke opvang en revalidatie biedt aan gebruikers die een heelkundige ingreep hebben ondergaan of in behandeling zijn voor een ernstige aandoening, maar tijdelijk geen ziekenhuisgebonden medische zorgen nodig hebben, en daarvoor een ziekenhuisopname of een langdurige onderbreking van de normale activiteiten hebben ondergaan. (art 28, woonzorgdecreet 6/2/2019)

bv via het BVR over de zorg en ondersteuning voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel of tetraplegie ten gevolge van een hoge dwarslaesie met de hoogste zorg- en ondersteuningsnood. Op basis van deze regelgeving kan deze groep zorggebruikers vlotter toegang krijgen tot een VAPH voorziening na hun revalidatieperiode.

4. Beleidskeuzes²⁵

4.1. We nemen de Vlaamse revalidatie op in de Vlaamse Sociale Bescherming.

Elke VSB-verzekerde die een geobjectiveerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met garantie op financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.

De Vlaamse revalidatie wordt een onderdeel van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). VSB²⁶ is een volksverzekering waar financiering afhankelijk is van de zorgbehoefte. VSB gaat uit van persoonsvolgende financiering, gekoppeld aan de zorgzwaarte van een individu. Dergelijke financiering laat diversificatie toe van de budgetten, staat dicht bij de inhoudelijke invulling van revalidatie en laat stroomlijning toe binnen de revalidatie en naar de belendende sectoren.

De huidige financiering RIZIV is volledig persoonsgericht maar maakt onvoldoende de link met zorgbehoefte en bestaat uit een trekkingsrecht beheerd door de verzekeringsinstellingen via derde betalerssysteem. Het trekkingsrecht blijft behouden in VSB via het systeem van zorgtickets beheerd door de zorgkassen. De persoonsvolgende financiering in de Vlaamse revalidatie bestaat onder vorm van zorgtickets (zie punt 4.3.).

In volgende tabel worden de verschillen weergegeven tussen PVF voor personen met een handicap en PVF voor personen met een Vlaamse revalidatiebehoefte. De beide vormen van financiering kunnen door één persoon gecombineerd worden.

²⁵ De tekst van elke beleidskeuze vertrekt van een herhaling van de missie. Via een groot lettertype wordt aangeduid op welk aspect van de missie deze beleidskeuze betrekking heeft. Dit wordt hernomen bij elke van de 8 beleidskeuzes.

²⁶ Voor meer duiding zie bijlage 2

PVF voor personen met een handicap	PVF voor personen met behoefte aan Vlaamse revalidatie
Cash in principe vrij besteedbaar maar met verantwoording kosten	Zorgticket enkel besteedbaar in erkende revalidatievoorzieningen (trekkingsrecht)
Keuze van voucher mogelijk	Enkel zorgticket
Mogelijkheid tot contractuele indienst name mantelzorger	Geen contractuele indienstname
Uitgebreide inschaling zorgzwaarte	BelRAI modules voor indicatiestelling
Gesloten budget en georganiseerd systeem van prioritisering	Maximale capaciteit van centra, prioritisering door centra, geen centraal systeem van toewijzing
Geen programmatie zorgaanbod	Programmatie van revalidatieaanbod

Tabel 5: verschil PVF voor personen met een handicap en PVF personen met een behoefte aan Vlaamse revalidatie.

Om deze ingrijpende ‘overgang’ te realiseren wordt er in stappen gewerkt.

1^e Vanaf 1.1.2019 zal tijdelijk voor een periode van 2 à 3 jaar het Agentschap Zorg en Gezondheid de taken van het RIZIV en de FOD overnemen en blijven de verzekeringsinstellingen de uitbetalingsorganisaties. Het systeem van revalidatieovereenkomsten blijft behouden alsook de financiering van de revalidatievoorzieningen met revalidatieforfaits. Voor de revalidatieziekenhuizen blijft het systeem van budget financiële middelen (BFM) behouden. Een eerste stap in de richting van VSB is een vereenvoudiging van het BFM van de revalidatieziekenhuizen en krijgt de naam Budget RevalidatieZiekenhuizen (BRZ). In deze periode streeft men tevens naar administratieve vereenvoudiging, inhoudelijke actualisatie en automatisatie.

- 2^e Vanaf 1.1.2021 à 2022 wordt de overgang naar VSB in twee stappen gezet.
 - De eerste stap in 2021 à 2022: koppelen aan VSB-verzekerbaarheid.
 - in een latere fase volgt de tweede stap met name de oppuntstelling van de zorggebruikersclassificatie BelRAI. De financiering van de zorgzwaarte gebeurt onder vorm van een zorgticket, maw een persoonsvolgend trekkingsrecht. Deze zorgtickets zijn onder regie van de zorggebruiker inzetbaar in verschillende revalidatievoorzieningen. We kiezen in deze pijler van VSB NIET voor vrij besteedbare cashbudgetten. De zorgkassen zijn het unieke loket van de Vlaamse Sociale Bescherming. Via de door het Agentschap VSB in samenwerking met de zorgkassen uit te breiden bestaande applicatie ‘Digitaal platform voor de mobiliteitshulpmiddelen en WZC wordt het beheer door zorgkas van de VSB-verzekerbaarheid en rechten op zorgtickets uitgevoerd (zie ook bijlage 3: indicatieve tijdslijn voor implementatie BelRAI)

De revalidatieziekenhuizen verdienen speciale aandacht in dit proces. Ook voor hen geldt de visie van de diversificatie, de positionering en het vraaggestuurd aanbod. Ook hun financiering zal persoonsvolgend worden. Momenteel is de medische activiteit via nomenclatuur of revalidatieovereenkomsten al persoonsgericht. Het BRZ is organisatiegebonden voor wat de huidige 12en betreft. Het zal ontubdeld worden in een zorggebonden deel en een organisatiegebonden deel. Voor het zorggebonden deel kan vervolgens de koppeling gemaakt worden met de BelRAI inschaling. Het is ook de bedoeling om via een organisatiegebonden

financiering incentives te geven op basis van outcome en kwaliteitsindicatoren zoals voor de revalidatievoorzieningen.

4.2. We kiezen voor BelRAI als zorgzwaarte inschaling.

Elke VSB-verzekerde die een geobjectiveerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met garantie voor financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.

Er is politieke consensus en beslissing om, zowel op federaal als op Vlaams niveau, **BelRAI** te implementeren als indicatiestelling. Een kwaliteitsvol zorggebruikersclassificatiesysteem is enerzijds essentieel voor een Vlaams gestroomlijnd revalidatiebeleid en anderzijds op niveau revalidant maakt het een zorgaanbod op maat mogelijk.

Het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als model wordt breed gedragen door de sector dankzij zijn bio-psycho-sociaal perspectief. Het is de ambitie om de kwaliteiten van het ICF-model op te nemen in het BelRAI model maw met de focus op psychometrische kenmerken. Onderzoekers zowel van de interRAI familie als de onderzoekers van LUCAS stellen dat BelRAI en ICF niet in tegenstrijd zijn maar eerder complementair (zie ook bijlage 1). Ook dient studie gedaan te worden omtrent het gebruik van de EuropASI en een BelRAI module voor de verslavingszorg.

De studie 'Revalidatie BELRAI: evaluatie van het interRAI instrument revalidatie voor toepassing in Vlaanderen' geeft een eerste aanzet tot het ontwikkelen van een eigen instrument voor revalidatie. Uit deze studie blijkt dat de in de interRAI beschikbare modules zoals de interRAI post acute care nog te sterk verbonden zijn met het acute en niet met lange termijn revalidatie. Er is momenteel onderzoek lopend om een BelRAI longterm care revalidatie te ontwikkelen vanuit de praktijk in een beperkt aantal Vlaamse revalidatieovereenkomsten voor volwassenen. Verder is het ook nodig om de nodige BelRAI instrumenten te hebben zoals voor de geestelijke gezondheid en in het bijzonder voor de revalidatie binnen de geestelijk gezondheid en BelRAI voor minderjarigen. Ook hier is het heel belangrijk dat BELRAI eventueel wordt aangevuld met andere modules. We denken aan het supplement voor de verslavingszorg, de forensische zorg en andere instrumenten die de levensdoelen in kaart brengen vanuit de herstelgerichte visie. Momenteel is er onderzoek bezig voor GGZ revalidatie vertrekkende van een bestaande module uit de interRAI. Het is tevens de bedoeling om al deze modules op elkaar af te stemmen en modulair te verwerken, zodat er geen overlapping is van deze modules (zie principe interRAI, bloemblaadjes).

Verder moet een afkappunt bepaald worden op basis waarvan patiënten al dan niet als rechthebbende op een bepaald revalidatieaanbod worden beschouwd. Bijkomende studie voor een correcte bepaling van dit afkappunt is nodig met o.a. een vergelijking tussen de huidige methode tot indicatiestelling voor multi/interdisciplinaire revalidatie en de toekomstige methode via inschaling BelRAI.

En tenslotte dient ook een houdbaarheidsperiode bepaald worden van de BelRAI score en gevolgen hiervan op het zorgticket. Er moet voldoende ruimte zijn voor herevaluatie en aanpassingen van de zorgdoelstellingen.

Het implementeren van dit alles zal geruime tijd vragen, wat geen aanleiding mag geven tot een ‘stand still’ van de Vlaamse revalidatie. Een duidelijke tijdslijn BelRAI zal afgesproken worden en nieuwe initiatieven of bijkomend beleid in de geest van dit concept kunnen altijd overwogen worden. (zie bijlage 3 indicatieve tijdslijn)

4.2.1. Stap 1: BelRAI voor zorgplanning

Voor de zorgplanning van Vlaamse revalidatie (bepalen van het aantal uren zorg-revalidatieverstreking in functie van vooraf geformuleerde doelstellingen waarbij het maximale herstel wordt beoogd) moet wetenschappelijk onderzoek aantonen dat de BelRAI niet enkel voor basiszorg maar ook voor gespecialiseerde zorg kan gebruikt worden. Via CAP (clinical assesment protocols) komt men tot deze zorgplanning. Maar BELRAI is uiteraard geen zorgplan. Zorgdoelstellingen bepalen blijft het resultaat van overleg met de revalidant en tussen de verschillende zorgaanbieders met de input die geleverd wordt uit BELRAI en eventueel aanvullende instrumenten. Hier verwijzen we o.a. naar het element *cure* in de revalidatie terwijl voor de BelRAI *care* de focus is. Daarom zal wellicht de BelRAI module ook gecombineerd worden met een gecodeerde diagnose. De combinatie tussen een BelRAI score en een diagnose maken dat de revalideerbaarheid kan ingeschat worden. Bovendien moet de inschaling elektronisch uitwisselbaar zijn om vlotte doorverwijzing mogelijk te maken en het aantal inschalingsmomenten gevoelig te beperken. Door een objectieve weergave van de zorgbehoefte kan er geprioriteerd worden op de wachtlijsten. Niet alleen is het revalidatiepotentieel belangrijk maar ook het startmoment op zich is belangrijk. Er is zoiets als de ideale startperiode die meer garanties biedt voor goede resultaten van de revalidatie. Een goed onderbouwde verwijzing naar alternatieven ook buiten revalidatie onder Vlaamse bevoegdheid (zoals o.a. nomenclatuur fysiotherapie, nomenclatuur kinesitherapie) is dan ook mogelijk. De BelRAI zal niet in alle situaties mogelijk en wenselijk zijn als zorgplanner. Een voorbeeld is de zeer kortdurende interventies, waar het afnemen van BELRAI niet zinvol is maar ook bij aanklappende zorg zal de focus in eerste instantie liggen op het opbouwen van een vertrouwensband, waardoor een indicatiestelling in een eerste fase niet mogelijk is. Deze uitzonderingen worden mee in beeld gebracht in het wetenschappelijk onderzoek.

4.2.2. Stap 2: BelRAI voor zorgplanning en zorggebonden financiering

Het invoeren van een financieringssysteem aan de hand van BelRAI kan pas gebeuren nadat de BelRAI reeds routinematig gebruikt wordt voor zorgplanning in de dagelijkse praktijk. Het is van belang om deze stappen duidelijk van elkaar te onderscheiden. Voor de financiering moeten RUG's (resource utilisation groups) ontwikkeld worden. Aan de hand van RUG's kunnen revalidanten ingedeeld worden in zorgcategorieën volgens hun zorgzwaarte die overeenstemt met een zorgverbruik (dienstverlening in aantal minuten of sessies- revalidatieverstrekingen) en de nodige middelen hiervoor. Een persoon in een hogere categorie zal meer beroep moeten doen op vaardigheden en de tijd van het zorgpersoneel en bijgevolg meer zorgkosten genereren. RUG's voor de sector Vlaamse revalidatie opstellen gebeurt aan de hand van wetenschappelijk onderzoek. Hierop volgend zal per RUG bepaald worden welk bedrag hiertegenover staat. De zorgzwaarte, de diagnose en de revalideerbaarheid samen bepalen de mate van revalidatiebehoefte. Om de nodige incentives in te bouwen voor de zorgvoorzieningen om vooral revalidanten te behandelen met de hoogste revalidatiebehoefte, wordt in het systeem een eerder nipte financiering voor de voorziening ingebouwd voor de laagste noden en een eerdere ruime financiering voor de revalidanten met de hoogste noden via het vastleggen van het aantal forfaits. Het trekkingsrecht (zie verder) zal uitgedrukt worden in aantal forfaits gekoppeld aan een bepaalde BelRAI score.

4.2.3. Randvoorwaarden BelRAI

4.2.3.1 Sociale module

De zorgbehoevendheid van een revalidant is mede afhankelijk van de sociale context waarin hij/zij zich bevindt. Vragen die betrekking hebben op de sociale en materiële omgeving van de revalidant (gezinssituatie, aanwezigheid van kinderen bij de revalidant, woonsituatie, aanwezigheid mantelzorg enz.) worden niet voorzien in de BelRAI modules ggz of revalidatie. Daarom is ook de ontwikkeling van een sociale module die ook toepasbaar is in de revalidatie nodig. De sociale module die in een wetenschappelijk onderzoek van het Steunpunt WVG zal getest worden, wordt ook in de sector revalidatie en sector geestelijke gezondheid onderzocht. Dit sluit aan bij het bio-psycho-sociaal model (ICF) met zijn externe factoren waarin elementen worden opgenomen als fysieke en sociale omgeving waarin de zorggebruiker functioneert zoals bv. de kwetsbare gezinnen.

4.2.3.2. Controle indicatiestellingen

Binnen de sector revalidatie worden er criteria voor indicatiestellers opgesteld. Het revalidatieteam van de revalidatievoorzieningen beschikt over de beste expertise om een correcte indicatiestelling uit te voeren. Bij de implementatie moet voldoende aansturing van de indicatiestellingen voorzien worden onder meer via opleiding, permanente vorming en coaching. Dit draagt bij tot een garantie op kwaliteitsvolle en uniforme indicatiestelling. Uiteindelijk hebben zij de beste expertise om een potentiële revalidant in te schalen. Er is een scheiding tussen de indicatiesteller (arts, reva-team) en de zorgkas en de verzekeringsinstellingen en de controle door de zorgkassencommissie. Er mag ook geen rechtstreekse juridische, professionele of financiële link bestaan tussen de indicatiestellers en de zorgkas.

Er is in Vlaanderen een kwaliteitscentrum voor diagnostiek (KCD) die deze opdracht heeft en stapsgewijze kan worden uitgebreid naar de verschillende sectoren van de VSB. Het sluitstuk van deze aansturing en ondersteuning is een adequaat toezicht op de indicatiestelling. De a posteriori controle op de indicatiestelling gebeurt door de zorgkassencommissie.

4.2.3.3. Informatisering

Op vlak van informatisering is er nood aan veilige en gebruiksvriendelijke softwarepakketten die in bestaande software kunnen worden geïntegreerd. De BelRAI heeft betrekking op gezondheidsgegevens waardoor informatieveiligheid van belang is, dit zowel op vlak van gegevensbescherming, gegevensdeling als gegevensverwerking. De informatisering omvat de integratie van BelRAI in de professionele software van de zorg- en hulpverleners; het opmaken van een Cookbook BelRAI en het ontwikkelen van een centrale database met de individuele BelRAI-gegevens. De toegang wordt geregeld via het eHealth Platform en zal gedifferentieerd zijn volgens de kwalificaties van bevoegde personen.

4.2.3.4. Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek is volop bezig en noodzakelijk vooraleer de BelRAI kan worden gebruikt in de revalidatiesector. Om de overschakeling te maken kan een overgangperiode worden ingelast waarbinnen de revalidatievoorzieningen vrij zijn om te bepalen wanneer ze de BelRAI gaan invoeren in hun dagelijkse praktijk. Voordien worden pilootprojecten opgestart om de BelRAI in de dagelijkse praktijk uit te testen en inzicht te krijgen in het proces en de knelpunten. Verder onderzoek is ook noodzakelijk om na te gaan of voor de sector revalidatie een screener van de BelRAI dient geïmplementeerd te worden. De primaire doelstelling van de BelRAI Screener is bepalen welke revalidanten verder een volledige BelRAI beoordeling nodig hebben. Voor dit alles zal een zeer ruime termijn nodig zijn (zie bijlage 3 indicatieve tijdslijn).

4.3. We kiezen voor een financiering die kwaliteit en performantie favoriseert (P4Q en P4P) met garantie op financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker.

Elke VSB-verzekerde die een geobjectiveerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met **garantie voor financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.**

Deze Vlaamse revalidatie zoveel mogelijk evidence based of gebaseerd op best practice studies, performant en van een kwalitatief hoog niveau binnen een correct budgettair kader en sluit naadloos aan bij andere vormen van zorgaanbod.

4.3.1. Basis financieringsmodel

Het financieringsmodel voor de Vlaamse revalidatie zowel voor de revalidatieovereenkomsten als voor de revalidatieziekenhuizen volgt een gelijkaardige logica zoals voor ALLE verschillende pijlers van VSB.. Deze financieringsvorm staat niet zover af van het huidige model van financieren maar beoogt meer consequent te zijn over zorgvormen heen om uiteindelijk de ontschotting en samenwerking over zorgvormen heen te bevorderen en meer flexibiliteit toe te laten in het zorgaanbod. We houden, waar nodig, rekening met de specificiteit van de revalidatiesector. Er is momenteel een lopend onderzoek om de componenten van het nieuwe financieringsmodel duidelijk in kaart te brengen en te toetsen aan hun haalbaarheid.

De combinatie met de federale nomenclatuur in een revalidatieziekenhuis dient te worden verdergezet met dezelfde mogelijkheden als de supraregionale Rplus-bedden (zie verder) in een algemeen of een universitair ziekenhuis.

4.3.2. persoonsvolgende zorggebonden financiering

De persoonsvolgende zorggebonden financiering vertrekt van de specifieke revalidatiebehoefte van de revalidant en is gebaseerd op een patiënten classificatiesysteem (een combinatie van BelRAI inschalingen en evt anderen), dat de revalidatiebehoefte zal kunnen in kaart brengen en die gekoppeld worden in overleg met de zorggebruiker aan specifieke revalidatiedoelstellingen en behandelingen (zorg en ondersteuningsplan).

Er zullen echter zorggebonden kosten zijn die niet via een BelRAI kunnen ingeschat worden zoals intakeprocedure, diagnostiek, aanklampende zorg, crisis- overbruggingszorg, ...Verder onderzoek is nodig om een volledig beeld te krijgen van alle mogelijke kosten en de indeling conform te ontwikkelen over alle pijlers van VSB heen.

In de Vlaamse revalidatiesector gaan we voor zorgtickets, een persoonsvolgend trekkingsrecht dat beheerd wordt door de zorgkassen. Het zorggebonden deel van de financiering zal voor exact hetzelfde zorgprogramma (zie verder) exact hetzelfde kosten. Dit maakt dat de revalidant vlot met zijn zorgticket kan switchen van revalidatievoorziening.

Met deze persoonsvolgende financiering wil de Vlaamse regering personen met een hogere objectief vastgestelde zorgbehoefte en de voorzieningen die hen helpen, meer vergoeden voor de hogere zorgkosten die met hun zorgbehoefte samengaan. De financiering zal direct gerelateerd zijn aan de variabele zorgkosten die variëren in functie van de zorgzwaarte van de persoon en zal via een derdebetalerssysteem (zorgkas) uitgekeerd worden aan de erkende revalidatievoorzieningen die de zorgvraag van de revalidant beantwoorden.

4.3.3. Organisatiegebonden financiering

De tweede component van de financiering, de organisatiegebonden financiering, zal beduidend kleiner zijn dan de persoonsvolgende zorgcomponent. Het organisatiegebonden deel van de financiering vergoedt kosten die niet gelinkt kunnen worden aan de zorg voor een welbepaalde revalidant maar aan uitgaven die specifiek zijn voor de duurzame uitbating van de revalidatievoorziening. Deze hebben o.a. betrekking op niet-medisch personeel, werkingskosten die niet toegeschreven kunnen worden aan uitgaven die specifiek zijn voor zorg en welzijn van de revalidant. Andere organisatiegebonden kosten kunnen zijn de administratieve kosten, kosten voor IT,..Er zal verder onderzocht worden hoe de anciënniteit van het personeel in rekening zal gebracht worden.

We kunnen binnen dit concept ook een financiering voor een aantal generieke opdrachten voorzien, zoals incentives voor samenwerking, netwerking, outreachwerking, fusies, etc om zo overgangen kwaliteitsvol te laten verlopen en om de continuïteit van de revalidatie te garanderen.

We streven ernaar alle infrastructuur voor de revalidatievoorzieningen onder te brengen bij VIPA. Voor de revalidatieziekenhuizen is dit reeds het geval. Voor de Centra voor Ambulante revalidatie is dit reeds gedeeltelijk zo (60%). VIPA heeft ruime ervaring met reglementering van gebouwen wat vereisten en financiering betreft. Momenteel bestaan er geen minimum vereisten in de Vlaamse revalidatieovereenkomsten wat infrastructuur betreft noch naar exploitatie minima noch naar veiligheid. Het zal nodig zijn een traject uit te schrijven om de huidige financiering over te hevelen naar VIPA en de wijze te bepalen hoe de gebouwen voor de CAR centra volledig onder VIPA vallen en hoe voor de andere revalidatievoorzieningen de gebouwen kunnen ingekanteld worden in de VIPA reglementering.

Hoge kwaliteitszorg wordt aangemoedigd via een stimulerend financieringsmodel. Het principe van Pay for Quality en pay for Performance zal worden toegepast op het organisatiegebonden deel (zie verder).

We geven voor deze vergoeding van de organisatiegebonden kosten de voorkeur aan enveloppefinanciering. Deze wordt rechtstreeks uitbetaald aan de instelling.

4.3.4. Gebruikersbijdrage: Eigen bijdrage van de revalidant (=persoonlijk aandeel + extra vergoedingen).

4.3.4.1. Persoonlijk aandeel

De eigen bijdrage is dat deel van de kosten dat noch door het persoonsvolgende zorggebonden financiering noch door de organisatiegebonden financiering wordt gedekt en niet slaat op de woon- en leefkosten. Het gaat over het equivalent van de vroegere remgelden.

De eigen bijdrage kan verschillend zijn voor dezelfde revalidatie omwille van:

- Het behoren tot een bepaalde pijler of zorgvoorziening binnen de Vlaamse Sociale Bescherming die recht heeft op een (gedeeltelijke) vrijstelling²⁷;
- Het recht hebben op een sociale correcties in functie van de financiële draagkracht van de gebruiker.

De revalidatievoorzieningen behandelen vooral chronisch zieken met multimorbiditeit waardoor deze populatie financieel kwetsbaar is. Om de financiële drempel zo laag mogelijk te houden voor een intensieve langdurige revalidatie dient de eigen bijdrage laag gehouden te worden en dienen sociale correcties mogelijk te blijven om de sociaaleconomische kwetsbare groepen niet uit te sluiten omwille van financiële redenen. Revalidatie wordt door sommige doelgroepen vaak aangevoeld als een niet levensnoodzakelijke bijkomende mentale en fysieke inspanning. Een financiële drempel zou vaak leiden tot uitstelgedrag. Tariefzekerheid moet ook voor deze bijdragen gegarandeerd worden via een transparante weergave in de zorgprogramma's. Om de revalidanten financieel te beschermen voor kosten voor persoonlijke aandelen hebben de zorgkassen een belangrijke rol in de controle van de juiste toepassing van het persoonlijk aandeel en naleven van de afspraken omtrent extra vergoedingen.

Het persoonlijk aandeel in de revalidatieziekenhuizen bestaat uit het persoonlijk aandeel op het toegekend BRZ. De andere remgelden voor geneeskundige verstrekkingen in de nomenclatuur, voor geneesmiddelen en farmaceutische producten en de toezicht honoraria blijven federale bevoegdheid.

Het persoonlijk aandeel voor zowel de revalidatieovereenkomsten als de revalidatieziekenhuizen wordt actueel mee opgenomen in de teller van de maximumfactuur en is geregeld tot 2020.. We zouden deze werkwijze in de toekomst willen aanhouden als aspect van een geïntegreerd zorgbeleid.

4.3.4.2. Extra vergoedingen

De extra vergoedingen zijn uitzonderlijke kosten op vraag van de revalidant die buiten elke bepaling vallen maar wel op een transparante manier met duidelijke afspraken en tariefzekerheid kunnen aangerekend worden. Dit kan gaan over materiaal voor persoonlijke hygiëne (shampoo etc.), kosten voor wassen van kledij, huur van kledij, niet rolstoelgebonden vervoer, materiaal van de ateliers voor eigen gebruik, etc.

Bijzondere aandacht is nodig voor het rolstoelgebonden vervoer (rolstoel kan niet verlaten worden tijdens het vervoer). Er zijn heden tegemoetkomingen voor het rolstoelgebonden vervoer en het vervoer van de - 18-jarigen naar een referentie centrum Autisme of een visueel revalidatiecentrum. Er bestaat de nood om de vergoedingen en de tarieven voor personen met een revalidatiebehoefte en/of een handicap te harmoniseren. Een globale aanpak op basis van verder onderzoek is hiervoor nodig. Bij voorkeur wordt het huidig forfait mee opgenomen in het zorgticket.

4.3.5. Woon- en leefkosten

Indien de revalidant gebruik maakt van residentiële hulpverlening, kan er mogelijks sprake zijn van woon-en leefkosten en kan een eigen bijdrage nodig zijn. Deze rubriek wordt hier vermeld naar analogie voor de andere pijlers van VSB. Bijkomende analyse zal nodig zijn om te evalueren of dit opportuun is bij revalidatie bij volwassenen in langdurig residentieel verblijf. Dezelfde correcties kunnen hier mogelijk zijn zoals op het persoonlijk aandeel.

²⁷ VBS-decreet art 96 §1 ' sociale correcties toepassen op de gebruikersbijdrage. Ze houdt daarbij rekening met de financiële draagkracht van de gebruiker en ze kan daarbij rekening houden met de specificiteit van bepaalde pijlers of zorgvoorzieningen'

4.3.6. Budgetbeheersing

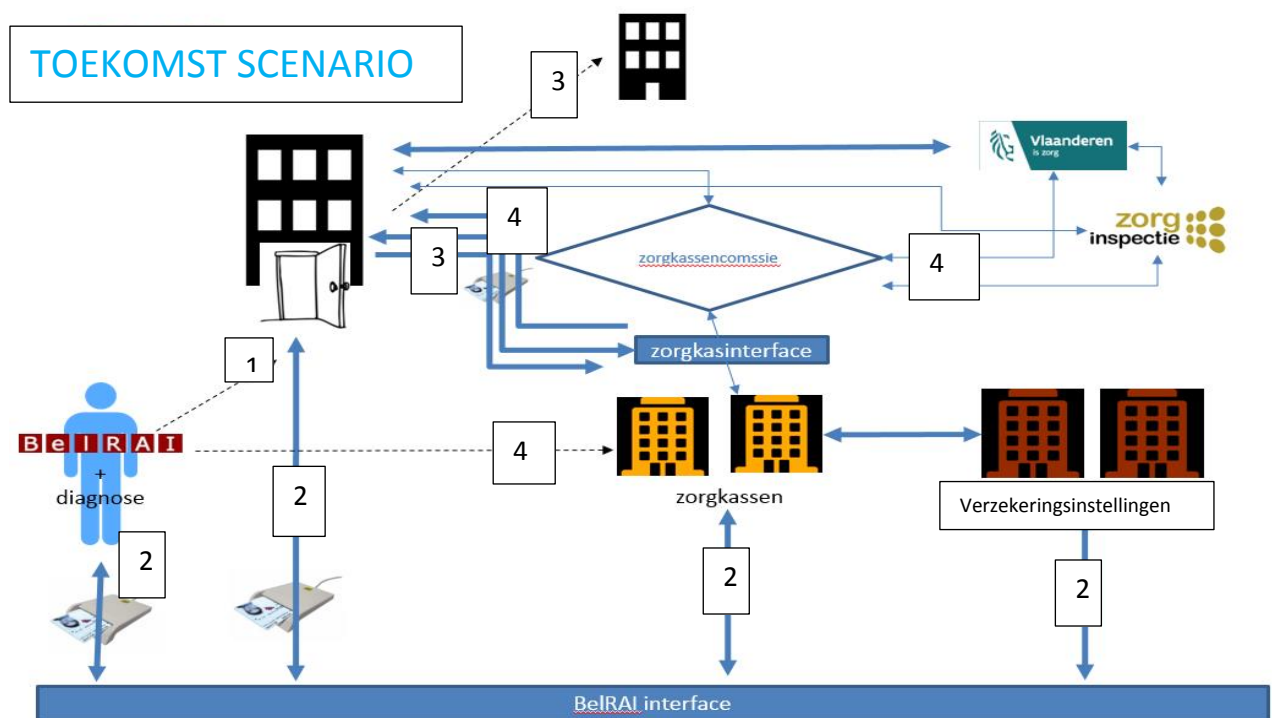
De huidige budgetbeheersing die bekomen wordt door het bepalen van de maximale facturatiecapaciteit wordt verlaten en maakt plaats voor een maximaal revalidatiecontingent uitgedrukt in aantal uren face-à-face revalidatie per revalidatievoorziening. Door een goede intakeprocedure met inbegrip van een goede pre-screening en door het bij voorkeur revalideren van diegenen die de hoogste behoefte hebben aan revalidatie (wat financieel gestimuleerd wordt) worden de wachtlijsten die door contingentering ontstaan tot een minimum beperkt. Dit wordt opgenomen in een programmatie binnen een door de Vlaamse regering vastgelegd budgettair kader.

4.4. We kiezen voor een performant en kwalitatief model

Elke VSB-verzekerde die een geobjectiveerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met garantie voor financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.

Deze Vlaamse revalidatie zoveel mogelijk evidence based of gebaseerd op best practice studies, performant en van een kwalitatief hoog niveau binnen een correct budgettair kader en sluit naadloos aan bij andere vormen van zorgaanbod.

4.4.1. Het MODEL in een notendop



figuur 2

Verklaring figuur 2:

- 1 Een zorggebruiker met een (nog op punt te stellen) diagnose meldt zich aan bij een revalidatievoorziening of een revalidatieziekenhuis al of niet in het bezit van zijn BelRAI. De revalidatievoorziening/revalidatieziekenhuis kan ofwel de BelRAI afnemen of de bestaande BelRAI al of niet actualiseren met respect voor de bevoegdheidsregels ivm de BelRAI interface.
- 2 Via de ID van de zorggebruiker kan de BelRAI score geconsulteerd worden of door bevoegde personen aangepast worden. De score bepaalt het persoonsvolgend budget (zorgticket).
- 3 De revalidatievoorziening/revalidatieziekenhuis kan na het checken van de VSB-verzekerbaarheid en de cumulregels door de zorgkas in overleg met de zorggebruiker beslissen om de revalidatie te starten of de zorggebruiker door te verwijzen naar een andere revalidatievoorziening/ziekenhuis/revalidatieziekenhuis of een voorziening uit een belendende sector.
- 4 Ook de revalideerbaarheid opgemaakt uit de combinatie BelRAI en diagnose is cruciaal, De zorgkas fungeert als uniek loket en zorgt voor de uitbetaling van de revalidatie maar is ook het aanspreekpunt van de persoon met een revalidatiebehoefte. De revalidant krijgt tijdens zijn revalidatie een factuur van de revalidatievoorziening/revalidatieziekenhuis voor het betalen van zijn eigen bijdrage (in zeldzame gevallen ook extra vergoedingen), de zorgkas ontvangt een factuur voor het betalen van het zorgticket. In opdracht en op aansturen van het Agentschap zal de zorgkassencommissie controle uitoefenen op de kwaliteitsindicatoren en outcome indicatoren en op de indicatiestelling.

4.4.2. Algemene principes van het model

De zorgkas voert een administratieve a priori controle uit over de verzekerbaarheid en de cumulbepalingen via een digitaal platform. De revalidatievoorziening kan dit via gegevensuitwisseling met de zorgkas onmiddellijk nagaan. Er is een belangrijke efficiëntie winst door snellere procedures. Er is geen a priori inhoudelijke controle meer wanneer dit model volledig uitgerold is. Door deze regelluwte zijn de revalidatievoorzieningen in staat in te spelen op de acute noden, hun expertise in te zetten daar waar ze sterk in zijn en is er een grote flexibiliteit wat betreft planning en concreet aanbod voor de revalidant. Dit mag geen afbreuk doen aan de conformiteit, efficiëntie en kwaliteit van het zorgaanbod.

Op basis van een patiënten classificatie in combinatie met een diagnose wordt een zorgticket bepaald waarmee de revalidant zich kan aanbieden bij een revalidatievoorziening of revalidatieziekenhuis. De revalidatievoorziening kan zelf ook de indicatiestelling doen. De revalidant kan dit zorgticket gebruiken in verschillende erkende revalidatievoorzieningen. Het zorgticket wordt uitbetaald door de zorgkas aan de revalidatievoorziening/revalidatieziekenhuis. De voorziening bepaalt samen met de revalidant het al of niet starten van de revalidatie en het gekoppeld zorgverbruik. Er dient rekening gehouden met de eigenheid van de revalidatievoorzieningen en het gespecialiseerd zijn in specifieke behandelingen voor specifieke doelgroepen. De regie van de revalidant omtrent zijn zorg en ondersteuningsplan en doelstellingen, de revalideerbaarheid welke wordt afgeleid uit de BelRAI in combinatie met de diagnose en de kwaliteitsindicatoren en outcome-indicatoren spelen een rol in dit denkproces wat leidt tot de beslissing om al of niet te starten met de revalidatie.

Er moet een duidelijke geïnformeerde toestemming (*informed consent*) met inhoudelijke en financiële informatie bij de aanvang van de revalidatie getekend worden. De zorgkassen zijn het aanspreekpunt

als uniek loket en geven advies en objectieve, transparante informatie over het zorgaanbod, de financiering en eigen bijdrage, en alle vragen m.b.t. de toegang tot zorg voor de persoon met een revalidatiebehoefte en dit met respect voor de keuzevrijheid van de zorggebruiker. Ze nemen enkel op uitdrukkelijk verzoek van de zorggebruiker zoveel mogelijk als gewenst de zorgen van de persoon met een revalidatiebehoefte over administratieve en financiële beslommeringen uit handen. Ze werken waar nodig samen om de vragen van de persoon zo goed mogelijk te beantwoorden. Door deze unieke loketfunctie is er een belangrijke efficiëntie winst.

De vrijheid die de revalidanten hebben om te bepalen welke zorgen zij wensen en tot wie zij zich richten (eigen regie) brengt met zich mee dat niet alleen de zorgkassen maar ook de revalidatievoorzieningen, de verwijzers en alle andere actoren die de persoon bijstaan een correcte, volledige informatie over het aanbod dienen te geven. Niet al de revalidanten zullen, omwille van hun medische problematiek, op mogelijke beslissingsmomenten in hun leven zelf kunnen bepalen hoe ze het best met het zorgticket omgaan. Mensen uit de onmiddellijke omgeving (zoals gezins-of familieleden) kunnen een bijdrage leveren. Een andere regeling zal uitgewerkt moeten worden voor het forensisch cliënteel.

Evenwel is er een beperking in de regie namelijk bij het gebruik van het ticket hoort men het ganse aanbod dat nodig is om de doelstellingen te bereiken, te gebruiken tot het maximaal mogelijke resultaat bereikt is. De eigen regie mag de kosteneffectiviteit niet ondermijnen door oa shopping en hopping. Het maximaal bereikte resultaat wordt bepaald in overleg met de revalidant door het vertrouwde revalidatieteam van de revalidant.

Een revalidatieprogramma of de behandeling is per definitie beperkt in tijd, het is afgestemd op vatbaarheid voor revalidatie, het wordt opgemaakt in overleg met de revalidant en/of zijn context, is multi/interdisciplinair en wordt opgebouwd rond concrete revalidatiedoelstellingen. Deze doelstellingen worden opgenomen in een door beide partijen erkend individueel zorg en ondersteuningsplan dat flexibel is en zich aanpast aan de evolutie en de toestand van de revalidant en zijn context en deel uitmaakt van een breder zorgtraject of zorgpad waarin meerdere zorgpartners kunnen betrokken zijn.

Het revalidatieprogramma eindigt wanneer geen therapeutische – en/of revalidatiedoelstellingen meer kunnen worden bepaald en al dusdanig het maximale resultaat is behaald in overleg met de zorggebruiker.

De performantie en kwaliteit van dit model wordt gegarandeerd door kwaliteits- en outcome indicatoren die bijkomende financiële incentives geven aan de voorzieningen met simultaan een doorgedreven a posteriori controle die aanleiding kan geven tot een kwaliteitslabel. . De voorzieningen zelf zijn het best geplaatst om hun beleid uit te stippelen zodat zij goed scoren op performantie en kwaliteit.

Metingen van outcome moeten aantonen dat er een effectieve manier van gebruik van middelen (kosteneffectiviteitsmeting) is en vooral dat revalidanten met de hoogste revalidatiebehoefte gecombineerd met een voldoende revalidatievatbaarheid multi/interdisciplinair behandeld worden en wachtlijsten beperkt worden.. Naargelang het resultaat van controle op de kwaliteitsindicatoren en outcome indicatoren kunnen boni of sancties worden toegepast op het organisatiegebonden deel van de financiering. Een bonus of sanctie zou kunnen in de vorm van extra financiële middelen of een revalidatiecontingent als dit realiseerbaar is binnen de voorziene programmatie.

Revalidatievoorzieningen/ziekenhuizen die negatief scoren krijgen de kans om een revalidatietraject te doorlopen om uiteindelijk ook een positieve score te bekomen.

Het bepalen van deze indicatoren is het onderwerp van wetenschappelijke studie dat in overleg met en participatie van de sector dient te gebeuren samen met het Vlaams Instituut voor kwaliteit van Zorg (VIKZ). De indicatoren zullen voor elke type revalidatie mogelijks anders zijn en bepaald worden in overleg met de desbetreffende centra. Het zal de kunst zijn om deze indicatoren zodanig te ontwikkelen dat de revalidanten met de hoogste zorgbehoefte het eerst behandeld worden en de middelen en personeel op de meest efficiënte en effectieve manier worden ingezet. Voor revalidatie is het cruciaal om tijdig te starten. Na verloop van tijd heeft revalidatie minder kans op succes of soms zelfs geen enkele zin meer. Deze inschatting wordt best aan de expertise van de revalidatievoorzieningen zelf over gelaten. De incentive om deze inschatting zo accuraat mogelijk te doen zal in de a posteriori controle opgenomen worden (outcome indicator). Vroegdetectie en interventie zijn belangrijke hefboomen om revalidatie op het juiste moment in te zetten.

Onder outcome en kwaliteitsindicatoren verstaan we o.a. metingen over het behandelresultaat (routine outcome monitoring op korte en lange termijn, functionele winstmeting) en dit gebenchmarkt met vergelijkbare organisaties, uniforme cliënttevredenheid metingen, toepassing van de up to date, evidenced based aanpak, studies ivm best practice, metingen omtrent doelmatige zorg en metingen i.v.m. veiligheid. Het BelRAI inschalingsstelsel is meteen ook, waar mogelijk, een opvolgstelsel en de parameters om kwaliteit en outcome te meten kunnen ook uit deze registratie geëxtraheerd worden. Idealiter vereist dit geen extra registratiesystemen maar mogelijks zijn ze wel nodig. **Objectieveerbare zorgdoelstellingen** laten toe om de kwaliteit van de zorgverlening te evalueren in termen van outcome. Dit kan een aantal knelpunten in het huidig zorgaanbod rond onder- of overbehandeling en een niet optimale inzet van expertise in kaart brengen zodat de Vlaamse revalidatie continu kan geoptimaliseerd worden. **Wetenschappelijke evidentie** vormt o.a. een basis voor de bepaling van welk zorgaanbod, door welke gespecialiseerde professionals in welke setting nodig is voor welk probleem.

4.4.3. Diagnosestelling

De Vlaamse revalidatie heeft een sterke relatie met *cure* en de diagnose is een even belangrijke component in de evaluatie van de toegang tot de revalidatie als de scoring van de zorgzwaarte. Nomenclatuur en technische onderzoeken blijven een belangrijke rol hebben in het stellen van de diagnose maar blijven federale bevoegdheid en worden integraal door de federale overheid gefinancierd. De Vlaamse revalidatie komt in principe pas na een initiële periode waar een diagnose categoriaal is gesteld. Echter is het voor de Vlaamse revalidatie uiterst belangrijk dat deze diagnose verder op punt gesteld wordt o.a. handelingsgericht zodat de indicatie tot en vatbaarheid voor revalidatie duidelijk is en revalidatiedoelstellingen kunnen bepaald worden. Een revalidatie heeft pas kans op slagen als er een volledig en correcte multi/interdisciplinaire diagnostiek is uitgevoerd. Tijdens deze oppuntstelling van diagnose via voornamelijk testing door de revalidatievoorzieningen, kunnen bijkomende technische onderzoeken en prestaties in de nomenclatuur nog nodig zijn. Tevens moet voorkomen worden dat dezelfde testing in verschillende voorzieningen wordt herhaald. Terzake zijn de federale cumulregels van toepassing en zal in de toekomst onderling overleg nodig zijn over de toepassing van cumulregels (zie punt 4.8.)

Het revalidatieproces wordt opgestart vanuit een multi/interdisciplinaire diagnostiek en wordt op basis van de zorgvraag van de revalidant en zijn context dynamisch uitgetekend, op initiatief van door de voorziening.

De resultaten van dit intakeproces (therapeutische mogelijkheden en vatbaarheid voor revalidatie) zijn slechts voor een bepaalde periode valabel en zijn bepalend voor de toegang tot een revalidatietraject.

Ook moet er een pre-screening worden opgezet om de problematiek van de wachtlijsten in te perken zodat de toegankelijkheid wordt geprioriteerd voor de zwaarste *care* en *cure* behoeftigen rekening houdend met de revalideerbaarheid en vatbaarheid. En omgekeerd hoeven personen met een zorgbehoefte onder het 'afkappunt' niet nodeloos langer op de wachtlijst te staan maar kunnen zij een alternatief zorgaanbod krijgen buiten de Vlaamse revalidatie.

4.4.4. Digitalisering

Digitale dienstverlening en automatische toekenning van rechten met a posteriori controle worden, zoveel mogelijk, de norm.

Voor het ontwikkelen van deze digitale communicatie is het belangrijk aandacht te hebben voor de compatibiliteit tussen de systemen van de overheid, de zorgkassen en de revalidatievoorzieningen. De nodige aandacht moet besteed worden aan de elektronische patiënten dossiers (EPD). Hierbij wordt geopteerd voor het e-health platform en zo ook een uitbreiding van het bestaande mycarenet. Op deze wijze is de privacy en het medisch beroepsgeheim gegarandeerd.

De ICT-ontwikkelingen moeten gebeuren voor verschillende elektronische gegevensstromen: de communicatie van de revalidatievoorzieningen met Vlaanderen, de informatiestroom van deze voorzieningen met de zorgkassen, de informatiestroom van de zorgkassen met het agentschap VSB en de informatiestromen tussen verzekeringsinstellingen en zorgkassen.

De communicatie tussen de revalidatievoorzieningen en de zorgkassen sluit aan bij het digitaal platform dat ontwikkeld is voor de mobiliteitshulpmiddelen en de woonzorgcentra. Alle gegevensstromen tussen zorgkassen en tussen zorgkassen en de revalidatievoorzieningen, tussen zorgkassen en verzekeringsinstellingen en tussen zorgkassen en overheid moeten voldoen aan de vereisten die zullen worden bepaald in uitvoering van het bestaande decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg. Het werken met zorgkassen moet een garantie bieden voor bescherming van gevoelige informatie. Het vertrouwen van de burger in een goed beveiligde gegevensdeling is belangrijk. De beheersinstanties moeten hierin voorzien en erover waken dat de privacybescherming wordt gegarandeerd en dat een vlotte toegang tot de gegevens wordt georganiseerd, rekening houdend met de principes opgenomen in het decreet gegevensdeling en de concepten uitgewerkt binnen de werkgroep zorgrelaties binnen eHealth. Om efficiëntieredenen wordt ervoor geopteerd om de ICT in nauw overleg met alle zorgkassen zo optimaal mogelijk te ontwikkelen. Het digitaal platform moet de verzekerbaarheid van individuele personen of van grote aantallen personen kunnen nagaan. De verzekerbaarheid VSB kunnen de revalidatieziekenhuizen op dezelfde digitale wijze raadplegen als hierboven beschreven voor de revalidatievoorzieningen. De ICT-integratie in de toepassingen moet toelaten dat de zorgkas het dossier kan behandelen, de verzekeringsstatus en andere toepassingsvoorwaarden kan controleren, cumulebeperkingen kan toepassen en vragen kan beantwoorden over het dossier.

De zorgkassen zorgen aanvullend aan een digitale dienstverlening (e-loket) voor een laagdrempelige toegankelijkheid via oa kantoren en telefoon zowel voor hun leden als voor de zorgaanbieders.

De geanonimiseerde data m.b.t. diagnose en zorgzwaarte zijn eveneens ter beschikking van het Agentschap VSB en het IMA, met het oog op het versterken van evidence based beleidsvoering. Belangrijk is dat men de data inzake het totaalbeeld rond de revalidant niet verliest en dat Vlaamse en

federale beleidsinstanties steeds vrij inzage kunnen hebben in de cijfers, waar dit noodzakelijk is voor de uitvoering van hun opdrachten en beleidsvoering.

4.4.5. Kwaliteitsbewaking

4.4.5.1. medische specialisatie garanderen

Op vandaag kampen sommige revalidatievoorzieningen met het niet of onvoldoende beschikken over gekwalificeerd therapeutisch personeel, voornamelijk voor wat betreft psychiater, kinderspsychiater en revalidatiearts. De bijkomende kwalificatie als revalidatiearts is belangrijk.

Omwille van de steeds groter wordende kloof tussen de verloning binnen een revalidatie inrichting met deze in private praktijk (ongeveer 45.000 € verschil op jaarbasis), zijn deze artsen niet meer bereid actief te zijn in een revalidatievoorziening. Zij zijn onder meer uitgesloten van de recente herwaardering voor de vergoeding van intellectuele prestaties van artsen-specialisten op basis van de nomenclatuur. De recente loonsverhoging voor de artsen werkzaam in de centra voor ambulante revalidatie (CAR) is een goed voorbeeld voor de volledige revalidatiesector (revalidatieovereenkomsten en revalidatieziekenhuizen). Door de aantrekkelijkheid te verhogen zullen ook deze specialisaties meer als afstudeerrichting gekozen worden.

De Nationale Raad adviseert: 'Om de aantrekkelijkheid van een opdracht als arts in een revalidatiesetting te vergroten zal, binnen de budgettaire mogelijkheden, ingezet worden op de herwaardering van de medische functie, waarbij de vergoeding rekening houdt met de verschillende opdrachten van de betrokken artsen (diagnostiek, behandeling, toezicht, overleg, coördinatie, ...en de vergelijkbare opdrachten binnen de nomenclatuur)'.

Om kwaliteitsvolle revalidatie te garanderen is het nodig dat de attractiviteit voor alle nodige kwalificaties (en niet alleen de artsen) voldoende is zodat de vereiste disciplines deel uit maken van de teams. Een evolutie naar een uniforme functieclassificatie voor de ganse sector revalidatie is bezig door het lopende IFIC dossier. Belangrijk is hierbij de functie en niet zozeer het diploma (bachelor versus master).

4.4.5.2. Financiële incentives voor kwaliteit

Verdere kwaliteitsgarantie kan gestimuleerd worden door de koppeling van financiële boni op de organisatiegebonden financiering aan kwaliteitsindicatoren en outcome indicatoren. De responsabilisering van de centra voor het adequaat inzetten van de middelen zal toenemen omdat outcome en kwaliteitsindicatoren financieel gevalideerd worden. Het systeem corrigeert zichzelf hierdoor en a priori controle wordt geruild voor a posteriori controle.

4.4.5.3. Accreditatie²⁸ en opleiding

Er worden een aantal minimale voorwaarden opgelegd inzake opleiding en vorming om indicatiestellingen te kunnen uitvoeren door middel van toepassing van de BelRAI score voor revalidatie. Als indicatiesteller zal men de nodige opleiding en bijscholingen moeten blijven volgen om indicatiestellingen te mogen blijven toepassen, naar analogie in de andere pijlers van VSB om een accreditatie te behalen en te behouden. Ook het netwerkoverleg en bijscholingen hierover behoren tot de criteria om verder de zorg te mogen blijven toedienen.

²⁸ Deze accreditatie staat los van accreditatie voor ziekenhuizen (JCI-NIAZ) of accreditatie voor artsen, tandartsen, kinesisten

We voorzien een getrappt systeem met verplichte opleiding, eventueel coaching en in bepaalde gevallen ook intrekking van erkenning. In overleg met het Kwaliteitscentrum voor diagnostiek en Expertencommissie. Binnen het Agentschap VSB, wordt nagegaan hoe dit kan worden georganiseerd op moment van inkanteling in VSB en we proberen de analogie met de andere pijlers van VSB maximaal te behouden.

4.4.5.4. *Controle: zorgkassencommissie en inspectie.*

We ontwikkelen een systeem dat weinig fraudegevoelig is door incentives te incorporeren die een autoregulatie van de sector bevorderen. Toch voorzien we nog controle op drie niveaus:

- Het eerste niveau is een controle op niveau van de revalidant door de zorgkassencommissie. Vertrekkend van een steekproefsgewijze a priori controle die uiteindelijk evolueert eens outcome en kwaliteitsindicatoren zijn bepaald, naar een volledige a posteriori controle en heeft als belangrijkste doelstelling de inschaling en het zorg en ondersteuningsplan te controleren op conformiteit.
- Het tweede niveau is een controle op het niveau van de voorziening door de zorgkassencommissie uitgevoerd in opdracht en op aansturen van het agentschap. De kwaliteitsindicatoren en outcome indicatoren worden onder meer gecontroleerd.
- Het derde niveau wordt uitgevoerd door het agentschap VSB en/of zorginspectie die resultaten van de onderzoeken van de zorgkassencommissie controleren en zorginspectie kan bijkomend inspecties doen. Indien nodig kan de zorginspectie ook tot op niveau van de patiënt controles uitvoeren.

Deze niveaus van controle zijn volledig neutraal. De eerste twee niveaus worden uitgevoerd door de zorgkassencommissie (commissie is samengesteld uit personeel van verschillende zorgkassen) en gebeuren op organisatieniveau (geen gevolg voor de individuele revalidant) weliswaar op basis van de inhoud van de individuele dossiers van de revalidanten. De zorgkassencommissie is multidisciplinair samengesteld met actieve betrokkenheid van een verzekeringsarts²⁹, maar ook andere disciplines zoals psychologen, kinesitherapeuten, logopedisten, verpleegkundigen, ... De leden van de zorgkassencommissie hebben een onafhankelijk beschermd statuut wat medisch inhoudelijke aspecten betreft

Terwijl het eerste niveau enkel gevolgen heeft voor de financiering heeft het tweede niveau van inspectie ook de bevoegdheid van het nemen van sancties en intrekken van erkenning.

4.4.6. *De experten commissie (EXP) en de sectorale adviescommissie (SAC)*

Deze twee commissies opgericht in het kader van het overnamedecreet van 6/7/2018 dragen bij aan de performantie en kwaliteit van het Vlaams revalidatiebeleid.

De expertencommissie is een onafhankelijk adviesorgaan dat over alle aspecten in het kader van de revalidatie een advies voor de minister kan formuleren. Ze is samengesteld uit **verschillende disciplines** waardoor de adviezen multidisciplinair worden geformuleerd en het niet exclusief een 'artsen' zaak zijn. De leden van de experten commissie zijn personen met de nodige **wetenschappelijke expertise** maar zonder financiële betrokkenheid op de curatieve sector. Een verzekeringsarts mag niet ontbreken

²⁹ Verzekeringsarts: arts met een bijkomende manama opleiding interuniversitair van verzekeringsgeneeskunde

De sectorale adviescommissie bestaat niet alleen uit vertegenwoordigers van het type revalidatievoorziening waar het advies over gaat maar ook uit leden van de **hele sector geestelijke gezondheid of de ganse sector fysieke revalidatie**. Dit maakt mogelijk een grotere stroomlijning te krijgen in de adviezen en te streven naar een geïntegreerde patient centered zorgbeleid. We krijgen een ontschotting.

Deze adviezen maken duidelijk wat in de sector leeft en wat de wetenschappelijke evidentie is. **Twee belangrijke elementen** om uiteindelijk beleidsmatig tot een wetenschappelijk onderbouwde en gedragen beslissing door de ganse sector te komen.

4.4.7. Oplossingen voor de wachtlijsten³⁰

Dit model samen met de maatregelen die het zorgaanbod afstemmen (zie verder) op de zorgvraag bieden een antwoord op de wachtlijsten omwille van de volgende redenen:

- Duidelijk definiëring van de Vlaamse revalidatie zorgt voor een gepastere toeleiding
- Evenwichtige spreiding van de revalidatievoorzieningen gebaseerd op objectieve parameters
- Bijkomende capaciteit creëren in het kader van deze spreiding en afgestemd op de zorgbehoefte
- Afstemmen van de verschillende netwerken en optimalisatie van outreach werking
- Het zorgaanbod op getrapte wijze organiseren
- Kwalitatief en performant model leidt tot efficiëntere inzet van middelen en personeel
- Zelfregulerend model dat uitgaat van revalideerbaarheid en outcome
- Betere samenwerking met belendende sectoren (zie verder punt 4.7)

4.5. We stemmen het zorgaanbod af op de zorgvraag.

Elke VSB-verzekerde die een geobjectiveerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met garantie voor financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.

Deze Vlaamse revalidatie is zoveel mogelijk evidence based of gebaseerd op best practice studies, performant en van een kwalitatief hoog niveau binnen een correct budgettair kader en sluit naadloos aan bij andere vormen van zorgaanbod.

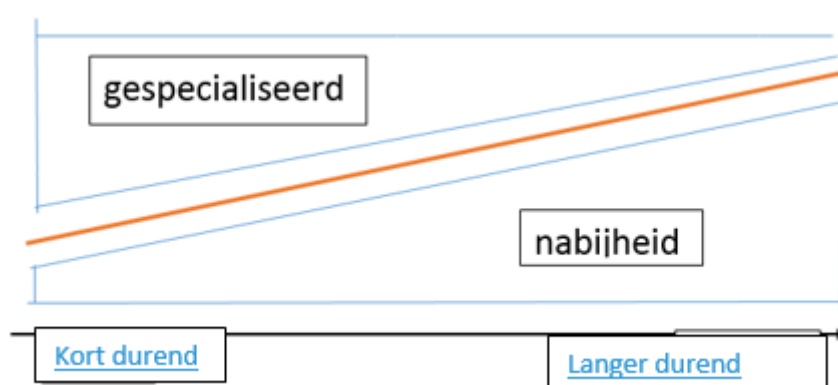
³⁰ Momenteel zijn er wachtlijsten vooral bij de RCA en de CAR: er is een wachttijd van ongeveer 8 maand tot 12 maanden (gebaseerd op een rondvraag)

4.5.1. We streven naar een verantwoorde spreiding en initialiseren netwerking

4.5.1.1. Revalidatieovereenkomsten

Er is nood aan een spreiding van revalidatievoorzieningen op basis van enerzijds een aantal **objectieve parameters** zoals de prevalentie- en indicatiegegevens per pathologie, gekoppeld aan de bevolkingsdichtheid van een regio en verfijnd door het prognosemodel zorg dat door het Steunpunt WVG wordt ontwikkeld en anderzijds factoren zoals de verplaatsingsmogelijkheden van de revalidant met een bepaalde zorgbehoefte, de leeftijd van de revalidant en de zorgzwaarte 'an sich' die we groepen onder het begrip '**aanvaardbare afstand**'. Door een aanvaardbare afstand vast te leggen houden we voldoende rekening met de topografie en urbanistische ontwikkeling.

Hoe sterker gespecialiseerd de revalidatie is hoe verder de aanvaardbare afstand naar de revalidatie is. Dit is nodig om een voldoende kritische massa van de zorg te bekomen en aldus een voldoende expertise te verwerven (zie figuur 3)



Figuur 3

Op basis van voorgaande overwegingen voorzien we nieuwe revalidatievoorzieningen, of capaciteitsuitbreiding van bestaande revalidatievoorzieningen voor het ontwikkelen van een antenne functie in de regio met verhoogde nood (eventueel op basis van een behoefte studie bepaald) op initiatief van de minister en/of het Agentschap Zorg en Gezondheid. We behouden de mogelijkheid dat, op basis van een lokaal initiatief, revalidatievoorzieningen kunnen ontstaan op basis van de noden op het terrein en dat op nieuwe ontwikkelingen kan worden ingespeeld en bevorderen aldus het sociaal ondernemerschap.

We hebben de voorkeur voor fusies van de kleinere centra tov samenwerkingsverbanden tussen bestaande revalidatievoorzieningen maar met behoud van de verschillende locaties om afstanden niet te vergroten. We willen antennewerking stimuleren door bij voorkeur via bestaande revalidatievoorzieningen antennepunten te organiseren. Op basis van verder onderzoek dient te worden bepaald welke grootte een centrum minstens dient te hebben zowel naar overheadkosten als naar concentratie van de kennis. De keuze tussen fusie of samenwerkingsverband baseert zich hierop.

Een optimale spreiding gaat samen met een evenwichtige **outreach werking**. De voorkeur gaat uit naar outreach werking die de professionelen in het netwerk ondersteunt bv de ondersteuning van de transmurale zorgaanbieders.

4.5.1.1.1. Centra voor Ambulante revalidatie

Een uitstekende basis voor de Vlaamse revalidatie is het **fijnmazig web** van revalidatievoorzieningen voor ambulante revalidatie. De bestaande 50 revalidatievoorzieningen van dit type zijn een belangrijke troef en vormen een goede basis voor getrappt aanbod van Vlaamse revalidatie (zie punt 6). Er zijn echter blinde vlekken in dit web. De verdere uitbouw van dit web met nieuwe centra en/of antennepunten en samen met de uitbouw van de complementaire samenwerking met de centra voor geestelijke gezondheid maakt de tekening volledig.

Gezien de populatie revalidanten in de Centra voor Ambulante Revalidatie hoofdzakelijk kinderen zijn die tijdens de schooluren revalideren, lijkt een maximale afstand tussen de verschillende revalidatievoorzieningen ongeveer 30 km en of een reistijd van 30 minuten enkele reis maximaal te verantwoorden.

Een nauwe samenwerking met de Centra voor Geestelijke Gezondheid is nodig om een complementair zorgaanbod mogelijk te maken. Dit vergt nog een proces om werkingsmodaliteiten op elkaar af te stemmen. Omgekeerd kan een persoon die in begeleiding is in een Centrum voor Geestelijke Gezondheid en de behoefte heeft aan revalidatie verder behandeld worden door het Centrum voor Ambulante Revalidatie. Een samenwerking onder vorm van 'slots' voor elkaars zorggebruikers is één van de mogelijkheden. Verder onderzoek wordt gepland om maximaal deze complementariteit van beide type centra te kunnen inzetten in een vorm van samenwerking.

Het fijnmazig web van Centra voor Ambulante Revalidatie is niet alleen structureel complementair aan de spreiding van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg maar ook complementair aan hun zorgaanbod in functie van de pathologie. We volgen hiervoor de DSM V.

- De CAR centra doen een zorgaanbod voor ontwikkelingsstoornissen als stoornissen die zich vroeg in de ontwikkeling manifesteren, een neurobiologische basis hebben en die ontwikkelingstekorten met zich meebrengen op verschillende bio-psycho-sociale ontwikkelingsdomeinen.

Het gaat om onder meer over "Neurodevelopmental disorders": verstandelijke beperking, communicatiestoornissen (met inbegrip van spraaktaalontwikkelingsstoornissen), autismespectrumstoornissen, ADHD, motorische stoornissen (DCD, tikstoornissen, ...), specifieke leerstoornissen; de sensoriele beperkingen en cerebrale palsy met bijkomend de groep van personen met NAH.

- De centra voor geestelijke gezondheidszorg doen een zorgaanbod voor stoornissen zoals bipolaire stemmingsstoornissen, depressieve stemmingsstoornissen, angststoornissen, psychosespectrumstoornissen, obsessieve compulsieve en verwante stoornissen, trauma en stress gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornis, somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen, voedings- en eetstoornissen, eliminatiestoornis, slaap- en waakstoornissen, seksuele dysfuncties, genderdysforie, disruptieve en impulsbeheersingsstoornissen, neuro cognitieve stoornis, persoonlijkheidsstoornissen,

Een constructieve samenwerking is nodig in geval van co morbiditeit (vb een persoon met ASS die OCD) Zowel revalidatie-interventies, als psychotherapeutische interventies vragen behoorlijk wat opleiding en ervaring, en het personeel kan niet deskundig zijn in alle vormen van psychotherapie die een jongere nodig zou kunnen hebben. Het is de bedoeling dat de expertise van de CAR en de CGG wordt ingezet op het juiste moment in een constructieve samenwerking rond de zorggebruiker.

Dit web werkt intensief samen met de nulde en eerste lijn zoals de huisartsen, kinderartsen, clb, ckg,... De organisatie van het netwerk moet transparant zijn, zodat doorverwijzingen, nodeloze heronderzoeken en shopping kunnen beperkt worden. De vrije keuze van zorgaanbieder en verstrekker voor de zorggebruiker dient eveneens gerespecteerd te worden. Het web werkt samen met aanverwante sectoren zoals onderwijs, welzijn, gezondheidszorg, werk, wonen, ...

Deze samenwerking moet duidelijk worden in het zorg strategisch plan dat elke voorziening individueel opstelt maar focust op de regionale en supraregionale werking.

Het web kan beroep doen op revalidatievoorzieningen die zich toeleggen op meer gespecialiseerd aanbod voor deze problematieken en hiervoor lijkt 1 centrum per provincie (supra regionaal) aangewezen te zijn (v.b. referentiecentra autisme) met eerder deskundigen in een universitaire setting. Deze hulp kan bestaan uit gespecialiseerd diagnostisch onderzoek, advies en opleiding om competentie te verhogen, casus-consultenschap door ondersteunen van het team in de tweede lijn die deze revalidant volgt. Voor de autisme problematiek is een thematische zorg strategisch plan nodig. Het uitbouwen van de functionele samenwerking Referentiecentra Autismespectrumstoornissen en de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen in nauwe samenwerking met de universitaire en niet-universitaire diensten (kinder)psychiatrie, (kinder)neurologie, genetica en andere medische disciplines is nodig. Dit overleg dient ook met de federale overheid te gebeuren (zie punt 4.8).

[4.5.1.1.2. centra voor verslavingszorg \(7.73 revalidatieovereenkomsten\)](#)

Het is niet de ambitie om bijkomende residentiele capaciteit te ontwikkelen. Recent is de ondercapaciteit in de Kempen aangepakt. Wel heeft het netwerk aan centra voor verslavingszorg bijkomende nood aan een goede outreachfunctie capaciteit en een goede samenwerking met CGG.

[4.5.1.1.3. psychosociale revalidatie \(7.72 revalidatieovereenkomsten\)](#)

Het netwerk van deze centra is gebaseerd op de netwerken geestelijke gezondheid en is een goede basis voor de spreiding. Echter dient een verder doorgedreven spreiding op basis van incidentie en prevalentie zich op.

[4.5.1.1.4. cognitieve revalidatie \(7.71 revalidatieovereenkomsten\) , moeder-kind eenheden \(7.74.5 revalidatieovereenkomsten\)](#)

Verder hebben we dan nog de supergespecialiseerde Vlaamse revalidatie namelijk diegene met high cure. Hiervoor kan mogelijks 1 centrum of 2 centra voor Vlaanderen voldoende zijn. Verder onderzoek hierover is nodig in welke mate voor bepaalde doelgroepen er in elk revalidatieziekenhuis een zorgaanbod nodig is (supra regionale werking). Een aanzienlijke outreach werking is voor dit type centra nog belangrijker. Het hervormen van tegemoetkomingen voor vervoerkosten dient rekening te houden met dit soort schaalvergroting en dus ook toename in de te overbruggen afstanden voor de zorggebruiker.

[4.5.1.2. Voor de revalidatieziekenhuizen](#)

Voor revalidatieziekenhuizen in het kader van een geïntegreerd gestroomlijnd Vlaams revalidatiebeleid is het belangrijk dat alle revalidatieziekenhuizen deel uit maken van de **klinische ziekenhuisnetwerken** al of niet als volwaardige partner. Vlaanderen en de federale overheid zijn momenteel bezig met de regelgeving die de netwerkvorming mogelijk moet maken.

De specialisatiegraad van het revalidatieaanbod in de huidige groep van revalidatieziekenhuizen is sterk verschillend. De bedoeling is dat zij supergespecialiseerde zorg aanbieden die het locoregionaal

klinisch ziekenhuisnetwerk overstijgt en als uniek in Vlaanderen fungeren. Daarnaast voeren zij ook locoregionale zorgopdrachten uit en sluiten op deze basis ook aan bij een klinisch ziekenhuisnetwerk naar analogie met de universitaire ziekenhuizen. Zij organiseren zich in de thematische zorg strategische planning.

De revalidatieziekenhuizen zullen evolueren naar een hoofdactiviteit voor een supraregionaal zorgaanbod. Het is de bedoeling om doorgedreven specialisatie te hebben in vergelijking met de andere ziekenhuizen van het netwerk en derhalve een derde lijnscentrum te zijn. Dit kan zich bv ook uiten in hun de verhouding R t.o.v. R-plus bedden. (zie punt 4.5.2.2.)

Mogelijks zal de lat te hoog liggen voor sommigen van de revalidatieziekenhuizen en dringt een heroriëntering zich op. Dit kan gaan via afbouw van Sp-bedden naar oriëntering van transmurale zorg, ziekenhuisverplaatste zorg en een hoofdactiviteit die zich eerder naar een locoregionaal zorgaanbod richt.

4.5.2. Programmatie en erkenning

We passen het principe toe in de Vlaamse revalidatiesector van erkenningen en programmatie zoals reeds in andere sectoren met Vlaamse bevoegdheid. Belangrijk is dat de noden inzake het revalidatieaanbod mee in kaart wordt gebracht in het zorgprognosemodel dat in ontwikkeling is. Bedoeling is immers dat ook deze sector wordt meegenomen in de meerjarenplanning die elke legislatuur moet worden opgemaakt conform het VSB-decreet. Jaarlijks op politiek niveau zal geëvalueerd worden welk budget zal worden vrijgemaakt voor uitbreiding van zorgaanbod en/of creatie van nieuw zorgaanbod. Momenteel is er een studie lopend om de revalidatiebehoefte in kaart te brengen bij de revalidatieovereenkomsten (zie tabel 1). Mogelijks is verder onderzoek nodig om de globale revalidatiebehoefte in kaart te brengen. De eerste resultaten worden verwacht in april 2019.

4.5.2.1. Revalidatieovereenkomsten worden zorgprogramma's

We stellen een **programmatie** op en zorgen ervoor dat de blinde vlekken in de verspreiding van de revalidatievoorzieningen prioritair kunnen opgelost worden. De **programmatie** creëert de mogelijkheid om de kritische massa voor de nodige expertise te kunnen bereiken. Het opnemen van een extra revalidatiecontingent voor revalidatievoorzieningen die hiervoor in aanmerking komen, moet in overeenstemming zijn met deze programmatie en draagt bij tot budgetbeheersing.

Aan de **erkenningen** worden criteria gekoppeld zoals personeelsvereisten, vereisten voor gebouwen en vereisten voor het zorgaanbod. Het inschrijven van zorgdoelen in het zorg en ondersteuningsplan van een revalidant is een essentiële voorwaarde en zal gehanteerd worden als erkenningsnorm. De vereisten normen zijn minimum vereisten. Vandaag zijn er geen vereisten van toepassing.

Naast een vorm van programmatie en erkenning wordt het principe van revalidatieovereenkomsten³¹ niet verlaten. De **revalidatieovereenkomst** biedt garanties over de multi/interdisciplinariteit, een all-in aanbod, de tariefzekerheid, de laagdrempeligheid, eenvoudige facturatie, derdebetalersregeling en de zorg op maat voor de revalidant. De revalidatieovereenkomsten veranderen op deze manier uitsluitend inhoudelijk naar **zorgprogramma's** zonder de voordelen zoals in de KCE-studie beschreven te verliezen.

Verder pleiten we voor regelluwte met overeenkomsten over meerdere jaren die voldoende flexibel zijn zodat op maat van de revalidant kan gewerkt worden. Op de zorgprogramma's worden outcome

³¹ KCE-rapport 299 van 2018: meta evaluatieprotocol

en kwaliteitsindicatoren toegepast. In samenspraak met de revalidant en met het team van het revalidatiecentrum dat de expertise heeft wordt het concrete individuele programma vastgelegd uit het aanbod van zorgprogramma's die het revalidatiecentrum kan bieden.

4.5.2.2. Revalidatieziekenhuizen: geïsoleerde Sp-bedden worden R-plus-bedden.

De Ziekenhuiswet, zoals deze van toepassing was op 30 juni 2014 (cf. inwerkingtredingsdatum van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming), op grond van het beginsel van de continuïteit van bestuur, blijft van toepassing op de revalidatieziekenhuizen. In de toekomst zal een Vlaamse ziekenhuiswet moeten ontwikkeld worden met behoud van de federale wetgeving voor federale materie binnen de muren van de revalidatieziekenhuizen. We blijven de stelling verdedigen dat de revalidatieziekenhuizen, ziekenhuizen³² zijn zoals de wet van de ziekenhuizen op datum van 30/06/2014.

In de toekomst zal de erkenning en programmatie van revalidatiecapaciteit zowel in de revalidatieziekenhuizen als in de revalidatieovereenkomsten kaderen in de globale visie over de Vlaamse revalidatie. Het is van belang zowel voor de federale overheid als voor de Vlaamse overheid dat er een gemeenschappelijk beleid ontwikkeld wordt teneinde de middelen op een efficiënte manier te kunnen gebruiken en beantwoorden aan de noden van vandaag; meer gespecialiseerd zorgaanbod door de evolutie van de revalidatiediscipline, minder nood aan hospitalisatie maar toename van transmurale zorg en het stijgend voorkomen van chronische aandoeningen met multicomorbiditeit. De huidige normering van Sp bedden beantwoordt niet aan de noden van de zorg.

Bij de installatie van het nieuwe federale parlement eindigt het moratorium op de Sp-bedden dat zijn ingang vond via de programmawet nota dd 25/12/2016. Het is niet de bedoeling op vragen tot reconversie door algemene of universitaire ziekenhuizen beslissingen te nemen zonder dat dit kan gebeuren in een nieuw kader. Dit nieuwe kader omvat een evolutie van een deel van de Sp bedden naar een vorm van transmurale zorg (o.a. herstelverblijf) en een ander deel van de Sp bedden evolueert naar intensifiëring van de zorg door omzetting van Sp bed naar R of R-plus-bed. Bij deze grondige hervorming van het Sp-bed -revalidatielandschap houden we rekening met de stijgende behoefte aan revalidatie tijdens een ziekenhuisverblijf en de complexiteit ervan.

In een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen bepleit men de creatie van "revalidatiebedden" (R-bedden). Het is de bedoeling dat in deze bedden enkel nog revalidanten met actieve multi/interdisciplinaire revalidatiebehoefte worden opgenomen en onderverdeeld worden volgens revalidatiebehoefte.

Dit betekent hervorming van ALLE categorieën van de Sp-bedden psycho geriatrie, cardiopulmonair, neuro, locomotorisch en chronisch zowel in de universitaire, algemene als in de revalidatieziekenhuizen. Sp bedden kunnen evolueren naar transmurale zorg (ziekenhuisverplaatste zorg) of naar R of R plus bedden die een hogere omkadering hebben dan de huidige Sp bedden voor supergespecialiseerde revalidatieproblematieken (zie verder) maar die minder in aantal zullen zijn dan de huidige Sp bedden (verdichting van de zorg). Sp bedden in algemene of universitaire ziekenhuizen die naar transmurale initiatieven zouden evolueren kunnen dit enkel indien er een samenwerkingsakkoord met de federale overheid wordt gesloten.

Zulke hervorming zal gebeuren op basis van een traject in verschillende fasen samen met de federale overheid, het riziv en de ziekenhuizen. Een dergelijk gezamenlijk traject zal resulteren in een

³² Dit heeft niet alleen betrekking op het toepassen van nomenclatuur maar ook op het statuut van artsen, apothekers, stagiairs, medisch raad etc.

verhoging van de efficiëntie en effectiviteit van de middelen zowel in de algemene, universitaire en revalidatieziekenhuizen. Het transitieproces is een opportuniteit om de historische ongelijkheid te corrigeren en de ligdagprijzen zullen wellicht ge'her'ijkt moeten worden. Budgettair zal dit nauw moeten opgevolgd worden zoals o.a. de effecten op de Budgetten Financiële Middelen (BFM) van de ziekenhuizen, op de Budgetten RevalidatieZiekenhuizen (BRZ) ,op de prestaties nomenclatuur en VSB en de financiële leefbaarheid van de ziekenhuizen. Gezien de complexiteit zal er met werkgroepen samengesteld uit de verschillende gemeenschappen, de federale overheid en de betrokken sectoren moeten gewerkt worden. Een transparante gerespecteerde timing mag niet ontbreken.

Belangrijk is dat simultaan flankerende maatregelen genomen worden zodat er een voldoende revalidatieaanbod is voor zorggebruikers die in de toekomst niet meer in gehospitaliseerde toestand worden gerevalideerd wat resulteert in verdichting van de zorg en minder opnamecapaciteit.

Een ongecompliceerde heupprothese bij een persoon met een hoge leeftijd zonder co-morbiditeit hoort niet langer in deze bedden maar krijgt een zorgaanbod op transmurale wijze of via andere nieuwe zorgvormen. Om het zorgcontinuüm te vrijwaren is het tevens belangrijk dat wanneer de specifiek medische aspecten zijn uitbehandeld, patiënten kunnen "doorschuiven" naar meer eenvoudige alternatieve zorgvormen. De verdere uitbouw van de transmurale zorg eveneens op basis van de BelRAI en ingekanteld in VSB is hiervoor nodig.

Er is nood aan nieuwe zorgvormen zoals bv.revaliderend herstelverblijf, middle care bedden voor verlengde zorg waar omkadering lager is. Onze visie over de Vlaamse revalidatie (Zie: Wat is revalidatie in deze nota) in gedachten.

Op basis van bijkomende planningsvoorwaarden (zie zorgstrategische planning) worden R-bedden locoregionaal voorzien met normen die extra personeel voorzien tov de huidige Sp-bedden. Op supraregionaal vlak is er nood aan een beperkt aantal R-bedden die zowel in de acute als in de post-acute revalidatie exclusief sterk gespecialiseerde intensieve multi/interdisciplinaire zorg kunnen aanbieden. Het zijn derdelijns bedden en beschikken over extra personeel psychologen, ergotherapeuten en logopedisten t.o.v. de R-bedden. De huidige personeelsomkadering van de Sp-bedden is onvoldoende om zich te kunnen toeleggen en exclusief gecompliceerde revalidatie. Er zal een nog hogere omkadering nodig zijn van verpleegkundigen en zorgkundigen gezien de case mix in deze afdelingen een gemiddeld hoger zorgbehoefte zal hebben dan in de gewone R-bedden. We noemen deze bedden Rplus-bedden. Revalidanten die opgenomen worden in deze bedden hebben reeds een uitgebreide gespecialiseerde diagnose en bij voorkeur ook een BelRAI inschaling en hebben niet alleen nood aan verpleging, diëtist en/of sociaal werker, kinesist en ergotherapeut maar ook aan minstens een van de volgende hulpverleners psycholoog of logopedist. Patiënten die in afwachting van voldoende recuperatie om te kunnen starten met revalidatie (bv comateuze, beademde patiënten) en mits een volledig oppuntgestelde diagnose kunnen ook ter voorbereiding van deelname aan een longterm-care revalidatiezorgprogramma worden opgenomen in deze Rplus-bedden. Het is de bedoeling dat de revalidatieziekenhuizen evolueren naar R-plus bedden.

Belangrijk is ook het inbouwen van indicatoren in deze nieuwe normering zodat controle mogelijk is op de conformiteit.

Voor alle duidelijkheid blijft de financiering van de zorgen in gehospitaliseerde toestand bestaan uit de combinatie van het BFM/BRZ en de nomenclatuur en/of de revalidatieovereenkomsten die gerealiseerd wordt.

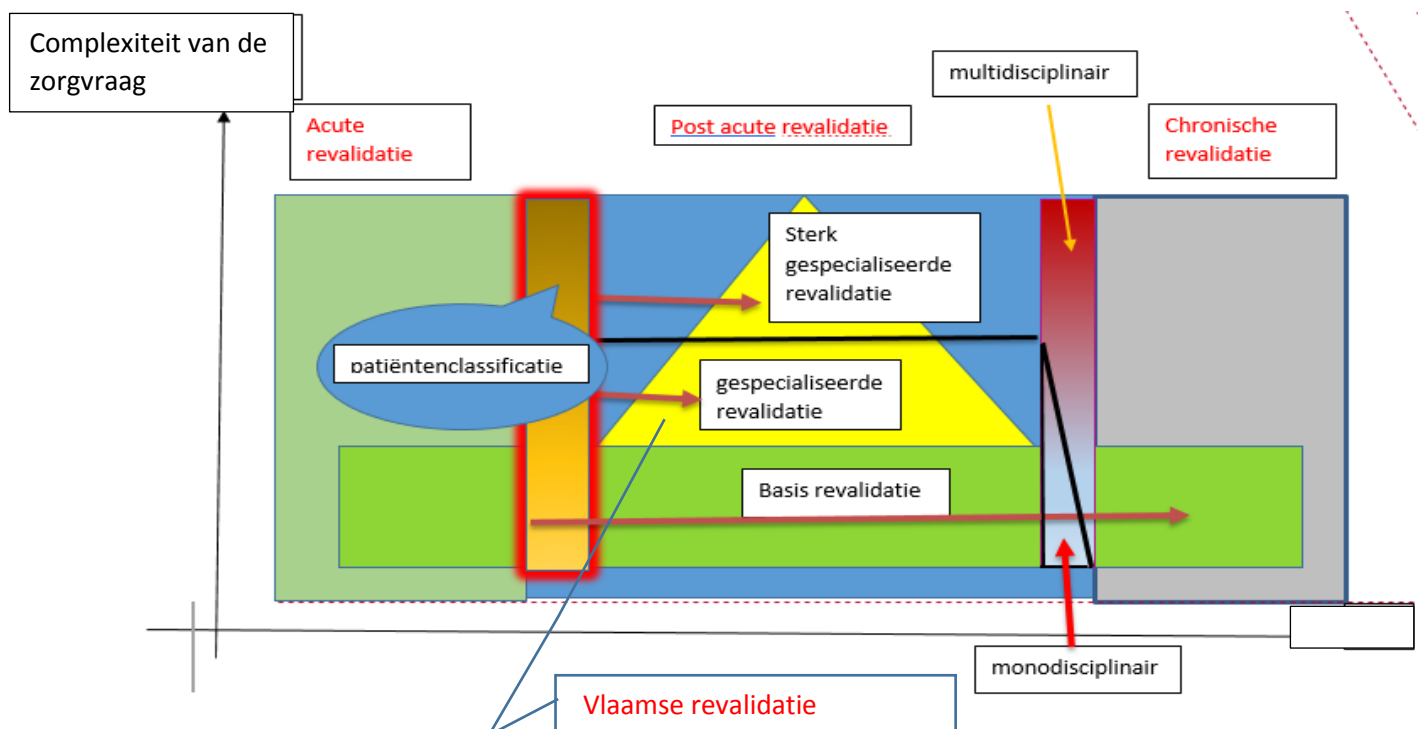
4.6. We organiseren het zorgaanbod op een getrapte wijze.

Elke VSB-verzekerde die een geobjectiveerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met garantie voor financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.

Een getrapte wijze van organisatie van het zorgaanbod is nodig voor een vlotte werking van het geheel. De zorgplanning volgens het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod en volgens het besluit van de Vlaamse regering betreffende de zorg strategische planning inzake ziekenhuizen ondersteunen deze getrapte organisatie. Door zowel een goede patiënten classificatie via de BelRAI, als een goede classificatie van het zorgaanbod via spreiding, erkenning en normering kan de zorggebruiker de juiste keuzes maken op vlak van voorzieningen/ zorgaanbieders.

Deze getrapte wijze van revalidatieaanbod houdt rekening met drie dimensies:

- De dimensie tijd in verband met het verloop van de aandoening,
- De dimensie zorgzwaarte in verhouding tot de patiënten classificatie BelRAI.
- De ruimtelijke dimensie waarbij dat basisrevalidatie in de 'redelijke' nabijheid dient te zijn terwijl de gespecialiseerde en de sterk gespecialiseerde revalidatie regionaal of supra regionaal is georganiseerd.



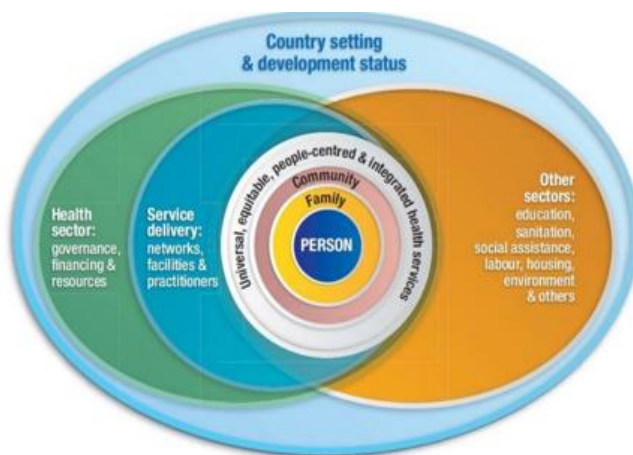
Figuur 4³³

Indien we Vlaamse revalidatie op deze getrapte wijze organiseren is het mogelijk het revalidatieaanbod te laten scharnieren met het aanbod vanuit de zorgverlening op federaal niveau, en andere belendende sectoren zoals met het aanbod van de voorzieningen voor personen met een handicap, het aanbod in de ouderenzorg, met jongerenwelzijn, met de zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg, met de partners in onderwijs en op het terrein van de tewerkstelling en dat in functie van continuïteit van zorg en het streven naar participatie op verschillende levensdomeinen.

De Vlaamse revalidatie situeert zich voornamelijk binnen het post acute revalidatiedeel (in de gele driehoek).

4.7. We kiezen voor een patient centred, geïntegreerd beleid met de belendende sectoren.

Elke VSB-verzekerde die een geobjectiveerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met garantie voor financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.



Figuur 5: conceptual framework for people and integrated health services (WHO).

De reële zorgbehoefte vertrekt vanuit het cirkelmodel dat gebaseerd is op het concentrische ondersteuningsmodel van de American Association of Intellectual and developmental disabilities (AAIDD) en de WHO. De belendende sectoren (zie orange deel fig 5) zijn vooral de sector van de personen met het handicap (VAPH), ouderenzorg, onderwijs, jongerenwelzijn en kind en gezin (Agentschap Opgroeien) en de federale geneeskundige verstrekkingen (Riziv).

Om een gestroomlijnd en geïntegreerd revalidatiebeleid op Vlaams niveau te kunnen ontwikkelen is het tevens nodig dat de verschillende aanbieders van alle soorten zorg onderling samenwerkingsvormen kunnen aangaan. Een belangrijke hervorming en afstemming van de huidige

³³ geïnspireerd op figuur Zorgnet-icuro (cahier neuromusculaire revalidatie)

financieringsmodellen en budgetverdeling is tevens noodzakelijk. Alleen zo slagen we erin tot echte samenwerking en ontschotting te komen in het belang van de juiste ondersteuning op maat en naadloze overgangen voor zorggebruikers.

4.7.1. Brede introductie van BelRAI

Er is politieke consensus en beslissing om, zowel op federaal als op Vlaams niveau, **BelRAI** te implementeren als indicatiestelling. Eén instrument maakt dat alle actoren in eenzelfde taal over de patiënt/ zorggebruiker/revalidant spreken. Over de sectoren heen wordt geprobeerd de zorgzwaarte en ook de zorgondersteuning te objectiveren en de verschillende procedures beter op elkaar af te stemmen, te beperken, eenvormiger en eenvoudiger te maken. Dit is een werk van lange adem waaraan stap voor stap wordt gewerkt op basis van wetenschappelijk onderzoek.

Het is absoluut noodzakelijk dat de zorgbehoefte wordt ingeschaald met hetzelfde inschalingsinstrument ook voor de belendende sectoren. Niet alleen wetenschappelijk onderzoek is hiervoor nodig maar ook een procesbegeleiding zodat implementatie van de BelRAI niet leidt tot verschuivingen in de PVF, bijkomende wachtlijsten of kosten tgv de afname en registraties van verschillende classificaties.

Op die wijze kan de zorgbehoefte in kaart gebracht worden en kan een zorgtraject uitgestippeld worden waar de zorgprogramma's van de Vlaamse revalidatie een onderdeel kunnen zijn van een zorgtraject over de sectoren heen (ontschotting).

Een grote uitdaging zal zijn om de matching te kunnen uitvoeren van het zorgzwaarte inschalingsstelsel van het VAPH met de BelRAI. Er zal verder onderzoek voor nodig zijn in nauw overleg met de sector voor personen met een handicap.

Het implementeren van de BelRAI in de jeugdzorg, in de geestelijke gezondheidszorg, in onderwijs, in de eerste lijn en in de federale gezondheidszorg maakt het mogelijk om dergelijke zorgtrajecten te realiseren in het bijzonder het zorgaanbod via de onder federale bevoegdheid gebleven R- (ex-Sp)-bedden in de algemene en universitaire ziekenhuizen, via de nomenclatuur fysische geneeskunde en revalidatie, via de nomenclatuur kinesiotherapie en ergotherapie, via terugbetaling van de eerstelijns psycholoog, etc.

Voor kinderen en jongeren is bijzondere aandacht voor pedagogische en educatieve mogelijkheden tijdens de revalidatie cruciaal. Onderwijs maakt integraal deel uit van de revalidatie in residentiële of ziekenhuismilieu. In de ambulante revalidatie is onderwijs een belangrijke component in het revalidatieproces. Door het geïntegreerd onderwijs ontstaan via het M-decreet is het nog belangrijker met onderwijs in overleg te gaan en zorgtrajecten te kunnen introduceren. Ook hier is goede screening met bij voorkeur dezelfde instrumenten nodig zodat kinderen die behoefte hebben aan Vlaamse revalidatie die kunnen krijgen en dat kinderen die een doorgedreven ondersteuning vanuit het onderwijs nodig hebben deze ook krijgen.

De evolutie richting één jeugdhulp (nota 2.0 aanpak voor jeugdhulp) moet ook aandacht hebben voor de jeugd met een revalidatiebehoefte en ook hier kunnen zorgtrajecten met periodieke revalidatieprogramma's een oplossing bieden.

4.7.2. Afstemmen van verschillende netwerken op elkaar

Het fijnmazig web revalidatie werkt intensief samen met de nulde en eerste lijn zoals de huisartsen, kinderartsen, clb, kkg,... De organisatie van het netwerk en de samenwerking moet transparant zijn opdat de zorggebruiker de juiste keuzes kan maken, zodat doorverwijzingen, nodeloze

heronderzoeken en shopping kunnen beperkt worden. Voor de samenwerking over het netwerk heen zijn de eerste lijnszones een goed uitgangspunt. Het aantal eerste lijnszones en het aantal Centra voor Ambulante Revalidatie zijn van dezelfde grootteorde. Ook de netwerken Geestelijke Gezondheidszorg kinderen en jongeren bieden een goed forum.

De complementariteit tussen de Centra voor Ambulante Revalidatie en de Centra Geestelijke Gezondheidszorg kinderen en jongerenteams (KJ) maken connectie tussen revalidatie en de netwerken geestelijk gezondheid makkelijk. Voor een vlotte werking van een web dienen er zo weinig mogelijk verschillende **financieringsmodellen** binnen het web te bestaan zodat de inkanteling in VSB van alle partners van het netwerk bevorderend is voor een goede netwerkfunctie. Dit betekent o.a. niet enkel een inkanteling in VSB van de Vlaamse revalidatiesector maar ook van de centra voor geestelijke gezondheid. Op die wijze is niet alleen in de inschaling maar ook de financiering identiek wat de complementariteit zal verstevigen.

Het verder uitbouwen van de outreach functie binnen de Vlaamse revalidatie faciliteert tevens de connectie met andere netwerken (bv netwerk Jeugdhulp). Als outreach bedoelen we het ondersteunen van andere voorzieningen of zorgverstrekkers door de revalidatievoorzieningen.

We moedigen de andere revalidatievoorzieningen aan om zich te organiseren in een netwerk en connectie te maken met andere netwerken zodat hun zorggebruikers ruim omringd worden met zorg en expertise uitgewisseld wordt.

4.8. We kiezen voor een globaal gestroomlijnd revalidatiebeleid

Elke VSB-verzekerde die een geobjectiveerde behoefte heeft aan Vlaamse revalidatie, heeft recht op een excellente revalidatie op maat, in de redelijke nabijheid, laagdrempelig, op het juiste moment, in voldoende mate en met een garantie voor financiële toegankelijkheid voor de zorggebruiker, zodat de revalidatie het meeste kans maakt op een maximaal resultaat. Het revalidatieplan is geïntegreerd in het geheel van de behandelingen waarbij de revalidant centraal staat en maximaal betrokken is.

Deze Vlaamse revalidatie zoveel mogelijk evidence based of gebaseerd op best practice studies, performant en van een kwalitatief hoog niveau binnen een correct budgettair kader en sluit naadloos aan bij andere vormen van zorgaanbod.

De Vlaamse overheid is niet de enige overheid met bevoegdheid over revalidatie. De gefederaliseerde sectoren hebben de expliciete wens geuit om geen Vlaamse eilandpolitiek te voeren en het beleid te kaderen in de algemene lijnen in de Belgische gezondheidszorg.

Mits voeling te houden met de evoluties op federaal niveau en voldoende overleg kan Vlaanderen het voortouw nemen in de ontwikkeling van een transparant gedifferentieerd en gestroomlijnd revalidatiebeleid. Er is nood aan een structureel overlegplatform zodat op basis van het evenredigheidsbeginsel de verschillende beleidsniveaus loyaal handelen t.o.v. elkaar. Er is niet alleen nood aan **samenwerkingsakkoorden** maar ook aan de installatie van een **Revalidatieraad** waarin experts revalidatie van de verschillende bevoegde overheden zetelen om dit globaal beleid te bewaken. Experts zowel op politiek niveau als experts van de administratie. Hier mogen experts vanuit de professionele hoek en vanuit de gebruikershoek niet ontbreken.

Enkel op deze wijze kan er een gestroomlijnd beleid gevoerd worden wat bijkomend zorgt dat er geen dubbele financiering gebeurt voor sommige zorgen, dat er geen bijkomende kosten worden gegenereerd op een ander beleidsniveau of dat essentieel zorgaanbod zou verdwijnen.

Een optimalisatie van het revalidatie zorglandschap i.f.v. van kwaliteiten en optimale inzet van middelen, heeft maar kans op slagen indien alle bevoegde overheden samen een coherent beleid voor de betreffende zorgprogramma's ontwikkelen.

In dit kader zijn volgende zaken te vermelden:

De ideeën op federaal niveau rond de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vertonen een aantal mogelijke impacts op het zorgaanbod revalidatie:

- De mix van financieringsmechanismen i.f.v. complexiteit van zorg: laag variabele zorg, medium variabele of middelmatig complexe zorg en hoog complexe zorg;
- Minder acute bedden;
- Taakverdeling en -verschuiving via netwerking;
- Reconversie van acute bedden naar G en Sp;
- pay-for-quality;
- Vereenvoudiging van registratiesystemen; pilootprojecten onder meer m.b.t. transmurale zorg; ...

De Vlaamse Gemeenschap heeft inzake revalidatieziekenhuizen de volledige bevoegdheid inzake programmatie, planning, erkenning(snormen), financiering, etc., inclusief de prijsbepaling voor de patiënten. Het voornemen om de normering van Sp-bedden naar R-bedden en R-plus-bedden om te schakelen dringt zich op. Toch mag niet uit het oog worden verloren dat een aantal aanverwante domeinen die onder federale bevoegdheid zijn gebleven: toepassing van nomenclatuur tijdens hospitalisatie, deelname ziekenhuisnetwerken, statuut ziekenhuis en de daaraan gelinkte statuten van het personeel binnen de ziekenhuizen, zorgprogramma's en reconversie van ziekenhuisbedden. **In de toekomst kunnen acties binnen het beleid van de revalidatieziekenhuizen door de Vlaamse overheid veel ruimere implicaties hebben dan de eigen verworven bevoegdheid en omgekeerd kunnen federale beslissingen ook gevolgen hebben voor de revalidatieziekenhuizen.**

Uiteraard zal het revalidatiebeleid ook passend moeten zijn binnen de nog te ontwikkelen blauwdruk van het **zorg strategisch plan Vlaanderen voor de ziekenhuizen**.

In het kader van stroomlijnen en gedifferentieerd zorgaanbod is het belangrijk dat het aanbod van de gemeenschappen afgestemd is op het aanbod dat de federale overheid aanbiedt, ook een opdracht van deze Revalidatieraad.

Op gebied van gezondheidszorgen hebben enkel de verzekeringsinstellingen quasi informatie over de revalidanten en diegene met het statuut chronisch zieken in het bijzonder. Dit wil zeggen dat alle gezondheidszorgen die hun leden krijgen duidelijk zijn voor de verzekeringsinstellingen. Deze 360 ° view bij de verzekeringsinstellingen wordt dagelijks geüpdatet en beschikt over de meest recent gegevens.

Hierdoor kan er in de regelgeving enerzijds voor gezorgd worden dat sommige zorgen slechts in beperkte mate kunnen gebruikt worden, de zogenaamde maximale tellers en anderzijds dat de combinatie van bepaalde zorgen niet mogelijk is, de zogenaamde cumulregels. De gegevens deling moet verzekerd worden met het oog op de federale opdrachten zoals het statuut chronisch zieken.

Ook kunnen de verzekeringsinstellingen de kosten van gezondheidszorgen recupereren in het kader van subrogatie. Op Vlaams niveau moet een analoog systeem worden voorzien in nauwe samenwerking met de verzekeringsinstellingen die hierover de expertise beschikken. De zesde

staats hervorming splitst de gezondheidszorgen waardoor de 360 ° view rond de revalidant dreigt te verdwijnen. Het risico bestaat dat overheden de financiële last dragen van kosten die eigenlijk ten laste zijn van de privéverzekeraar. Om dergelijke gevolgen van de zesde staats hervorming te vermijden moet er een communicatie mogelijk zijn tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgkassen als de uitbetalingsorganen voor de Vlaamse Sociale Bescherming.

5. Voorstel van beslissing

De Vlaamse Regering beslist, met dien verstande dat deze beslissing geen enkel financieel of budgettair engagement inhoudt:

1. haar goedkeuring te hechten aan bovengenoemde conceptnota en aan de bijbehorende bijlagen 1 tem 6;
2. de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, te gelasten over voornoemde conceptnota het advies in te winnen van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG).

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 1: duiding definitie revalidatie

Bijlage 2: duiding Persoonsvolgende Financiering

Bijlage 3: indicatieve tijdstabel invoering BelRAI in de Vlaamse revalidatie

Bijlage 4: referentie documenten revalidatie

Bijlage 5: schematische beknopte weergave van de inhoudelijke werking van de revalidatievoorzieningen

Bijlage 6: veel gebruikte afkortingen.