

Art. 5. Deze collectieve arbeidsovereenkomst wordt gesloten voor een bepaalde duur. Zij treedt in werking op 1 juli 2023 en houdt op van kracht te zijn op 30 juni 2025.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 6 februari 2024.

De Minister van Werk,
P.-Y. DERMAGNE

Art. 5. La présente convention collective de travail est conclue pour une durée déterminée. Elle entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023 et cesse d'être en vigueur le 30 juin 2025.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 6 février 2024.

Le Ministre du Travail,
P.-Y. DERMAGNE

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C – 2024/001501]

8 NOVEMBER 2023. — Protocolakkoord gesloten tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over gezondheidsbeleid: Interfederaal plan geïntegreerde zorg

Gelet op de specifieke bevoegdheden waarover de federale overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet, hierna 'de deelstaten' genoemd, beschikken op het gebied van het gezondheidsbeleid, overeenkomstig artikel 5, § 1, I van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, gewijzigd door de Bijzondere Wet van 6 januari 2014.

Gelet op de bevoegdheid van de ziekteverzekering in de tegemoetkoming in kosten van geneeskundige verstrekingen, overeenkomstig de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Gelet op het Decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders door de Vlaamse regering; het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 en het Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

Gelet op de ordonnantie van 19 juli 2007 van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

Gelet op het Decreet van 17 juli 2002 betreffende de hervorming van l'Office de La Naissance et de l'Enfance, afgekort ONE.

Overwegende het gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad dat momenteel in opmaak is.

Overwegende het decreet in opmaak betreffende Proxisanté en de fundamentele voor hulp en zorg in de eerste lijn van de Waalse regering.

Overwegende het decreet in opmaak betreffende samenwerken voor geïntegreerde zorg en geestelijke gezondheidszorg in de Duitstalige gemeenschap en de bestaande decreten over de oprichting van een dienst van de Duitstalige Gemeenschap voor zelfstandig leven en over gezondheidsbevordering en medische preventie.

Overwegende de aanbevelingen van de Wereld Gezondheids Organisatie voor een geïntegreerd en persoonsgericht gezondheidszorgsysteem via de WHO Frameworks "integrated, people-centred health services" (2016) en "European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery" (2016).

Overwegende de aanbevelingen van het KCE in antwoord op de vraag om de stand van zaken van de maturiteit van geïntegreerde zorg in België en mogelijke acties voor volgende stappen in kaart te brengen in de "Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België".

Overwegende de aanhoudende uitdagingen in ons zorg- en welzijns-systeem zoals o.a. steeds meer chronische en complexe zorg- en hulpvragen die noodzaken dat beleid, budgetten en dienstverlening worden aangepast en maximaal dienen tegemoet te komen aan de noden van de burger en professional.

Overwegende dat een passend antwoord op deze uitdagingen en de specifieke noden die eruit volgen in het kader van een beleid van samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten kan worden gegeven.

Overwegende dat dit protocolakkoord tot stand is gekomen in het kader van gezamenlijk overleg tussen de federale overheid, de gemeenschappen en gewesten en diverse belanghebbenden met betrekking tot de opmaak van een interfederaal plan geïntegreerde zorg.

Overwegende dat het in vorige alinea vermelde overleg zal worden voortgezet met betrekking tot het opmaken van een uitvoeringsplan ("implementatie- en veranderplan").

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C – 2024/001501]

8 NOVEMBRE 2023. — Protocole d'accord conclu entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, relatif à la politique de santé : Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés

Vu les compétences spécifiques de l'autorité fédérale et des autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, ci-après dénommées "les entités fédérées", dans le domaine de la politique de santé et, conformément à l'article 5, § 1, I de la loi spéciale du 8 août 1980 sur la réforme institutionnelle, modifiée par la loi spéciale du 6 janvier 2014.

Vu la compétence de l'assurance maladie en matière de remboursement des frais de prestations médicales conformément à la loi sur l'assurance obligatoire des soins et des prestations médicales, coordonnée le 14 juillet 1994.

Vu le décret du 26 avril 2019 relatif à l'organisation des soins primaires, aux plateformes régionales de soins et au soutien des prestataires de soins de première ligne par le gouvernement flamand ; le décret du 15 février 2019 relatif aux soins résidentiels et le Décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive.

Vu l'ordonnance du 19 juillet 2007 de la Commission communautaire commune relative à la politique de prévention en santé.

Vu le décret du 17 juillet 2002 portant sur la réforme de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, en abrégé ONE.

Considérant le décret et l'ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française relatifs à l'organisation du secteur ambulatoire et de la première ligne en matière d'aide sociale et de santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, actuellement en cours d'élaboration.

Considérant le décret en cours d'élaboration relatif à Proxisanté et les fondements de l'aide et des soins de première ligne par le gouvernement wallon.

Considérant le décret en cours d'élaboration relatif à la coopération en matière d'aide et de soins intégrés et sur la santé mentale dans la Communauté germanophone et les décrets existants sur la création d'un service de vie autonome de la Communauté germanophone et sur la promotion de la santé et la prévention médicale.

Considérant les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé pour un système de soins de santé intégré et centré sur la personne à travers les cadres de l'OMS "integrated, people-centred health services" (2016) et "European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery" (2016).

Considérant les recommandations du KCE en réponse à la question sur l'état de maturité de l'aide et des soins intégrés en Belgique et des actions possibles pour les prochaines étapes de la "Transition vers des soins (plus) intégrés en Belgique".

Considérant les défis permanents de notre système de santé et d'aide sociale, tels que, entre autres, un nombre croissant de demandes de soins et d'assistance chroniques et complexes, qui exigent que les politiques, les budgets et les services soient ajustés et répondent autant que possible aux besoins des citoyens et des professionnels.

Considérant qu'une réponse appropriée à ces défis et aux besoins spécifiques qui en découlent peut être apportée dans le cadre d'une politique de coopération entre l'autorité fédérale et les communautés et régions.

Considérant que ce protocole d'accord s'inscrit dans le cadre d'une concertation commune entre l'autorité fédérale, les communautés et régions et diverses parties prenantes en vue de l'élaboration d'un plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés.

Considérant que les concertations mentionnées au paragraphe précédent se poursuivront en vue de l'élaboration d'un plan de mise en œuvre ("plan de mise en œuvre et de changement").

De federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten (hierna de “deelstaten” genoemd), komen overeen wat volgt:

Context: In België wordt al verschillende jaren nagedacht over hoe het hoofd te bieden aan de uitdagingen van ons zorg- en welzijnssysteem: wijzigende zorgvragen (o.a. steeds meer chronisch en complex), digitalisering, de emancipatie en empowerment van de persoon, nieuwe behandelingsmogelijkheden, schaarste aan capaciteit in de sector, de noodzaak om het budget voor zorg te kunnen beheersen, fragmentering van de zorg, de vermaatschappelijking van zorg,

Probleemstelling: De vraag is daarbij hoe zorg en welzijn zodanig kunnen georganiseerd worden dat ze veel meer gericht zijn op de doelstellingen van de zorgvrager en de context waarin deze leeft (persoons- en gemeenschapsgerichte zorg); en dit vanuit een doelgerichte, populatiegerichte en holistische benadering. Een betere integratie van zorg en welzijn op individueel en lokaal niveau kan daarop een antwoord bieden. Zowel de deelstaten als federale overheid voeren binnen hun bevoegdheden hervormingen door die hieraan bijdragen. Dit omvat zowel horizontale integratie tussen verschillende diensten en disciplines binnen de zorg- en welzijnssector, als verticale integratie, met de gespecialiseerde zorg, volgens een holistische benadering en afgestemd op alle niveaus van het brede spectrum van zorg en welzijn (gaande van gezondheidsbevordering tot palliatieve zorg), om de continuïteit en ervaring van zorg voor de persoon te verbeteren.

Ambitie en doelstelling: Geïntegreerde zorg wordt sterk gedreven door de Quintuple Aim (5AIM), die via 5 doelstellingen een verbetering van de zorg beoogt:

1. Een betere ervaring van zorg voor de persoon;
2. Betere gezondheidsuitkomsten op bevolkingsniveau;
3. Het realiseren van meer waarde met dezelfde middelen door efficiënter gebruik van de beschikbare middelen;
4. Het verhogen van het welzijn van de professionals die actief zijn in de zorg- en welzijnssector;
5. Het realiseren van meer gelijkheid in toegang tot gezondheid en gezondheidszorg (health equity).

Het daaruit volgende doel van de samenwerking met betrekking tot het Interfederaal plan geïntegreerde zorg is om via gerichte acties bij te dragen aan deze vijf facetten van de Quintuple Aim en een veranderdynamiek in gang te zetten om de evolutie richting geïntegreerde zorg te bevorderen.

Noodzaak: Om maximale impact te genereren worden zorg en welzijn zo geïntegreerd mogelijk georganiseerd. Doordat de bevoegdheden in het kader van het zorg- en welzijnsbeleid opgenomen worden door verschillende overheden in België is het cruciaal dat een goede samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten bestaat. Dit is ook een uitdrukkelijke vraag van de zorg- en welzijnsactoren voor wie de samenhang en bevattelijkheid van het zorg- en welzijnssysteem soms ontbreekt omwille van de verschillende initiatieven van overheden. Deze samenwerking is een politieke noodzaak die via de interministeriële conferentie Volksgezondheid (IMC) moet kunnen gewaarborgd worden.

Onderwerp: Om tegemoet te komen aan bovenstaande noden, werken de federale overheid en de deelstaten samen aan een gezamenlijk plan, nl. het interfederaal plan geïntegreerde zorg (IFP GIZ). Hierbij worden afspraken gemaakt om geïntegreerde zorg te realiseren vanuit een gedeeld kader en waarin de fundamenten worden gelegd voor een structurele interfederale samenwerking. Dit om de evolutie richting geïntegreerde zorg te versnellen en kracht bij te zetten.

Het Interfederaal plan heeft een dynamisch en evolutief karakter, dat maximaal wordt toegespitst op de veranderende noden van het terrein en steeds met een geïntegreerd en effectief zorgsysteem als uitgangspunt. Daarbij dient er tegelijkertijd op diverse niveaus en op verschillende gradaties van zorgintegratie worden gewerkt, zowel horizontaal als verticaal; dit vraagt dus om actie op meerdere fronten tegelijk, cfr. Regenboogmodel van Pim Valentijn¹. Anderzijds is het hebben van concrete aanknopingspunten en engagementen nodig om ook naar een praktische toepassing te kunnen overgaan in de specifieke Belgische context. In lijn hiermee werden in de eerste fase van het programma “Interfederaal plan geïntegreerde zorg” 13 inhoudelijke topics geïdentificeerd als zijnde cruciaal voor de beweging naar geïntegreerde zorg:

- 1) De organisatie van zorg en ondersteuning op loco-regionaal niveau;
- 2) Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit);
- 3) Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling;

L'autorité fédérale et les Communautés et Régions (ci-après dénommées “les entités fédérées”) conviennent de ce qui suit :

Contexte : En Belgique, depuis plusieurs années, une réflexion est menée pour faire face aux défis de notre système de soins et de l'aide : évolution de la demande de soins (de plus en plus chroniques et complexes, entre autres), la digitalisation, l'autonomisation et l'empowerment de la personne, les nouvelles options thérapeutiques, la pénurie de professionnels, la nécessité de pouvoir gérer le budget des soins, la fragmentation des soins, la socialisation des soins,

Définition du problème : La question qui se pose ici est de savoir comment organiser l'aide et les soins de manière à ce qu'ils soient davantage axés sur les objectifs du bénéficiaire d'aide et de soins et le contexte dans lequel il vit (soins centrés sur la personne et sur la communauté); et ceci dans le cadre de soins ciblés et holistiques et d'une approche axée sur la population. Une meilleure intégration des soins et de l'aide au niveau individuel et local semble être une réponse à cette question. Les entités fédérées et l'autorité fédérale mettent en œuvre des réformes dans le cadre de leurs compétences qui y contribuent. Cela comprend à la fois l'intégration horizontale entre différents services et disciplines au sein des secteurs de soins et de l'aide, ainsi que l'intégration verticale avec les soins spécialisés, selon une approche holistique et adaptée à tous les niveaux du large éventail de soins et de bien-être (de la promotion de la santé aux soins palliatifs), dans le but d'améliorer la continuité et l'expérience des soins pour la personne.

Ambition et objectif : L'aide et les soins intégrés sont fortement guidés par le Quintuple Aim (5AIM), qui vise à améliorer les soins par le biais de 5 objectifs :

1. Améliorer l'expérience des soins pour les personnes
2. Améliorer des résultats en matière de santé au niveau de la population ;
3. Obtenir plus de valeur avec les mêmes ressources grâce à une utilisation plus efficace des ressources disponibles ;
4. Améliorer le bien-être des professionnels de santé et du secteur social ;
5. Améliorer l'équité en santé et dans le secteur social (health equity).

L'objectif qui découle de la collaboration concernant le Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés est de contribuer à ces cinq facettes du Quintuple Aim par le biais d'actions ciblées et de mettre en place une dynamique de changement pour promouvoir l'évolution vers de l'aide et des soins intégrés.

Nécessité : Pour générer un impact maximal, les soins et l'aide doivent être organisés de la manière la plus intégrée possible. Comme les compétences en matière de politique sociale, aide et santé sont exercées par différents autorités en Belgique, il est essentiel qu'il y ait une bonne coopération entre l'autorité fédérale et les entités fédérées. Il s'agit également d'une demande explicite des acteurs de soins et de l'aide, pour qui la cohérence et la lisibilité du système de soins et de l'aide font parfois défaut en raison des différentes initiatives des autorités. Cette coopération est une nécessité politique qui doit pouvoir être garantie par la Conférence interministérielle de la santé publique (CIM).

Sujet : Pour répondre aux besoins susmentionnés, l'autorité fédérale et les entités fédérées collaborent à un plan commun, à savoir le plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés (PIF ASI). Dans ce plan, des accords sont conclus pour réaliser l'aide et les soins intégrés à partir d'un cadre commun et en posant les bases d'une coopération interfédérale structurelle. Il s'agit d'accélérer et de renforcer l'évolution vers l'aide et les soins intégrés.

Le Plan interfédéral est dynamique et évolutif par essence, optimisé pour répondre aux besoins changeants du terrain et toujours dans l'optique d'un système de soins intégré et efficace. Cela devrait impliquer de travailler simultanément à différents niveaux et degrés d'intégration des soins, à la fois horizontalement et verticalement; il faut donc agir sur plusieurs fronts à la fois, cf. le modèle arc-en-ciel de Pim Valentijn¹. En outre, il est nécessaire de disposer de points de départ et d'engagements concrets pour progresser vers une application pratique dans le contexte spécifique de la Belgique. Dans cette optique, 13 thèmes de fond ont été identifiés dans la première phase du programme du plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés comme étant cruciaux pour le mouvement vers l'aide et les soins intégrés :

- 1) L'organisation des soins et de l'aide au niveau locorégional ;
- 2) Intégration horizontale et verticale de l'aide et des soins (cf. continuité des soins) ;
- 3) Organisation, renforcement et maintien de capacités de soins (multidisciplinaires) adaptées aux besoins, y compris le développement des compétences ;

4) Invulling van zorgproces/ zorgtraject/ zorgpad/ zorgplanning, inclusief zorg-coördinatie en casemanagement;

5) Cultuur van geïntegreerde zorg

6) Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan de Quintuple AIM;

7) Performantie van het geïntegreerde zorgsysteem;

8) Invulling “patiënt centraal” en “empowerment”: aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context;

9) Inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie in kader van geïntegreerde zorg;

10) Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking;

11) Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau;

12) Zorg en welzijn in een bredere context;

13) Integratiemanagement.

Dit werd later vertaald naar enkele behapbare en prioritaire aanknopingspunten met acties en engagementen op en door zowel het macro-, meso- als microniveau (zie bijlage).

In die zin behelst dit interfederaal plan het geheel van zowel de afspraken uit voorliggend protocolakkoord als het toekomstige implementatieplan en het overleg dat daarin nodig is.

Doelgroep: De doelgroep van dit protocolakkoord en van het plan bestaat uit de gehele bevolking in België.

Bij de praktische aanvang en uitrol van het protocolakkoord worden toepassingsgebieden afgebakend die in verhouding staan tot de beschikbare en afgesproken middelen, en dewelke worden afgesproken in de concrete overeenkomsten.

Concreet wordt gestart met volgende doelgroepen (te specificeren per deelstaat), bijvoorbeeld:

- Perinatale zorg;
- Kwetsbare personen;
- Obesitas bij kinderen en jongeren.

Inhoud: de samenwerking met betrekking tot het Interfederaal plan geïntegreerde zorg wordt gestructureerd in 8 afspraken – hieronder kort opgesomd en achteraan dit document met meer detail uitgelegd – die een integraal geheel vormen. De overheden verbinden zich ertoe de invulling van deze afspraken zoals hieronder samengevat en achteraan bijgevoegd te realiseren binnen hun bevoegdheden:

1. Het Interfederaal plan geïntegreerde zorg vormt een gedeeld kader voor initiatieven die de overheden wensen te nemen in hun streven naar de Quintuple Aim en het realiseren van geïntegreerde zorg.

2. Een structurele samenwerking tussen de deelstaten en de federale overheid wordt gefaciliteerd door het Inter-Administratief Platform (IAP) dat instaat voor de kwaliteitsvolle uitvoering en integratie van verschillende noodzakelijke bouwstenen van geïntegreerde zorg.

3. Beleidsinitiatieven en -maatregelen vertrekken zoveel mogelijk vanuit persoons- en doelgerichte zorg, waarbij een brede en interdisciplinaire benadering wordt gevolgd vanuit zorg- en welzijnsperspectief.

4. De invulling van cruciale geïntegreerde zorg concepten wordt, in de deelstaten en bij de federale overheid, gealigneerd met de invulling zoals in het IFP GIZ omschreven. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van een asymmetrische toepassing waar nodig (zoals beschreven in de concrete afspraken), om tegemoet te komen aan de eigenheid per deelstaat.

5. Decentraal en dicht bij de burger kunnen werken vanuit een populatiegerichte benadering wordt centraal gesteld, alsook het horizontaal als verticaal sector-overschrijdend werken. Dit vraagt een slagkrachtig en aanspreekbaar mesoniveau dat faciliterend is voor het microniveau en opereert onder het beleid van het macroniveau.

6. Elke deelstaat bekijkt met de federale overheid hoe en welke elementen van de bestaande goede praktijken uit lopende initiatieven van de federale overheid duurzaam verankerd kunnen worden op het mesoniveau voor de verdere uitrol van geïntegreerde zorg en hoe deze in het kader van afspraak 8 kunnen worden gefinancierd.

7. De deelstaten en de federale overheid zetten zich in voor een data gedreven zorg- en welzijnsbeleid om samenwerking, communicatie en gegevensdeling te realiseren. De afhankelijkheden tussen het IFP GIZ en het actieplan e-Gezondheid worden in het Inter-Administratief Platform opgevolgd en in actie omgezet.

4) Concrétisation du processus de soins / du trajet de soins / de la trajectoire de soins / de la planification des soins, y compris la coordination d'aide et des soins et le case management ;

5) Culture de l'aide et des soins intégrés ;

6) Financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant au Quintuple AIM ;

7) Performance du système de l'aide et des soins intégrés ;

8) Concrétisation des aspects « patient au centre » et autonomisation (« empower-ment ») : offre de soutien individuel et collectif à une personne dans son contexte ;

9) Promotion de la santé et prévention des maladies dans le cadre de l'aide et des soins intégrés ;

10) Outils numériques à l'appui du processus de soins : partage électronique de données et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire ;

11) Soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte au niveau individuel comme au niveau du groupe ;

12) Promotion de l'aide et des soins dans un contexte plus large ;

13) Gestion de l'intégration.

Cela s'est ensuite traduit par des pistes réalisables et prioritaires, avec des actions et des engagements aux niveaux macro, méso et micro (voir annexe).

En ce sens, ce plan interfédéral englobe l'ensemble des accords du présent protocole d'accord et le futur plan de mise en œuvre et les consultations qui en découlent.

Groupe cible : Le groupe cible de ce protocole et du plan est l'ensemble de la population belge.

Le lancement et la mise en œuvre pratiques du protocole d'accord permettront de délimiter les domaines d'application en fonction des ressources disponibles et convenues, et qui sont définis dans les accords spécifiques.

Plus précisément, les groupes cibles suivants (à préciser par entité fédérée) seront lancés en première étape, par exemple :

- Soins périnataux ;
- Personnes vulnérables ;
- Obésité chez les enfants et les adolescents.

Contenu : La coopération dans le cadre du Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés est structurée en 8 accords - énumérées brièvement ci-dessous et expliquées plus en détail à la fin du présent document - qui forment un ensemble cohérent. Les autorités s'engagent à réaliser ces accords tels que résumés ci-dessous et comme expliqués à la fin du document, dans le cadre de leurs compétences :

1. Le Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés fournit un cadre commun pour les initiatives que les autorités souhaitent prendre dans leur poursuite du Quintuple Aim et de la réalisation de l'aide et des soins intégrés.

2. Une coopération structurelle entre les entités fédérées et l'autorité fédérale est facilitée par la Plateforme Inter-Administrative (PIA) qui est responsable de la qualité de la mise en œuvre et de l'intégration des différents éléments constitutifs de l'aide et des soins intégrés.

3. Les initiatives et mesures politiques partent autant que possible des soins centrés sur la personne et des soins centrés sur les objectifs de vie en adoptant une approche large et interdisciplinaire dans une perspective de prise en charge des soins et de l'aide.

4. L'interprétation des concepts essentiels de l'aide et des soins intégrés est alignée, dans les entités fédérées et au niveau fédéral, avec l'interprétation décrite dans le PIF ASI. Une application asymétrique peut être utilisée si nécessaire (comme décrit dans les accords concrets) pour tenir compte de l'individualité de chaque entité fédérée.

5. Il est essentiel de pouvoir travailler de manière décentralisée et proche du citoyen à partir d'une approche basée sur la population, ainsi que de travailler horizontalement et verticalement entre les secteurs. Cela nécessite un niveau méso décisif et responsable qui facilite le niveau micro et opère dans le cadre des politiques du niveau macro.

6. Chaque entité fédérée examine avec l'autorité fédérale de quelle manière et quels éléments des bonnes pratiques issues des initiatives fédérales en cours peuvent être ancrés durablement au niveau méso pour poursuivre le déploiement de l'aide et des soins intégrés et comment ils peuvent être financés dans le cadre de l'accord 8.

7. Les entités fédérées et l'autorité fédérale s'engagent à mettre en place une politique de soins et de l'aide axée sur les données afin d'assurer la collaboration, la communication et le partage des données. Les dépendances entre le PIF ASI et le Plan d'action eSanté seront suivies et traduites en actions dans la Plateforme Inter-Administrative.

8. De federale overheid en de deelstaten voorzien een efficiënte, op elkaar afgestemde en effectieve inzet van middelen die geïntegreerde zorg versterkt, vanuit een meer gecoördineerde aanpak en via financieringsvormen die geïntegreerde zorg stimuleren. Hierbij draagt elke overheid bij en zet elke overheid via haar eigen bevoegdheden de middelen in.

Deze afspraken gaan uit van een samenspel van verschillende actoren in zorg en welzijn, zowel op micro-, meso- als macroniveau in combinatie met cruciale ondersteunende maatregelen op vlak van financiering en digitalisering. De afspraken hebben een evolutief karakter en richten zich op verschillende componenten, binnen de drie niveaus of overkoepelend, en het is de combinatie ervan die het toepassen van geïntegreerde zorg een boost moet geven.

Financiering: Voor de uitvoering van het Interfederaal plan wordt een co-financiering overeengekomen tussen de federale overheid en elke deelstaat. De co-financiering omvat twee delen:

-Deel 1: handelingen / verstrekkingen van gecoördineerde zorg op het microniveau, conform de afgesproken asymmetrie.

-Deel 2: opdrachten op het mesoniveau, conform de afgesproken asymmetrie, om de handelingen/ verstrekkingen van zorg- en welzijnsprofessionals in kader van gecoördineerde zorg (deel 1) goed te faciliteren.

De effectieve bedragen waartoe de bevoegde regeringen zich verbinden, worden overlegd in de Interministeriële Conferentie in functie van de concrete toepassingsdomeinen. De concrete aanwending ervan wordt vastgelegd in bilaterale overeenkomsten tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de aangewezen instanties, en meegedeeld aan de IMC.

De deelstaten en de federale overheid engageren zich om elkaar te informeren over de ontwerpregelgeving die nodig is voor de uitvoering van dit protocolakkoord.

Implementatie: De evolutie richting geïntegreerde zorg vereist een gedeelde strategie om de veranderdynamiek in gang te zetten. In aansluiting wordt een concreet implementatie- en veranderplan voorzien. Dit plan kan differentiëren per deelstaat, rekening houdend met de specifieke bevoegdheden, visie, methodiekontwikkeling en strategie van de deelstaten, cf. supra bij "inhoud" en de mogelijke asymmetrische toepassing. Duidelijke verantwoordelijkheden, governance en dergelijke dienen tevens afgestemd te worden in functie van de deelstaat. De sturing en opvolging van dit implementatie- en veranderplan wordt verzekerd door de interkabinettenwerkgroep geïntegreerde zorg (IKW GIZ) en het InterAdministratief Platform (IAP). Onder leiding van IKW GIZ en IAP wordt het plan opgemaakt met betrokkenheid van zowel beleidsverantwoordelijken als wetenschappelijke partners en stakeholders waar relevant, om de toepassing en uitvoering zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Goedkeuring en inwerkingtreding: Voorliggend protocolakkoord inclusief de 8 afspraken met de invulling zoals achteraan bijgevoegd, is goedgekeurd door de ministers van Volksgezondheid van de federale overheid en de deelstaten. Zij engageren zich tot de uitvoering van de initiatieven zoals beschreven in dit document.

Dit protocolakkoord treedt in werking op 8 november 2023. Aldus overeengekomen te Brussel op 8 november 2023.

Voor de federale Staat :

De Vice-eerste Minister en Minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

Voor de Vlaamse Gemeenschap:

De Viceminister-president van de Vlaamse Regering
en Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
H. CREVITS

Voor het Waalse Gewest :

De Vicepresident en Minister van Werk, Vorming, Gezondheid, Sociale
Economie, Sociale Actie, Gelijke Kansen en Vrouwenrechten van de
Waalse Regering,

C. MORREALE

Voor de Franse Gemeenschap :

De Vicepresident en Minister van Kind, Gezondheid, Cultuur,
Media en Vrouwenrechten van de Franse Gemeenschap,

B. LINARD

8. L'autorité fédérale et les entités fédérées prévoient un déploiement efficace, coordonné et effectif des ressources qui renforcent l'aide et les soins intégrés, à partir d'une approche plus coordonnée et par le biais de formes de financement qui encouragent l'aide et les soins intégrés. Chaque gouvernement contribue et chaque autorité déploie les ressources par le biais de ses propres compétences.

Ces accords reposent sur l'interaction de différents acteurs de l'aide et des soins, aux niveaux micro, méso et macro, combinée à des mesures de soutien cruciales en termes de financement et de numérisation. Les accords sont de nature évolutive et se concentrent sur différentes composantes, au sein des trois niveaux ou de manière globale, et c'est leur combinaison qui devrait stimuler l'adoption de l'aide et des soins intégrés.

Financement : Pour la mise en œuvre du plan interfédéral, un cofinancement est convenu entre l'autorité fédérale et chaque entité fédérée. Le cofinancement comprend deux parties :

-Partie 1: Actes/prestations dans le cadre de l'aide et de soins coordonnés au niveau micro, conformément à l'asymétrie convenue.

-Partie 2 : missions au niveau méso, conformément à l'asymétrie convenue pour faciliter les actes/ prestations des professionnels de soins et de l'aide dans le cadre des soins coordonnés (partie 1).

Les montants effectifs sur lesquels les gouvernements compétents s'engagent, sont concertés en Conférence interministérielle en fonction des domaines d'application concrets. Leur utilisation concrète est définie dans des accords bilatéraux entre le Comité d'assurance de l'INAMI et les organismes désignés et est communiquée à la CIM.

Les entités fédérées et l'autorité fédérale s'engagent à se tenir mutuellement informées des projets de législation nécessaires à la mise en œuvre de ce protocole d'accord.

Mise en œuvre : L'évolution vers l'aide et les soins intégrés nécessite une stratégie partagée pour initier la dynamique du changement. C'est pourquoi un plan concret de mise en œuvre et de changement est prévu. Ce plan peut être différent d'une entité fédérée à l'autre, en tenant compte des compétences spécifiques, de la vision, du développement de la méthodologie et de la stratégie des entités fédérées, cf. supra « contenu » et l'application asymétrique possible. Des responsabilités claires, la gouvernance et autres devraient également être alignées en fonction de l'entité fédérée. Le pilotage et le suivi de ce plan de mise en œuvre et de changement sont assurés par le groupe de travail intercabinets soins intégrés (GTI SI) et de la Plateforme Inter-Administrative (PIA). Sous la direction du GTI SI et de la PIA, le plan est préparé avec la participation des responsables administratifs/de la politique, des partenaires scientifiques et des parties prenantes, le cas échéant, afin de garantir une application et une mise en œuvre aussi efficace que possible.

Adoption et entrée en vigueur : Le présent protocole d'accord comprenant les 8 accords avec l'interprétation jointe en fin du document est approuvé par les ministres de la santé de l'autorité fédérale et des entités fédérées. Ils s'engagent à mettre en œuvre les initiatives décrites dans ce document.

Ce protocole d'accord entre en vigueur le 8 novembre 2023. Ainsi convenu à Bruxelles le 8 novembre 2023.

Pour l'État fédéral :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique,
F. VANDENBROUCKE

Pour la Communauté flamande :

La Vice-ministre-présidente du Gouvernement flamand et Ministre
flamand du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille,
H. CREVITS

Pour la Région Wallonne :

La Vice-Présidente et Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé,
de l'Economie sociale, de l'Action sociale, de l'Egalité des chances et
des Droits des femmes du Gouvernement wallon,

C. MORREALE

Pour la Communauté française :

La Vice-Présidente et Ministre de l'Enfance, de la Santé, de la
Culture, des Médias et des Droits des Femmes de la Communauté
française,

B. LINARD

Voor de Franse Gemeenschap :

Minister voor Hoger Onderwijs, Onderwijs voor Sociale Promotie, Wetenschappelijk Onderzoek, Universitaire Ziekenhuizen, Jeugdzorg, Justitiehuisen, Jeugd, Sport en de Promotie van Brussel van de Franse Gemeenschap,

F. BERTIEAUX

Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie :

Het lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, belast met Gezondheid en Welzijn

Voor de Franse Gemeenschapscommissie :

Het lid van het College van de Franse Gemeenschapscommissie belast met Maatschappelijk welzijn en Gezondheid,

A. MARON

Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie :

Het lid van het College van de Vlaamse Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, belast met Begroting, Financiën, Welzijn, Kinderopvang en Stedenbeleid,

E. VAN DEN BRANDT

Voor de Franse Gemeenschapscommissie :

Het lid van het College van de Franse Gemeenschapscommissie belast met Gezondheidspromotie, Gezin, Begroting en Openbaar Ambt,

B. TRACHTE

Voor de Duitstalige Gemeenschap :

De Viceminister-President en Minister van Gezondheid en Sociale Aangelegenheden, Ruimtelijke Ordening en Huisvesting van de Regering van de Duitstalige Gemeenschap,

A. ANTONIADIS

Pour la Communauté française :

La Ministre de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement de la promotion sociale, de la Recherche scientifique, des Hôpitaux universitaires, de l'Aide à la jeunesse, des Maisons de justice, de la Jeunesse, des Sports et de la Promotion de Bruxelles de la Communauté française,

F. BERTIEAUX

Pour la Commission communautaire commune :

Le membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune, ayant la Santé et l'Action sociale dans ses attributions,

Pour la Commission communautaire française :

Le membre du Collège de la Commission communautaire française chargé de l'Action sociale et de la Santé,

A. MARON

Pour la Commission communautaire commune :

Le membre du Collège de la Commission communautaire commune chargé du Budget, les Finances, le Bien-être, la Petite Enfance et la Politique Urbaine,

E. VAN DEN BRANDT

Pour la Commission communautaire française :

Le membre du Collège de la Commission communautaire française chargé de la Promotion de la Santé, de la Famille, du Budget et de la Fonction publique,

B. TRACHTE

Pour la Communauté germanophone :

Le Vice-Ministre-Président et Ministre de la Santé et des Affaires sociales, de l'Aménagement du territoire et du Logement de la Communauté germanophone,

A. ANTONIADIS

¹ Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W. en Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care : a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13

CONCRETE AFSPRAKEN IKV INTERFEDERAAL PLAN GEÏNTEGREERDE ZORG

Oktober 2023 – versie 6

Context

Sinds januari 2023 werd fase 2 van het programma Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg² (“IFP GIZ”) aangevat. Vertrekkend vanuit 13 topics uit fase 1 (2022), werden de voorbije maanden vijf concrete hefboomen geëxploreerd om focus en inhoud aan dit Interfederaal Plan te geven, met name:

- Zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement, incl. de link met zorgprocessen;
- Interdisciplinair werken;
- Organisatie van geïntegreerde zorg op micro-, meso- en macroniveau;
- Digitalisering om bovenstaande te ondersteunen/faciliteren;
- Financiering om bovenstaande te ondersteunen/faciliteren.

Dit gebeurde via een afstemmingsdynamiek op verschillende fronten: bilaterale afstemming tussen de federale overheid en deelstaten, collectieve besprekingen met deze actoren, een 2^{de} stakeholderforum met een bredere stakeholdergroep, academische consultatie, internationale consultatie (HSO), politieke afstemming, en consultatie met terreinactoren via lopende projecten gelinkt aan geïntegreerde zorg.

Dit heeft geresulteerd in een uitgebreide ontwerp tekst/rapport opgesteld door WeCare die uit heel wat uiteenlopende gedachtegangen rond hogere onderwerpen poogt die zaken te identificeren die uiteindelijk tot een verenigend en consistent standpunt kunnen leiden rond geïntegreerde zorg in België. In het kader van het programma “interfederaal plan geïntegreerde zorg” werd dit rapport gepubliceerd op www.health.belgium.be. Dit rapport bevat achtergrondinformatie zoals de samenwerkingshistoriek alsook de eerdere redeneringen en overwegingen, waarvan werd vertrokken voor de verdere vormgeving van het protocolakkoord Interfederaal plan geïntegreerde zorg.

Tegelijk is een groeiende behoefte gedetecteerd om **duidelijkheid te scheppen over een set van afspraken**. Hierbij wordt steeds rekening gehouden met heel wat initiatieven rond geïntegreerde zorg die lopende zijn binnen elke deelstaat en de federale overheid. Het IFP krijgt vorm binnen een continu evoluerende context die om concrete afspraken vraagt. In juli 2023 werd daarom een eerste voorstel met concrete afspraken opgemaakt door WeCare om verdere gesprekken te faciliteren. Dit voorstel werd geëxploreerd met zowel de federale overheid als de deelstaten tijdens verschillende bilaterale gesprekken.

Voorliggende versie van deze nota bevat een grondige herwerking op basis van de verkregen feedback, zowel vanuit elke deelstaat met zijn eigen context maar ook op basis van het federale perspectief. In dat opzicht, biedt deze nota niet het standpunt vanuit één perspectief, maar wordt gezocht naar een collectieve afspraken rond geïntegreerde zorg waarbij elkeen een stuk eigenheid kan terugvinden.

² De gehanteerde terminologie verschilt per deelstaat; in de Nederlandstalige tekst wordt de term “geïntegreerde zorg” gebruikt die de domeinen zorg en welzijn omvat, in de Franstalige tekst wordt hiervoor de term “l’aide et soins intégrés” gebruikt. Voor Wallonië wordt voor “welzijn” de term “accompagnement” gebruikt. In de Duitstalige gemeenschap wordt voor “zorg en welzijn”, de term “Gesundheitsversorgung” gebruikt, én voor “geïntegreerde zorg”, de term “Integrierte Versorgung”.

Concrete afspraken

De verschillende overheden in dit land verbinden zich ertoe te werken vanuit het hiernavolgend afsprakenkader om te komen tot meer geïntegreerde zorg:

1. Het interfederaal plan geïntegreerde zorg ("IFP GIZ") vormt een gedeeld kader voor initiatieven die de overheden wensen te nemen in hun streven naar de Quintuple Aim en het realiseren van geïntegreerde zorg.
2. De implementatie van GIZ is een evolutief proces dat verschillende jaren in beslag zal nemen en een structurele samenwerking tussen de deelstaten en de federale overheid vereist. Deze samenwerking wordt gefaciliteerd door het Interadministratief Platform (IAP) dat instaat voor de kwaliteitsvolle uitvoering en integratie van verschillende noodzakelijke bouwstenen van geïntegreerde zorg.

Om punten 1 en 2 waar te maken op microniveau, prioriteren de deelstaten en de federale overheid volgende hefbomen in hun GIZ-beleid:

3. Beleidsinitiatieven en -maatregelen vertrekken zoveel mogelijk vanuit persoons- en doelgerichte zorg (vb. ontwikkelen van zorgpaden, digitale instrumenten etc.), waarbij een brede en interdisciplinaire benadering wordt gevolgd vanuit zorg- en welzijnsperspectief.
4. De invulling van cruciale GIZ-concepten wordt, in de deelstaten en op federaal niveau, gealigneerd met de invulling zoals in het interfederaal plan GIZ omschreven, bv. casemanagement en zorg- en welzijnscoördinatie. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van een asymmetrische toepassing waar nodig, om tegemoet te komen aan de eigenheid en specifieke accenten van elke deelstaat.

Om punten 1 en 2 waar te maken op meso- en macroniveau, prioriteren de deelstaten en de federale overheid volgende hefbomen in hun GIZ-beleid:

5. Decentraal en dicht bij de burger kunnen werken vanuit een populatiegerichte en territoriale benadering wordt centraal gesteld, alsook het horizontaal als verticaal sector-overschrijdend werken. Dit vraagt een slagkrachtig en aanspreekbaar mesoniveau dat een geïntegreerde aanpak op de verschillende niveaus, zoals gedefinieerd in het Regenboogmodel, vergemakkelijkt en opereert onder het beleid van het macroniveau.
6. Elke deelstaat bekijkt met de federale overheid hoe en welke elementen van de bestaande goede praktijken uit lopende initiatieven van de federale overheid (vb. samenwerkingsverbanden geïntegreerde zorg, de P3-projecten, de ELP-projecten, ...) duurzaam verankerd kunnen worden op het mesoniveau voor de verdere uitrol van geïntegreerde zorg en hoe deze in het kader van afspraak 8 kunnen worden gefinancierd.
7. De deelstaten en de federale overheid zetten zich in voor een data gedreven zorg- en welzijnsbeleid om samenwerking, communicatie en gegevensdeling te realiseren; dit is reeds opgenomen in het e-Gezondheid actieplan 2022-2024, dat noodzakelijke instrumenten voor het uitvoeren van het IFP GIZ beschrijft. De afhankelijkheden tussen het IFP GIZ en het actieplan e-Gezondheid worden in het Interadministratief Platform opgevolgd en in actie omgezet.
8. De federale overheid en de deelstaten voorzien een efficiënte, op elkaar afgestemde en effectieve inzet van middelen die geïntegreerde zorg versterkt, vanuit een meer gecoördineerde aanpak en via financieringsvormen die geïntegreerde zorg stimuleren. Hierbij draagt elke overheid bij en zet elke overheid via haar eigen bevoegdheden de middelen in.

Invulling van de afspraken

Afspraak 1: een gedeeld kader voor geïntegreerde zorg

De toepassing van het gedeeld kader van het IFP GIZ gebeurt vanuit ieders bevoegdheid en zal richting geven aan een cultuur van kwaliteitsdenken en kwaliteitsopvolging. Hiervoor worden op interfederaal niveau kwaliteitsindicatoren in functie van het realiseren van de 5AIM en geïntegreerde zorg opgesteld en opgevolgd, die sturing kunnen bieden aan de implementatie van geïntegreerde zorg en het waarborgen van proportioneel universalisme. Geïntegreerde zorg is een doelstelling waar alle deelstaten en de federale overheid naar evolueren, zij het met verschillende snelheden en vanuit verschillende startpunten. De evolutie naar concrete concepten, zoals beschreven in het IFP zal enige jaren in beslag nemen en niet gelijklopen voor elke deelstaat.

- Er wordt hiervoor gebruik gemaakt van een stapsgewijze aanpak, waarbij in eerste instantie vanuit het macroniveau wordt ingezet op het opvolgen van reeds beschikbare procesindicatoren en het ondersteunen van actoren op micro- en mesoniveau voor het ontwikkelen en gebruik van kwaliteitsgegevens. Dit om de betrokkenheid en de bijdrage van de actoren aan het beleid van geïntegreerde zorg te ondersteunen en in de toekomst meer indicatoren voor de kwaliteit van zorg en welzijn te produceren. Om dit te bereiken worden geoptimaliseerde hulpmiddelen ingezet, met aandacht voor het vermijden van het wisselen tussen verschillende tools, het verminderen van de administratieve last en het streven naar voldoende afstemming wat betreft het gebruik van evaluatie- en kwaliteitskaders (bijvoorbeeld HSO) die overeenstemt met de behoeften van de verschillende entiteiten.
- Tegelijkertijd kan men evolueren naar opvolging en bijsturing van beleidsmaatregelen in kader van geïntegreerde zorg op basis van kwaliteitsindicatoren op macroniveau. Deze evolutie in het creëren en gebruiken van data in kader van geïntegreerde zorg is een proces dat meerdere jaren in beslag zal nemen.
- Het mesoniveau moet beschikken over relevante data en indicatoren ten einde een populatiegerichte aanpak te faciliteren op dit niveau.
- Hogerstaande vereist dat wordt ingezet op het delen van relevante data tussen de federale overheid en de deelstaten, zie ook afspraak 7. Er wordt naar een evenwicht gezocht tussen enerzijds de hoeveelheid data en anderzijds de administratieve last.

Afspraak 2: structurele samenwerking met een interfederale governance

Wat betreft de governance in het kader van de interfederale opvolging en sturing van de implementatie van geïntegreerde zorg en het realiseren van de quintuple aim

- Een breed scala aan beleidsinitiatieven kan ingezet worden om geïntegreerde zorg te realiseren. Dit alles vraagt een voortdurende afstemming, coördinatie en samenwerking.
- GIZ-gerelateerde beleidsinitiatieven worden opgevolgd door de IMC Volksgezondheid en diverse IKWs die raken aan het onderwerp van geïntegreerde zorg: het IKW Geïntegreerde Zorg, IKW Preventie, IKW Geestelijke Gezondheidszorg, IKW eHealth, IKW Gezondheidszorgberoepen, IKW Ziekenhuizen...
- Aangezien op al deze verschillende IKWs projecten worden besproken die verband houden met GIZ, is er nood om de nodige link te leggen tussen relevante actoren, projecten en organen van de verschillende administraties. Daarnaast dient het orgaan ook afstemming te bewaken rond GIZ-initiatieven met een interfederaal belang die binnen een entiteit worden ontwikkeld maar (nog) niet aangemeld zijn in een IKW. Het bestaande **Inter Administratief Platform (IAP)** wordt hiervoor aangewend, zoals beschreven in het huishoudelijk reglement van de IMC Volksgezondheid dat in werking trad op 10 februari 2020. Het IAP bestaat uit leidend ambtenaren van elke administratie (deelstaten en federaal), ondersteund door de betrokken diensten.
 - Het IAP heeft in deze context als doel om GIZ-gerelateerde initiatieven, opdrachten en hiermee gelinkte interfederale communicatie tussen de administraties te faciliteren en te optimaliseren. Daarnaast draagt het bij aan de ondersteuning van de IMC voor onderwerpen die verband houden met geïntegreerde zorg.
 - De agenda focust op een high-level overzicht van de lopende projecten per deelstaat/ binnen de federale overheid en creëert de mogelijkheid om transversaal link te leggen met andere lopende projecten (die besproken worden in de verschillende IKW's) in kader van geïntegreerde zorg;
- Het IAP waakt over de volgende opdrachten en verantwoordelijkheden:

- Afstemming en kennisdeling realiseren over alle onderwerpen gerelateerd aan geïntegreerde zorg zodat de deelstaten en federale overheid op de hoogte zijn van elkaars initiatieven en elkaar initiatieven kunnen versterken.
- Opzetten en opvolgen van interfederale/interadministratieve samenwerking in functie van bepaalde GIZ gerelateerde onderwerpen/initiatieven met gemandateerde personen per administratie (zoals de ontwikkeling van toekomstige zorgpaden).
- Opvolging van de kwaliteitsvolle realisatie van de Quintuple Aim en geïntegreerde zorg op basis van kwaliteitsindicatoren; er wordt hiervoor gebruik gemaakt van de stapsgewijze aanpak (cfr. afspraak 1).
- De opvolging en uitvoering van change managementactiviteiten die nodig zijn om de lange-termijn implementatie van GIZ te realiseren, zoals: brede communicatie richting het terrein en gericht stakeholdermanagement, training & opleiding coördineren overheen de deelstaten en de weg naar dit aanbod doen vinden op het terrein, faciliteren van het gebruik van data in kader van een populatiegerichte aanpak ...
- Rapporteren aan de interministeriële conferentie Volksgezondheid en de Préparatoire IMC over alle voorgaande punten.
- Binnen de interfederale governance wordt rekening gehouden met de bestaande of in ontwikkeling zijnde samenwerkingen in elke deelstaat en federale overheid om alle relevante partners te betrekken.
- Specifiek voor Brussel, wordt binnen de interfederale governance rekening gehouden met de betrokkenheid van zowel de Vlaamse Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap.
- Bijkomende dynamieken waarrond verdere exploratie nodig is, en die opgenomen kunnen worden via de interfederale governance zijn:
 - Hoe en in hoeverre zouden middelen op basis van de principes van populatiemanagement ingezet dienen te worden om te zorgen dat de nodige acties en middelen naar prioritaire doelgroepen gaan, volgens het principe van de Quintuple Aim;
 - Hoe kunnen toekomstige evoluties inzetten op een financieringskader dat minder gericht is op een prestatievergoeding en gebruik van nomenclatuur, maar eerder op meer integrerende financieringsmethodieken (bv. gemengde financieringsmethodieken, gebundelde financiering, forfaitaire financiering);
 - Hoe waken over de mogelijke verschillen wat betreft vergoedingen voor inhoudelijk gelijke verstrekkingen/handelingen.

Afspraak 3: persoons- en doelgerichte zorg als uitgangspunt

Alle zorgprocessen worden vormgegeven vanuit een doelgerichte en persoonsgerichte visie, dit impliceert dat er vertrokken wordt vanuit de noden van de persoon om de gezondheid en het welzijn te verbeteren, deze noden kunnen zich op psychologisch, medisch en sociaal vlak bevinden. Deze afspraak geeft invulling aan het hanteren van een persoonsgerichte benadering als uitgangspunt in ons zorgsysteem en heeft aldus betrekking op alle mogelijke zorgprocessen die invulling geven aan het vaststellen van noden bij een persoon, het vertalen naar zorg- en levensdoelen en het plannen, uitvoeren en opvolgen van taken om deze doelen te realiseren.

Specifiek in kader van zorgpaden die worden vormgegeven vanuit het RIZIV betekent dit:

- Voor de opmaak van toekomstige zorgpaden:
 - Er wordt een interfederaal afstemmings- en samenwerkingsproces afgesproken tussen RIZIV en de deelstaten, dat toelaat om verschillende perspectieven, inclusief zorg en welzijn, in rekening te brengen. De plaats van het interfederaal orgaan (cfr. afspraak 2) in dat proces wordt meegenomen.
 - Centraal staat het streven om te vertrekken vanuit de noden/doelen van de persoon (wat mee invulling kan geven aan patient empowerment) en het realiseren van verticale zorgprocessen (met name zorgpaden) en horizontale zorgprocessen (dicht bij de burger) (zie ook afspraak 4).
- Voorgaande 2 punten worden geconcretiseerd als volgt:

- Binnen zorgpaden wordt zoveel mogelijk getracht linken te leggen met welzijnsberoepen naast de gezondheidszorgberoepen. Het doel is hier om betrokkenen met elkaar in verbinding te brengen, alsook om bestaande processen te integreren.
- Specifieke functies binnen het zorgpad worden afgestemd met GIZ-gerelateerde functies die ruimer dan dit zorgpad zijn, d.w.z.
 - zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement zoals omschreven in het IFP GIZ wordt onderscheiden van functies die een andere finaliteit hebben, vb. expertfuncties specifiek voor de pathologie van het zorgpad in kwestie.
 - functies die een andere finaliteit hebben dan zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement zoals omschreven in het IFP GIZ, krijgen ook een andere naam.
 - per persoon is er nooit meer dan één zorg- en welzijnscoördinator of meer dan één casemanager aangesteld. Een combinatie met gespecialiseerde pathologie-gebonden begeleiding door een expert in kader van een zorgpad is wel mogelijk.
- Indien een persoon opgenomen is in één of meerdere zorgpaden, zullen betrokken zorg- en welzijnsprofessionals afstemmen met de betrokken zorg- en welzijnscoördinator en/of casemanager wanneer deze aangesteld zijn.
- In geval in bestaande zorgpaden sprake is van concepten die in dit IFP GIZ worden beschreven, wordt een actualisatie gedaan volgens hogere bepaling voor toekomstige zorgpaden.

Afspraak 4: de invulling van cruciale GIZ-concepten

Om enkele cruciale concepten in kader van GIZ (met name zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement) op een gelijkwaardige manier in te vullen door de federale overheid en de deelstaten, wordt een beschrijving afgesproken die fungeert als “stip aan de horizon” (zie competentieprofielen zorg- en welzijnscoördinatie³ en casemanagement in bijlage). Hierover worden volgende afspraken gemaakt:

- Het competentieprofiel (met inbegrip van de opdrachten, rol, opstart, duurtijd, beëindiging en het type zorg- en/of hulpverleners dat deze rol kan opnemen) voor vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie (zie bijlage 1) en casemanagement (zie bijlage 2) wordt door alle partijen toegepast.
- Om de horizontale en verticale integratie van zorg te waarborgen, wordt per persoon slechts één zorg- en welzijnscoördinator tegelijkertijd aangesteld, die deze rol opneemt voor alle zorg- en ondersteuningsbehoeften van de persoon, die al dan niet gerelateerd zijn aan bepaalde zorgpaden (zie ook afspraak 3). Dezelfde afspraak wordt gemaakt in kader van casemanagement.
- De organisatie van het casemanagement wordt geconcretiseerd samen met elke deelstaat op basis van hun behoeften.
- Het onderscheid tussen vergoedbare en niet-vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie wordt door alle partijen erkend.
- Bijzondere aandacht gaat naar het belang van zorg- en welzijnscoördinatie in overgangssituaties (vb bij ontslag uit het ziekenhuis).

Daarnaast is het essentieel om te erkennen dat het startpunt en de snelheid waarmee de evolutie naar deze concepten wordt ingezet voor iedere deelstaat anders is en dat de wijze waarop de evolutie naar dit eindpunt zal plaatsvinden, verschillend is. Voorgaande afspraken krijgen dan ook vorm door middel van een asymmetrische invulling per deelstaat die geïllustreerd wordt door onderstaande tabel. Eventuele evoluties die nodig zijn in de toepassing van deze concepten, worden bespreekbaar gemaakt op de hoger beschreven governance organen, cfr. afspraak 2.

³Zorg- en welzijnscoördinatie wordt in de Duitstalige gemeenschap vertaald als “gesundheitskoordination”

Tabel 1: de concrete toepassing van cruciale GIZ-concepten per deelstaat

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Duitstalige gemeenschap
Vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie				
Rol / Functie	<ul style="list-style-type: none"> Rol. 	<ul style="list-style-type: none"> Als beroep opgenomen in de Waals Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid (Code wallon de l'action sociale et de la santé – CWASS). Geen evolutie verwacht. 	<ul style="list-style-type: none"> Rol 	<ul style="list-style-type: none"> Rol, maar een functie in bijzonder bij palliatieve zorg. Geen evolutie verwacht.
Intern/extern aan het zorgteam	<ul style="list-style-type: none"> Intern. 	<ul style="list-style-type: none"> Huidige situatie: extern (via CCSAD) of intern (zorgprofessional) Verwachte evolutie: de coördinator maakt altijd deel uit van het team (decreet Proxisanté). 	<ul style="list-style-type: none"> Huidige situatie: extern en intern. Verwachte evolutie richting intern. 	<ul style="list-style-type: none"> Intern / extern. Geen verwachte evolutie.
Opstart (evaluatie-instrument, professioneel oordeel...)	<ul style="list-style-type: none"> Waar mogelijk onderschreven via professioneel oordeel in combinatie met evaluatie-instrument. Evolutie wenselijk naar voorwaarden voor vergoedbare vorm maar geen financiële vergoeding voor het vervullen van deze voorwaarden of het invullen van een instrument (bv. BelRAI, Alivia). 	<ul style="list-style-type: none"> Waar mogelijk onderschreven via professioneel oordeel in combinatie met evaluatie-instrument. 	<ul style="list-style-type: none"> Waar mogelijk onderschreven via professioneel oordeel in combinatie met evaluatie-instrument. Evolutie wenselijk naar voorwaarden voor vergoedbare vorm. 	<ul style="list-style-type: none"> Evolutie naar per lokaal gezondheidspad een screeningstool voorzien (bv. de tool Born in Belgium bij pre- en postnataal gezondheidspad).
Duurtijd	Zolang de situatie een vergoedbare zorg- of hulpverlener nodig heeft die de situatie coördineert, met periodieke herbeoordelingen.			
Type zorg- en hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> Gezondheidszorgberoepen én welzijnsprofessionals. 	<ul style="list-style-type: none"> Type professional beschreven in de CWASS. 	<ul style="list-style-type: none"> Gezondheidszorgberoepen én welzijnsprofessionals 	

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Duitstalige gemeenschap
Uitvoering taken zoco door één persoon / meerdere personen	<ul style="list-style-type: none"> Door één persoon. 	<ul style="list-style-type: none"> Huidige situatie: kan door één persoon of meerdere personen; onderscheid in meer administratieve en meer inhoudelijke taken en eventueel een digitale begeleider. Geen evolutie verwacht. 	<ul style="list-style-type: none"> Door één persoon. 	
Casemanagement				
Rol / Functie		<ul style="list-style-type: none"> Functie. 		<ul style="list-style-type: none"> Rol, maar in bijzonder een functie bij palliatieve zorg.
Maaft intern/extern deel uit van het zorgteam		<ul style="list-style-type: none"> Extern. 		<ul style="list-style-type: none"> Meestal extern, maar kan in sommige situaties ook intern zijn. Geen verwachte evolutie.
Opstart (evaluatie-instrument, professioneel oordeel...)	<ul style="list-style-type: none"> Kan worden opgestart zonder evaluatie-instrument. Wel vastleggen van minimale voorwaarden of invullen/gebruik van instrument om prestatie te verifiëren. 	<ul style="list-style-type: none"> Voorwaarde: complexe situatie, onoplosbaar op het terrein, eventueel bepaald door evaluatie-instrument (vb. Zwitserse complexiteitsschaal). Via CSAD. 	<ul style="list-style-type: none"> Kan worden opgestart zonder evaluatie-instrument. Wel voorstander van voorwaarden voor vergoedbare vorm. 	<ul style="list-style-type: none"> Per lokaal gezondheidspad wordt een screeningstool voorzien (bv. bij pre- en postnataal zorgpad gaan ze gebruikmaken van Born in Belgium tool).
Betrokkenheid casemanager mogelijk van in begin		<ul style="list-style-type: none"> Kan reeds ingeschakeld worden van in het begin. 		
Duurtijd		<ul style="list-style-type: none"> Zo kort als mogelijk maar zo lang als nodig. Kan meerdere keren per zorgvrager. 		
Type zorg- en hulpverlener, incl. voorwaarden indien van toepassing	<ul style="list-style-type: none"> Gezondheidszorgberoepen én welzijnsprofessionals. 	<ul style="list-style-type: none"> Zorgberoep en/of (para)medische opleiding. 		<ul style="list-style-type: none"> Gezondheidszorgberoepen én welzijnsprofessionals.

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Duitstalige gemeenschap
Gelijktijdig gebruik van casemanager en zorg- en welzijnscoördinator	<ul style="list-style-type: none"> Beide kunnen gelijktijdig actief. 			<ul style="list-style-type: none"> Kunnen niet gelijktijdig actief zijn. Geen evolutie verwacht.
Casemanagement en zorg- en welzijnscoördinatie: uitgevoerd door eenzelfde persoon	<ul style="list-style-type: none"> Beide profielen worden altijd opgenomen door 2 verschillende personen. 	<ul style="list-style-type: none"> Niet dezelfde persoon op hetzelfde moment. Verwachte evolutie: het verduidelijken van de rol van elke functie bij de uitvoering van casemanagement. 	<ul style="list-style-type: none"> Beide profielen worden opgenomen door 2 verschillende personen. Iemand die start als casemgr kan daarna wel eenmalig evolueren naar zorgco, maar men kan niet beide profielen gelijktijdig vervullen of afwisselen tussen de twee. 	<ul style="list-style-type: none"> Kan eenzelfde persoon zijn. Geen evolutie verwacht: omwille van capaciteit in een kleine regio.

Afspraak 5: organisatie op mesoniveau

Wat betreft de organisatie op mesoniveau, worden onderstaande principes vooropgesteld. In kader van dit IFP is het ook hier belangrijk om ruimte te bieden voor asymmetrie tussen de deelstaten, rekening houdend met de verschillende snelheden per deelstaat, de huidige realiteit en verwachte evoluties in de toekomst. In tabel 2 worden de elementen met gemeenschappelijke en asymmetrische invulling per deelstaat ter illustratie weergegeven:

- Er is in elk geval nood aan samenwerking tussen en binnen structuren op 3 niveaus: het micro-, meso- en macroniveau. Ook al liggen bepaalde opdrachten en verantwoordelijkheden op het mesoniveau, het opereert daarbij weliswaar onder het beleid van het verantwoordelijke macroniveau. Er is dus een voortdurende interactie tussen beide niveaus om er samen voor te zorgen dat op microniveau geïntegreerde zorg wordt gefaciliteerd conform de afspraken binnen dit IFP.
- Het mesoniveau heeft een duidelijk mandaat om bepaalde opdrachten (zie bijlage 3) uit te voeren in functie van het realiseren en stimuleren van geïntegreerde zorg op het terrein;
 - De federale overheid en de deelstaten maken verdere afspraken over de op te nemen opdrachten; de beschreven opdrachten in bijlage 3 vormen hierbij de uiteindelijke doelstelling;
 - In functie van de maturiteit van het mesoniveau, wordt rekening gehouden met een evolutieve progressie naar het opnemen van deze opdrachten.
- De deelstaten en federale overheid engageren zich om gezamenlijke programma's uit te voeren, in nauwe samenwerking met het mesoniveau. Het voorwerp van dergelijk gezamenlijk programma is nog in bespreking en dit met eventuele asymmetrische toepassing hiervan door de deelstaten (zie afspraak 8).
- Het mesoniveau omvat relevante actoren voor horizontale en verticale integratie en zet hiervoor een geschikte governance op om haar stimulerende en faciliterende rol op te kunnen nemen om interdisciplinair en intersectoraal werken aan te moedigen; de precieze partners worden bepaald per deelstaat.
- Het mesoniveau kan zich verder organiseren, vb. volgens het principe van een netwerkorganisatie. Er wordt daarbij maximaal rekening gehouden met de decretaal vastgelegde structuren per deelstaat die reeds bestaan of in oprichting zijn op het mesoniveau. De toekomstige invulling door elke deelstaat hiervan wordt voorgesteld in tabel 2.
- De deelstaten zijn verantwoordelijk om een schaalgrootte op het mesoniveau te bepalen die beheersbaar genoeg is om de nodige opdrachten te kunnen uitvoeren.
- De toekomstige invulling van het mesoniveau wordt voorgesteld in tabel 2.
 - In Vlaanderen wordt gespecificeerd dat de zorgraden vooral uitvoerder zijn van bepaalde opdrachten, onder de verantwoordelijkheid van het macroniveau, en in eerste instantie een beperkte verantwoordelijkheid zelf opnemen hiervoor.
 - Daarnaast is het mogelijk dat niet elke opdracht gespecificeerd in bijlage 3 in dezelfde mate en/of op hetzelfde moment prioritair uitgewerkt/opgenomen wordt door het mesoniveau per deelstaat (zie tabel).

Tabel 2: toekomstige invulling van organisatie op het mesoniveau per deelstaat

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Duitstalige gemeenschap
Regionale invulling mesoniveau	<ul style="list-style-type: none"> Eerstelijnszones (60). 	<ul style="list-style-type: none"> Structuren in oprichting, verdere evolutie mogelijk. 	<ul style="list-style-type: none"> Hulp- en zorgzones (bassins d'aide et de soins) (5). 	<ul style="list-style-type: none"> Valt samen met macroniveau, geen verdere opdeling wegens schaalgrootte.
Populatiegrootte	<ul style="list-style-type: none"> 75 K tot 125 K. 	<ul style="list-style-type: none"> Tussen 200 K en 550 K bij oprichting. 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum 350 K. 	<ul style="list-style-type: none"> +/- 80K.
Aanspreekpunt op mesoniveau	<ul style="list-style-type: none"> Zorgraden. 	<ul style="list-style-type: none"> Organisations régionales de santé (OLS). 	<ul style="list-style-type: none"> Brusano met 6 équipes (1 regionaal, 1 per bassin). 	<ul style="list-style-type: none"> Netwerk GIZ (nog in ontwikkeling).
Financiële verantwoordelijkheid meso niveau	<ul style="list-style-type: none"> Zorgraden verantwoordelijk voor de inzet van middelen, ifv hun opdrachten, maar niet voor uitbetaling van budgetten, noch uitbetaling door zorgraden op mesoniveau. 	<ul style="list-style-type: none"> OLS ontvangt budget voor geïntegreerde zorg?. 	<ul style="list-style-type: none"> Brusano ontvangt budget en is verantwoordelijk voor budgetbeheer volgens het kader dat gedefinieerd wordt in wetgevende teksten. 	<ul style="list-style-type: none"> Das Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft (in naam van het netwerk GIZ).
Organisatorische verantwoordelijkheid voor volgende opdrachten (zie bijlage 3) mesoniveau	<ul style="list-style-type: none"> Opdrachten zoals beschreven in bijlage 3, maar geen uitbetaling op mesoniveau door zorgraden. 	<ul style="list-style-type: none"> Opdrachten zoals beschreven in bijlage 3. 	<ul style="list-style-type: none"> Opdrachten zoals beschreven in bijlage 3, met uitzondering van faciliteren digitale ondersteuning (verantwoordelijkheid Abrumet). 	<ul style="list-style-type: none"> Sommige opdrachten van bijlage 3 eerder op macroniveau (bv. populatiemgmt). Geen evolutie verwacht wegens kleine omvang.
Actoren die deel uitmaken van de eenheid op mesoniveau	<p>Zorgraad bestaat minstens uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lokale besturen. Eerstelijns-zorgaanbieders. Verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag. Erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitateurs d'intégration. Nog verder te bepalen ivm de evoluties binnen Proximité (eventueel mantelzorgers als actor opnemen). Medewerkers zullen worden ingezet ter versterking van 	<ul style="list-style-type: none"> Publieke actoren zoals de gemeenten en het OCMW. De verenigingssector (ongeacht de entiteit die deze erkent). 	<p>De netwerken GIZ kunnen bestaan uit bestaande actoren zoals bv. DSL, Kaleido,....</p>

⁴ [26 APRIL 2019 Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.](#)

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Duitstalige gemeenschap
		het ondersteuningsteam voor de eerstelijnszorg, het sociaal werk en de ziekenhuis-thuiscoördinatie (decreet Proximité).	<ul style="list-style-type: none"> Vrije beroepen en paramedische actoren, zelfstandig of in loondienst. 	
Bron voor capaciteit en welzijnscoörd.	<ul style="list-style-type: none"> Verspreid over meerdere organisaties incl. zelfstandigen. 	<ul style="list-style-type: none"> Binnen één organisatie: CCSAD. 	<ul style="list-style-type: none"> Verspreid: CCSAD en meerdere organisaties, incl zelfstandigen. 	<ul style="list-style-type: none"> Verspreid over meerdere organisaties, incl zelfstandigen (binnen het netwerk GIZ).
Bron voor capaciteit casemanagers	<ul style="list-style-type: none"> Verspreid in meerdere organisaties, incl. zelfstandigen. 	<ul style="list-style-type: none"> Binnen één organisatie: Organisations locales de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Binnen één organisatie: op niveau van de bassins d'aide et soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Verspreid over meerdere organisaties, incl zelfstandigen (binnen het netwerk GIZ).

Afspraak 6: duurzame verankering van bestaande goede praktijken

Aangezien de lopende projecten eindigen eind 2024, wordt per type project bekeken hoe en welke elementen van de goede praktijken die bijdragen aan de ambities van de desbetreffende deelstaat, kunnen worden bestendigd.

- Voor de Samenwerkingsverbanden Geïntegreerde Zorg betekent dit: de acties die ondernomen worden om geïntegreerde zorg te realiseren op het terrein worden ondergebracht in de opdrachten voor het mesoniveau (zie bijlage 3).
- Voor de ZP 3 projecten betekent dit:
 - Casemanagement zal deel uitmaken van de uitvoering van afspraken 4 en 8;
 - De handelingen/verstrekkingen voor ergotherapie en psychologische ondersteuning worden verder ten laste genomen door de ziekteverzekering, waarbij ergotherapeuten integraal deel uitmaken van het interdisciplinair team. De rol van ergotherapeut moet hierbij worden verduidelijkt. Voor de organisatie/facilitatie hiervan wordt gekeken naar het mesoniveau, conform de verwachte facilitatie voor gecoördineerde zorg in het algemeen (zie opdrachten mesoniveau in bijlage 3).
- De projecten in kader van de overeenkomst psychologische zorg in de eerstelijns sluiten aan bij de werking van de netwerken GGZ. Met het oog op horizontale integratie wordt zoveel mogelijk toenadering gezocht tussen de (netwerken) geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg.

Afspraak 7: digitalisering, incl. populatie management in het kader van geïntegreerde zorg

- Een duidelijke link tussen geïntegreerde zorg en e-Health waarbij ICT business volgt, is cruciaal om samenwerking, communicatie en gegevensdeling te realiseren in kader van geïntegreerde zorg. Deze afstemming en structurele samenwerking kan gewaarborgd worden via het Interadministratief Platform (zie afspraak 2). Hierbij is in het bijzonder nood aan:
 - Politieke afspraken in kader van GDPR om een snelle en accurate gegevensdeling te realiseren tussen de federale overheid, de deelstaten en andere organisaties (vb. het InterMutualistisch Agentschap).
 - Een kader voor de ontwikkeling van een geïntegreerd elektronisch dossier en digitale ondersteuning van communicatie en samenwerking om interdisciplinaire samenwerking overheen de relevante sectoren te faciliteren (opgenomen in het actieplan eGezondheid 2022-2024).
- Complementair hieraan:
 - De Federale overheid en de deelstaten maken tevens een populatiemanagementstrategie concreet die invulling geeft aan eventuele verschillende perspectieven hierrond incl. een samenwerking daarrond. Het delen van gezondheids(zorg)data tussen de verschillende overheden is hiervoor cruciaal. We verwijzen hierbij naar volgende lopende projecten:
 - Het Technical Support Instrument programma voor persoonsgerichte geïntegreerde zorg dat vanuit de Europese Commissie werd gelanceerd.
 - Initiatieven uit de deelstaten zoals de ZorgAtlas 2.0 in Vlaanderen, het dashboard in ontwikkeling door COCOF in Brussel, kwaliteitsinitiatieven in ontwikkeling door PAQS en het W.all.in.healthproject, evenals SWISS (système wallon d'informations socio-sanitaires) in Wallonië, een haalbaarheidsstudie over de implementatie van duurzame populatiegerichte geïntegreerde zorg in de Duitstalige gemeenschap.
 - De oprichting van de gezondheids(zorg)data-autoriteit (GDA) die tot doel heeft de beschikbaarheid van gezondheids(zorg)gegevens te verbeteren en het ontsluiten van deze data op een betrouwbare en eenvoudige wijze mogelijk te maken.
 - De bestaande initiatieven per deelstaat (zie eerder) kunnen optimaal benut / hergebruikt worden met respect voor de respectievelijke aansturing van die projecten.

Afspraak 8: financieringsvormen die geïntegreerde zorg stimuleren

De federale overheid en deelstaten maken de nodige afspraken om bovenstaande afspraken ook vanuit financieel oogpunt te faciliteren. Volgende principes worden daarbij bekeken:

Algemene principes

- **Financieringsmethodiek:** Middelen worden ingezet op basis van cofinanciering, i.e. een gezamenlijke enveloppe met zowel een deelstatelijk als federaal aandeel. Die gezamenlijke enveloppe voorziet in personeels- en werkmiddelen voor zowel de gezondheids- als welzijnsberoepen die in deze concrete afspraken aan bod komen. Deze enveloppe omvat de financiering van:
 - Deel 1: ‘handelingen/verstrekkingen voor gecoördineerde zorg’: dit omvat de cofinanciering van gecoördineerde zorg op microniveau, zoals beschreven in afspraak 4, conform de hier afgesproken asymmetrie; men zorgt er daarbij voor dat de middelen worden ingezet waar de individuele zorg- en ondersteuningsnood het hoogst is. De federale overheid en de deelstaat dragen elk een deel van de enveloppe bij, waarvoor in een verdere bilaterale overeenkomst wordt vastgelegd voor welke componenten of actoren deze middelen kunnen worden aangewend.
 - Deel 2: ‘opdrachten mesoniveau’: dit omvat de cofinanciering voor de opdrachten op het mesoniveau (zie bijlage 3), zoals gespecificeerd in afspraak 5, conform de hier afgesproken asymmetrie om de handelingen/verstrekkingen van zorg- en welzijnsprofessionals in kader van gecoördineerde zorg (deel 1) goed te faciliteren.
- **Opvolging en bijsturing:** Die gezamenlijke enveloppe aan middelen wordt co-beheerd door de partijen met wie een overeenkomst afgesloten wordt, i.e. voor Vlaanderen tussen RIZIV en Vlaamse overheid; voor Wallonië tussen RIZIV en AVIQ; voor de Federatie Wallonië-Brussel tussen RIZIV en ONE; voor Brussel tussen RIZIV en de bevoegde overheden; voor Duitstalige gemeenschap tussen RIZIV en Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft. De organen van de interfederale governance (cfr. Afspraak 2) zijn verantwoordelijk voor de opvolging en eventuele bijsturing van de besteding van dit budget, het behouden van het algemeen overzicht op het totale budget en het bespreken van eventuele wijzigingen.
- **Voorwaarden besteding federale middelen:** Een evenwichtige inzet van federale investeringen, in verhouding tot de omvang en, indien mogelijk, de behoeften van de populatie, over de deelstaten wordt verzekerd, ook in het geval van asymmetrische afspraken. Het aandeel van federale middelen rond geïntegreerde zorg kan ontsloten worden onder volgende voorwaarden:
 - Het mesoniveau is organisatorisch voldoende slagkrachtig (cfr. afspraak 5) om haar zorg- en welzijnsactoren op microniveau effectief te ondersteunen en faciliteren in de toepassing van geïntegreerde zorg door middel van het uitrollen van initiatieven genomen op macroniveau (vb. gebruik van digitaal instrument). We verwijzen naar afspraak 5 voor de asymmetrische invulling hiervan.
 - Het mesoniveau bepaalt in samenspraak met het macroniveau de inzet en opvolging van de beschikbare middelen voor het realiseren van geïntegreerde zorg op microniveau.
 - Per deelstaat kunnen de middelen aan het mesoniveau worden toegekend volgens de verdeelsleutel/berekeningswijze die van toepassing in die deelstaat, zodat rekening kan gehouden worden met principes van het proportioneel universalisme.
 - Het mesoniveau maakt gebruik van data om aan population health management te kunnen doen. Het werkt samen met het macroniveau om de registratie van data te verbeteren zodat de juiste data beschikbaar zijn en dashboards/databanken doorheen de tijd kunnen evolueren om de noden van de populatie en het effect van genomen acties optimaal in kaart te brengen.
 - Een geschikt vergoedingssysteem wordt toegepast dat interdisciplinair werken stimuleert en verbonden is aan de concepten van gecoördineerde zorg.
 - Voor het effectief verstrekken van middelen aan individuele actoren wordt telkens nagegaan wat de meest efficiënte vergoedingsvorm is (gebundeld, vast bedrag per episode of per verstrekking/handeling, ...).
 - Dubbele financiering (het meermaals vergoeden van eenzelfde activiteit) is niet toegelaten. Hierbij is ook aandacht voor de financiering van de federale zorgpaden waarin geen functies vervat mogen zitten die reeds

vergoed worden via de afspraken in dit IFP. Elke overheid waakt daarnaast over de complementariteit van bestaande en nieuwe vergoedingsmodellen in het licht van het interfederaal plan. Een actor op mesoniveau wordt betrokken in de verantwoordelijkheid voor de besteding van de middelen; de manier waarop deze verantwoordelijkheid wordt ingevuld, wordt bepaald via bilateraal overleg tussen elke deelstaat en de federale overheid. We verwijzen ook hier naar de eventuele asymmetrische invulling zoals gespecificeerd in afspraak 5.

- **Met betrekking tot de praktisch-technische aspecten:**

- De concrete modaliteiten van facturatie en uitbetaling kunnen bilateraal worden afgesproken per deelstaat en vertrekken vanuit volgend principe.
 - Voor deel 1 van de enveloppe: een vergoeding wordt verstrekt aan de individuele zorg- en welzijnsprofessionals via de mutualiteiten, zorgkassen of verantwoordelijke organisatie op mesoniveau per gecoördineerde situatie bij een rechthebbende. In Vlaanderen kan dit bijvoorbeeld verlopen via de VSB, in Wallonië kan het systeem van de sociale bescherming gebruikt worden .
 - Voor deel 2 van de enveloppe: een budget wordt uitgekeerd aan het mesoniveau via een afgesproken instantie en vervolgens verdeeld op basis van de populatiekenmerken van de verschillende geografisch gebieden (bijvoorbeeld op basis van de verdeelsleutel gekozen door de deelstaat).
- De financiering vanuit de federale overheid zal gebeuren via overeenkomsten die gesloten worden met het RIZIV enerzijds en één partij per deelstaat anderzijds (zie hoger); In elk geval wordt voorzien in een overeen te komen gegevensdeling met oog op transparante opvolging van de voorwaarden die gekoppeld zijn aan het toekennen van de middelen. Deze gegevensdeling betreft een gegevensuitwisseling op individueel niveau, namelijk de tegemoetkomingen aan zorg- en hulpverleners per gecoördineerde situatie bij een rechthebbende en het delen van geaggregeerde gegevens die een overzicht bieden op het meso-, deelstatelijk en federaal niveau.

- **Wat betreft implementatie:**

- Prioritering van doelgroepen en concrete doelstellingen kan bilateraal tussen elke deelstaat en de federale overheid bepaald worden.
- Elke deelstaat overlegt bilateraal met de federale overheid over hoe men dit zal realiseren.
 - Het opzetten van proeftuinen behoort tot de opties.
 - Daarnaast kan er gekeken worden in hoeverre initiatieven die genomen zijn in kader van de samenwerkingsverbanden GIZ structureel bestendig kunnen worden, cfr. afspraak 6.
- Bijsturingen zijn mogelijk en zelfs wenselijk. Ook dit wordt besproken op de interfederale governance GIZ, cfr. afspraak 2.

Bijlagen

Bijlage 1: Competentieprofiel zorg- en welzijnscoördinatie⁵

Zorg- en welzijnscoördinatie worden dikwijls **niet-vergoedbaar** opgenomen. Dit kan door de persoon zelf, mantelzorger of door een professional wanneer deze de coördinerende taken (die inherent in iemands professionele takenpakket zitten vervat) uitvoert. **Vergoedbare** zorg- en welzijnscoördinatie is nodig wanneer de persoon of diens informele context het takenpakket van zorg- en welzijnscoördinatie niet kan of wenst op te nemen maar dit wel noodzakelijk is voor het leveren van een kwaliteitsvolle zorg. Dat is ook het geval wanneer een eerdere complexe situatie zich voordoet en een zorg- en ondersteuningsplan opgemaakt is of moet opgemaakt worden en bijkomende coördinerende taken moeten worden opgenomen. Volgend competentieprofiel beschrijft vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie.

Opdrachten

- **De (minstens) op te nemen opdrachten voor zorg- en welzijnscoördinatie** hebben betrekking op zowel sociale als administratieve taken⁶. De opdrachten stemmen overeen met:
 - Het initiëren van de opmaak en beschikken over het overzicht van het behandelplan/zorg- en ondersteuningsplan. De zorg- en welzijnscoördinator brengt het interdisciplinair team tezamen, stemt samen met de zorg- en welzijnsverstrekkers, de persoon zelf en de mantelzorger de voorziene zorg en welzijn af op maat van de persoon, gebaseerd op diens noden en doelen en voegt indien nodig zorg- en hulpverleners toe aan het team in functie van de behoeften van de persoon.
 - Het opvolgen van het behandelplan/zorg- en ondersteuningsplan. Dat wil zeggen dat de zorg- en welzijnscoördinator voortdurend samen met de zorg- en welzijnsverstrekkers, de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf en de mantelzorger waakt over kwaliteitsvolle uitvoering van het plan, en het aanpast aan de noden en doelen van de persoon. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van gedeelde informatie en beoordelingen vanwege de betrokken professionals (bv. via het digitaal multidisciplinair platform of via BelRAI of een ander instrument) en de personen met een zorg- en ondersteuningsnood.
 - Aanspreekpunt vormen voor de persoon en zijn informele context en het bevorderen van empowerment en verbeteren van gezondheidsvaardigheden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. De zorg- en welzijnscoördinator biedt bijvoorbeeld de persoon informatie aan over de doelstelling en de werking van het behandelplan/zorg- en ondersteuningsplan, zodat deze (samen met het interdisciplinair team) weloverwogen (zorg- en welzijns) beslissingen kan maken. De zorg- en welzijnscoördinator moet mobiel zijn en moet bereid zijn om zich te verplaatsen voor een gesprek met de persoon of informele context.
 - Aanspreekpunt voor zorg- en welzijnsverstrekkers. De zorg- en welzijnscoördinator is verantwoordelijk voor de coördinatie en communicatie tussen betrokken zorg- en welzijnsverstrekkers en de persoon en zijn informele context zelf (zie hierboven). De zorg- en welzijnscoördinator zorgt er tevens voor dat er binnen het interdisciplinair team beoordeeld wordt of er nood is aan bijkomende zorg- of welzijnsverleners. Op deze manier vormt de zorg- en welzijnscoördinator de spilfiguur die horizontale en verticale integratie van zorg realiseert rondom de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

⁵ 'Gesundheitskoordination' in de Duitstalige gemeenschap

⁶ Dit betreft een actualisering van wat in IMC 2019 (Gemeenschappelijke visie over zorgcoördinatie en casemanagement) reeds overeengekomen werd.

- Het organiseren, incl. praktische en administratieve organisatie en follow up, van overleg met betrokken professionals in de zorg en welzijn, de persoon en zijn/haar informeel netwerk wanneer dit nodig wordt geacht (aldus minstens bij de scharniermomenten – zie ook verder).
- Naast het afstemmen en coördineren van de zorg en welzijn, voert de zorg- en welzijnscoördinator, waar mogelijk, zijn taken steeds vanuit een meer preventief perspectief uit. Zo kan hij voorkomen dat de situatie van de persoon in de toekomst verslechtert (vb. vermijden van bijkomende zorgnoden of opname in een verzorgingstehuis) of de draaglast voor de mantelzorger te hoog wordt.
- Zorg- en welzijnscoördinator stimuleert de (digitale) participatie/samenwerking van het interdisciplinair team (bv. invulling van de ondersteunende digitale tools zoals Alivia, BelRAI, ...) en faciliteert communicatie, bijvoorbeeld het geven van feedback aan zorgverleners over de outcome van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.
- Tot slot staat de zorg- en welzijnscoördinator mee in voor het navigeren in het digitale landschap en het verbeteren van digitale geletterdheid. Zo wordt de persoon geïnformeerd over het gebruik van de verschillende digitale tools, hoe gegevens worden gedeeld, welke info online waar te vinden is,

Rol

- In het kader van zorg en welzijn wordt ervan uitgegaan dat de zorg- en welzijnscoördinatie kan opgenomen worden door één persoon en beschouwd wordt als een rol, waarbij de bovenstaande opdrachten uitgevoerd worden boven op de functiespecifieke taken die deze persoon reeds opneemt. De zorg- en welzijnscoördinator maakt inherent deel uit van het interdisciplinair team rond de persoon. Vertrekkend van het generieke competentieprofiel voor zorg- en welzijnscoördinatie, kunnen enkele verschillen tussen de deelstaten weerhouden worden. Meer informatie over deze verschillen is opgenomen bij afspraak 4, tabel 1.
- De rol kan typisch relevant worden in uiteenlopende omstandigheden; wanneer de persoon of zijn informele context niet langer zijn zorg kan coördineren; of wanneer de situatie complex is door een hoog aantal betrokken zorg- en welzijnsverstrekkers, door een combinatie van (sociale en /of medische) problematieken of door een opeenvolging van scharniermomenten.

Opstart, duurtijd en beëindiging

- **Opstart en verderzetting.** Vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie kan opgestart en verdergezet worden op verzoek van de persoon, diens vertegenwoordiger (door zelf de nood te signaleren) of doordat betrokken professional(s) de vraag stellen aan de persoon) of op eigen initiatief door de betrokken professionals (d.m.v. professionele inschatting). Hierbij worden volgende richtlijnen in acht genomen:
 - De nood aan zorg- en welzijnscoördinatie wordt vastgesteld door een lid van het interdisciplinair team, inclusief de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn/haar informele context. Dit kan onderschreven zijn op basis van de resultaten uit een geschikt evaluatie-instrument in combinatie met het professioneel oordeel van de professional die gericht is op de behoeften van de persoon. Een evaluatie-instrument (bv. BelRAI, Born in Belgium....) kan hierbij nuttig zijn, met de voorwaarde dat het instrument toegankelijk is voor zorg- én hulpverleners (ongeacht regio waarin actief), de persoon en diens informele context.
 - Opdat het team, alsook de burgers, op de hoogte zijn over de mogelijkheid en inzetbaarheid van zorg- en welzijnscoördinatie, is sensibilisering vanuit het mesoniveau nodig.
 - De zorg- en welzijnscoördinator past hoger beschreven opdrachten toe, wat zich uit in het vastgestelde gebruik/toepassing van een zorg- en ondersteuningsplan dat vertrekt vanuit de noden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.
 - De zorg- en welzijnscoördinator initieert en organiseert interdisciplinair overleg, waarbij ook de persoon en zijn omgeving betrokken wordt, en dit ten minste bij scharniermomenten (vb. verandering van zorgsetting/-sector) en om in samenspraak met de persoon en/of

mantelzorg de behoeften te evalueren in hoeverre de zorg- en welzijnscoördinatie verdergezet moet worden, op vergoedbare dan wel niet-vergoedbare wijze.

- De rechthebbende of zijn/haar informele context (bv. mantelzorg) dient een akkoord te geven omtrent de aangewezen professional die de rol van zorg- en welzijnscoördinatie zal opnemen.
- **Duurtijd en beëindiging.** De duurtijd van vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie is afhankelijk van de situatie; ze blijft bestaan zolang de nood hiertoe wordt ingeschat. De startcriteria (en mogelijke evaluatie-instrumenten) worden hier in principe opnieuw toegepast. Onder initiatie van de zorg- en welzijnscoördinator zal de duurtijd samen met het zorgteam geëvalueerd worden. Daarbij wordt bekeken of en wanneer vergoedbare coördinatie van zorg en welzijn niet meer noodzakelijk is, bv. wanneer de zorgnoden zeer sterk verminderd of zelfs verdwenen zijn, of wanneer de persoon of diens omgeving, bijvoorbeeld de mantelzorg, de taak overneemt en men dus overschakelt op niet-vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie.

Type zorg- en/of hulpverleners en competenties

- In het kader van vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie wordt de rol uitgevoerd door bestaande beroepen al dan niet opgenomen in de Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015. Dat wil zeggen dat ook bestaande beroepen in de sociale sector in aanmerking komen. Aanvullend voldoet de professional aan de volgende voorwaarden:
 - Heeft een therapeutische relatie of zorgrelatie met de persoon in kwestie waardoor een bepaalde vertrouwensband aanwezig is.
 - Heeft een achtergrond in zorg of welzijn, cfr. breder dan beroepen in de Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.
 - Moet beschikken over generieke vaardigheden, zoals bv. kennis van de sociale kaart voor de regio waarin men actief is, doelgericht bevragen en werken, cultuursensitief werken..., die inherent moeten worden in de basisopleiding van zorg- en welzijnsverstrekkers.
 - Moet beschikken over communicatieve vaardigheden: actief luisteren en waarnemen, helder en beknopt communiceren, toegankelijk zijn voor personen (zodat hij/zij laagdrempelig is om te benaderen voor anderen), op gepaste wijze communicatie aanpassen aan verschillende doelgroepen (met en zonder zorg- en welzijnsachtergrond), ...
 - Moet vertrouwd zijn met het coördineren van een proces: plannings opmaken en zorgen dat deze behaald worden, betrokkenen in het proces motiveren om zich in te zetten voor gezamenlijke doelen, knelpunten signaleren, betrokkenen informeren over afspraken en wijzigingen, ...
 - Heeft voldoende kennis over de netwerken die actief zijn binnen het zorg- en welzijnslandschap van de gemeenschap waarin de zorg- en welzijnscoördinator actief is.
 - Houdt zich aan de principes van het beroepsgeheim en de gedeelde verantwoordelijkheid hieromtrent.
 - Moet in staat zijn om een gegevensanalyse en -interpretatie te doen bij bv. een gedeeld elektronisch patiëntendossier (EPD), dit vereist uiteraard dat de zorg- en welzijnscoördinator toegang heeft tot dit dossier.

Bijlage 2: Competentieprofiel casemanagement

O opdrachten

- Voor de **opdrachten van casemanagement**:

- De casemanager fungeert als externe hulplijn en aanspreekpunt voor zowel de persoon en zijn informele context als de leden van het interdisciplinaire team omtrent:
 - Advies rond navigatie door het aanbod en systeem van zorg en welzijn i.f.v. de behoeften van de persoon (persoonsgericht en doelgericht) en het bevorderen van empowerment en verbeteren van gezondheidsvaardigheden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.
 - Communicatie en samenwerking in het interdisciplinair team verbeteren, al dan niet via het organiseren van overleg.
 - De casemanager stelt zich bovendien mobiel op en is bereid om zich te verplaatsen (wanneer nodig en relevant) voor het houden van fysieke gesprekken met de persoon, informele context, professionals....
- Om effectief te kunnen fungeren als hulplijn en aanspreekpunt extern aan het interdisciplinaire team, kan de casemanager in bepaalde gevallen (vb. eerder complexe gevallen) zeer vroeg in het proces aangesteld worden, bijvoorbeeld voor het initiëren van zorg- en welzijnscoördinatie of voor het bieden van extra ondersteuning in geval van complexe zaken, d.w.z. dat hij/zij niet pas erbij gehaald wordt als er zaken fout lopen.
- Wat betreft de interactie met zorg- en welzijnscoördinatie:
 - Een casemanager en zorgcoördinator kunnen tegelijk betrokken zijn bij 1 persoon, maar dit is in principe in een minderheid van de gevallen nodig.
 - De casemanager kan (bij eerder complexe gevallen) ondersteuning bieden aan het interdisciplinair team bij de opstart van zorg- en welzijnscoördinatie.
 - De casemanager kan daarnaast zorg- en welzijnscoördinatie initiëren als dit nog niet in voege is. In afwachting van de opstart van de zorg- en welzijnscoördinatie, zal de casemanager deze taak tijdelijk opnemen. Wanneer de zorg- en welzijnscoördinator aangesteld is, zal de casemanager de taken overdragen en een goede opstart garanderen. Echter, initiatie door een casemanager is geen noodzakelijkheid voor zorg- en welzijnscoördinatie.
- Het casemanagement kan de zorgsituatie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood de zorgcoördinatie herstellen en stabiliseren zodat het zorgproces terug kwaliteitsvol verder kan lopen.
- De casemanager vervult de rol van raadgever en bemiddelaar van de rechthebbende en van zijn mantelzorger. Zij/hij is de referentiepersoon voor de rechthebbende, zijn mantelzorger en de andere partijen in de zorgteam. Zij/hij is de facilitator en procesbegeleider t.a.v. het zorgteam en de zorgsituatie.
- Alle beslissingen worden genomen in overleg met de rechthebbende, de mantelzorger en de andere partijen in het zorgteam.
- Zij/hij werkt steeds in nauw overleg samen met de zorgverleners van het zorgteam en ook met de persoon die zorg- en welzijnscoördinatie uitoefent of recentelijk heeft uitgeoefend bij de rechthebbende.
- Haar/zijn interventie vindt plaats op een globale en geïntegreerde manier. Zij/hij beperkt zijn interventie nooit tot enkele specifieke aspecten van de follow-up en neemt daarbij ook het preventieve luik in acht.

- De casemanager ziet erop toe dat er een globaal bilan van de situatie wordt opgesteld, indien dit nog niet zou gebeurd zijn.
- Zij/hij ziet erop toe dat de functie van zorg- en welzijnscoördinatie wordt uitgeoefend, indien deze functie nog niet wordt opgenomen en toch noodzakelijk blijkt voor het goede verloop van het zorgproces.
- Zij/hij ziet er (tijdelijk) op toe dat het zorgplan wordt opgesteld en correct wordt uitgevoerd, indien dit nog niet zou gebeurd zijn. Daarbij worden parallelle/ dubbele activiteiten vermeden.
- Aan het eind van elke interventieperiode beoordeelt zij/hij met de andere actoren de behaalde resultaten.
- Zij/hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.
- Casemanager moet zijn/haar ervaring in zorg of welzijn en voeling met het terrein blijven garanderen door middel van het bijwonen van intervisies, opleidingen etc.
- In alle gevallen handelt zij/hij objectief jegens de rechthebbende, zijn mantelzorger en hun naasten (zij/hij kiest geen partij in mogelijke meningsverschillen en conflicten...), jegens de zorgverleners (zij/hij spreekt haar/zijn voorkeur niet uit voor de ene zorgopvatting boven een andere...).

Functie

- In het kader van zorg en welzijn wordt de casemanager beschouwd als een externe functie buiten het interdisciplinair zorgteam rond de persoon. De eerder omschreven opdrachten worden uitgevoerd door een 'generieke' casemanager (die aldus niet per se verbonden is aan een bepaalde situatie of pathologie). Vertrekkend van het generieke competentieprofiel voor casemanagement, kunnen enkele verschillen tussen de deelstaten weerhouden worden.

Opstart, duurtijd en beëindiging

- **Opstart.** De bedoeling is dat casemanagement wordt toegepast in volgende omstandigheden:
 - In niet-stabiele of complexe situaties (dit kan een medische situatie zijn, maar evenzeer een situatie waarin welzijn- of sociale aspecten belangrijker zijn, of een combinatie. Het laatstgenoemde komt voor wanneer actoren binnen de eerste- en tweedelijnszorg, bv. thuishospitalisatie, of gespecialiseerde zorg, bv. geestelijke gezondheidszorg, tegelijkertijd betrokken zijn).
 - Bij gebrek aan vertegenwoordiging van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in het interdisciplinair team.
 - Bij gebrek aan zorg- en welzijnscoördinatie, bv. wanneer zorg- en welzijnscoördinatie nog niet werd opgestart en hierbij hulp nodig is.
 - Bij een misgelopen zorg- welzijnscoördinatie waardoor de zorg- en welzijnsprocessen voor de persoon in kwestie falen en nood is aan verbetering.
 - Bij de vaststelling door een professional dat de persoon zichzelf in gevaar brengt door het weigeren van zorg; ter ondersteuning van de zorg- en welzijnscoördinatie.
 - Vanuit een hulpvraag van de persoon zelf.

Casemanagement kan worden opgestart zonder het gebruik van een evaluatie-instrument. Deze evaluatie kan gemaakt worden door iemand uit het zorgteam; een professional, de persoon zelf, of iemand uit zijn informele context. Echter, het is optioneel mogelijk dat de opstart mee wordt onderbouwd met de resultaten van een af te spreken evaluatie-instrument.

Casemanagement kan opgestart worden van zodra iemand "aan de bel trekt" bij een centraal meldpunt waarna een actor op mesoniveau kan beoordelen of casemanagement aan de orde is en een casemanager kan aanstellen.

Opdat men op de hoogte is van het bestaan en aldus “aan de bel kan trekken” om casemanagement in te zetten, zal sensibilisering vanuit het mesoniveau nodig zijn.

- **Duurtijd en beëindiging.** De interventies van casemanagement zijn beperkt in de tijd, naar gelang de complexiteit van de situatie. Casemanagement zal plaatsvinden zo kort als mogelijk maar zo lang als nodig. Dit wordt bepaald door de inschatting van het interdisciplinair team (inclusief de persoon en zijn/haar context) samen met de casemanager. Casemanagement kan meerdere keren in het zorgproces ingezet worden, indien nodig. De casemanager werkt maximaal toe naar empowerment van de persoon en de zelfstandigheid van het zorgteam, zodat de tijdelijkheid gevrijwaard wordt.

Type zorg- en/of hulpverleners en competenties

De functie van casemanager wordt opgenomen door bestaande beroepen al dan niet opgenomen in de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015. Bijkomend dient de persoon te voldoen aan de volgende vereisten:

- Maakt geen deel uit van het interdisciplinair team (cf. externe functie) .
- Heeft een achtergrond in zorg- of welzijn, cfr. breder dan de beroepen opgenomen in de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG) .
- De casemanager moet beschikken over de nodige ervaring en kennis om te kunnen navigeren in het zorg- en welzijnslandschap, eventueel gelinkt aan een bepaalde pathologie. Voor waar de verantwoordelijkheid ligt voor het opleidingsaanbod van casemanagement, alsook het bijhouden van een centrale database over wie welke opleiding heeft gevolgd, verwijzen we naar de sectie “Organisatie van de capaciteit, aansturing en evaluatie” .
- Moet beschikken over generieke vaardigheden, zoals bv. kennis van de sociale kaart, doelgericht bevragen en werken, cultuursensitief werken, conflictbemiddeling..., die inherent moeten worden in de basisopleiding van zorg- en welzijnsverstrekkers.

Bijlage 3: Opdrachten van de eenheid op het mesoniveau

Het mesoniveau zal belast worden met activiteiten die gekoppeld zijn aan 10 opdrachten die noodzakelijk worden geacht om de organisatie van geïntegreerde zorg (ofwel integratiemanagement) vorm te geven, in lijn met de sturing door het macroniveau. Deze opdrachten werden bepaald op basis van stakeholderinput en theoretische raamwerken zoals de HSO standaard “Integrated People-Centred Health Systems” en zijn van belang op de drie niveaus (micro, meso en macro) om geïntegreerde zorg te realiseren. De focus ligt op de mogelijke invulling van deze opdrachten op mesoniveau, waarbij de deelstaten in overleg met de federale overheid bepalen en afspreken op welke manier het mesoniveau deze 10 opdrachten concreet kan invullen. Hierbij wordt rekening gehouden met de actoren die deze opdrachten zullen opnemen, de huidige opdrachten, de onderlinge prioritering en specifieke aard van de programma's, nl.:

1. Populatiemanagement:
Dit is het proces waarbij de algemene gezondheid en het welzijn van een geografisch afgebakende groep mensen wordt geëvalueerd en verbeterd door middel van gerichte acties op basis van gedetecteerde noden.
2. Aanbod afstemmen op noden van populatie incl. proactief beheer van zorgcapaciteit:
Het initiëren van programma's die kunnen helpen om het beschikbare zorg- en welzijnsaanbod af te stemmen op de vraag, alsook de capaciteit binnen zorg en welzijn proactief te beheren.
3. Uitbouwen van een gezondheidspromotie- en preventiebeleid:
Het opzetten, ondersteunen en coördineren van gezondheidspromotie- en preventie-activiteiten met oog op 1) de verbetering of behoud van de gezondheid en het welzijn van de populatie in het algemeen; 2) ter ondersteuning van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en 3) de overgang te maken van reactieve zorg naar proactieve zorg en vroegdetectie. Het is belangrijk om te benadrukken dat deze specifieke opdracht asymmetrisch kan zijn over de verschillende deelstaten en mogelijk niet overal wordt opgenomen.
4. Ontwikkelen van GIZ basisvaardigheden:
Opzetten en uitrollen van initiatieven en acties om professionals de nodige kennis en vaardigheden m.b.t. geïntegreerde zorg bij te brengen: doelgericht, holistisch en interdisciplinair denken en werken.
5. Empowerment van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood promoten, ondersteunen van de mantelzorger en het informele netwerk:
Acties en initiatieven die bijdragen aan de evolutie van een passieve rol naar een meer actieve rol van de persoon en zijn/haar mantelzorger of andere personen uit het informele netwerk als partners binnen het zorg- en welzijnsproces.
6. Stimuleren / realiseren van de continuïteit van de zorg:
Met het stimuleren en/of realiseren van continuïteit binnen en overheen de disciplines van zorg (lijn- en pathologie-overschrijdend) en welzijn, richten we ons voornamelijk op acties die gerelateerd zijn aan het stimuleren, faciliteren en coördineren van interdisciplinaire samenwerkingen, waar eveneens de concepten zorg- en welzijnscoördinatie, casemanagement, zorgpaden etc. zich situeren;
7. Faciliteren van digitale ondersteuning:
Het kader creëren voor, ontwikkelen en doen gebruiken van digitale tools nodig om de samenwerking en gegevensdeling tussen de persoon en zijn informele context en de verschillende betrokken zorg- en welzijnsactoren te faciliteren. Daarnaast ook het secundair gebruik van gezondheidsgegevens mogelijk maken op haar niveau.
8. Voor de afgesproken gezamenlijke programma's, bepalen van de inzet en opvolging van middelen voor het verlenen van de zorg en ondersteuning, steeds op basis van de noden van de populatie (cfr. opdracht 1):
Gezamenlijke dialoog over het geheel van financiering, budgettering, begroting, beheer en uitkering/verdeling van welzijns- en zorgbudgetten met oog op kwalitatieve (5 AIM) en geïntegreerde zorg.

9. Change management:

Het realiseren van de eerder beschreven opdrachten doordat de betrokken partners, vaak zorg- en welzijnsprofessionals, de vooropgestelde veranderingen m.b.t. hun rol/opdrachten, taken, gedragingen op duurzame wijze opnemen.

10. Innovatiemanagement:

Het actief organiseren, opvolgen en uitvoeren van activiteiten, samenwerkingsverbanden, processen en beleid wat leidt tot het creëren van substantiële nieuwe (meer)waarde in het kader van geïntegreerde zorg.

ACCORDS CONCRETS DANS LE CADRE DU PLAN INTERFÉDÉRAL DE L'AIDE ET DES SOINS INTÉGRÉS

Octobre 2023 – version 6

Contexte

Depuis janvier 2023, la phase 2 du programme du Plan Interfédéral de l'Aide et des Soins Intégrés⁷ ("PIF ASI") a démarré. A partir des 13 thèmes identifiés lors de la phase 1 (2022), cinq leviers concrets ont été explorés ces derniers mois pour donner un focus et un contenu à ce Plan Interfédéral, à savoir :

- La coordination des soins et de l'aide et le case management, y compris le lien avec les processus de soins
- Le travail interdisciplinaire
- L'organisation de l'aide et des soins intégrés au niveau micro, méso et macro
- La digitalisation pour soutenir/faciliter ce qui est mentionné ci-dessus
- Le financement pour soutenir/faciliter ce qui est mentionné ci-dessus

Ceci a pu être réalisé grâce à une dynamique de coordination sur différents fronts : une coordination bilatérale entre l'autorités fédérale et les entités fédérées, des discussions collectives avec ces acteurs, un deuxième forum des parties prenantes avec un groupe élargi, une concertation avec des experts académiques, une concertation internationale (Health Standards Organization HSO), un alignement politique et une concertation avec des acteurs de terrain par le biais de projets en cours liés à l'aide et aux soins intégrés.

Il en résulte un projet de texte / rapport élargi, préparé par WeCare, qui tente d'identifier, à partir de nombreuses lignes de pensée différentes sur des sujets plus importants, les questions qui peuvent finalement conduire à une position unifiée et cohérente sur l'aide et les soins intégrés en Belgique. Dans le cadre du programme du "plan Interfédéral de l'aide et des soins intégrés", ce rapport complet a été publié sur www.health.belgium.be. Ce rapport contient des informations de base telles que l'historique de la coopération ainsi que les raisonnements et considérations antérieurs, qui ont été utilisés comme point de départ pour la poursuite de la discussion sur le protocole d'accord du plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés.

Par ailleurs, il est de plus en plus nécessaire de **clarifier un ensemble d'accords**, tout en prenant en considération les nombreuses initiatives concernant l'aide et les soins intégrés qui sont en cours au sein de chaque entité fédérée et de l'autorité fédérale. Le PIF prend forme dans un contexte en constante évolution qui nécessite des accords concrets. Une première proposition avec des accords concrets a donc été préparée par WeCare en juillet 2023 pour faciliter la poursuite des discussions. Cette proposition a été examinée en détail avec l'autorité fédérale et les entités fédérées au cours de différentes concertations bilatérales.

La présente version de cette note contient un remaniement approfondi à la fois basé sur les remarques obtenues de chaque entité fédérée, avec son propre contexte, mais aussi basé sur la perspective fédérale. En ce sens, cette note n'offre pas le point de vue d'une seule perspective, mais cherche un accord collectif sur l'aide et les soins intégrés dans lequel chacun peut trouver une part d'individualité.

⁷ La terminologie utilisée diffère selon les entités fédérées ; dans le texte français, le terme "l'aide et les soins intégrés" est utilisé, tandis que dans le texte néerlandais, le terme "geïntegreerde zorg" est utilisé à cette fin qui englobe les domaines des « zorg » et « welzijn ». Pour la Wallonie, le terme "accompagnement" est utilisé pour « welzijn ». Dans la Communauté germanophone, on utilise le terme "Gesundheitsversorgung" pour « zorg en welzijn », et le terme "Integrierte Versorgung" pour « geïntegreerde zorg ».

Accords concrets

Les différentes autorités de ce pays s'engagent à travailler à partir du cadre d'accords suivant pour parvenir à des soins et de l'aide plus intégrés :

1. Le Plan interfédéral pour l'aide et les soins intégrés ("PIF ASI") fournit un cadre commun pour les initiatives que les autorités souhaitent prendre en faveur du Quintuple Aim et de la réalisation de l'aide et des soins intégrés.
2. La mise en œuvre de l'ASI est un processus évolutif qui prendra plusieurs années et qui nécessite une coopération structurelle entre les entités fédérées et l'autorité fédérale. Cette coopération est facilitée par la plateforme inter-administrative (PIA) qui est responsable de la qualité de la mise en œuvre et de l'intégration des différents éléments constitutifs de l'aide et des soins intégrés.

Pour concrétiser les points 1 et 2 au niveau micro, les entités fédérées et l'autorité fédérale privilégient les leviers suivants dans leurs politiques d'ASI :

3. Les initiatives et mesures politiques partent autant que possible de l'aide et des soins centrés sur la personne et centrés sur les objectifs de vie (par exemple, le développement de parcours de soins, d'outils numériques, etc.) en adoptant une approche large et interdisciplinaire dans une perspective de prise en charge des soins et de l'aide.
4. La concrétisation des concepts essentiels de l'ASI est alignée, dans les entités fédérées et au niveau fédéral, sur l'interprétation décrite dans le plan interfédéral de l'ASI, par exemple le case management et la coordination des soins et de l'aide. Ce faisant, l'application asymétrique peut être utilisée si nécessaire pour tenir compte de l'individualité et des accents spécifiques à chaque entité fédérée.

Pour atteindre les points 1 et 2 aux niveaux méso et macro, les entités fédérées et l'autorité fédérale donnent la priorité aux leviers suivants dans leurs politiques d'ASI :

5. Il est essentiel de pouvoir travailler de manière décentralisée et proche du citoyen à partir d'une approche basée sur la population et les territoires, ainsi que de travailler horizontalement et verticalement entre les secteurs. Cela nécessite un niveau méso ayant une capacité décisionnelle et responsable, qui facilite l'approche intégrée aux différents niveaux tel que définis dans le Rainbow Model, et opère dans le cadre de la politique du niveau macro.
6. Chaque entité fédérée examinera avec l'autorité fédérale quels éléments des bonnes pratiques issues des initiatives fédérales en cours (par exemple, les partenariats de soins intégrés, les projets P3, les projets PPL, etc., ...) peuvent être ancrés durablement au niveau méso pour poursuivre le déploiement de l'aide et des soins intégrés et comment ils peuvent être financés dans le cadre de l'accord 8, et la manière dont cet ancrage peut être réalisé.
7. Les entités fédérées et l'autorité fédérale se sont engagées à mettre en place une politique des soins et de l'aide axée sur les données afin d'assurer la collaboration, la communication et le partage des données ; ceci est déjà inclus dans le plan d'action eSanté 2022-2024, qui décrit les outils nécessaires pour le PIF ASI. Les dépendances entre le PIF ASI et le plan d'action eSanté seront suivies et traduites en actions au sein de la plateforme inter-administrative.
8. L'autorité fédérale et les entités fédérées prévoient un déploiement efficace, concordant et effectif des ressources qui renforcent l'aide et les soins intégrés, à partir d'une approche plus coordonnée et au moyen de formes de financement qui encouragent l'aide et les soins intégrés. Ce faisant, chaque autorité apporte sa contribution et déploie les ressources par le biais de ses propres compétences.

Interprétation des accords

Accord 1: un cadre commun pour l'aide et les soins intégrés

L'application du cadre commun du PIF ASI se fait sur base des compétences de chacun et s'oriente vers une culture de la qualité et du suivi de la qualité. A cette fin, des indicateurs de qualité sont élaborés et suivis au niveau interfédéral en fonction de la réalisation du 5AIM et de l'aide et des soins intégrés, qui peuvent guider leur mise en œuvre et garantir un universalisme proportionnel. L'aide et les soins intégrés sont un objectif vers lequel toutes les entités fédérées et l'autorité fédérale se dirigent, bien qu'à des vitesses et à partir de points de départ différents. L'évolution vers des concepts concrets tels que décrits dans le PIF prendra quelques années et ne sera pas uniforme pour chaque entité fédérée.

- À cette fin, une approche progressive est utilisée, en commençant au niveau macro par le suivi des indicateurs de processus déjà disponibles et en accompagnant les acteurs aux niveaux micro et méso dans la production et l'utilisation de données de qualité, afin de soutenir l'adhésion et la contribution des acteurs à la politique d'ASI, et la création davantage d'indicateurs de la qualité de l'aide et des soins à l'avenir. Pour ce faire, les meilleurs outils seront utilisés en veillant à limiter les changements d'outil et la charge administrative, et à rechercher l'alignement en ce qui concerne l'utilisation des cadres d'évaluation et de qualité (par exemple HSO) correspondant aux besoins des différentes entités.
- Dans le même temps, nous pouvons évoluer vers le suivi et l'ajustement des mesures politiques dans le contexte de l'aide et des soins intégrés sur la base des indicateurs de qualité au niveau macro. Cette évolution dans la création et l'utilisation des données, dans le contexte de l'aide et des soins intégrés, est un processus qui se déroulera sur plusieurs années.
- Le niveau méso doit disposer de données et d'indicateurs pertinents pour faciliter une approche basée sur la population à ce niveau.
- Ce qui précède nécessite des efforts pour partager les données pertinentes entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, voir également l'accord 7. Un équilibre entre la quantité de données et la lourdeur administrative doit être recherché.

Accord 2 : collaboration structurelle avec une gouvernance interfédérale

Concernant la gouvernance dans le cadre du suivi interfédéral et du pilotage de la mise en œuvre de l'aide et des soins intégrés et de la réalisation du Quintuple Aim

- Un large éventail d'initiatives politiques peut être utilisé pour réaliser l'aide et les soins intégrés. Tout cela nécessite un alignement, une coordination et une collaboration continues.
- Les initiatives politiques liées à l'ASI sont suivies par la CIM Santé publique et divers Groupes de Travail Inter-cabinets (GTI) qui traitent en totalité ou en partie le sujet de l'aide et des soins : le GTI Soins intégrés, le GTI Prévention, le GTI Santé mentale, le GTI eSanté, le GTI Professions de santé, le GTI Hôpitaux, ...
- Étant donné que tous ces différents GTI discutent de projets liés à l'ASI, il est nécessaire d'établir les liens essentiels entre les acteurs, les projets et les organes concernés des différentes administrations. En outre, cet organe devrait également surveiller l'alignement sur les initiatives d'ASI, présentant un intérêt interfédéral, qui sont développées au sein d'une entité mais qui ne sont pas (encore) notifiées dans un GTI. **La plate-forme inter-administrative (PIA)** existante est utilisée à cette fin, comme décrit dans le règlement interne de la CIM Santé Publique qui est entré en vigueur le 10 février 2020. La PIA est composée de fonctionnaires dirigeants de chaque administration (entités fédérées et niveau fédéral), soutenus par les services concernés.
 - Dans ce contexte, la PIA vise à faciliter et à optimiser les initiatives et les missions liées à l'ASI ainsi que la communication interfédérale entre les administrations. En outre, il contribue à soutenir la CIM pour les sujets liés à l'aide et aux soins intégrés.
 - L'agenda se concentre sur une vue d'ensemble de haut niveau des projets en cours par entité fédérée/au sein de l'autorité fédérale, et crée l'opportunité d'établir des liens transversaux avec d'autres projets en cours (qui sont discutés dans les différents GTI) dans le cadre de l'aide et des soins intégrés.
 -

- La PIA assure le suivi des missions et responsabilités suivantes :
 - Réaliser la coordination et le partage des connaissances sur tous les sujets liés à l'aide et aux soins intégrés afin que les entités fédérées et l'autorité fédérale soient informées des initiatives de chacun et puissent renforcer mutuellement leurs initiatives.
 - Mise en place et suivi de la coopération interfédérale/ interadministrative en fonction de certains thèmes/initiatives liés à l'ASI avec des personnes mandatées par administration (tels que le développement de futurs parcours de soins).
 - Suivi de la réalisation de qualité du Quintuple Aim et de l'aide et des soins intégrés sur la base d'indicateurs de qualité; il est pour cela fait usage de l'approche par étapes (cf. l'accord 1).
 - Le suivi et la mise en œuvre des activités de gestion du changement nécessaires pour réaliser la mise en œuvre à long terme de l'ASI, notamment : une communication étendue vers le terrain et une gestion orientée vers les parties prenantes, la coordination de la formation à travers les communautés et la promotion de cette offre sur le terrain, la facilitation de l'utilisation des données dans le cadre d'une approche axée sur la population....
 - Rapport à la conférence interministérielle (CIM) Santé publique et à la préparatoire de la CIM sur tous les points ci-dessus.
- Dans le cadre de la gouvernance interfédérale, les collaborations existantes ou en cours de développement au sein de chaque entité fédérée et des autorités fédérales sont prises en compte afin d'impliquer tous les partenaires concernés.
 - En ce qui concerne Bruxelles, la gouvernance interfédérale tient compte de l'implication de la Commission communautaire flamande, de la Commission communautaire française, de la Commission communautaire commune, de la Communauté flamande et de la Communauté française.
- D'autres dynamiques doivent être explorées et peuvent être incluses dans la gouvernance interfédérale :
 - Comment et dans quelle mesure les ressources doivent-elles être déployées sur base des principes de gestion de la population, pour s'assurer que les actions et les ressources nécessaires vont aux groupes cibles prioritaires, selon le principe du 5Aim ;
 - Comment les évolutions futures peuvent-elles se concentrer sur un cadre de financement moins axé sur un financement à la prestation et l'utilisation de la nomenclature, mais plutôt sur des méthodologies de financement plus intégratives (par exemple, des méthodologies de financement mixtes, un financement commun, un financement forfaitaire) ;
- Comment se prémunir contre les différences possibles en termes de remboursement pour des prestations/traitements substantiellement égaux.

Accord 3 : des soins centrés sur la personne et des soins ciblés comme point de départ

Tous les processus de soins sont conçus sur la base d'une vision centrée sur la personne et les objectifs de vie, cela implique de partir des besoins de la personne pour améliorer sa santé et son bien-être, ces besoins pouvant être d'ordre psychologique, médical et social. Cet accord concrétise l'adoption d'une approche centrée sur la personne comme point de départ dans notre système de soins, et concerne donc tous les processus de soins possibles qui permettent d'identifier les besoins d'une personne, de les traduire en objectifs de soins et de vie et de planifier, d'exécuter et de suivre les tâches afin de réaliser ces objectifs.

Plus précisément, dans le contexte des parcours de soins conçus par l'INAMI, cela signifie :

- Pour la mise en forme des futurs parcours de soins :
 - Un processus de coordination et de collaboration interfédéral est convenu entre l'INAMI et les entités fédérées, ce qui permet de prendre en compte différentes perspectives, dont la santé et le bien-être. La position de l'organe interfédéral (cf. accord 2) dans ce processus sera incluse.
 - L'objectif central est de partir des besoins/objectifs de la personne (ce qui peut contribuer à donner corps à l'autonomisation du patient), et la réalisation de processus de soins verticaux (en particulier les parcours de soins) et de processus de soins horizontaux (proches du citoyen) (voir également l'accord 4).
- Les deux points précédents sont concrétisés comme suit :
 - Dans le cadre des parcours de soins, des liens sont recherchés autant que possible avec les professions de l'aide en plus des professions de la santé. L'objectif est ici de mettre en relation les parties prenantes et d'intégrer les processus existants.
 - Les fonctions spécifiques au sein du parcours de soins sont alignées sur les fonctions liées à l'ASI qui sont plus larges que ce parcours de soins, c.-à-d. :
 - La coordination des soins et de l'aide et le case management, tels que définis dans le PIF ASI, sont distingués des fonctions qui ont une finalité différente, par exemple les fonctions d'expertise plus spécifiques à la pathologie du parcours de soins en question.
 - Les fonctions qui ont une finalité différente de la coordination des soins et de l'aide et du case management tels que décrits dans le PIF ASI sont également renommées.
 - Par personne, il n'y a jamais plus d'un coordinateur des soins et de l'aide ou plus d'un case manager. Toutefois, une combinaison avec un accompagnement spécialisé dans la pathologie par un expert dans le cadre d'un parcours de soins est possible.
 - Si une personne est incluse dans un ou plusieurs parcours de soins, les professionnels des soins et de l'aide impliqués se coordonnent avec le coordinateur des soins et de l'aide et/ou le case manager concerné lorsqu'il est désigné.
- Dans le cas où les parcours de soins existants impliquent des concepts décrits dans le PIF ASI, une mise à jour est effectuée en fonction des dispositions ci-dessus pour les futurs parcours de soins.

Accord 4: l'interprétation des concepts essentiels de l'ASI

Afin de faire compléter de la même manière certains concepts essentiels dans le cadre de l'ASI (en particulier la coordination des soins et de l'aide et le case management) par l'autorité fédérale et les entités fédérées, il est convenu d'une description qui fonctionne comme un "objectif à l'horizon" (voir les profils de compétences de la coordination des soins et de l'aide⁸ et du case management dans l'annexe). Les accords suivants sont conclus à ce sujet :

- Le profil de compétences (y compris les missions, le rôle, le démarrage, la durée, la fin et le type de prestataires de soins et/ou d'aide qui peuvent assumer ce rôle) pour la coordination des soins et de l'aide (voir annexe 1) et le case management (voir annexe 2) remboursables, est appliqué par toutes les parties.

⁸ La coordination des soins et de l'aide se traduit dans la Communauté germanophone par "gesundheitskoordination"

- Pour garantir l'intégration horizontale et verticale des soins, un seul coordinateur de soins et d'aide à la fois est nommé par personne, qui assume ce rôle pour tous les besoins de soins et d'aide de la personne, qui peuvent ou non être liés à certains parcours de soins (voir aussi l'accord 3). Le même accord est pris dans le cadre du case management.
- L'organisation du case management est concrétisée avec chaque entité fédérée, en fonction de leurs besoins.
- La distinction entre la coordination des soins et de l'aide remboursable et non remboursable est reconnue par toutes les parties.
- Une attention particulière est accordée à l'importance de la coordination des soins et de l'aide dans les situations de transition (par exemple, à la sortie de l'hôpital).

En outre, il est essentiel de reconnaître que le point de départ et la vitesse d'évolution vers ces concepts sont différents pour chaque entité fédérée, et que la manière dont l'évolution vers ce point final se fera est différente. Les accords précédents prennent donc forme au moyen d' une interprétation asymétrique par entité fédérée, qui est illustrée dans le tableau ci-dessous. Les évolutions nécessaires dans l'application de ces concepts seront discutées au sein des instances de gouvernance décrites ci-dessus, cf. accord 2.

Tableau 1: l'application concrète des concepts clés de l'ASI par entité fédérée

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Communauté germanophone
Coordination d'aide et de soins indemnisable				
Rôle / Fonction	<ul style="list-style-type: none"> Rôle 	<ul style="list-style-type: none"> Indiqué comme profession dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé (CWASS) Pas d'évolution attendue 	<ul style="list-style-type: none"> Rôle 	<ul style="list-style-type: none"> Rôle, mais une fonction en particulier dans les soins palliatifs Pas d'évolution attendue
Interne/externe à l'équipe de soins	<ul style="list-style-type: none"> Interne 	<ul style="list-style-type: none"> Situation actuelle : externe (via CCSAD) ou interne (professionnel de la santé) Evolution attendue : le coordinateur fait toujours partie de l'équipe (décret Proxisanté) 	<ul style="list-style-type: none"> Situation actuelle : externe et interne Evolution attendue vers interne 	<ul style="list-style-type: none"> Interne / externe Pas d'évolution attendue
Démarrage (outil d'évaluation, avis professionnel...)	<ul style="list-style-type: none"> Si possible, soutenu par un avis professionnel en combinaison avec un outil d'évaluation Evolution souhaitable vers des conditions pour une forme rémunérée mais pas d'intervention financière pour l'accomplissement de ces conditions ou le remplissage d'un outil (ex. BelRAI, Alivia) 	<ul style="list-style-type: none"> Si possible, approuvé par un avis professionnel en combinaison avec un outil d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Si possible, approuvé par un avis professionnel en combinaison avec un outil d'évaluation Evolution souhaitable vers des conditions pour une forme rémunérée 	<ul style="list-style-type: none"> Evolution vers la mise en place d'un outil d'évaluation pour chaque parcours de santé local (ex. L'outil Born in Belgium dans le parcours de santé prénatal et postnatal)
Durée	Tant que la situation nécessite un professionnel de l'aide et des soins rémunéré qui coordonne la situation, avec des réévaluations périodiques			
Type de professionnel de l'aide et des soins	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels des soins et de l'aide 	<ul style="list-style-type: none"> Type de professionnel décrit dans la CWASS 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels des soins et de l'aide 	

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Communauté germanophone
Exécution des tâches CordiSoins par une personne / plusieurs personnes	<ul style="list-style-type: none"> Par une personne 	<ul style="list-style-type: none"> Situation actuelle: peut être réalisée par une seule personne ou plusieurs personnes; distinction entre des tâches plus administratives et des tâches plus axées sur le contenu et éventuellement un aidant numérique Pas d'évolution attendue 	<ul style="list-style-type: none"> Par une personne 	<ul style="list-style-type: none"> Par une personne
Case management				
Rôle / Fonction		<ul style="list-style-type: none"> Fonction 		<ul style="list-style-type: none"> Rôle, mais une fonction en particulier dans les soins palliatifs
Fait partie de l'équipe de soins interne/externe		<ul style="list-style-type: none"> Externe 		<ul style="list-style-type: none"> Généralement externe, mais peut également être interne dans certaines situations. Pas d'évolution attendue
Démarrage (outil d'évaluation, jugement professionnel...)	<ul style="list-style-type: none"> Peut-être démarré sans outil d'évaluation Toutefois, il faut établir des conditions minimales ou remplir/utiliser un outil pour vérifier les prestations 	<ul style="list-style-type: none"> Condition : situation complexe, insoluble sur le terrain, éventuellement déterminée par un outil d'évaluation (par exemple, l'échelle de complexité suisse) Via CSAD 	<ul style="list-style-type: none"> Peut-être démarré sans outil d'évaluation Toutefois, en faveur de conditions pour une forme rémunérée 	<ul style="list-style-type: none"> Pour chaque parcours de santé local un outil d'évaluation est prévu (ex : pour le parcours de soins prénatals et postnatals, ils utiliseront l'outil Born in Belgium)
Implication du case manager possible dès le début		<ul style="list-style-type: none"> Peut être activé dès le début 		
Durée		<ul style="list-style-type: none"> Aussi court que possible mais aussi long que nécessaire Peut-être répété plusieurs fois par bénéficiaire de soins 		

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Communauté germanophone
Type de professionnel de l'aide et des soins, y compris les conditions si applicables	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels des soins et de l'aide 	<ul style="list-style-type: none"> Profession de santé et/ou formation (para)médicale 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels des soins et de l'aide 	
Utilisation simultanée du case manager et du coordinateur de l'aide et des soins	<ul style="list-style-type: none"> Les deux peuvent être actifs simultanément 			<ul style="list-style-type: none"> Ne peuvent pas être actifs simultanément Pas d'évolution attendue
Case management et coordination des soins et de l'aide: réalisé par la même personne	<ul style="list-style-type: none"> Les deux profils sont toujours pris en charge par 2 personnes différentes 	<ul style="list-style-type: none"> Pas la même personne au même moment Evolution attendue : clarifier l'intervention de chaque fonction lors de la mise en œuvre du CM 	<ul style="list-style-type: none"> Les deux profils sont pris en charge par 2 personnes différentes Quelqu'un qui commence en tant que case manager peut évoluer une seule fois par après vers le rôle de coordinateur des soins, mais ne peut pas occuper les deux profils simultanément ni changer entre les deux. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être la même personne Pas d'évolution attendue : en raison de la capacité dans une petite région

Accord 5: organisation au niveau méso

En ce qui concerne l'organisation au niveau méso, les principes ci-dessous sont proposés. Dans le contexte de ce PIF, il est également important de tenir compte de l'asymétrie entre les entités fédérées, en prenant en considération les différentes vitesses par entité fédérée, les réalités actuelles et les évolutions attendues à l'avenir. Le tableau 2 présente, à titre d'illustration, les éléments faisant l'objet d'une interprétation commune et asymétrique par entité fédérée :

- Dans tous les cas, la coopération entre et au sein des structures est nécessaire à trois niveaux : le niveau micro, le niveau méso et le niveau macro. Même si certaines tâches et responsabilités incombent au niveau méso, celui-ci opère dans le cadre de la politique du niveau macro responsable. Il y a donc une interaction constante entre les deux niveaux pour s'assurer ensemble que l'aide et les soins intégrés sont facilités au niveau micro, conformément aux accords conclus dans le cadre de ce PIF.
- Le niveau méso a un mandat clair pour effectuer certaines tâches (voir annexe 3) en fonction de la réalisation et de la stimulation de l'aide et des soins intégrés sur le terrain ;
 - L'autorité fédérale et les entités fédérées concluent d'autres accords sur des missions à inclure ; à cette fin, les missions décrites à l'annexe 3 constituent l'objectif ultime;
 - En fonction de la maturité du niveau méso, une progression évolutive vers l'inclusion de ces missions est prise en compte.
- Les entités fédérées et l'autorité fédérale s'engagent à la réalisation de programmes communs, en étroite collaboration avec le niveau méso. L'objet d'un tel programme commun est encore en cours de discussion, avec une possible application asymétrique par les entités fédérées (voir l'accord 8).
- Le niveau méso inclut les acteurs pertinents pour l'intégration horizontale et verticale et met en place une gouvernance appropriée à cette fin, afin de pouvoir assumer son rôle de stimulateur et de facilitateur pour encourager le travail interdisciplinaire et intersectoriel ; les partenaires effectifs sont déterminés par chaque entité fédérée.
- Le niveau méso peut s'organiser davantage, par exemple selon le principe d'une organisation en réseau. Il sera tenu compte au maximum des structures basées sur des décrets adoptés par les entités fédérées qui existent déjà ou qui sont en train d'être mises en place au niveau méso. L'interprétation future de chaque entité fédérée est présentée dans le tableau 2.
- Les entités fédérées sont responsables de la détermination d'une échelle au niveau méso qui soit suffisamment gérable pour mener à bien les tâches nécessaires.
- L'interprétation future du niveau méso est présentée dans le tableau 2.
 - En Flandre, il est précisé que les « zorgraden » (conseils de soins) sont principalement des exécutants de certaines tâches, sous la responsabilité du niveau macro, et qu'ils assument eux-mêmes, dans un premier temps, une responsabilité limitée à cet égard.
 - En outre, toutes les missions spécifiées à l'annexe 3 peuvent ne pas être prioritaires/incorporées dans la même mesure et/ou au même moment par le niveau méso, par entité fédérée (voir tableau).

Tableau 2: l'interprétation future de l'organisation du niveau méso par entité fédérée

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Communauté germanophone
Interprétation régionale au niveau méso	<ul style="list-style-type: none"> Zones de première ligne (60) 	<ul style="list-style-type: none"> Structures en cours de création, évolution ultérieure possible 	<ul style="list-style-type: none"> Bassins d'aide et de soins (5) 	<ul style="list-style-type: none"> Coïncide avec le niveau macro, pas de subdivision supplémentaire en raison de l'échelle
Taille de la population	<ul style="list-style-type: none"> 75 K jusqu'à 125 K 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 200 K et 550 K à la création 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum 350 K 	<ul style="list-style-type: none"> +/- 80K
Point de contact au niveau méso	<ul style="list-style-type: none"> « Zorgraden » 	<ul style="list-style-type: none"> Organisations régionales de santé (OLS) 	<ul style="list-style-type: none"> Brusano avec 6 équipes (1 régionale, 1 par bassin) 	<ul style="list-style-type: none"> Réseau des soins intégrés (en cours de développement)
Responsabilité financière niveau méso	<ul style="list-style-type: none"> « Zorgraden » responsables du déploiement des fonds, selon leurs missions, mais pas du paiement des budgets, ni du paiement par les « zorgraden » au niveau méso. 	<ul style="list-style-type: none"> OLS reçoivent un budget pour l'aide et les soins intégrés 	<ul style="list-style-type: none"> Brusano reçoit le budget et est responsable de la gestion du budget selon le cadre qui sera défini dans les textes législatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft (au nom du réseau des soins intégrés)
Responsabilité organisationnelle pour les prochaines missions (voir annexe 3) niveau méso	<ul style="list-style-type: none"> Missions telles que décrites dans l'annexe 3, mais pas de paiement au niveau méso par les « zorgraden » 	<ul style="list-style-type: none"> Missions telles que décrites dans l'annexe 3 	<ul style="list-style-type: none"> Missions telles que décrites dans l'annexe 3, à l'exception de la facilitation du support numérique (responsabilité Abrumet) 	<ul style="list-style-type: none"> Certaines missions de l'annexe 3 au niveau macro (ex : gestion de la santé de la population) Pas d'évaluation attendue en raison de la petite taille
Acteurs qui font partie de l'unité au niveau méso	<ul style="list-style-type: none"> « Zorgraad » est composé au minimum des : <ul style="list-style-type: none"> Autorités locales Prestataires de soins de première ligne Associations de personnes ayant des besoins en matière d'aide et de soins 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitateurs d'intégration Reste à déterminer en fonction des développements au sein de Proximité (éventuellement en incluant les aidants informels en tant qu'acteurs). 	<ul style="list-style-type: none"> Pour chaque bassin, un conseil d'aide et de soins constitue l'organe de direction stratégique au sein duquel sont représentés tous les acteurs de l'aide et de la santé actifs dans la zone ; <ul style="list-style-type: none"> Les acteurs publics tels que les communes et les CPAS Le secteur associatif (quel que soit l'entité qui le reconnaît) 	<ul style="list-style-type: none"> Les réseaux de SI peuvent consister par des acteurs existants tels que DSL, Kaleido,...

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Communauté germanophone
	<ul style="list-style-type: none"> Associations reconnues pour les aidants-proches et les utilisateurs⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> Du personnel viendront renforcer en qualité d'équipe de soutien à la première ligne, à l'action sociale et à l'articulation hôpital-domicile (décret Proximité). 	<ul style="list-style-type: none"> Les professions libérales et les acteurs paramédicaux, indépendants ou salariés 	
Structure source des coordinateurs de l'aide et des soins	<ul style="list-style-type: none"> Répartis dans plusieurs organisations y compris les indépendants 	<ul style="list-style-type: none"> Au sein d'une organisation: CCSAD 	<ul style="list-style-type: none"> Répartis : CCSAD et plusieurs organisations y compris les indépendants 	<ul style="list-style-type: none"> Répartis dans plusieurs organisations, y compris indépendants (au sein du réseau de l'ASI)
Structure source des case managers	<ul style="list-style-type: none"> Répartis dans plusieurs organisations y compris les indépendants 	<ul style="list-style-type: none"> Au sein d'une organisation: organisations locorégionales de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Au sein d'une organisation : au niveau des bassins d'aide et de soins 	<ul style="list-style-type: none"> Répartis entre plusieurs organisations : DSL, Kaleido, PPV (au sein du réseau de l'ASI)

⁹ [26 AVRIL 2019 Décret relatif à l'organisation des soins de première ligne, des plateformes régionales de soins, et du soutien des prestataires de soins de première ligne](#)

Accord 6 : ancrage durable des bonnes pratiques existantes

Etant donné que les projets fédéraux en cours se terminent en 2024, il sera examiné, par type de projet, de quelle manière et quels éléments de bonnes pratiques qui contribuent aux ambitions de l'entité fédérée respectif peuvent être perpétués :

- Pour les partenariats soins intégrés, cela signifie que les actions entreprises pour réaliser les soins intégrés sur le terrain sont classées dans les missions de niveau méso (voir annexe 3).
- Pour les projets P3, cela signifie que :
 - Le case management fera partie de la mise en œuvre des accords 4 et 8;
 - Les actes/prestations relatifs à l'ergothérapie et au soutien psychologique continueront d'être prises en charge par l'assurance maladie, où les ergothérapeutes font partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire. Le rôle de l'ergothérapeute doit ici être clarifié. Pour l'organisation/la facilitation de ces mesures, le niveau méso sera pris en considération, conformément à la facilitation prévue pour les soins coordonnés en général (voir les missions du niveau méso à l'annexe 3).
- Les projets relevant de la convention pour les soins psychologiques de première ligne s'alignent sur le fonctionnement des réseaux de santé mentale. Dans une optique d'intégration horizontale, un rapprochement entre les (réseaux de) soins de santé mentale et les soins de première ligne est recherché dans la mesure du possible.

Accord 7 : digitalisation, y compris la gestion de la santé de la population dans le contexte de de l'aide et des soins intégrés

- Un lien clair entre l'aide et les soins intégrés et e-Santé, dans lequel le business TIC suit, est essentiel pour parvenir à la coopération, à la communication et au partage des données dans le contexte de l'aide et des soins intégrés. Cet alignement et cette coopération structurelle peuvent être assurés par la Plate-forme Inter-Administrative (voir l'accord 2). Dans ce domaine, un besoin particulier se fait sentir en:
 - Accords politiques dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD) pour parvenir à un partage rapide et précis des données entre l'autorité fédérale, les entités fédérées et d'autres organisations (par exemple, l'Agence intermutualiste).
 - Un cadre pour le développement d'un dossier électronique intégré et d'un support digital pour la communication et la collaboration afin de faciliter la collaboration interdisciplinaire entre les secteurs concernés (inclus dans le plan d'action pour e-Santé 2022-2024).
 - En complément :
 - L'autorité fédérale et les entités fédérées élaborent également une stratégie de gestion de la population qui tient compte des différentes perspectives possibles en la matière, y compris la collaboration. Le partage des données relatives à la santé (aux soins) entre les différentes autorités est essentiel à cet égard. Nous nous référons ici aux projets en cours suivants :
 - Le programme TSI (Technical Support Instrument) pour l'aide et les soins intégrés centrés sur la personne, lancé par la Commission européenne.
 - Les initiatives des entités fédérées telles que le ZorgAtlas 2.0 en Flandre, le tableau de bord en cours de développement par la COCOF à Bruxelles et les initiatives de qualité en cours de développement par la PAQS et le projet W.all.in.health, ainsi que le SWISS (système wallon d'informations socio-sanitaires) en Wallonie, une étude de faisabilité sur la mise en œuvre de soins intégrés durables axés sur la population en Communauté germanophone.
 - La mise en place d'une autorité des données de (soins de) santé (ADS) qui vise à améliorer la disponibilité des données de santé (soins) et à permettre leur accessibilité de manière fiable et simple.
 - Les initiatives existantes par entité fédérée (voir plus haut) peuvent être utilisées de manière optimale tout en respectant la gestion respective de ces projets.

Accord 8 : des formes de financement qui encouragent l'aide et les soins intégrés

L'autorité fédérale et les entités fédérées concluent les accords nécessaires pour faciliter les accords ci-dessus, y compris d'un point de vue financier. Les principes suivants sont pris en compte à cet égard :

Principes généraux

- **Méthodologie de financement** : les ressources sont déployées sur la base d'un cofinancement, c'est-à-dire d'une enveloppe commune avec une part des entités fédérées et une part de l'autorité fédérale. Cette enveloppe commune fournit des ressources en frais de personnel et de fonctionnement pour les professions de la santé et de l'aide couverts par les accords concrets présents. Cette enveloppe comprend le financement de :
 - **Partie 1 : "actes/prestations pour les soins coordonnés"** : cette partie comprend le cofinancement des soins coordonnés au niveau micro, tel que décrit dans l'accord 4, conformément à l'asymétrie convenue ici ; il est garanti que les ressources sont déployées là où le besoin individuel de soins et de l'aide est le plus grand. L'autorité fédérale et l'entité fédérée contribuent chacune à une partie de l'enveloppe, pour laquelle un autre accord bilatéral spécifie les composantes ou les acteurs pour lesquels ces ressources peuvent être utilisées.
 - **Partie 2 : "missions de niveau méso"** : cette partie comprend le cofinancement des missions de niveau méso (voir annexe 3), comme spécifié dans l'accord 5, conformément à l'asymétrie convenue ici pour faciliter de manière appropriée les actes/prestations des professionnels des soins et de l'aide dans le cadre des soins coordonnés (partie 1).
- **Suivi et adaptation** : Cette enveloppe commune de ressources est cogérée par les parties avec lesquelles un accord est conclu, c.-à-d. pour la Flandre, entre l'INAMI et l'autorité flamande ; pour la Wallonie, entre l'INAMI et l'AVIQ ; pour la Fédération Wallonie-Bruxelles entre l'INAMI et l'ONE ; pour Bruxelles, entre l'INAMI et les autorités compétentes ; pour la communauté germanophone, entre l'INAMI et Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Les organes de gouvernance interfédérale (cf. accord 2) sont chargés de suivre et, le cas échéant, d'adapter l'utilisation de cette enveloppe, de maintenir la vue d'ensemble sur le budget total et de discuter des changements éventuels.
- **Conditions d'utilisation des fonds fédéraux** : Une utilisation équilibrée des investissements fédéraux, en fonction de la taille et, si possible, des besoins de la population, entre les entités fédérées est assurée, même en cas d'accords asymétriques. La part des fonds fédéraux consacrée à l'aide et aux soins intégrés peut être débloquée dans les conditions suivantes :
 - Le niveau méso a suffisamment de poids organisationnel (cf. accord 5) pour soutenir et faciliter efficacement l'application de l'aide et des soins intégrés par les acteurs des soins et de l'aide au niveau micro, en déployant les initiatives prises au niveau macro (par exemple, l'utilisation d'un instrument digital). Nous renvoyons à l'accord 5 pour l'interprétation asymétrique de ce point.
 - Le niveau méso détermine, en coordination avec le niveau macro, le déploiement et le suivi des ressources disponibles pour mettre en œuvre l'aide et les soins intégrés au niveau micro.
 - Pour chaque entité fédérée, les fonds peuvent être alloués au niveau méso selon la clé de répartition/méthode de calcul applicable dans cette entité fédérée, en tenant compte des principes de l'universalisme proportionné.
 - Le niveau méso utilise les données pour s'engager dans la gestion de la santé de la population. Il collabore avec le niveau macro pour améliorer l'enregistrement des données afin que les bonnes données soient disponibles et que les tableaux de bord/bases de données puissent évoluer dans le temps pour identifier au mieux les besoins de la population et l'impact des actions entreprises.
 - Un système de rémunération approprié est appliqué, qui encourage le travail interdisciplinaire et est lié aux concepts d'aide et de soins intégrés.
 - Pour une mise à disposition efficace des ressources aux acteurs individuels, la forme de remboursement la plus efficace (forfait, montant fixe par épisode ou par acte/prestation, ...) est envisagée dans chaque cas.
- Le double financement (remboursement de la même activité plus d'une fois) n'est pas permis. L'attention est également portée sur le financement des parcours de soins fédéraux qui ne peuvent pas inclure des fonctions déjà remboursées par le biais des accords du présent PIF. Chaque autorité veille également à la

complémentarité des modèles de remboursement existants et nouveaux à la lumière du plan interfédéral. Un acteur du niveau méso est impliqué dans la responsabilité pour les dépenses des ressources ; la manière dont cette responsabilité est assumée est déterminée par des concertations bilatérales entre chaque entité fédérée et l'autorité fédérale. Nous nous référons également à toute interprétation asymétrique telle que spécifiée dans l'accord 5.

- **Concernant les aspects pratiques et techniques :**
 - Les modalités concrètes de facturation et de paiement peuvent être convenues bilatéralement par entité fédérée et partent du principe suivant :
 - Pour la partie 1 de l'enveloppe : un remboursement est accordé aux professionnels des soins et de l'aide par l'intermédiaire des mutualités, des caisses de soins ou de l'organisation responsable au niveau méso par situation coordonnée pour un bénéficiaire. En Flandre, par exemple, cela peut se faire par l'intermédiaire du VSB. En Wallonie, le dispositif de protection sociale peut être utilisé.
 - Pour la partie 2 de l'enveloppe : un budget est distribué au niveau méso par l'intermédiaire d'un organisme agréé, puis réparti en fonction des caractéristiques de la population des différentes zones géographiques (par exemple, sur la base de la clé de répartition choisie par l'entité fédérée).
 - Le financement par l'autorité fédérale se fera par le biais de conventions conclues entre l'INAMI d'une part et une partie par entité fédérée d'autre part (voir ci-dessus). En tout cas, un partage de données à convenir est prévu en vue d'un suivi transparent des conditions liées à l'allocation des ressources. Ce partage de données implique un échange de données au niveau individuel, à savoir les allocations aux prestataires de l'aide et de soins, la situation coordonnée d'un bénéficiaire et le partage de données agrégées fournissant une vue d'ensemble au niveau méso et au niveau des entités fédérées et l'autorité fédérale.
- **Concernant la mise en œuvre :**
 - La priorisation des groupes cibles et des objectifs concrets peut être déterminée de manière bilatérale entre l'autorité fédérale et chaque entité fédérée.
 - Chaque entité fédérée se concerta bilatéralement avec l'autorité fédérale sur la manière d'y parvenir.
 - La mise en place de terrains de test est l'une des options possibles ;
 - En outre, il est possible d'examiner dans quelle mesure les initiatives prises dans le cadre des partenariats soins intégrés peuvent être pérennisées de manière structurelle, cf. accord 6
 - Des adaptations sont possibles et même souhaitables. Ceci est également discuté au niveau de la gouvernance interfédérale Soins intégrés cf. accord 2.

Annexes

Annexe 1 : Profil de compétences de la coordination des soins et de l'aide¹⁰

La coordination des soins et de l'aide se fait souvent de manière **non rémunérée**. Il peut s'agir de la personne elle-même, d'un aidant proche ou d'un professionnel lorsqu'il effectue les tâches de coordination (qui font partie intégrante des obligations professionnelles). **La coordination des soins et de l'aide** rémunérée est nécessaire lorsque la personne ou son réseau informel ne peut ou ne souhaite pas assumer les tâches de coordination des soins et de l'aide, mais que cela est nécessaire pour assurer des soins de qualité. C'est également le cas lorsqu'une situation complexe se présente et qu'un plan de soins et d'accompagnement a été ou doit être élaboré et que des tâches de coordination supplémentaires doivent être incluses.

Tâches

- **Les missions à assumer (au moins) pour la coordination des soins et de l'aide** couvrent à la fois les tâches sociales et les tâches administratives¹¹. Les missions correspondent à :
 - Initier la mise en place et avoir une vue d'ensemble du plan de traitement/plan de soins et d'accompagnement. Le coordinateur des soins et de l'aide réunit l'équipe interdisciplinaire, coordonne avec les professionnels de soins et de l'aide, la personne elle-même et l'aidant proche, les soins et l'aide fournis en fonction des besoins et des objectifs de la personne et, si nécessaire, il ajoute des professionnels à l'équipe en fonction des besoins de la personne.
 - Suivre du plan de traitement/plan de soins et d'accompagnement. Cela signifie que le coordinateur des soins et de l'aide, en collaboration avec les professionnels de soins et de l'aide, la personne elle-même, l'utilisateur des soins et de l'aide et l'aidant proche, contrôle en permanence la qualité du plan et l'adapte aux besoins et aux objectifs de la personne. Cela peut se faire, par exemple, en utilisant des informations et des évaluations partagées entre les professionnels concernés et des personnes (par exemple, via la plateforme digitale multidisciplinaire ou via le BelRAI ou tout autre outil).
 - Être le point de contact pour la personne et son réseau informel et promouvoir l'empowerment et améliorer les compétences en matière de santé du patient, comme tout professionnel de l'équipe de soins. Le coordinateur des soins et de l'aide doit être mobile et disposé à se déplacer pour parler à la personne ou à son réseau informel. Par exemple, il offre à la personne des informations sur l'objectif et le fonctionnement du plan de traitement/plan de soins et d'accompagnement, afin que celui-ci (en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire) puisse prendre des décisions éclairées (en matière de soins et d'aide). Ce faisant, le coordinateur des soins et de l'aide fournit suffisamment d'informations pour que la personne puisse prendre des décisions (en matière de soins et de l'aide) avec un consentement ou un choix libre et éclairé.
 - Être le point de contact pour les professionnels de soins et de l'aide. Le coordinateur des soins et de l'aide soutient la coordination et de la communication entre les professionnels de soins et de l'aide impliqués et la personne elle-même et son réseau informel (voir ci-dessus). Le coordinateur d'aide et de soins s'assure également que l'équipe interdisciplinaire évalue s'il y a un besoin de prestataires d'aide ou de soins supplémentaires. De cette façon le coordinateur des soins et de l'aide est le pivot de l'intégration horizontale et verticale des soins autour de la personne.
 - Organiser, y compris le suivi pratique et administratif, de la concertation des professionnels impliqués dans l'aide et les soins, de la personne et de son réseau informel lorsque cela est jugé nécessaire (donc au moins à des moments cruciaux - voir également ci-dessus).
 - Accomplit toujours, dans la mesure du possible, ses tâches dans une perspective plus préventive. Il peut ainsi éviter que la situation de la personne ne se détériore à l'avenir (par

¹⁰ 'Gesundheitskoordination' dans la Communauté germanophone

¹¹ Il s'agit d'une mise à jour de ce qui a déjà été convenu dans le CIM 2019 (vision commune sur la coordination des soins et le case management).

exemple en évitant des besoins de soins supplémentaires ou l'entrée en institution d'hébergement) ou que la charge pesant sur l'aidant proche ne devienne trop lourde.

- Encourager la participation/collaboration (digitale) de l'équipe interdisciplinaire (par exemple en remplissant les outils digitaux de soutien tels qu'Alivia, BelRAI, ...) et facilite la communication, par exemple en fournissant du feedback aux prestataires de soins sur les résultats de la prise en charge.
- Etre conjointement responsable de la navigation dans le paysage digital. Ainsi, la personne est informée de l'utilisation des différents outils digitaux, de la manière dont les données sont partagées, des informations qu'elle peut trouver en ligne, de ses droits en la matière, etc.,

Rôle

- Dans le cadre des soins et de l'aide, on part du principe que la coordination des soins et de l'aide peut être assumée par une seule personne et est considérée comme un rôle, dans lequel les tâches susmentionnées sont exécutées en plus des tâches spécifiques de la fonction que cette personne assume déjà. Le coordinateur des soins et de l'aide fait intrinsèquement partie de l'équipe interdisciplinaire qui entoure la personne. En partant du profil de compétences générique pour la coordination des soins et de l'aide, quelques différences entre les entités fédérées peuvent être relevées. Pour plus d'informations sur ces différences, voir détails accord 4, tableau 1.
- Le rôle peut typiquement devenir pertinent dans des circonstances différentes ; lorsque la personne ou son entourage informel n'est plus en mesure de coordonner ses soins ; ou lorsque la situation est complexe en raison du grand nombre de prestataires de soins et d'aide impliqués, en raison d'une combinaison de problèmes (sociaux et/ou médicaux), ou en raison d'une succession de moments charnières.

Démarrage, durée et fin

- **Démarrage et poursuite des activités.** La coordination des soins et de l'aide rémunérée peut être mise en place et poursuivie à la demande de la personne, de son représentant (en signalant elle-même le besoin ou en faisant la demande à la personne par le professionnel concerné) ou à l'initiative des professionnels concernés (par le biais d'une évaluation professionnelle). Les lignes directrices suivantes sont prises en compte :
 - Le besoin de coordination des soins et de l'aide est identifié par un membre de l'équipe interdisciplinaire, y compris la personne et son réseau informel. Dans la mesure du possible, il peut être approuvé sur la base des résultats d'un outil d'évaluation approprié, combinés au jugement professionnel du professionnel qui se concentre sur les besoins de la personne. Un outil d'évaluation (par exemple BelRAI, Born in Belgium....) peut être utile ici, à condition que l'outil soit accessible aux professionnels des soins et de l'aide (quelle que soit la région dans laquelle ils opèrent), à la personne et à son réseau informel.
 - Pour que l'équipe et les citoyens soient conscients de la possibilité et de l'applicabilité de la coordination des soins et de l'aide, une sensibilisation réalisée par le niveau méso est nécessaire. Le coordinateur des soins et de l'aide applique les missions décrites ci-dessus, ce qui se traduit par l'utilisation/application d'un plan de soins et d'accompagnement basé sur les besoins de la personne.
 - Le coordinateur des soins et de l'aide initie et organise une concertation interdisciplinaire, à laquelle la personne et son entourage sont également associés, au moins à des moments charnières (p. ex. changement de cadre/secteur de soins) et en concertation avec la personne et/ou l'aidant proche, afin d'évaluer les besoins et de déterminer dans quelle mesure la coordination des soins et de l'aide doit être poursuivie, de manière rémunérée ou non rémunérée.
 - Le bénéficiaire ou son entourage (par exemple, l'aidant proche) doit donner son accord quant au professionnel désigné pour assurer la coordination des soins et de l'aide.
- **Durée et fin.** La durée de la coordination des soins et de l'aide rémunérée dépend de la situation ; elle se poursuit aussi longtemps que le besoin est estimé nécessaire. En principe, les critères de départ (et les outils d'évaluation possibles) s'appliquent à nouveau. À l'initiative du coordinateur des soins et de

l'aide, la durée sera évaluée avec l'équipe soignante. Il s'agira notamment d'évaluer si et quand la coordination des soins et de l'aide rémunérée n'est plus nécessaire, par exemple lorsque le besoin de soins a fortement diminué, voire disparu, ou lorsque la personne ou son environnement, par exemple l'aidant proche, prend le relais et que l'on passe à une coordination des soins et de l'aide non rémunérée.

Type de professionnels de l'aide et/ou des soins et compétences

- Dans le cadre de la coordination des soins et de l'aide rémunérée, le rôle est exercé par des professions existantes, qu'elles soient ou non incluses dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé. En d'autres termes, les professions existantes dans le secteur de l'aide sont également éligibles. En outre, le professionnel remplit les conditions suivantes :
 - A une relation thérapeutique ou une relation de soins avec la personne concernée qui permet un certain niveau de confiance.
 - A une formation en soins ou en aide, cf. plus large que les professions dans la loi coordonnée sur l'exercice de professions des soins de santé.
 - Doit posséder des compétences génériques, telles que la connaissance de la carte sociale pour la région dans laquelle il/elle opère, un travail basé sur le questionnement, sensible à la culture, ceux-ci devraient faire partie intégrante de la formation de base des travailleurs de l'aide et des soins.
 - Doit posséder des compétences en communication : écoute active et observation, communication claire et concise, être accessible aux individus (de sorte qu'il/elle soit accessible aux autres), adapter de manière appropriée la communication à différents groupes cibles (avec ou sans expérience en matière de soins et de l'aide), ...
 - Doit être familiarisé avec la coordination d'un processus : élaborer des plans et veiller à ce qu'ils soient respectés, motiver les personnes impliquées dans le processus à s'engager en faveur d'objectifs communs, identifier les facteurs de blocage, informer les personnes impliquées des accords et des changements,
 - Possède une connaissance suffisante des réseaux actifs dans le domaine des soins et de l'aide au sein de la communauté dans laquelle il/elle travaille.
 - Adhère aux principes du secret professionnel et du partage des responsabilités à cet égard ;
 - Doit être capable d'analyser et d'interpréter des données, par exemple dans le cadre d'un dossier patient informatisé (DPI), cela nécessite bien entendu que le coordinateur d'aide et de soins ait accès à ce dossier.

Annexe 2: Profil de compétences du case management

Tâches

- Pour les **missions de case management** :

- Le case manager sert de ligne d'assistance externe à l'équipe de soins et de point de contact à la fois pour la personne et son réseau informel et pour les membres de l'équipe interdisciplinaire :
 - Conseils pour s'orienter dans l'offre et le système de soins et de l'aide en fonction des besoins de la personne (soins ciblés et centrés sur la personne) et promouvoir l'empowerment et les compétences en santé de la personne ;
 - Améliorer la communication et la coopération au sein de l'équipe interdisciplinaire, en organisant ou non des concertations.
 - En outre, le case manager est également mobile et est prêt à se déplacer (si nécessaire et pertinent) pour tenir des conversations en présentiel avec la personne, le réseau informel, les professionnels....
- Pour jouer efficacement le rôle de ligne d'assistance et de point de contact, externe à l'équipe interdisciplinaire, le case manager peut être désigné très tôt dans le processus dans certains cas (par exemple, les cas assez complexes), par exemple pour initier la coordination des soins et de l'aide ou pour fournir un soutien supplémentaire dans les cas complexes, c'est-à-dire qu'il n'est pas appelé uniquement lorsque les choses vont mal.
- En ce qui concerne l'interaction avec la coordination des soins et de l'aide :
 - Un case manager et un coordinateur de soins et de l'aide peuvent s'occuper d'une personne en même temps
 - Le case manager peut aider (dans des cas assez complexes) l'équipe interdisciplinaire à mettre en place la coordination des soins et de l'aide.
 - En outre, le case manager cas peut initier la coordination des soins et de l'aide si elle n'est pas encore en place. Dans l'attente de la mise en place de la coordination des soins et de l'aide, le case manager assumera temporairement cette tâche. Une fois le coordinateur des soins et de l'aide nommé, le case manager lui transmettra les tâches et veillera à ce qu'elle démarre correctement. Toutefois, l'initiation par le case manager n'est pas une nécessité pour la coordination des soins et de l'aide.
- Le case management peut rétablir et stabiliser la situation des soins de la personne et la coordination des soins et de l'aide afin que le processus de soins puisse se poursuivre de manière qualitative.
- Le case manager joue un rôle de conseiller et de médiateur auprès de la personne et de son aidant proche. Il/elle est la personne de référence pour le bénéficiaire, son aidant-proche et les autres parties de l'équipe de soins. Il/elle est le facilitateur et le superviseur du processus en ce qui concerne l'équipe de soins et la situation de soins.
- Toutes les décisions sont prises en concertation avec le bénéficiaire, l'aidant proche et les autres membres de l'équipe de soins.
- Il/elle travaille toujours en étroite concertation avec les prestataires de soins de l'équipe de soins ainsi qu'avec la personne qui exerce ou a exercé récemment la coordination des soins et de l'aide auprès du bénéficiaire.
- Son intervention se fait de manière globale et intégrée. Il/elle ne limite jamais son intervention à quelques aspects spécifiques du suivi, prenant également en compte le volet préventif.
- Le case manager veille à ce qu'une évaluation globale de la situation soit établie, si cela n'a pas déjà été fait.
- Il/elle veille à ce que la fonction de coordination des soins et de l'aide soit exercée, si cette fonction n'est pas encore assumée et qu'elle apparaît pourtant nécessaire au bon déroulement du processus de soins.

- Il/elle veille (temporairement) à ce que le plan de soins soit élaboré et correctement mis en œuvre, si ce n'est pas encore le cas. Les activités parallèles/doubles sont évitées.
- A la fin de chaque période d'intervention, il/elle évalue les résultats obtenus avec les autres acteurs.
- En tant que case manager, il/elle ne peut pas faire partie de l'équipe de soins autour d'un bénéficiaire.
- Le case manager doit continuer à garantir son expérience dans le domaine des soins ou de l'aide et sa connaissance du terrain en participant à des réunions, des formations, etc.
- Dans tous les cas, il/elle agit de manière objective vis-à-vis de la personne habilitée, de son aidant proche et de ses proches (il/elle ne prend pas parti dans les éventuels désaccords et conflits...), vis-à-vis des prestataires de soins (il/elle n'exprime pas de préférence pour un type de soins plutôt qu'un autre...).

Fonction

- Dans le contexte des soins et de l'aide, le case manager est considéré comme une fonction externe à l'équipe de soins interdisciplinaire qui entoure la personne. Les tâches décrites précédemment sont exécutées par un case manager "générique" (qui n'est donc pas nécessairement lié à une situation ou à une pathologie particulière). En partant du profil de compétences générique pour le case management, quelques différences entre les entités fédérées peuvent être relevées.

Démarrage, durée et fin

- **Démarrage.** Le case management est destiné à être appliqué dans les circonstances suivantes :
 - Dans des situations instables ou complexes (il s'agirait plutôt d'une situation médicale, mais elle pourrait également être combinée à une situation où le bien-être ou les aspects sociaux sont plus importants, ou à une combinaison des deux. Ce dernier cas se produit lorsque des acteurs de première et deuxième ligne, ex. hospitalisation à domicile ou des soins spécialisés, ex. santé mentale interviennent en même temps).
 - En l'absence de représentation des personnes dans l'équipe interdisciplinaire.
 - En l'absence de coordination des soins et de l'aide, par exemple lorsque la coordination des soins et de l'aide n'a pas encore été mise en place et qu'une assistance est nécessaire à cet effet.
 - Lorsque la coordination des soins et de l'aide a échoué, ce qui entraîne un échec des processus de soins et de l'aide pour la personne en question et il y a un besoin d'amélioration.
 - Lorsqu'un professionnel détermine que la personne se met en danger en refusant les soins ; pour soutenir la coordination des soins et de l'aide.
 - À la suite d'une demande d'aide émanant de la personne elle-même.

Le case management peut être lancé sans l'utilisation d'un instrument d'évaluation. Cette évaluation peut être effectuée par un membre de l'équipe de soins, un professionnel, la personne elle-même ou quelqu'un de son entourage informel. Toutefois, il est possible que le démarrage soit soutenu par les résultats d'un instrument d'évaluation à convenir.

Le case management ne peut être initié que lorsque quelqu'un "tire la sonnette d'alarme" auprès d'un point de contact central, après quoi un acteur de niveau méso peut évaluer si le casemanagement est appropriée et désigner un casemanager.

Pour que les acteurs soient conscients de l'existence de ce système (casemanagement et point de contact central) et qu'ils en fassent usage, il faudra que le niveau méso puisse les sensibiliser.

- **Durée et fin.** Les interventions de case management sont limitées dans le temps en fonction de la complexité de la situation. Le case management sera aussi court que possible, mais aussi long que

nécessaire. Cette durée est déterminée par l'évaluation de l'équipe interdisciplinaire (y compris la personne et son réseau informel) en collaboration avec le gestionnaire de cas. Le case management peut être utilisé plusieurs fois dans le processus de soins, si nécessaire. Le case manager travaille au maximum à l'autonomisation de la personne et de l'équipe de soins, de manière à préserver la temporalité.

Type de professionnel de l'aide et/ou des soins et compétences

- La fonction de case manager est incluse dans les professions existantes, qu'elles soient ou non reprises dans la loi coordonnée relative à l'exercice des professions de santé du 10 mai 2015. En outre, la personne doit répondre aux exigences suivantes :
 - Ne fait pas partie de l'équipe interdisciplinaire (cf. fonction externe).
 - A une formation dans le domaine des soins ou de l'aide, cf. plus large que les professions incluses dans la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé.
 - Le case manager doit avoir l'expérience et les connaissances nécessaires pour naviguer dans le paysage des soins et de l'aide, éventuellement lié à une pathologie particulière. Pour savoir qui est responsable de la formation des case managers et de la tenue d'une base de données centrale sur les personnes ayant reçu une formation, veuillez-vous référer à la section "Organisation de la capacité, de la gestion et de l'évaluation".
 - Doit posséder des compétences génériques, telles que la connaissance de la carte sociale, un travail basé sur le questionnement, sensible à la culture, des capacités pour la médiation des conflits..., celles-ci devraient faire partie intégrante de la formation de base du personnel des soins et de l'aide.

Annexe 3 : Les missions de l'unité au niveau méso

La structure du réseau au niveau méso sera chargée des activités liées aux 10 missions jugées nécessaires pour l'organisation de l'aide et des soins intégrés (ou la gestion de l'intégration) conformément au pilotage au niveau macro. Ces missions ont été déterminées sur la base des contributions des parties prenantes et de cadres théoriques tels que la norme HSO "Integrated People-Centred Health Systems" (systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes) et sont importantes aux trois niveaux (micro, méso et macro) pour réaliser l'aide et les soins intégrés. Ce chapitre se concentre sur la mise en œuvre possible de ces missions au niveau méso, où il est de la compétence des entités fédérées de déterminer comment le niveau méso peut mettre en œuvre concrètement ces 10 missions. Cela tient compte des acteurs qui assumeront ces missions, des missions existantes, de la priorisation mutuelle et de la nature spécifique des programmes à savoir :

1. Gestion de la santé de la population :
Il s'agit du processus d'évaluation et d'amélioration de la santé générale et du bien-être d'un groupe de personnes géographiquement défini par des actions ciblées basées sur les besoins détectés.
2. Aligner l'offre sur les besoins de la population, y compris la gestion proactive de la capacité de soins :
Initier des programmes qui peuvent aider à faire correspondre l'offre de soins et de l'aide disponible à la demande, ainsi qu'à gérer de manière proactive la capacité au sein des soins et de l'aide.
3. Développer une politique de promotion et de prévention de la santé :
Mettre sur pied, soutenir et coordonner des activités de promotion de la santé et de prévention en vue 1) d'améliorer ou de maintenir la santé et le bien-être de la population en général ; 2) pour soutenir les objectifs de santé établis et 3) pour effectuer la transition des soins réactifs aux soins proactifs et à la détection précoce.
Il est important de souligner que cette affectation particulière peut être asymétrique d'une entité fédérée à l'autre et qu'elle peut ne pas être incluse partout.
4. Développer les compétences de base de l'ASI :
Mettre en place et déployer des initiatives et des actions pour fournir aux professionnels les connaissances et les compétences nécessaires en matière d'aide et de soins intégrés : réflexion et travail axés sur les objectifs, holistiques et interdisciplinaires.
5. Autonomisation ou Empowerment de la personne, soutien de l'aidant proche et du réseau informel :
Actions et initiatives qui contribuent à l'évolution d'un rôle passif vers un rôle plus actif de la personne et de son aidant proche ou d'autres personnes du réseau informel en tant que partenaires dans le processus de l'aide et de soins.
6. Stimuler / réaliser la continuité des soins :
En encourageant et/ou en réalisant la continuité au sein et entre les disciplines d'aide et des soins (en travers des lignes et des pathologies), tout en se concentrant principalement sur les actions liées à la stimulation, à la facilitation et à la coordination des collaborations interdisciplinaires, où les concepts de coordination des soins et de l'aide, de case management, de parcours de soins et autres sont également présents.
7. Faciliter le support digital :
Faciliter l'utilisation d'outils digitaux permettant la collaboration et le partage de données entre la personne et son réseau informel et les différents acteurs de l'aide et de soin impliqués. De plus, promouvoir et faciliter l'utilisation secondaire des données (sur les soins) de santé à son niveau.
8. Pour les programmes communs convenus, déterminer le déploiement et suivi des ressources pour la fourniture d'aide et de soins, toujours basée sur les besoins de la population (cf. Mission 1) :
Dialogue conjoint sur l'ensemble du financement, de la budgétisation, de la gestion et du paiement/répartition des budgets sociaux et de soins dans une optique d'aide et de soins qualitatifs (5 AIM) et intégrés.

9. Gestion du changement :

La réalisation des missions précédemment décrites afin que les partenaires impliqués, souvent des professionnels de l'aide et des soins, adoptent durablement les changements proposés quant à leur rôle/missions, tâches et comportements.

10. Gestion de l'innovation :

Organiser, surveiller et mettre en œuvre activement des activités, des partenariats, des processus et des politiques qui conduisent à la création d'une nouvelle valeur (ajoutée) substantielle dans le contexte de l'aide et des soins intégrés.