

Aanhangsel nr. 3 van 11 maart 2008 bij het Protocolakkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005 tussen de Federale Overheid en de Overheden bedoeld in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid, inzake de alternatieve en ondersteunende zorgvormen(B.S.6.VIII.2008).

Gelet op het protocolakkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005 tussen de Federale Overheid en de Overheden bedoeld in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid;

Gelet op het feit dat het protocolakkoord nr. 3 expliciet de uitbouw van alternatieve en ondersteunende zorgvormenvermeld; inzonderheid op punt 10 van hoofdstuk 3
Aanwending van de federale investering die overeenkomt met een reconversie van 28 000 ROB in RVT bedden.

Wordt overeengekomen wat volgt :

1. Inleiding.
2. Doelstelling en omschrijving van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen zoals geformuleerd vanuit het derde protocolakkoord.
 - Model 1 : diversificatie van het bestaande residentiële aanbod via nieuwe thuiszorgondersteunende modules.
 - Model 2 : diversificatie van het bestaande residentiële aanbod via nieuwe zorgfuncties en zorgactiviteiten. en zorgondersteunende activiteiten in de thuissituatie met inbegrip van de serviceflats.
 - Model 3 : diversificatie van het aanbod via nieuwe thuiszorgondersteunende modules en/of nieuwe zorgfuncties en zorgactiviteiten maar in samenwerking met andere partners.
 - Model 4 : een zorgaanbod en zorgondersteunend aanbod in samenwerking met andere partners garanderen aan de gebruikers van nieuwe alternatieve woonvormen tussen de thuissituatie en het rustoord.
3. Het budget dat voorzien is voor alternatieve en ondersteunende zorgvormen.
4. Definiëring van de criteria voor alternatieve en ondersteunende zorgvormen.
 - A) Beschrijving van de doelgroep
 - B) Beschrijving van de doelstelling van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm en van de te verwachten resultaten.
 - C) Beschrijving van de deelnemers van het project en de samenwerking
 - D) Beschrijving van het werkingsgebied
 - E) Financiering
 - F) Voorkeursoriëntaties en mogelijke aanvullende criteria eigen aan de Gemeenschappen en Gewesten
5. Voorstel procedure.

1. Inleiding.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 13 juni 2005 werd voor de derde keer een protocolakkoord afgesloten tussen de Federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten in het kader van het te voeren ouderenzorgbeleid. Het eerste protocolakkoord (1/1/1998 - 1/1/2002) betrof voornamelijk de reconversie van 25.000 rusthuisbedden (ROB) naar bedden in het rust- en verzorgingstehuis (RVT). In het aanhangsel nummer 2 van het eerste protocolakkoord werd ook een programmatieruimte en financiering voorzien voor centra dagverzorging vanaf 1/1/2000. In het tweede protocolakkoord (2003) werd naast de reconversie van ROB naar RVT, de mogelijkheid geboden aan de Gemeenschappen en Gewesten om vrijblijvend middelen te investeren in alternatieve opvangmogelijkheden ter ondersteuning van de thuiszorg. Dit werd verder gedefinieerd in het aanhangsel nummer 1 van dit tweede protocolakkoord. In protocol 3 (1/10/2005 - 1/10/2010) wordt de uitbouw van alternatieve en ondersteunende zorgvormen verder gestimuleerd. In samenspraak met de Federale Overheid moeten de Gemeenschappen en Gewesten over de periode van het derde protocolakkoord 20 % van de beschikbare middelen inzetten voor de creatie van alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

Naar analogie met de therapeutische projecten in de geestelijke gezondheidszorg, heeft de overheid ervoor geopteerd om alternatieve en ondersteunende zorgvormen te laten formuleren vanuit het werkveld veeleer dan deze vanuit de overheid op te leggen. Zorgvernieuwing krijgt immers een groter draagvlak wanneer dit in een verkennend stadium wordt geformuleerd vanuit een bottom-up benadering. Het is echter wel belangrijk dat het beleid naar het werkveld toe een aantal richtlijnen, criteria formuleert waaraan deze alternatieve en ondersteunende zorgvormen moeten voldoen. Het is ook voor diezelfde initiatiefnemer belangrijk dat, na het experimenteel stadium, de alternatieve en ondersteunende zorgvormen worden geïntegreerd in het regulier kader van de respectievelijke bevoegde overheden.

Vandaar dat het goed is om te vermelden dat deze zorgvormen worden gedragen door zowel de Federale Overheid als de Gemeenschappen en Gewesten. Naast de criteria die vanuit de Federale Overheid belangrijk worden geacht in het kader van het te voeren beleid inzake ouderenzorg, kan iedere Gemeenschap en Gewest specifieke, aanvullende criteria vooropstellen. Zoals reeds eerder vermeld, is het immers de bedoeling om deze alternatieve en ondersteunende zorgvormen na de al dan niet experimentele fase, te integreren in het regulier kader. Bij de voordracht van mogelijke alternatieve en ondersteunende zorgvormen zal, op voorhand, moeten nagedacht worden over de wijze waarop de verschillende overheden deze zorgvormen in hun beleidsplannen gaan inbouwen.

Bovendien dient ook vermeld te worden dat voor sommige alternatieve en ondersteunende zorgvormen waar de financiering zal worden voorzien via een conventietechniek, het Verzekeringscomité van het RIZIV zal nagaan in welke mate de ingediende voorstellen passen in het kader van de ziekteverzekering. Vandaar dat het aangewezen is om een gemengde werkgroep van de Interministeriële Conferentie Ouderenzorgbeleid en de leden voorgedragen door het Verzekeringscomité van het RIZIV op te richten. Deze nota kan dan als basisnota dienen voor verdere discussie binnen deze werkgroep. Punt 5 waar het voorstel van procedure aan bod komt zal hierop terugkomen. Deze nota is een vervolg op de nota « Zorgvernieuwingsprojecten tweede en derde protocolakkoord : een verkennend kader », en heeft als doelstelling om te komen tot een verdere verfijning van de criteria aan de welke alternatieve en ondersteunende zorgvormen moeten voldoen om vervolgens in aanmerking te kunnen komen voor financiering via de middelen van het derde protocolakkoord.

Vooraleer nader in te gaan op deze criteria wordt nog eventjes stil gestaan bij de uitgangspunten, de omschrijving en het voorziene budget van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen in het kader van het derde protocolakkoord.

2. Doelstelling en omschrijving van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen zoals geformuleerd vanuit het derde protocolakkoord.

Via het derde protocolakkoord werken de Federale Overheid en de Gemeenschappen en Gewesten samen in het licht van de vergrijzing van de bevolking en de toename van de zorgbehoeften voor langdurige en complexe zorg.

De vergrijzing daagt de overheden immers uit wat betreft bijvoorbeeld de betaalbaarheid van de pensioenen maar daagt haar uit ook in haar verzorgingsfunctie. Uit de doelstellingen die in het derde protocolakkoord worden vermeld, komen vier grote gemeenschappelijke lijnen terug die mede het uitgangspunt vormen voor de ontwikkeling en stimulering van alternatieve en ondersteunende zorgvormen :

- Stimuleren en ontwikkelen van de thuiszorg : wij streven ernaar, zoals ook in andere sectoren het geval is, de ouderenzorg te organiseren in een omgeving dat zo nauw mogelijk aansluit bij de vertrouwde leefomgeving van de zorgvrager. Dit wordt onder meer ondersteund via enerzijds de reconversie van ROB naar RVT, waarbij de prioriteit binnen de residentiële zorg wordt gelegd op de meest zorgbehoevende en via anderzijds de uitbouw van thuiszorgdiensten, thuisverpleging en transmurale voorzieningen.

- Ondersteuning van de mantelzorg : vanuit het idee dat thuiszorg enkel haalbaar is met de informele zorg van de partner, kinderen, andere familieleden of vrienden en dat ook omgekeerd de informele zorg slechts mogelijk is in aanwezigheid van formele zorg, maakt dat formele en informele zorg elkaar aanvullen. De mantelzorg als belangrijke zorgpartner, dient verder ondersteund te worden door een waaier van diensten met inbegrip van thuiszorgondersteunende voorzieningen.

Het voorzien van alternatieve opvangmogelijkheden betreffen echter niet alleen het stimuleren van de centra voor dagverzorging en kort verblijf maar ook aan formules van samenwerking met de thuiszorg en de residentiële zorg. Al die aspecten zijn onder de term alternatieve en ondersteunende zorgvormen samengevat.

- Een toegankelijke en betaalbare formele zorg : de verdere ontwikkeling van de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en de thuisvervangende voorzieningen moeten het zorgaanbod en de financiering op lange termijn via de sociale zekerheid en andere vormen van publieke financiering in de hand houden. Een groter gedifferentieerd aanbod laat ook toe dat elke zorgvraag een gepast antwoord krijgt : « zorg op maat van de oudere ».

Naast de financiële toegankelijkheid is ook de geografische toegankelijkheid heel belangrijk. De alternatieve en ondersteunende zorgvormen moeten immers toepasbaar zijn voor het ganse land en zich niet beperken tot een bepaalde regio. Vandaar dat in de omschrijving van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen steeds sprake is van « geprogrammeerde niet definitieve residentiële zorg en geprogrammeerde niet residentiële thuiszorgondersteunende zorg. »

Het is echter duidelijk dat de financiering die voor de alternatieve en ondersteunende zorgvormen voorzien wordt, op geen enkele wijze mag dienen om de eventuele onderfinanciering van andere structuren op te vangen.

- Een goede coördinatie van het zorgaanbod, een geïntegreerd zorgaanbod : zorgsituaties bij langdurig zorgbehoevende ouderen zijn dikwijls complex en vereisen de tussenkomst van verschillende zorgvormen en zorgaanbieders. Bovendien veranderen de zorgbehoeften van de ouderen doorheen de tijd. Hierdoor ontstaat de noodzaak om de verschillende aspecten van zorg te coördineren. Dit veronderstelt een multidisciplinaire en transsectorale samenwerking en een goede informatie-uitwisseling en overleg. In dit kader wordt gedacht aan de geriatrie liaisonfunctie, ontslagmanager in de ziekenhuizen, een uniform evaluatie-instrument, de coördinatiecentra, de SIT's en de GDT's.

De criteria voor alternatieve en ondersteunende zorgvormen die verderop in het aanhangsel zullen omschreven worden zijn geïnspireerd op deze vier grote beleidslijnen.

Maar wat zijn nu deze alternatieve en ondersteunende zorgvormen? Vanuit de definitie in het protocolakkoord kunnen we vier modellen omschrijven.

« Onder alternatieve en ondersteunende zorgvormen wordt verstaan : alle zorgvormen of ondersteunende zorgvormen van geprogrammeerde, niet definitieve residentiële zorg of van geprogrammeerde niet residentiële thuiszorgondersteunende zorg.

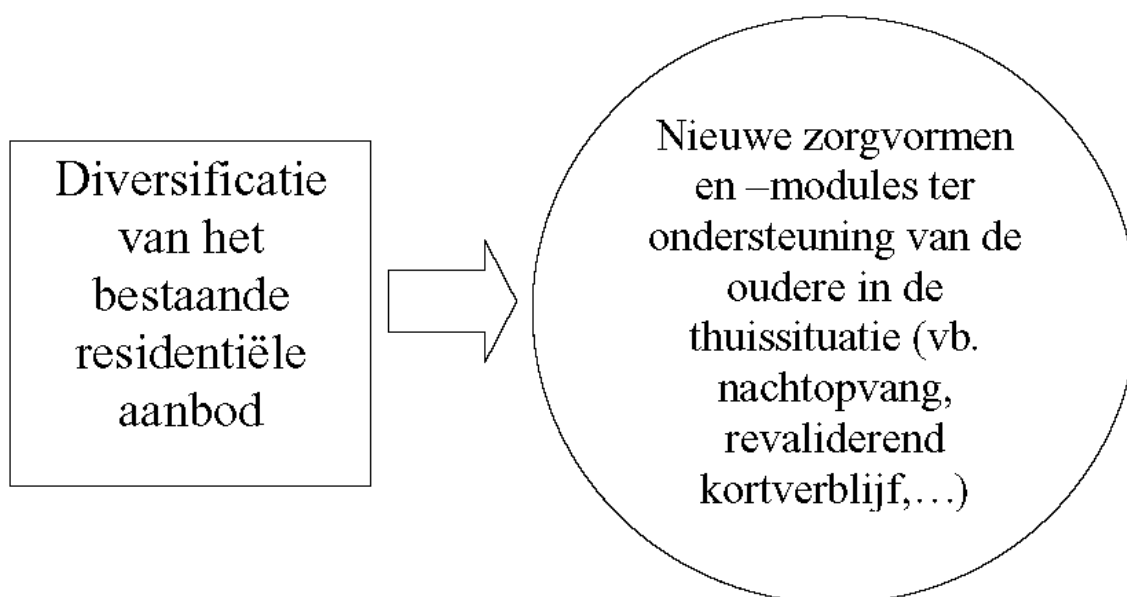
In het eerste geval gaat het om reeds bestaande en nieuw ontwikkelde vormen : dagverzorgingscentra, kortverblijf, nachtopvang, enz. In het tweede geval gaat het om zelf- en mantelzorgondersteunende zorg die niet is opgenomen in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen en die wordt verstrekt door erkende diensten voor thuisverpleging, geïntegreerde diensten voor thuisverzorging of samenwerkingsverbanden tussen één of meer van deze voorzieningen met residentiële voorzieningen of met diensten voor thuishulp. »

Als men spreekt over alternatieve en ondersteunende zorgvormen dan gaat het hier over de creatie van een aanbod voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie via onder meer :

- nieuwe zorgvormen en/of vernieuwing in bestaande zorgvormen (model 1) en/of
- nieuwe zorgfuncties en zorgactiviteiten (model 2) en/of
- de ontwikkeling van een liaisonfunctie in samenwerking met andere partners in de zorg (model 3) en/of
- het aanbieden van een zorggarantie in samenwerking met andere partners aan de inwoners van nieuwe woonvormen tussen de thuissituatie en het rustoord (model 4).

Als men dus spreekt over alternatieve en ondersteunende zorgvormen dan gaat het dus zeker niet over een opwaardering van het bestaande thuisvervangende en thuiszorgondersteunende aanbod. Voorbeeld een verhoging van de RVT-normen, de normen in het centrum voor dagverzorging en kortverblijf. Het gaat ook niet om een herfinanciering van de thuiszorgsector.

Model 1 : diversificatie van het bestaande residentiële aanbod via nieuwe thuiszorgondersteunende modules.



In het eerste model worden met andere woorden nieuwe structuren gecreëerd in de ondersteuning van de oudere in de thuissituatie waarvoor op termijn specifieke programmatie-, erkennings- en financieringsnormen worden opgesteld.

Voorbeelden zijn :

kortverblijf (o.m. revaliderend)

crisisopvang

centra voor dagverzorging

nachtopvang

...

Tijdens de interkabinettenwerkgroep ouderenzorgbeleid werd onder meer de discussie gevoerd of de creatie van bijvoorbeeld kortverblijf al dan niet in aanmerking komt als alternatieve en ondersteunende zorgvorm. Het antwoord hierop is positief. Maar de centra voor dagverzorging en kortverblijf, die door de middelen van de vorige protocollen opgericht werden, kunnen niet in aanmerking komen voor de invulling van de verplichtingen van het derde protocol betreffende de alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

Concreet, komen niet in aanmerking :

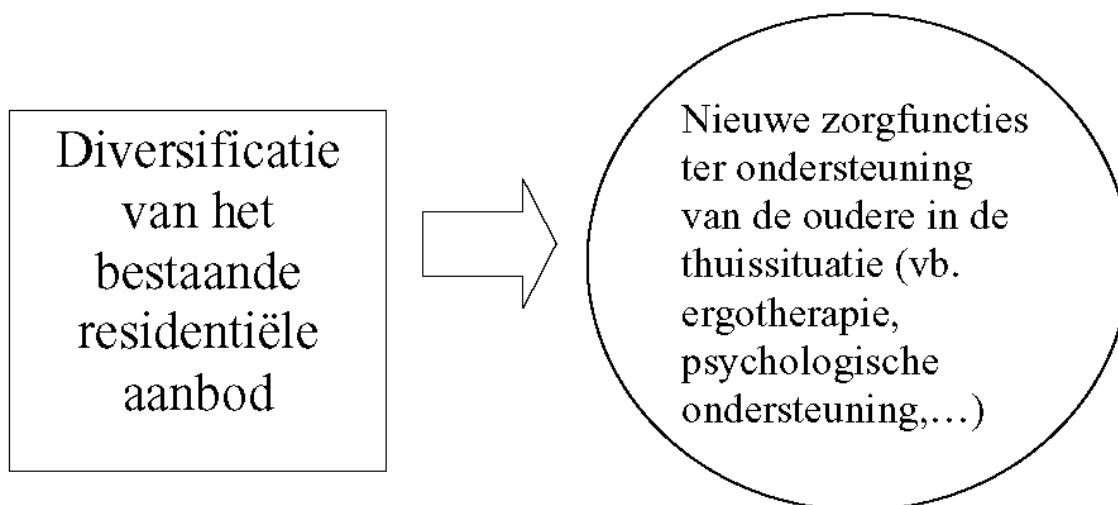
- de bedden kortverblijf die in de Vlaamse Gemeenschap en in de Duitstalige Gemeenschap erkend worden zijn gekoppeld aan een rusthuiserkenning en zitten tot op vandaag dus vervat in de middelen van het moratorium op de rusthuisbedden;
- de bedden kortverblijf die Wallonië (530 bedden tegen 2009) wenst te realiseren via de midden van het tweede protocolakkoord.

Sinds 1 januari 2000 wordt voor de erkende dagverzorgingscentra een forfait voorzien voor de zorgbehoevende ouderen met een B, C of Cd-profiel volgens de Katz-schaal.

In het aanhangsel n° 2 van het eerste protocolakkoord werden specifieke bepalingen opgenomen inzake de dagverzorgingscentra. De federale programmatie voorziet in een maximum van 1,5 plaats per duizend inwoners van 60 jaar of ouder te verwezenlijken over een periode van 5 jaar.

Deze programmatie wordt nog niet ten volle verwezenlijkt. Het heeft tot gevolg dat de plaatsen die binnen de grenzen van de programmatie worden geopend worden, niet in aanmerking komen voor de invulling van de 20 % alternatieve zorgvormen.

Model 2 : diversificatie van het bestaande residentiële aanbod via nieuwe zorgfuncties en zorgactiviteiten. en zorgondersteunende activiteiten in de thuissituatie met inbegrip van de serviceflats.



In dit model worden met andere woorden geen nieuwe structuren gecreëerd maar zal op termijn een organieke financiering door het RIZIV moeten krijgen.

Voorbeelden zijn :

ergo aan huis

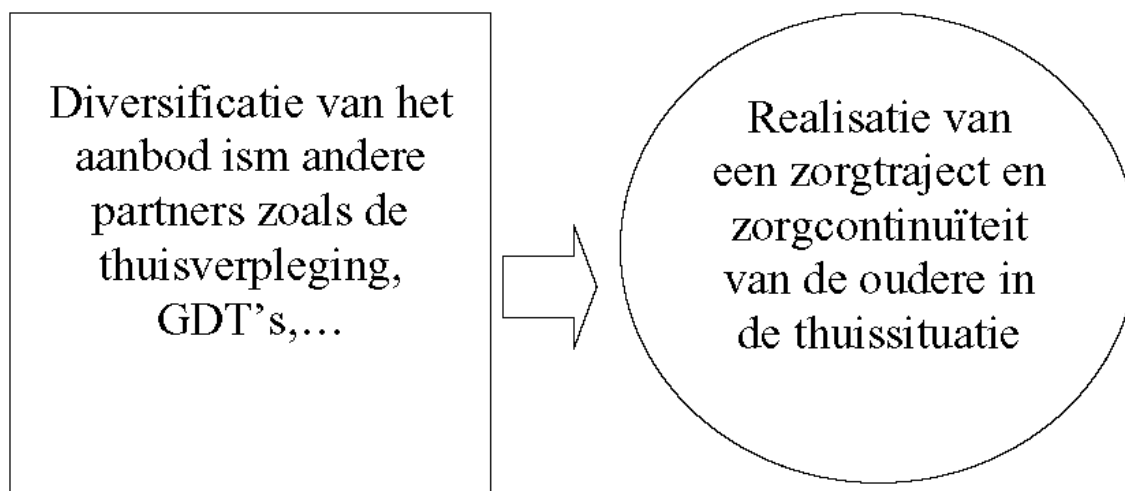
psychologische functie

verpleegkundige en verzorgende competenties (in complementariteit en continuïteit met de thuisverpleging)

organisatie van de verpleegkundige en paramedische zorgen en kinesithérapie in de serviceflats gevestigd op dezelfde site als een ROB of een RVT

...

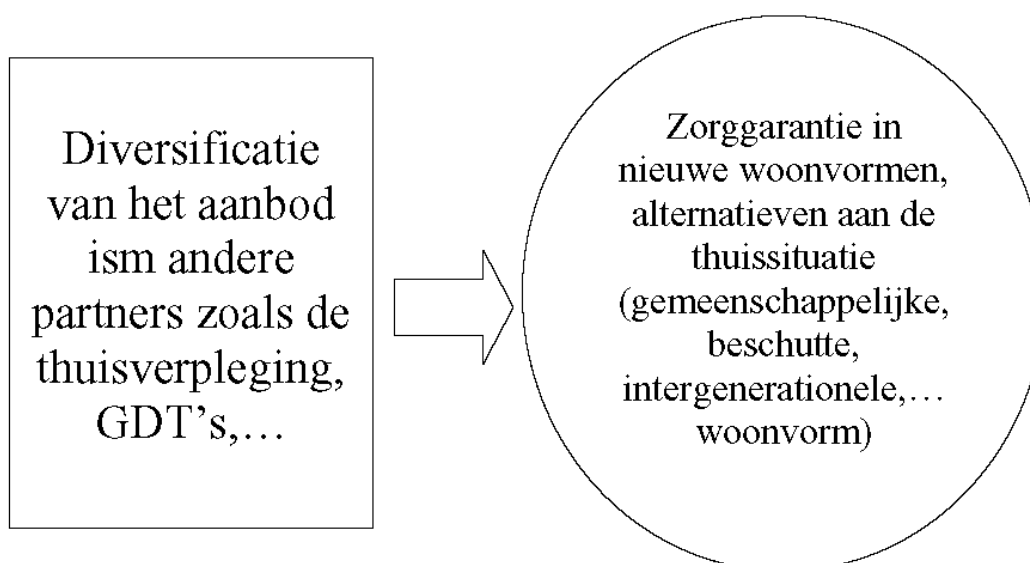
Model 3 : diversificatie van het aanbod via nieuwe thuiszorgondersteunende modules en/of nieuwe zorgfuncties en zorgactiviteiten maar in samenwerking met andere partners.



Dit derde model is meest complexe en ook meest uitdagende. De meerwaarde tov de 2 voorafgaande modellen bestaat in de samenwerking die wordt gestimuleerd met verschillende partners opdat een zorgtraject en vooral een zorgcontinuïteit kan worden gerealiseerd voor de oudere in de thuissituatie. Via samenwerking ontstaat er een aanbod dat veel groter is dan de optelling van het aanbod van de verschillende partners afzonderlijk. De organisatie, coördinatie en financiering van het overleg, de zorgevaluatie, de geplande zorg en de opvolging ervan doorheen het volledige zorgtraject moet duidelijk omschreven worden en is een noodzakelijke voorwaarde in het derde model.

Gezien de verscheidenheid van de partners die in een dergelijk project een rol kunnen spelen en het belang van de coördinatie en de financiering ervan, is het aangewezen om bij aanvang te werken met een conventietechniek. Via het artikel 56 van het koninklijk besluit van 14 juli 1994 houdende coördinatie van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen sluit het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten af voor onderzoek en vergelijkende studie van bepaalde modellen van verstrekking en financiering van geneeskundige verzorging (artikel 56, § 1) of sluit overeenkomsten af die in de tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn met een specifiek doel (artikel 56, § 2).

Model 4 : een zorgaanbod en zorgondersteunend aanbod in samenwerking met andere partners garanderen aan de gebruikers van nieuwe alternatieve woonvormen tussen de thuissituatie en het rustoord.



In dit model gaat het om het garanderen van een zorgaanbod en zorgondersteunend aanbod in samenwerking tussen diverse partners aan de gebruikers van nieuwe en alternatieve woonvormen die zich situeren tussen de thuissituatie en het rustoord, zoals gemeenschappelijke of beschutte of intergenerationele of netwerkgenererende woonvormen.

Het gaat wel degelijk om nieuwe woonvormen en niet om alternatieve vormen van rustoord of serviceflats. Het kan hierbij gaan over woonvormen die zich tussen het louter zelfstandig thuis wonen en de residentiële zorg bevinden, waar dus zowel aspecten van het individueel als van het collectief wonen aanwezig zijn.

Deze nieuwe woonvormen zouden, onder meer, bestemd zijn voor ouderen met een gering of onbestaand sociaal netwerk of die zich thuis onveilig of eenzaam voelen... en die, vandaag, bij gebrek aan een alternatief, een opname in een rustoord vragen.

Dergelijke woonvormen onderscheiden zich van het klassieke residentiële zorgaanbod

- door de organisatie van het dagelijkse beheer, enerzijds;
- en door de organisatie van het zorgaanbod, anderzijds.

De bewoners zelf bepalen, in interactie met de medebewoners en desgevallend de initiatiefnemer, het reilen en zeilen in de dagelijkse werking van deze woonvormen. De eventuele inzet van eigen personeel beperkt zich, voor wat de zorg betreft, tot het toedienen van zorg in noodsituaties of het aanbieden van overbruggingszorg tot wanneer andere zorgaanbieders de zorg kunnen overnemen.

Er is dus geen eigen zorgequipe aan deze woonvorm verbonden (zoals dit het geval is in het rustoord of RVT) maar de zorg wordt georganiseerd via een samenwerking tussen verschillende lokale partners (vanuit de residentiële zorg of thuiszorg). Deze woonvormen moeten, naast het faciliteren en stimuleren van sociale netwerkvorming aan hun inwoners ook de mogelijkheid garanderen om op het juiste moment te kunnen genieten van een aangepast zorgaanbod; de concrete organisatie van deze zorgcoördinatie en zorgcontinuïteit en de uitwerking van het zorgtraject moeten in het project bepaald worden.

Dankzij deze garantie op een zorgcontinuïteit, en gesteund door het aanwezige netwerk, kunnen zwaarder zorgbehoevende ouderen langer in deze alternatieve vormen blijven wonen.

3. Het budget dat voorzien is voor alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

Van de 8 511 RVT-equivalenten dienen er afgerond 1 654 RVT-equivalenten, vermeerderd met de 241 extra inspanningen van Brussel (totaal 1 895), ingevuld te worden voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

RVT-equivalenten zorgvernieuwing	1/10/2005	1/10/2006	1/10/2007	1/10/2008	1/10/2009	1/10/2010	Totaal
Vlaamse Gemeenschap	90,2	108,6	133	141,2	223	328,6	1024,6
Waals Gewest	49,4	59,6	72,8	77,4	122,4	180,2	561,8
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	4,75	5,72	7	7,44	11,75	17,31	53,97
Duitstalige Gemeenschap	1,2	1,4	1,8	1,8	3	4,4	13,6
<i>Totaal</i>	145,55	175,32	214,6	227,84	360,15	530,51	1653,97

Een omrekening van het aantal RVT-equivalenten naar euros geeft een budget van meer dan 40,3 mio euro dat voornamelijk de laatste drie jaar van het protocolakkoord zal worden besteed aan alternatieve en ondersteunende zorgvormen. Er werd immers in de interkabinettenwerkgroep beslist om de mogelijkheid te voorzien dat de middelen voor de eerste drie jaar van het derde protocolakkoord besteed kunnen worden aan RVT-reconversie. Dit betekent wel dat tegen ten laatste 1 oktober 2008 men klaar moet zijn met het juridische kader opdat de alternatieve en ondersteunende zorgvormen van start kunnen gaan.

Budget alternatieve zorgvormen	Totaal	
Vlaamse Gemeenschap	21.817.934,86	
Waals Gewest	11.963.025,38	
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	1.149.242,58	5.131.878,10
Duitstalige Gemeenschap	289.599,76	
<i>Totaal</i>	35.219.802,58	40.351.680,68

Binnen de 1.895 RVT-equivalenten zijn er wel 228 RVT-equivalenten bestemd voor de creatie van arbeidsplaatsen bij de diensten voor thuisverpleging. Deze middelen kunnen in het derde of in het vierde model, waarbij de klemtoon ligt in de samenwerking tussen verschillende partners, worden ingebracht.

4. Definiëring van de criteria voor alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

A) Beschrijving van de doelgroep

De alternatieve en ondersteunende zorgvormen zullen een duidelijke omschrijving van de doelgroep moeten geven. Het gaat in de eerste plaats om kwetsbare ouderen die niet in rustoorden verblijven.

Hun zorgsituatie heeft meestal een risico van complex karakter en/of is van lange duur. Omwille van het mogelijk complexe karakter van de situatie, moet een coördineerde samenwerking tussen verschillende partners/verschillende zorgaanbieders en/of ondersteunende zorgvormen voorzien worden om de zorgcontinuüm te waarborgen. Het is ook mogelijk om met thuiszorgondersteunende initiatieven rekening te houden voor nieuwe doelgroepen zoals doven, blinden, personen met een handicap, personen met een GGZ-probleem,... voor zover dit aansluit op de basiscompetentie van het rusthuis, met name het aanbieden van complexe en/of langdurige zorg. Voorbeeld : dagverzorgingscentrum voor ouderen met een mentale handicap.

Bij wijze van uitzondering en gezien de ontwikkelingen binnen de longtermcare, kunnen alternatieve en ondersteunende (niet residentiële) zorgvormen voorgesteld waarbij ook jongere mensen nood hebben aan complexe en langdurige zorg. Maar, in dit kader is een bijkomende financiering absoluut noodzakelijk.

Centra voor dagverzorging voor PVS- en MRS-patiënten kunnen een voorbeeld daarvan zijn.

B) Beschrijving van de doelstelling van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm en van de te verwachten resultaten.

Afhankelijk van de vastgestelde doelgroep, moeten de voorstellen ook hun doelstellingen en ambities in termen van de te verwachten resultaten en de meerwaarde die het project nastreeft definiëren.

- Verwachte meerwaarde van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm

Het belang van de valorisatie van het overleg en de samenwerking tussen de partners.

De wijze van optimalisering van de mogelijkheden en bekwaamheden van de partners.

De wijze waarop zorg op maat kan worden georganiseerd.

De wijze waarop de continuïteit aan zorg wordt gerealiseerd.

- Beschrijving van de te verwachten resultaten

Het kan hier gaan om een beter en aangepast zorgaanbod, een betere integratie in het thuismilieu, minder hospitalisaties, betere integratie in het sociale leven,...

- Het alternatieve karakter van de zorgvorm

Hier zal moeten aangetoond worden in welke mate de zorgvorm past in het kader van de ziekteverzekering maar vandaag omwille van de beperkingen van het huidige regelgevend kader niet voor financiering in aanmerking komt. Ook het aanvullende karakter op het bestaande zorgaanbod is belangrijk.

C) Beschrijving van de deelnemers van het project en de samenwerking

De belangrijkste doelstelling van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen is het verzekeren van meer zorg op maat en het waarborgen van meer continuïteit in de geboden zorgverlening. In de 4 hierboven beschreven modellen zal gevraagd worden om de partners en het zorgtraject te beschrijven.

In het eerste model kunnen de partners beperkt zijn maar zal gevraagd worden om het zorgtraject te beschrijven met mogelijke zorgpartners, ook al zijn ze niet concreet in het project betrokken.

In de andere modellen gaat het om zorg dat verstrekt wordt door bv. erkende diensten voor thuisverpleging, of om geïntegreerde diensten voor thuisverzorging of om samenwerkingsverbanden tussen één of meer van deze voorzieningen met residentiële voorzieningen of met diensten voor thuiszorg.

Indien men de alternatieve en ondersteunende zorgvorm bekijkt vanuit de budgettaire invalshoek van het derde protocolakkoord, dan moet minstens het ROB/RVT (CKV en CDV) en/of de thuisverpleging deelnemen als partner in het project. Inderdaad, voorziet Protocol de creatie van 70 VTE bestemd voor de diensten van thuisverpleging om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen voor zwaar afhankelijke thuiswonenden, binnen een innoverende samenwerking tussen eerstelijnszorg en instellingen opdat de oudere zo lang als mogelijk thuis kan blijven wonen. Vanuit een inhoudelijke invalshoek daarentegen zal een project pas een duidelijke meerwaarde hebben, in termen van zorgcontinuïteit en zorg op maat, indien er meerdere partners dan enkel het ROB/RVT en/of thuisverpleging deelnemen. Bovendien geldt dit niet alleen voor partners die erkend zijn in het kader van de ziekteverzekering.

Het samenwerkingsverband dient omschreven te worden in een samenwerkingsakkoord waarin een beschrijving staat van de partners, wie zal wat, waar, wanneer en hoe doen? Wat is de inbreng van de verschillende partners in het project? Hoe zal de communicatie verlopen tussen de verschillende partners? Welk instrument zal men hanteren? Het derde protocolakkoord bepaalt immers dat de omzetting van RVT-equivalenten in alternatieve en ondersteunende zorgvormen kan gekoppeld worden aan de toepassing van het eenvormig evaluatie-instrument.

D) Beschrijving van het werkingsgebied

De beschrijving van het werkingsgebied mag geen hinderpaal zijn voor de vrije keuze van zorgverlener door de patiënt maar heeft als doelstelling na te gaan in welke mate een geografische spreiding van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm mogelijk is. Met andere woorden de vraag naar mogelijke reproductie van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen over het ganse land.

Het werkingsgebied en de afstemming van de doelgroep zijn ook belangrijk voor de bepaling van de middelen die voor de alternatieve en ondersteunende zorgvorm worden uitgetrokken.

E) Financiering

Uitgangspunten :

- De financiering wordt voorzien in het kader van prestaties die in aanmerking komen van de ziekteverzekering met inbegrip van het overleg rond de patiënt.
- Verschillende financieringsbronnen zijn mogelijk maar nochtans wordt een dubbele financiering uitgesloten. Prestaties die in het kader van de ziekteverzekering reeds voorzien zijn, komen niet in aanmerking voor de (bijkomende) financiering die voorzien is via de middelen van het derde protocolakkoord.
- Op jaarlijkse basis mogen de gemiddelde kosten voor de ziekteverzekering van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm (reeds bestaande en bijkomende financiering) per dag en per persoon in principe niet meer bedragen dan de prijs van 1 RVT- bed.
- Een weerslag van de kosten voor de patiënt moet in de financiering opgenomen worden; de kosten van de verpleging moeten dezelfde zijn als de kosten van de thuisverpleging.

F) Voorkeursorientaties en mogelijke aanvullende criteria eigen aan de Gemeenschappen en Gewesten

De Duitstalige Gemeenschap legt volgende prioriteiten :

- voor de periode 2008-2009 zal het accent prioritair dienen gelegd te worden op de projecten die beantwoorden aan model 3. Projecten van model 2 kunnen eveneens worden aanvaard. De ingediende projecten voor model 3 moeten een reikwijdte hebben over het ganse gebied van de Duitstalige Gemeenschap.
- Voor de periodes 2009-2010 en 2010-2011 kunnen projecten voor alle modellen worden ingediend.

Het Waalse Gewest zal in eerste instantie de prioriteit geven aan initiatieven van model 1.

Het Brusselse Gewest

Voor de Vlaamse Gemeenschap hebben de 4 modellen hun waarde en zullen initiatieven in elk van deze modellen ondersteund worden.

5. Voorstel procedure.

Voor zover de financiering van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen zal gebeuren in het kader van een conventietechniek, zullen de voorstellen van alternatieve en ondersteunende zorgvormen voorgelegd moeten worden aan het Verzekeringscomité. De concrete uitvoeringsmodaliteiten moeten hier nog verder worden bepaald. Het is evenwel nuttig om een gemengde werkgroep van de Interministeriële Conferentie Ouderenzorgbeleid en de leden voorgedragen door het Verzekeringscomité van het RIZIV op te richten, waaraan alle betrokken partijen kunnen deelnemen, inclusief de Gemeenschappen en de Gewesten.

1) Definiëring van het algemene Kader	Basistekst door Interkabinettenwerkgroep ouderenzorgbeleid. Uitwerking van het koninklijk besluit en de oproep tot projecten : Werkgroep Verzekeringscomité met vertegenwoordigers van : - Interkabinettenwerkgroep ouderenzorgbeleid - Overeenkomstencommissie - Administraties (RIZIV, FOD, administraties van de Gemeenschappen/Gewesten)
2) Oproep tot projecten rekening houdende met uniforme voorwaarden betreffende kandidatuurstelling.	Gemeenschappen en Gewesten
3) Evaluatie en voorafgaande selectie van de projecten mbt vormvereisten (is een dossier ontvankelijk?) en mbt inhoudelijke criteria	Gemeenschappen en Gewesten (op basis van de vormcriteria zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit en op basis van de prioriteiten en mogelijke aanvullende criteria van de Gemeenschappen/Gewesten zoals bepaald in punt 3F)
4) Selectie van de projecten.	De gemengde werkgroep Verzekeringscomité doet een voorstel aan het Verzekeringscomité
5) Overeenkomst met de geselecteerde projecten.	RIZIV Verzekeringscomité in het kader van de toepassing artikel 56 van de ZIV-wet.
6) Opvolging en begeleiding van de projecten.	Gemengde werkgroep van het Verzekeringscomité met verslag aan het Verzekeringscomité

Dit aanhangsel treedt in werking op de dag van de ondertekening ervan.
Aldus overeengekomen te Brussel, op 11 maart 2008.

Voor de Federale Regering :
De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Voor de Vlaamse Regering :
De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
St. VANACKERE

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft
Der Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus,
B. GENTGES

Pour le Gouvernement wallon :
Le Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances,
D. DONFUT

Pour le Collège de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-
Capitale :
Le Membre du Collège, compétent pour l'Action sociale, la Famille et les Sports,
E. KIR

Voor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het
Brussels Hoofdstedelijk Gewest :
Het Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
G. VANHENGEL

Voor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het
Brussels Hoofdstedelijk Gewest :
Het Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het beleid inzake Bijstand aan personen,
P. SMET