

31/03/2020

ADVIES VAN DE RAADGEVENDE AFDELING VAN OBSERVATORIUM VOOR CHRONISCHE ZIEKTEN M.B.T. HET KCE RAPPORT 304, 'OPTIMALISATIE VAN DE INCONTINENTIEFORFAITS'

Inleiding

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voorziet in de toekenning van 2 incontinentieforfaits, dit wanneer de rechthebbenden aan de in de reglementering gestelde voorwaarden voldoen.

Het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie (het 'kleine forfait') bedraagt 170,68 euro (in 2020) en wordt toegekend aan rechthebbenden die lijden aan een onbehandelbare vorm van urinaire incontinentie.

Het forfait voor afhankelijke personen (het 'grote forfait') bedraagt 522,92 euro (in 2020) en wordt toegekend aan rechthebbenden die zich in een afhankelijkheidssituatie (zoals beschreven in de reglementering) bevinden en die lijden aan incontinentie (fecaal of urinair).

In 2013 werden enkele voorstellen rond de incontinentieforfaits gedaan door de Raadgevende Afdeling van het Observatorium, waaronder het sneller toekennen van het grote forfait wanneer aan de voorwaarden voldaan werd, en dit bij rechthebbenden die het klein forfait reeds toegekend gekregen hadden en in principe 12 maanden moesten wachten op een toekenning van een volgend forfait.

De problematiek rond de incontinentieforfaits werd daaropvolgend verschillende keren besproken in de Werkgroep Verzekeraarbaarheid (nota's 2014-24, 2015-24, 2016-19 en 2018-3) en uitgediept in een daarvoor opgerichte werkgroep met de verzekeringsinstellingen (27/9/2016, 13/12/2016 en 27/6/2017). Op basis van de resultaten van die werkzaamheden besloot de dienst voor geneeskundige verzorging, afdeling juridische zaken en toegankelijkheid, om op twee sporen te werken: samen met de VI's enkele 'quick wins' uit te werken, en anderzijds via het aanvragen van een meer grondige studie bij het Kenniscentrum (KCE).

De resultaten van de werkgroep namen beslag in een ontwerp KB dat reeds werd goedgekeurd in het Verzekeringscomité in september 2018. Het KB werd nog niet gepubliceerd.

In de zomer van 2017 startte de studie van het KCE, en in het najaar van 2018 waren de resultaten van deze studie beschikbaar.

Het Observatorium kon kennisnemen van deze studie en de onderzoekers van het KCE kwamen de studie eveneens toelichten in onze vergadering.

Met dit advies willen we als Observatorium graag aangeven welke aspecten van de studie voor ons zeer belangrijk zijn, en die hopelijk prioritair kunnen gerealiseerd worden.

We vatten bij deze graag de belangrijkste voorstellen van de studie samen:

- Betere informatieverstrekking aan zorgverleners en patiënten en hen aanmoedigen om het probleem van de incontinentie ter sprake te brengen;
- Forfaits verder verruimen en afbakenen:
 - o Opdat patiënten met fecale incontinentie die niet afhankelijk zijn ook aanspraak kunnen maken op het kleine forfait,
 - o Een hoger forfait voorzien voor patiënten die zwaar of volledig incontinent zijn,
 - o Bedrag aanpassen voor milde vormen van incontinentie, rekening houden met onderscheid nachtelijke incontinentie of incontinentie overdag en s nachts,
 - o Personen die een tussenkomst genieten op basis van art 27 van de nomenclatuur niet automatisch uitsluiten, eventueel een lager bedrag toekennen;
- Regels voor de minimale duur van de incontinentie omschrijven;
- Indicaties voor het toekennen van de forfaits duidelijker omschrijven;
- Het klein forfait meer expliciet koppelen aan een eerstelijnsbehandeling, en dit voor patiënten voor wie dit haalbaar is;
- De huisarts verwittigen als de patiënt een score van 2 heeft op het item incontinentie van de KATZ-schaal (of een gelijkwaardige evaluatie) en de patiënt nog geen behandeling gehad heeft;
- Meer aandacht besteden aan incontinentie in de opleiding van huisartsen;
- Een specifiek honorarium te voorzien voor verpleegkundigen voor huisbezoeken voor patiënteneducatie i.v.m. aanpassingen aan de levensstijl, het geven van informatie, ...;
- Voldoende aandacht geven aan incontinentie in de opleiding van verpleegkundigen;
- Een gedetailleerde registratie van kinesitheriesessies overwegen waardoor het Riziv een beter zicht krijgt op het aantal patiënten;
- Hulpmiddelen aan bieden aan kinesitherapeuten en patiënten om hun kennis rond incontinentie te vergroten en oefeningen met oog op het verminderen van de incontinentie aan te moedigen (brochures, apps, ...);
- De patiënten beter informeren over de behandelmogelijkheden en hulpmiddelen, dit kan door een verpleegkundige en een kinesitherapeut;
- Analyse of een verruiming van de terugbetaling wenselijk is voor nieuwe geneesmiddelen of geneesmiddelen met vertraagde vrijstelling, op basis van onderzoek naar kosteneffectiviteit en budget impact;

- De informatie verspreiden dat incontinentie kan worden behandeld;
- Een gedragscode uitwerken voor de industrie waarin wordt aangegeven dat er moet geduid worden dat incontinentie te behandelen is;
- Aan elke betrokkene, en vooral ouderen die thuiszorg krijgen systematisch neutrale en aangepaste informatie geven, dit kan
 - o Door huisbezoeken van gespecialiseerde verpleegkundigen,
 - o Door de toegang tot gespecialiseerde verpleegkundigen in gespecialiseerde bekkenbodempcentra te vergemakkelijken door het voorzien van een specifieke nomenclatuurcode,
 - o De rol onderzoeken van sociale diensten van de ziekenfondsen bij het informeren van patiënten over de aanpak van incontinentie.

Advies

Het Observatorium wil in de eerste plaats benadrukken dat ze wenst dat er verder gewerkt wordt met de resultaten van deze studie; enkel door verdere stappen te zetten kan de situatie van mensen met incontinentie immers verbeterd worden. De studie toont duidelijk aan welke punten voor verbetering vatbaar zijn, en geeft adviezen op basis van een grondige studie van de incontinentieproblematiek.

Het Observatorium onderschrijft de adviezen die in de studie vermeld worden, en wenst hieronder de nadruk te leggen op enkele prioritaire thema's. De levenskwaliteit van de patiënten staat hierbij centraal.

Voorafgaand wil het Observatorium meegeven dat de tussenkomst van de verplichte verzekering voor incontinentie de kosten soms volledig dekt en soms maar gedeeltelijk dekt, dit terwijl de betrokken personen dezelfde kosten hebben. Dit is moeilijk te verstaan door deze personen.

1. Behandeling van de incontinentieproblematiek

De studie gaf aan dat een incontinentieproblematiek in veel gevallen te behandelen is, mits de correcte therapie, en dat deze informatie niet (genoeg) bekend is bij de meeste betrokkenen.

Het is van belang dat zowel de zorgverleners als de patiënten weten dat incontinentie in veel gevallen kan behandeld of kan verbeterd worden. Inzetten op die behandelingen (en de kennis ervan) en het versterken van die behandelingen is bijgevolg voor het Observatorium een eerste prioriteit.

Het verbeteren van de incontinentieproblematiek zou niet alleen bijdragen aan de levenskwaliteit van de betrokken patiënt, maar kan er tevens toe leiden dat deze patiënt minder nood heeft aan absorberend materiaal, waardoor de financiële last van deze problematiek beheersbaarder wordt voor de patiënt.

Het Observatorium onderschrijft daarbij de voorstellen rond mogelijke aanpassingen van de nomenclatuur opdat incontinentie te identificeren is en pleit voor de terugbetaling van een raadpleging rond incontinentie bij een verpleegkundige. De koppeling van de forfaits aan een laagdrempelige behandeling wil het Observatorium naar voor schuiven als mogelijke piste.

2. Kennis over de forfaits en communicatie rond incontinentie

Daarnaast moet de taboe rond incontinentie aangepakt worden alsook het beeld dat vaak geschetst wordt dat incontinentie een logisch gevolg is van het ouder worden en bijgevolg behandeling niet aangewezen is.

Het Observatorium acht het zeer belangrijk dat zowel de artsen als de patiënten op de hoogte zijn van het bestaan van de forfaits en de aanvraagprocedure

De incontinentieproblematiek van de patiënt moet daarenboven gekend zijn bij de behandelende zorgverlener, opdat het forfait kan worden toegekend. Daarnaast is het cruciaal dat de arts, indien nodig, de voorziene administratieve stappen zet en het forfait aanvraagt voor de patiënt. Een goede samenwerking tussen de overheid, het RIZIV, de ziekenfondsen en de patiëntenverenigingen is hierbij een meerwaarde.

3. Verfijnen van de voorwaarden van de forfaits.

De aanbeveling rond het verder verruimen en afbakenen van de forfaits is tevens belangrijk voor het Observatorium. Indien er meer dan twee forfaits/niveaus van tussenkomst zouden bestaan kan er beter tegemoetgekomen worden aan de reële situatie van de rechthebbenden, dan kunnen er binnen elk forfait homogeneren groepen gevormd worden waardoor de noden en behoeften van de patiënten beter afgestemd zullen zijn op de hoogte van het toegekende forfait.

Zo kan er eventueel voorzien worden dat fecale incontinentie wordt opgenomen in een van de forfaits (aangezien deze vorm van incontinentie momenteel wordt uitgesloten bij het kleine forfait). Het Observatorium vraagt zich af of, wanneer de verruiming van het klein forfait naar fecale incontinentie geen aanzienlijke verhoging van het budget met zich meebrengt, deze aanbeveling prioritair kan toegepast worden.

Ook kan de non-cumulregel van het huidige klein forfait met tussenkomsten uit de nomenclatuur heroverwogen worden, aangezien sommige patiënten momenteel geen aanspraak maken op dit kleine forfait omdat ze een kleine tussenkomst op basis van de nomenclatuur genoten hebben.

Voor wat het klein forfait betreft blijkt dat het in de praktijk niet evident is 'onbehandelbaar' te interpreteren. Indien deze voorwaarde behouden blijft, kan deze best concreter omschreven worden.

Bij dit alles moet er voldoende aandacht besteed worden aan administratieve eenvoud.

4. Publicatie van het KB tot wijziging van het KB van 2 juni 1998

Tot slot wil het Observatorium aandringen op een snelle publicatie van het reeds opgemaakte wijzigingsKB (KB tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994), dit KB biedt immers een antwoord op enkele voorstellen die in de studie aangehaald werden. Het is immers moeilijk te begrijpen voor patiënten dat het ontvangen van het kleine forfait maakt dat een patiënt 12 maanden moet wachten op een toekenning van het groot forfait, wanneer hij hiervoor wel aan de voorwaarden voldoet.

Besluit

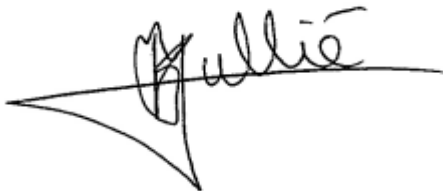
Het Observatorium is van mening dat er binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging mogelijkheden bestaan om de incontinentieforfaits beter af te stemmen op de behoeften van de patiënten. De studie van het KCE geeft een unieke kijk op waar de knelpunten zich situeren, en waar er ruimte voor verbetering is.

Wij hopen dat u de voorstellen van het KCE en onze prioriteiten in overweging zal nemen, en opdracht zal geven aan de bevoegde diensten om deze voorstellen verder uit te werken.

Wij vragen u vriendelijk of wij op de hoogte kunnen blijven van het gegeven gevolg.

Met de meeste hoogachting,

Karen Mullié

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mullié', with a large, stylized flourish extending to the left.

Ulrike Pypops

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pypops', with a large, stylized flourish extending to the left.

Voorzitster van de Raadgevende afdeling van
het Observatorium voor Chronische Ziekten

Vice-voorzitster van de Raadgevende
afdeling van het Observatorium voor
Chronische Ziekten