

**Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé  
de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et  
«nom\_projet\_naam\_project\_»  
relative au financement des projets pilotes de soins intégrés**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> ;

Vu l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions pour le financement de projets pilotes de soins intégrés;

Vu la convention entre le Comité de l'Assurance de soins de Santé de l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité et xxxx (nom du projet) concernant le financement de projets pilotes de soins intégrés, conclue le xxxx (date de la convention)

il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, représenté par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI, Brieuc Van Damme,

ci-après dénommé « l'Inami »,

adresse : INAMI – Projets Pilotes Soins Intégrés – Avenue Galilée 5/1 - 1210 Bruxelles

courriel : [chroniccare@health.fgov.be](mailto:chroniccare@health.fgov.be)

et d'autre part,

«nom\_projet\_naam\_project\_»,

représenté par «Nom\_contractant\_Naam\_rechtspersoon\_contr»,

personnalité juridique : «personnalité\_juridique\_Rechtspersoonlijk»

n° BCE : «N\_BCE\_KBOnummer\_»,

Website :

en qualité de contractant,

ci-après dénommé « projet pilote »

## I. Objet

### Article 1<sup>er</sup>.

La présente convention règle les modalités d'exécution du projet pilote de soins intégrés telle que prévu dans [l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés](#). Ces projets ont été mis en œuvre pour réaliser le développement et l'implémentation de soins intégrés comme prévu dans le [Plan conjoint en faveur des Malades chroniques](#).

Cette convention prend effet le 1er septembre 2021. Elle remplace, à compter de cette date, la convention conclue entre le Comité de l'assurance de l'Institut National de Maladie et Invalidité et **xxxx** (nom du projet) concernant le financement de projets pilotes de soins intégrés, conclu le **xxxx** (date de la convention).

## II. Données administratives, composition du consortium et région du projet pilote

**Art. 2, § 1<sup>er</sup>.** Les données administratives du projet pilote figurent à l'annexe 1. Elles sont adaptées par l'INAMI sur simple demande du projet pilote.

Le numéro INAMI suivant est octroyé au projet-pilote : **«N\_INAMI\_RIZIV\_nr»**.

**§ 2.** La composition du consortium du projet pilote figure également à l'annexe 1. Le projet pilote s'engage comme prévu à l'article 11 à donner dans le rapport annuel une liste des partenaires qui ont rejoint le consortium et se sont ainsi engagés à réaliser une ou plusieurs actions du projet pilote ou qui font partie de la structure juridique ou des partenaires qui ont quitté le consortium.

Si un partenaire quitte le projet, risquant ainsi de compromettre la continuité du projet, le projet en informe l'INAMI dans les 30 jours. Il en va de même si une catégorie de partenaires obligatoires manque dans le projet ou si une catégorie de partenaires obligatoires n'est plus représentative au sein du projet.

**§ 3.** La région géographique du projet pilote correspond à la description donnée dans l'annexe 1 de la présente convention.

## III. Le plan d'action locorégional

**Art. 3,** Toutes les actions que le projet s'engage à exécuter sont reprises dans un diagramme de Gantt que le projet met à disposition sur le [site web Integreo](#) (lien internet vers cette page

se trouve à l'annexe 2 de cette convention). Ces actions portent sur la vision et les objectifs du projet, l'implémentation des 14 composantes, l'analyse des données, les actions du plan de communication, de l'implémentation d'actions basées sur l'auto-évaluation (cycle PDCA), l'implémentation des actions pour répondre aux recommandations qui ont été formulées lors de l'évaluation de la candidature du projet (ces recommandations figurent à l'annexe 3 de cette convention) ou suite à l'évaluation des rapports annuels.

#### **IV. Accords entre les prestataires d'aide et des soins et le projet pilote.**

**Art. 4.** L'aperçu de la gouvernance du projet, l'organigramme interne du projet avec sa composition, ses compétences et son fonctionnement figurent à l'annexe 5 de cette convention.

Un certain nombre d'actions visées à l'article 3 sont réalisées par des prestataires de soins individuels, des établissements ou services de soins ou par un certain nombre d'autres partenaires participant au projet. La liste de ces partenaires est ajoutée dans le rapport annuel.

L'ajout à cette liste n'est possible qu'à condition que des accords (engagements) aient été conclus entre le projet pilote et ces partenaires, entre autres sur la vision commune de l'organisation des soins de santé, sur les objectifs à atteindre, le soutien du projet pilote aux partenaires et sur un nombre de conditions qui portent notamment sur l'organisation, la communication, le financement, la gestion administrative, .... Le projet met à disposition sur son site web le document sur lequel cet accord est basé.

#### **V. Groupe cible - Modalités d'inclusion - Enregistrement de données - Plan de soins**

**Art. 5, § 1<sup>er</sup>.** Le groupe cible administratif et les critères utilisés par le projet pilote pour inclure un bénéficiaire (groupe cible opérationnel) sont décrits à l'annexe 4 de la présente convention.

Dans le cas où le groupe cible (au sein de la zone géographique du projet) est limité à une partie des malades chroniques, le projet pilote s'engage à élargir ce groupe cible ainsi que les critères pour inclure des bénéficiaires dans le projet. Idéalement les actions liées à la mise en œuvre des 14 composantes devront avoir un impact sur toutes les personnes malades chroniques dans la zone du projet pilote. Les nouvelles actions proposées par le projet s'adressent autant que possible à toutes les personnes malades chroniques.

Le projet peut proposer l'élargissement du groupe cible et des critères d'inclusion sur la base de la procédure des modifications des annexes (publiée sur le [site web Integreo](#)).

**§ 2.** Un bénéficiaire est « inclus dans le projet » lorsque des accords individuels sont conclus avec lui dans le cadre d'une ou plusieurs actions du projet pilote et lorsqu'il a été informé de

l'incidence éventuelle pour lui ou pour le projet (voir à cet effet l'article 8, § 1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)<sup>1</sup>. L'inclusion ne peut pas avoir pour conséquence une limitation du libre choix du dispensateur de soins.

**§ 3.** Dès qu'un bénéficiaire est « inclus » dans le projet pilote suivant la procédure indiquée à l'annexe 4 de cette convention, le projet s'engage à communiquer cette inclusion dans l'application "ChronicCare" de MyCareNet et à y enregistrer les "pseudocodes" des actions faites envers les bénéficiaires individuels et qui sont reprises dans l'annexe 7 de cette convention.

L'attribution d'un pseudocode aux actions et la formulation de ce code se fera en concertation entre le projet pilote et l'INAMI (cellule interadministrative).

L'obligation de communiquer des pseudocodes s'appliquera aux actions engagées au plus tard à partir du **01/01/2022**.

Sur cette base :

- le responsable administratif du projet pilote peut consulter/modifier des informations relatives à l'inclusion du/des patient(s)
- le prestataire individuel peut consulter/modifier les informations relatives à l'inclusion du patient, enregistrer le patient pour des actions du projet (module pseudocodes).
- le projet (coordinateur) peut obtenir des informations au niveau méso sur le nombre d'actions adressées aux patients individuels et sur les personnes qui ont mené ces actions.
- les décideurs politiques (entre autres le Comité de l'assurance, le Groupe de travail permanent, le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique) sont informés de la progression du nombre de patients appartenant au groupe cible et sur les actions menées au niveau du patient
- les organismes assureurs peuvent utiliser ces codes afin de leur permettre d'accomplir les missions prévues aux articles 3 et 7, §1er de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.
- Les informations peuvent être prises en compte dans l'évaluation des dépenses au niveau méso et macro (budget au niveau de l'INAMI)
- les gains d'efficience pour le groupe cible du projet peuvent être calculés (voir l'Art,9§2)
- des recherches supplémentaires peuvent être menées sur cette base.

---

<sup>1</sup> "Art. 8. § 1. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.

Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient."

Les informations sur les pseudocodes qui sont mises à disposition par MyCareNet à partir de l'application "Chroniccare" sont anonymes.

**§ 4.** S'il s'agit d'une personne vulnérable qui nécessite une prise en charge impliquant plusieurs acteurs ou dans des situations de besoin de soins complexes, le projet s'engage à stimuler les prestataires de l'aide et des soins à passer des accords en fonction de chaque patient sur les sujets suivants:

- la liste d'acteurs qui font partie de l'équipe de soins; le patient et, le cas échéant, son aidant proche font toujours partie de l'équipe de soins
- la désignation de la personne qui se charge de la coordination des soins du patient; il peut s'agir du patient lui-même ou d'un aidant proche. Si nécessaire, un case manager est temporairement désigné.
- la définition avec le patient de ses objectifs de vie et la planification anticipée des soins
- la définition de ses objectifs de soins
- l'enregistrement des données pour le bénéficiaire en question via l'application « BelRAI »
- l'élaboration d'un plan de soins, entre autres sur la base du BelRAI et conformément aux accords passés avec le patient et entre les acteurs des actions du projet pilote.

## **VI. Management d'intégration**

**Art. 6, § 1<sup>er</sup>.** Le management d'intégration est assuré par une équipe dirigée par un coordinateur. Le projet est représenté auprès du gouvernement par le coordinateur de cette équipe. L'annexe 5 contient une estimation des coûts et de leur nature.

Une intervention de maximum 152.520 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2018) et 159.342,07 euros (valeur indexé au 1/1/2021) par année civile est prévue pour financer les coûts salariaux nécessaires et les frais de fonctionnement.

Les interventions financières pour le management d'intégration sont versées trimestriellement sur présentation d'une facture et un document détaillant: le poste d'utilisation et le destinataire des dépenses concernées comme prévu à l'annexe 5. Les justificatifs sont mis à disposition en cas de demande de clarifications. Les montants de ces factures sont prélevés sur le compte courant du projet pilote sur lequel le montant des 152.520 euros est ajouté par année civile.

L'avance de 52.520 €, versée en 2018 sur le compte du projet pilote, est déduite du budget de la dernière année d'exécution du projet. L'aperçu des paiements effectués dans le cadre du management d'intégration entre janvier 2018 et xxx (correspond avec la date de fin de la convention actuelle) décembre 2020 figure à l'annexe 5 de cette convention.

**§ 2.** A partir de 2019, les montants sont indexés chaque année au 1<sup>er</sup> janvier, conformément aux dispositions de art. 16 de l'arrêté royal du 31 juillet 2017..

**§ 3.** L'affectation de cette intervention est expliquée dans le rapport annuel que le projet pilote remet à l'INAMI.

**§ 4.** Si après la fin de la convention, il reste un solde par rapport aux montants versés pour lesquels aucune pièce justificative indiquant l'utilisation et le destinataire, ne peut être présentée, le projet pilote rembourse le montant correspondant à l'INAMI dans les 60 jours suivant la dénonciation ou l'expiration de la convention.

Les coûts en lien avec le management d'intégration sont remboursés jusqu'à la date d'établissement du dernier rapport annuel et du décompte final et au plus tard le 31 juillet 2023.

## **VII. Les actions innovantes, interventions personnelles, suppléments ou autres cotisations à charge du bénéficiaire**

**Art. 7, § 1er.** S'il s'agit d'actions innovantes qui comprennent également des prestations et qui font partie du champ d'application de l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (par exemple, des prestations qui sont déjà inscrites dans la nomenclature ou dans une convention de rééducation), aucune autre intervention personnelle, aucun supplément ni aucune autre cotisation ne peuvent être demandés pour ces prestations autres que ceux qui sont prévus en exécution de la loi ou en exécution de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

**§ 2.** Pour les actions innovantes qui s'adressent à des bénéficiaires, réalisées par les partenaires en exécution du projet pilote et qui ne font pas partie du champ d'application de l'article 34 de la loi ou de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 (prestations alternatives), les interventions personnelles ne peuvent être attestées que si elles sont prévues par une autorité compétente ou si elles figurent dans l'annexe 6 de la présente convention.

Le principe selon lequel des actions innovantes similaires impliquent une même intervention personnelle du patient s'applique dans ce contexte et ce, pour les différents projets pilotes. La coordination est assurée par le groupe de travail permanent.

La liste d'actions innovantes avec mention du montant à charge du projet pilote et de l'intervention personnelle du bénéficiaire est jointe en annexe 6 de la présente convention. Celle-ci doit pouvoir être consultée à tout moment (site web du projet pilote, brochure d'information...).

En application du plan d'action locorégional du projet pilote, le projet informe au préalable chaque bénéficiaire ou toute autre personne à qui le projet pilote offre ses services, des actions innovantes pouvant être proposés dans le cadre du plan d'action locorégional et de leur prix. Il les informe également des adaptations qui sont parvenues après.

Le bénéficiaire ou toute autre personne à qui le projet pilote offre ses services (actions innovantes) doit toujours avoir la liberté de participer ou non à l'action offerte.

**§ 3.** Chaque fois qu'un bénéficiaire ou toute autre personne à qui le projet pilote offre ses actions innovantes, un justificatif qui est conforme à ce qui est prévu à l'article 53, § 1/2, de la

loi du 14 juillet 1994 devra lui être remis au moment de la facturation, indépendamment du fait que ces prestations ou services donnent lieu ou non à une intervention de l'assurance obligatoire. Les informations contenues sur ce justificatif seront également portées à la connaissance de l'organisme assureur du bénéficiaire, qui les communiquera à l'INAMI pour qu'il puisse constater que le coût moyen à charge du bénéficiaire n'est pas supérieur au coût à charge d'un bénéficiaire similaire non pris en charge dans le cadre d'un projet.

Les montants ne peuvent en tout cas pas être supérieurs à ceux mentionnés à l'annexe 6 de la présente convention et dont le bénéficiaire a été informé au préalable.

## **VIII. Intervention financière de l'INAMI**

**Art. 8, § 1<sup>er</sup>.** Comme prévu par l'arrêté royal du 31 juillet 2017, l'INAMI peut prendre en charge le coût des actions du projet pilote listées à l'annexe 7 de la présente convention.

À cet effet, un premier versement de 208 333 euros a été effectué en 2019. Pour 2020, 2021 et 2022, l'INAMI met à disposition un montant maximum de 208 333 euros par an, qui peut être utilisé pour les actions et conformément au tarif stipulé à l'annexe 7 de la présente convention. Le paiement sera effectué sur la base d'un relevé trimestriel des coûts (facture) que le projet pilote soumet à l'INAMI. Le montant de cette intervention est limité au montant pour 2020, 2021 ou 2022 prévu par l'arrêté royal du 31 juillet 2017. Si le montant prévu pour 2020 et 2021 n'a pas été entièrement utilisé, le solde peut être reporté à l'année suivante.

**§ 2.** L'intervention financière ne peut en aucun cas être utilisées pour financer des investissements avec un délai d'amortissement supérieur à la durée du projet (4 ans), ou pour financer des coûts/déficits/sous-financements survenus en dehors des actions mentionnées dans le plan d'action locorégional d'un projet pilote.

**§ 3.** Lors du traitement des relevés de coûts soumis à l'INAMI en 2023 et portant sur des coûts encourus en 2022, ces coûts seront d'abord compensés par le montant versé pour 2019; si ce montant est épuisé,

les coûts seront remboursés dans la marge restante, le cas échéant, sur la base des montants prévus pour 2020, 2021 et 2022. Si les relevés de coûts soumis sont insuffisants pour le montant payé pour 2019, le projet devra retourner la différence à l'INAMI dans les 60 jours suivant la soumission du dernier relevé de coûts. Le dernier relevé doit être transféré à l'INAMI au plus tard le 31 mai 2023.

## IX. Mise à disposition des données - Évaluation externe - auto-évaluation

**Art. 9, § 1<sup>er</sup>.** MyCareNet met à disposition les données relatives à l'inclusion des bénéficiaires: à partir du premier jour du mois suivant la communication de l'inclusion via l'application « Chroniccare ». Si un bénéficiaire quitte un projet, l'enregistrement dans MyCareNet vaut jusqu'au dernier jour du mois dans lequel la sortie du projet a été communiquée via l'application « ChronicCare » de MyCareNet.

Les directives selon lesquelles l'inclusion et les pseudocodes sont communiqués via MyCareNet et les informations mises à disposition par MyCareNet sont publiées sur le [site web Integreo](#).

**§ 2.** L'Agence InterMutualiste (AIM) met à disposition les données relatives à la population cible du projet pilote, à savoir :

- **Les indicateurs clés:** une série d'indicateurs (caractéristiques socio-économiques, statuts dans le secteur des soins de santé, prévalence des maladies chroniques, utilisation de soins de santé) pour le groupe cible administratif du projet, la population de référence nationale, la population dans la région du projet, la population belge totale et, à partir de 2019, aussi pour le groupe des patients inclus dans le projet. Tous les résultats, aussi bien les dépenses et les caractéristiques individuelles que les critères déterminants le groupe cible administratif, ont été calculés sur la base de 6 trimestres comptables de l'année de prestation Y. Cela signifie qu'il est tenu compte de toutes les dépenses de prestations de soins effectuées au cours de l'année Y et enregistrées dans la comptabilité des mutualités avant le 30 juin de l'année Y+1. Les données sont fournies une fois par an.
- **Le détail des dépenses** pour les soins de santé (dépenses AMI, tickets modérateurs, suppléments) pour 69 groupes de codes de nomenclature et pour 4 populations (le groupe cible administratif, la population de référence nationale, la population dans la région concernée et la population belge). Tous les résultats, aussi bien les dépenses et les caractéristiques individuelles que les critères déterminants le groupe cible administratif, ont été calculés sur la base de 6 trimestres comptables de l'année de prestation Y. Cela signifie qu'il est tenu compte de toutes les dépenses de prestations de soins effectuées au cours de l'année Y et enregistrées dans la comptabilité des mutualités avant le 30 juin de l'année Y+1. Les données sont fournies une fois par an.
- **Le calcul de la garantie budgétaire** et des économies/dépenses supplémentaires. L'AIM calcule le coût réel et le coût attendu sur la base des dépenses de la population de bénéficiaires en Belgique qui répondent aux critères du groupe cible administratif du projet pilote, la population dite de référence nationale. Le montant se rapporte aux coûts

qui sont pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé (les dépenses AMI) pour seize groupes de prestations. Ces calculs sont effectués sur la base de la méthodologie convenue entre l'AIM et le groupe de travail permanent. Les données sont fournies une fois par an.

**§ 3.** Le projet pilote peut adapter son groupe cible administratif conformément aux dispositions décrites dans la procédure de modifications des annexes (publié sur le site web integreo). En



guise de soutien à cette décision, les projets peuvent demander un support d'information supplémentaire sur la base de données de l'AIM, par exemple :

- des indicateurs supplémentaires ou d'autres propositions en complément aux données décrites à l'art. 15, f), a;
- une simulation des coûts réels et attendus après une modification du groupe cible;
- des analyses supplémentaires par groupe de population, (pseudo)pathologie, groupe de dépenses, et/ou en fonction de l'utilisation de soins de santé.

Pour ce faire, le projet introduit une demande auprès du groupe de travail permanent:

- i. la cellule interadministrative prend contact avec l'AIM afin de connaître l'impact de l'exécution de cette demande en termes d'hommes/jour;
- ii. la cellule interadministrative formule un avis sur la base du nombre d'hommes/jour et de la pertinence de la demande à l'attention du groupe de travail permanent;
- iii. en cas d'accord du groupe de travail, l'administration de l'INAMI (le Service) examinera avec l'AIM comment accéder à la demande du projet pilote dans les limites des moyens disponibles inscrits dans une convention entre l'INAMI et l'AIM.

## ÉVALUATION EXTERNE

**Art. 10, § 1** Le projet pilote s'engage à participer à l'évaluation des projets de soins intégrés et à mettre à disposition toutes les informations nécessaires à cet effet, conformément aux directives déterminées en concertation avec le groupe de travail permanent.

## AUTO-ÉVALUATION

**Art. 11 § 1<sup>er</sup>** L'auto-évaluation permet au projet pilote de constater que les actions sont en phase avec les objectifs fixés ou de prendre des initiatives pour adapter le plan d'action locorégional ou les dispositions des annexes à la convention<sup>2</sup>. En soutien à cette auto-évaluation, le projet reçoit des informations de l'AIM mentionnées dans l'art. 9 § 2 de cette convention. Le projet s'engage autant que possible à utiliser les données fournis par l'AIM dans le cadre de son autoévaluation.

**§ 2.** Le projet pilote mesure l'impact des actions au moyen d'indicateurs concrets de structure, de processus et de résultats. Ces indicateurs figurent dans le rapport annuel chapitre relative au suivi du plan d'actions.

## RAPPORT ANNUEL À L'ATTENTION DE L'INAMI

---

<sup>2</sup> Procédure de modifications des annexes élaboré par la cellule interadministrative et publié sur le site web Integreo.

**Art. 12, § 1<sup>er</sup>.** Le projet pilote rédige un rapport annuel concernant l'année civile écoulée. Le rapport permet au projet pilote et au groupe de travail permanent d'évaluer l'exécution de la convention et permet au projet de transmettre les constats de son autoévaluation.

Si le groupe de travail permanent estime que le rapport annuel contient trop peu d'informations pour pouvoir suivre le projet, le projet pilote s'engage à donner davantage d'explications.

**§ 2.** Le projet pilote sera soutenu par l'INAMI au moyen d'un Template qui sera adapté et mis à jour par la Cellule Interadministrative en concertation avec le groupe de travail permanent et qui sera communiqué et publié sur le [site web Integreo](#).

Ces rapports seront remis aux dates suivantes :

- a) un premier rapport intermédiaire sur la période 1/1/2018 – 31/12/2018. Ce rapport doit être transmis au plus tard le 31/03/2019;
- b) un deuxième rapport intermédiaire sur l'année 2019. Ce rapport doit être transmis au plus tard le 31/03/2020;
- c) un troisième rapport intermédiaire sur l'année 2020. Ce rapport doit être transmis au plus tard le 31/03/2021;
- d) un quatrième rapport intermédiaire sur l'année 2021. Ce rapport doit être transmis au plus tard le 31/03/2022;
- e) un rapport final qui doit être transmis au plus tard le 31/03/2023;
- f) le rapport visé à l'article 9 sur l'utilisation de l'intervention financière de l'INAMI doit être transmis pour le 31/03/2023.

## **X. Mise en place d'une culture de qualité**

**Art. 13.** Le projet s'engage à participer activement à la mise en place d'une culture de qualité conformément aux initiatives du gouvernement fédéral et des entités fédérées. Le développement d'une culture de qualité au sein du projet/de la région consiste à créer des valeurs partagées, des pratiques et des modèle de procédure qui vise à améliorer continuellement la qualité de la prestation des soins, c'est-à-dire des soins plus sûrs, plus efficaces, plus efficaces, plus équitables au bon moment et centrés sur le patient. Le développement des soins centrés sur le patient est un élément de qualité important : concrètement, il est demandé de stimuler la prise de décision partagée, le travail axé sur le rétablissement, l'empowerment, l'intégration,...

Il est important de noter que cela va au-delà de l'amélioration de la qualité des soins elle-même. Afin de stimuler un changement de mentalité envers la qualité, la culture de la qualité doit être intégrée dans chaque action du projet, ainsi que dans la gestion globale du projet. La culture de qualité doit être soutenue par chaque acteur de terrain, les soignants comme les patients et les aidants proches.

Une culture de qualité est mise en place par les actions suivantes :

- a) le projet prévoit un système de qualité avec une autoévaluation à intervalles régulières sur la base d'indicateurs, d'objectifs mesurables (niveau micro et méso) et de processus de suivi et d'évaluation. Cela peut également être mis en pratique par la rédaction du rapport annuel et par l'analyse des données fournies par l'AIM.
- b) sensibilisation de l'amélioration de la qualité en impliquant activement tous les acteurs, en soutenant et en accompagnant les prestataires de soins dans le domaine de l'amélioration de la qualité et en expliquant l'importance de mesurer et d'évaluer dans un processus d'amélioration. Cela commence par la définition d'un objectif commun au début d'une action afin de créer du soutien.
- c) pour chaque action travailler en fonction d'un objectif, prévoir un suivi et un processus d'évaluation et intervenir lorsque les changements n'ont pas abouti. Cela peut être mis en pratique en appliquant un cycle PDCA et en prévoyant une évaluation pour chaque action.
- d) une culture de la qualité peut servir d'instrument de changement en se remettant en question, en réfléchissant de manière critique à la qualité fournie et en se concentrant sur l'amélioration continue. La participation à des intervisions peut y contribuer.
- e) communiquer de manière transparente sur la qualité des actions sur base de critères objectifs. Un moyen d'y parvenir est de partager et de discuter le rapport annuel et ses résultats au sein du consortium.
- f) Le projet intègre dans ses pratiques, l'évaluation de la perception de la qualité par les bénéficiaires et du bien-être des prestataires. Cela peut se traduire par des questionnaires auprès des patients qui ont bénéficié des actions et des prestataires qui exécutent les actions du projet.

## **XI. Prestations AMI : facturation centrale – perception centrale**

**Art. 14, § 1.** Le projet-pilote qui opte pour une facturation et une perception centrale des montants de remboursement de prestations faisant partie du champ d'application de l'article 34 de la loi du 14 juillet 1994, facture l'intervention de l'assurance soins de santé à l'organisme assureur du bénéficiaire, selon les instructions émises par le Comité de l'Assurance.

**§ 2.** Pour les prestations portées en compte en dehors du système de facturation et de perception centrales, ce sont les règles qui valent pour chaque prestataire ou établissement individuels qui s'appliquent.

**§ 3.** Les conditions de remboursement en exécution de la loi du 14 juillet 1994 demeurent néanmoins d'application.

## **XII. Prestation de services par l'INAMI et la Cellule interadministrative**

**Art. 15.** L'INAMI et la Cellule interadministrative s'engagent à :

- a) Prévoir un accompagnement des projets pilotes dans la phase d'exécution, tant sur base individuelle que de manière plus générique/transversale.

- b) Organiser des initiatives de formation spécifiques qui aident à implémenter et à exécuter le plan d'action locorégional des projets pilotes.
- c) Organiser des moments d'interaction entre les différents projets pilotes et les autorités.
- d) Offrir un support pratique via la fonction helpdesk (boîte mail générique, assistance téléphonique, visites sur place...)
- e) Mettre à disposition sur le site web [www.integreo.be](http://www.integreo.be)
  - a. les coordonnées de chaque projet pilote;
  - b. une description de chaque projet pilote;
  - c. des données quantitatives sur les projets pilotes;
- f) Sur la base des données de l'AIM: mettre à disposition:
  - a. les indicateurs clés;
  - b. le détail des dépenses pour les soins de santé mentionnées dans l'Art 9, de cette convention;
  - c. réponses à des questions spécifiques au sens de l'article 5.
- g) Répondre aux questions spécifiques du projets et mettre à disposition des données autres que ceux de l'AIM (p.e. les données de l'inclusion enregistrés par MyCareNet), en collaboration avec d'autres partenaires

### **XIII. Durée, avenants, modifications et dénonciation de la convention**

**Art. 16, § 1.** La présente convention produit ses effets le xxx et prend fin le 31 décembre 2022 pour la réalisation des actions. Les coûts en lien avec le management d'intégration sont remboursés jusqu'à la date d'établissement du dernier rapport annuel et du décompte final inclus: au plus tard le 31 juillet 2023.

**§ 2.** Si le projet pilote ne peut pas marquer son accord sur une proposition d'avenant à la présente convention, le Comité de l'assurance peut constater ce refus et informer le projet pilote par écrit que, dans ce cas, la convention prend fin dès le premier jour du sixième mois qui suit la notification écrite. Le cas échéant, le projet pilote est tenu d'en informer les bénéficiaires inclus dans le projet.

**§ 3.** Le projet pilote peut, sur base de la procédure de modification des annexes faire une proposition d'avenant à la convention ou aux annexes à l'INAMI. Cette procédure est publiée sur le site web [www.integreo.be](http://www.integreo.be). Si le Comité de l'assurance refuse cette proposition, le projet pilote peut dénoncer la convention. Dans ce cas, la convention prend fin le premier jour du troisième mois suivant la notification écrite du refus et le projet pilote est tenu d'en informer les bénéficiaires inclus dans le projet.

**§ 4.** Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé peut adapter la convention si les données mentionnées dans la convention sont modifiées. Il s'agit de l'adaptation des données administratives de contact, la zone géographique du projet pilote (annexe1), l'adaptation du

diagramme de Gantt (annexe 2), à la demande du projet pilote et après avis positif du groupe de travail permanent.

**§ 5.** Si l'INAMI constate sur la base des données communiquées que des partenaires obligatoires font défaut ou qu'ils sont trop peu impliqués dans l'exécution des actions, que trop peu de bénéficiaires sont inclus dans le projet par rapport à l'objectif que le projet a intégré dans son plan d'action locorégional, que les objectifs visés à l'article 2 et/ou les objectifs supplémentaires qui ont été ajoutés à l'annexe 3 ne sont pas réalisés, que les dispositions de la convention ne sont pas respectées, le projet pilote en sera informé et il sera invité par le groupe de travail permanent à conclure des accords pour remédier aux manquements. Si le projet pilote n'est pas en mesure ou pas suffisamment en mesure de répondre aux attentes, l'INAMI peut dénoncer la convention. Il en va de même si, à la suite de l'évaluation du rapport annuel, des recommandations sont formulées qui doivent être traduites en (ajustement des) actions.

S'il apparaît que le projet pilote n'est pas ou pas suffisamment capable de le faire, l'INAMI peut mettre fin à la convention.

Le cas échéant, la convention prend fin le 1<sup>er</sup> jour du sixième mois qui suit la notification écrite de la dénonciation. Dans ce cas, le projet pilote est tenu d'en informer les bénéficiaires inclus dans le projet.

**§ 6.** Le projet pilote peut à tout moment mettre fin à la convention. Le cas échéant, la convention prend fin le 1<sup>er</sup> jour du troisième mois qui suit la notification écrite de la dénonciation. Dans ce cas, le projet pilote est tenu d'en informer les bénéficiaires inclus dans le projet.

**§ 7.** S'il est mis fin à la convention, un décompte sur l'utilisation de l'intervention financière de l'INAMI aura lieu. S'il ressort de ce décompte qu'une partie de moyens versés (208.333 euros en 2019) n'a pas été utilisée, le projet pilote remboursera cette partie à l'INAMI. Le remboursement devra être effectué endéans les 3 mois après la date de fin de la convention.

## **XIV. Assurance responsabilité professionnelle**

**Art. 17.** Le projet pilote veille à ce que toutes les activités entreprises dans le cadre de l'exécution des actions figurant dans le plan d'action locorégional soient couvertes par une assurance responsabilité professionnelle. Si tel n'est pas le cas, la responsabilité est imputée au responsable administratif mentionné dans l'annexe 1.

Par rapport aux prestations/services offerts par les acteurs qui sont concernés par le projet pilote, la responsabilité du projet pilote se limite à l'obligation d'informer ces acteurs qu'ils doivent souscrire à ce type d'assurance.

## XV. Annexes

**Art. 18.** A cette convention sont annexées :

- **Annexe 1.** Données administratives du projet
- **Annexe 2.** Plan d'action locorégional pour la mise en place de soins intégrés en faveur des malades chroniques – diagramme de Gantt
- **Annexe 3.** Les recommandations formulées lors de l'évaluation du dossier de candidature
- **Annexe 4.** Description concrète des groupes cibles administratif et opérationnel et modalités d'inclusion des bénéficiaires
- **Annexe 5.** Description concrète de l'organigramme du projet et du management d'intégration
- **Annexe 6.** Liste d'actions innovantes pour lesquelles une indemnisation des acteurs est prévue et/ou pour lesquelles il est demandé une intervention personnelle au bénéficiaire
- **Annexe 7.** Description de l'utilisation de l'intervention financière pour les actions du projet

## XVI. Contrôle

**Art. 19.** Le projet pilote s'engage à permettre aux médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux d'effectuer les visites qu'ils estiment nécessaires pour l'accomplissement de leur mission.

## XVII. Tribunaux compétents

**Art. 20.** Seuls les tribunaux de Bruxelles sont compétents pour régler tout litige entre les parties qui concerne la présente convention.

Fait à Bruxelles, le XX/XX/2021 et signé électroniquement par

Pour le projet,

Pour le Comité de l'assurance,

Le Fonctionnaire dirigeant,  
Briec VANDAMME,  
Directeur général.

## ANNEXES

### Annexe 1. Données administratives du projet

#### 1. Identification du projet pilote

Nom : «nom\_projet\_naam\_project\_»

Adresse : «adresse\_projet\_adres\_project», «Code\_postal\_projet\_Postcode\_project»,  
«Commune\_\_projet\_Gemeente\_project»

Adresse e-mail : «adresse\_email\_projet\_Emailadres\_projec»

[Site web :] «site\_web\_projet\_Website\_project»

#### 2. Le contractant, mandaté par tous les partenaires du projet pilote, chargé de conclure la convention avec l'Inami:

Nom de la personne juridique : «Nom\_contractant\_Naam\_rechtspersoon\_contr»

Personnalité juridique : «personnalité\_juridique\_Rechtspersoonlijk»

Numéro BCE : «N\_BCE\_KBOnummer\_»

Adresse: «adresse\_contractant\_adres\_contractant»,  
«code\_postal\_contractant\_postcode\_contrac»  
«commune\_contractant\_gemeente\_contractant»

Courriel : «adresse\_email\_\_contractant\_Email\_contr»

Compte bancaire :

Nom : «Nom\_compte\_\_Bancaire\_Naam\_Bankrekening»

IBAN : «IBAN»

BIC : «BIC»

Personne représentant cette personne juridique :

- nom et prénom : «nom\_et\_prénom\_\_représentant\_\_cette\_pers»

- fonction : «fonction\_functie\_»

- numéro de Registre national : «N\_Registre\_\_national\_représentant\_jurid»

#### 3. Nom du coordinateur du projet (au sens de l'article 16, § 2, de l'AR du 31 juillet 2017)

Nom et prénom : «nom\_et\_prénom\_\_Coordinateur\_projet\_Naam\_»

Numéro de Registre national : «N\_Registre\_national\_coordinateur\_Rijksr»

Téléphone : «Téléphone\_Telefoon\_»

Adresse : «adresse\_coordinateur\_adres\_coördinator\_»,  
«Code\_postal\_coordinateur\_postcode\_coördi»  
«commune\_coordinateur\_gemeente\_coördinato»

Courriel : «adresse\_email\_coordinateur\_email\_coörd»

#### 4. Région du projet pilote (codes NIS communes/secteur statistique) :

«Région\_du\_projet\_Regio\_project»

«M\_\_Code\_NIS\_\_NIScodes\_»

#### 5. Composition du consortium du projet

**Annexe 2. Plan d'action locorégional pour la mise en place de soins intégrés en faveur des malades chroniques – diagramme de Gantt**



### **Annexe 3. Les recommandations formulées lors de l'évaluation du dossier de candidature**

## **Annexe 4. Description concrète des groupes cibles administratif et opérationnel et modalités d'inclusion des bénéficiaires**

4A Groupe cible administratif à base des critères de l'AIM et liste des groupes de prestations

4B : Groupe cible opérationnel et procédure d'inclusion

## **Annexe 5. Description concrète de l'organigramme du projet et du management d'intégration**

**Annexe 6. Liste d'actions innovantes pour lesquelles une indemnisation des acteurs est prévue et/ou pour lesquelles il est demandé une intervention personnelle au bénéficiaire**

Action	Groupe cible	Nbre de bénéficiaires	Prestataires	Fréquence et durée des prestations	Coûts	Méthode de calcul / Remarque	Ticket modérateur

## Annexe 7. Description de l'utilisation de l'intervention financière pour les actions du projet XX

Cette annexe contient la description concrète des actions ainsi que l'estimation budgétaire globale par action. Dans le rapport annuel se trouvent l'utilisation du budget de l'année précédente et une estimation du budget par action pour l'année suivante.

### Aperçu des actions et estimation budgétaire par action

<u>Action</u>	<u>Budget</u>
	€
	€
	€
	€
<b><u>Total Budget</u></b>	<b>€</b>

### Description concrète des actions

Nom de l'action XXX.....22

## Action XXX

<b>ID action</b>	(Complété par la CIA)
<b>Groupe cible</b>	
<b>Brève description</b> + <b>Motivation (plus-value)</b>	
<b>Exécuté par quels acteurs?</b>	
<b>Combien</b> de ressources sont utilisées ?	
<b>A quoi</b> servent ces fonds ?	
<b>Qui reçoit ces fonds</b> ( <i>le bénéficiaire</i> )	
<b>Type d'action</b>	<input type="checkbox"/> action au niveau projet <input type="checkbox"/> actions au niveau population (contact direct et impact pour le citoyen)
<input type="checkbox"/> Rémunération des acteurs /salaire <input type="checkbox"/> Rémunération des acteurs/prestation <input type="checkbox"/> Quote-part du bénéficiaire	