



Introduction

Dans le cadre du plan «[soins intégrés en faveur des malades chroniques](#) », une vingtaine de projets ont conclu une convention permettant sur le terrain une meilleure utilisation des moyens actuellement disponibles via l'intégration des processus, à travers l'implémentation de 14 composantes en vue d'atteindre l'objectif **Triple Aim**, à savoir offrir des soins qui :

- améliorent l'état de santé de la population en général, et celui des malades chroniques en particulier ;
- améliorent la qualité des soins perçue (patient centered) ;
- utilisent les moyens disponibles de façon plus efficiente (offrir de meilleurs soins à partir des moyens investis - durabilité du système de financement des soins).

Le [guide](#) en constitue le fil conducteur.

Le modèle de soins visé est également axé sur l'équité et, donc, sur la disparition des inégalités de santé, en étant spécialement attentif à l'accessibilité financière et géographique des soins. En outre, on vise également à améliorer les conditions de travail et la qualité de vie des différents acteurs.

L'article 56, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé prévoit que "*dans les conditions à fixer par le Roi et par dérogation aux dispositions générales de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont pour but d'accorder une intervention aux dispensateurs de soins ou aux personnes morales qui développent des projets en matière de coordination des soins dispensés en vue de [...] traiter les affections chroniques qui requièrent une approche pluridisciplinaire*".

La présente note fournit des explications au sujet des dispositions qui figurent dans l'arrêté royal qui est pris en exécution de cet article 56, § 2, alinéa 1, 3°, et qui fixe les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions avec des projets de soins intégrés.

Le fait que la présente note s'attarde uniquement sur l'organisation de soins dans le cadre de la législation de l'assurance obligatoire soins de santé (INAMI) ne signifie en aucun cas que les projets visés sont des projets fédéraux. Ces projets sont organisés dans le cadre d'un plan conjoint qui a été approuvé par tous les ministres concernés des autorités fédérales et des entités fédérées et pour lesquels les autorités fédérales se sont engagées à mener avec les entités fédérées une politique de santé coordonnée en vue de soutenir le développement des soins intégrés en Belgique.

La présente note est donc un volet de l'assurance maladie dans ce plan, parallèlement aux initiatives prises par les autres autorités.

La présente note suit la structure des chapitres de l'arrêté royal.

1 Dispositions générales

1.1 Définitions

1.1.1 Contractant : la personne juridique avec laquelle le Comité de l'assurance conclut une convention.

Il est important de mettre sur pied une structure de gouvernance fonctionnelle. Les projets sont libres de choisir comment ils souhaitent organiser cette gouvernance. Il peut s'agir éventuellement d'une personne juridique qui intègre, dans ses statuts, l'organisation de cette gouvernance comme objectif (à comparer avec une organisation faîtière dont tous les acteurs sont membres et où des accords sont conclus en ce qui concerne la gouvernance du projet). A cet égard, chaque acteur reste bel et bien responsable des actions qu'il entreprend.

Il peut s'agir d'une organisation existante qui met ce service à disposition (par exemple, un hôpital, une maison de repos, un SISD,...).

Il peut également s'agir d'une association de fait où tous les partenaires concluent des accords sans les intégrer formellement dans une organisation avec personnalité juridique.

Toutefois, en ce qui concerne la **signature** de la convention avec le Comité de l'assurance de l'Inami, cela doit se faire par une organisation possédant une personnalité juridique. Cette organisation doit être dénuée de tout but lucratif (cela peut être une ASBL, une institution publique,...) Il peut s'agir d'une institution ou d'un service parmi les acteurs d'un projet. Par exemple, si un CPAS est le principal chef de projet, la commune pourrait agir au nom du projet pilote. Il peut donc également s'agir de la personne juridique qui a été mise sur pied pour assurer la gouvernance. La conclusion de cette convention avec une association de fait ou un dispensateur individuel est impossible.

1.1.2 "Partenaires" : les partenaires obligatoires et autres tels que définis dans le guide

Les **partenaires obligatoires** sont :

- partenaires de 1re ligne : au moins des médecins généralistes et des praticiens de l'art infirmier à domicile, avec possibilité d'extension à d'autres dispensateurs de soins (pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes ...);
- partenaires de 2e ligne : des établissements de soins et divers sections, services et fonctions concernés;
- les partenaires des soins et de l'aide à domicile;
- différentes spécialités médicales concernées par les soins chroniques;
- une ou plusieurs structures de concertation avec une représentation significative sur le territoire du projet-pilote (par exemple SISD);
- une ou plusieurs associations de patients, d'aidants proches et de familles.

Comme **autres partenaires**, il peut y avoir des partenaires du secteur non marchand, du secteur des soins, du secteur de l'aide aux patients, il peut y avoir des entreprises et des pouvoirs locaux, des mutualités locales, des CPAS et d'autres acteurs au sein du projet-pilote.

1.1.3 Projets innovants en cours

Il est notamment fait référence :

- aux articles 11 et 107 de la loi sur les hôpitaux : en font partie les projets dans le cadre de soins de santé mentale : "Vers de meilleurs soins de santé mentale grâce à la réalisation de circuits de soins et de réseaux de soins". Informations sur ces projets : [site web art. 107](#)
- à l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 qui règle le financement d'un certain nombre de projets via le budget des moyens financiers des hôpitaux. La liste de ces projets et des hôpitaux concernés figure sur le [site web integreo.be](#) .
- à l'arrêté royal du 17 août 2013 qui a permis la conclusion de conventions avec des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles : [site web projets Protocole 3](#)

1.1.4 Groupe cible administratif , groupe cible opérationnel et inclusion

L'AR fait une distinction entre le groupe cible '**opérationnel**' et le groupe cible '**administratif**'.

Par groupe cible administratif, il faut entendre l'ensemble des bénéficiaires qui répondent aux caractéristiques mesurables définies par le projet et identifiables au niveau de l'AIM (annexe 1 à l'AR). Il s'agit seulement des bénéficiaires dont le domicile se situe dans la zone du projet. Le groupe cible administratif permet d'apporter de façon standardisée des changements importants dans le financement des soins : c'est sur ce groupe-cible administratif que s'effectuera le suivi financier.

Le groupe cible opérationnel permet au projet d'introduire une certaine flexibilité par rapport aux limitations inhérentes à l'utilisation des données de l'assurance maladie. Il permet aussi au projet d'élargir progressivement le groupe cible.

Par groupe-cible opérationnel, il faut entendre le groupe de bénéficiaires visés par les acteurs du projet et pour lesquels ils s'accordent et s'engagent au sein de leur projet à réaliser une prise en charge intégrée en vue de réaliser les objectifs du projet.

Dès que les acteurs ont défini ce groupe cible, ils peuvent par exemple convenir qu'ils utiliseront un plan de soins multidisciplinaire partagé dès qu'ils entrent en contact avec un bénéficiaire du groupe cible opérationnel et dans lequel les informations nécessaires pour la prise en charge de ce groupe cible sont prévues. Les acteurs peuvent convenir qu'ils se rencontreront dans la semaine qui suit l'inclusion d'un bénéficiaire afin de conclure des accords intégrés concernant ce bénéficiaire. Ils peuvent également conclure des accords concrets en matière de formation complémentaire, management de données, gouvernance, etc. Toujours en gardant à l'esprit le groupe cible concret.

Il semble logique que ces acteurs concluent des accords relativement rapidement sur des actions en matière de prévention orientées vers ce groupe cible opérationnel.

L'objectif est que ce groupe cible opérationnel englobe, après 4 ans, environ 10 % de la population de la zone du projet. Cela signifie qu'un projet doit pouvoir toucher et sensibiliser un nombre suffisamment important d'acteurs afin qu'ils se mettent en action dès qu'ils entrent en contact avec les bénéficiaires du groupe cible. L'arrêté royal part du principe qu'un projet prévoit plusieurs étapes impliquant un nombre suffisamment important d'acteurs de sorte que les accords et leurs engagements mènent à un groupe cible opérationnel qui constitue une partie substantielle de la population. Ce groupe cible opérationnel représentera au cours des première, deuxième, troisième et quatrième périodes de 12 mois respectivement 1%, 3%, 6% et 10% de la population totale au sein de la zone géographique.

Dès que les acteurs entrent en contact avec un bénéficiaire du groupe cible opérationnel, celui-ci est inclus. Sur le plan pratique cela signifie qu'un signal partira vers la mutualité de ce bénéficiaire et qu'un

consentement éclairé devra être signé dans le cadre de l'évaluation scientifique des projets. Concrètement cette inclusion signifie que le bénéficiaire est informé individuellement sur le mode de prise en charge dans le cadre des soins intégrés et que des accords concrets sont conclus qui découlent du développement des 14 composantes. Le projet déterminera comment se déroule l'inclusion, quelles informations doivent être échangées et quels accords concrets peuvent être conclus.

L'extension du groupe cible opérationnel jusqu'à 10% de la population peut être implicitement extrapolé au nombre de bénéficiaires inclus. Etant donné qu'il s'agit de maladies chroniques, on peut partir du principe que les bénéficiaires du groupe cible opérationnel entreront relativement rapidement en contact avec les acteurs du projet et qu'ils y seront inclus.

Contrairement aux bénéficiaires du groupe cible administratif, les bénéficiaires domiciliés en dehors de la zone qui répondent aux critères du groupe cible opérationnel peuvent également être inclus dans le projet.

Un projet détermine lui-même comment il compose les 2 groupes cibles. Une cohérence entre les deux est évidemment nécessaire. Les critères du guide restent d'application : le groupe ne peut par exemple pas être défini sur la base de catégories d'âge, d'une pathologie spécifique ou d'un épisode de soins limité. Les patients atteints d'une polyopathie ou de comorbidité ne peuvent pas non plus être exclus pour ce motif.

Un projet peut choisir explicitement d'inclure toute sa population dans le groupe cible administratif. Dans ce cas, le groupe cible opérationnel coïncide avec le groupe cible administratif et des accords seront conclus au niveau du projet qui concernent l'ensemble de la population. Etant donné que des bénéficiaires extérieurs à la zone peuvent également être inclus, cela signifie que le groupe cible opérationnel peut être même plus grand que la population de la région du projet.

Pour déterminer le groupe cible administratif, on tient compte de la situation au 31 décembre.

1.1.5 Ouliers

L'Arrêté royal prévoit un régime distinct pour les bénéficiaires pour lesquels le coût à charge de l'assurance obligatoire soins de santé s'écarte fortement du coût attendu pour les bénéficiaires du groupe cible administratif auquel il appartient. Il s'agit des situations suivantes :

- a) Les bénéficiaires affichant des dépenses élevées prévisibles qui font partie des groupes d'affections suivants :
 - mucoviscidose
 - maladies du pancréas exocrine
 - hépatite B et C chronique
 - hémophilie

- b) Les bénéficiaires affichant des dépenses élevées imprévisibles : ceux-ci sont identifiés en fixant l'écart dans la différence entre le coût prévu et le coût réel par rapport à la grande majorité du groupe cible administratif sur la base d'un seuil. Pour chaque projet-pilote, le seuil est calculé comme étant la somme du troisième quartile (Q_3) et trois fois la distance entre le troisième quartile et le premier quartile, la distance interquartile ($Q_3 - Q_1$).
Le seuil = $Q_3 + 3 * (Q_3 - Q_1)$. Tous les bénéficiaires chez qui la différence entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est supérieure à ce seuil sont identifiés comme outliers.

Dans la suite de ce document, on tiendra compte des coûts réels pour ces bénéficiaires.

1.1.6 Soins groupés

Le projet sélectionne les soins et aides sur lesquels il souhaite investir. Il est évident que c'est en lien direct avec les acteurs qui doivent au minimum être impliqués au projet (cf. supra). Cet ensemble de soins et d'aides correspond au terme de « **soins groupés** ». Il s'agit en l'occurrence des soins sur lesquels le projet a un impact opérationnel, via les dispensateurs de soins et d'aide qui participent activement au projet. Plus large est l'éventail de dispensateurs de soins et d'aide, plus grand sera l'impact opérationnel que le projet pourra atteindre et d'autant plus grandes seront les chances que les objectifs du projet puissent être atteints.

Ces soins groupés peuvent évoluer dans le temps : chaque projet l'intègre à son plan d'action loco-régional.

Dans la pratique, il est possible qu'un projet démarre avec des soins groupés limités, sachant qu'il est prévu dans le guide qu'un nombre minimum d'acteurs doivent obligatoirement faire partie du projet. Cela signifie implicitement que des soins groupés minimum sont nécessaires également.

L'extension progressive, avec des acteurs complémentaires, des soins groupés est recommandée. L'ajout de groupes de prestations est chaque fois possible à partir du 1er janvier d'une année civile.

En ce qui concerne les prestations qui font partie de l'assurance maladie obligatoire, le choix d'inclure des prestations dans un paquet de soins groupés s'effectuera sur la base d'une liste de 40 groupes de prestations (cf. annexe 2 à l'AR).

1.1.7 Management d'intégration

Il s'agit du pilotage opérationnel au sein d'un projet-pilote visant l'intégration des soins aux bénéficiaires au niveau des prestations de soins individuels, de l'offre professionnelle, des organisations au sein du réseau et des systèmes de soutien.

1.2 Objectifs

À l'article 2 figurent les objectifs qu'un projet doit atteindre :

- Objectif 'Triple Aim' :
 - améliorer l'état de santé de la population en général, et celui des malades chroniques en particulier ;
 - améliorer, au niveau du bénéficiaire, la qualité perçue des soins en prêtant attention à l'accessibilité, aux soins "evidence-based" et à la satisfaction ;
 - utiliser les moyens disponibles plus efficacement en proposant de meilleurs soins grâce aux moyens investis et en améliorant la durabilité du système de financement des soins ;
- assurer un accès équivalent aux soins et à l'aide pour tous les citoyens et réduire les inégalités en matière de soins de santé ;
- améliorer la satisfaction au travail des professionnels de soins.

Ces objectifs sont réalisés en développant chacune des 14 composantes telles qu'elles figurent dans l'AR. Une description détaillée du contenu de ces 14 composantes est disponible sous la forme de fiches pratiques disponibles sur le [site web integreo](#).

La façon dont ces composantes seront développées ainsi que le calendrier sont déterminés dans le dossier de candidature.

2 Missions du groupe de travail permanent

Une convention sera conclue entre les projets-pilotes et le Comité de l'assurance de l'INAMI. Afin d'éviter que le Comité de l'assurance ne doive traiter toutes les questions spécifiques, le travail préparatoire est délégué à un groupe de travail permanent. Il comprend des représentants des dispensateurs, des mutualités, des administrations du SPF Santé publique et de l'INAMI. Des représentants des entités fédérées y seront également invités.

Ce groupe de travail pourra également évaluer, sur la base de rapports intermédiaires, si un projet respecte ce qui a été convenu dans la convention. Si ce n'est pas le cas, le groupe de travail peut proposer au Comité de l'assurance de résilier la convention.

3 Introduction d'une candidature, critères de sélection et procédure de sélection

3.1 Introduction d'une candidature

La proposition d'un projet-pilote candidat doit être introduite par mail au plus tard dans les 30 jours qui suivent la publication de l'AR. Cela doit se faire au moyen du modèle fixé par le Comité de l'assurance. Ce modèle se trouve dans les [templates pour les projets-pilotes sur le site web integreo](#).

La proposition peut être introduite par un représentant des partenaires. Dans ce cas, ce représentant doit avoir un mandat de chacun des partenaires dans lequel ils confirment les engagements qu'ils prennent dans la proposition.

3.2 Evaluation de la candidature

L'évaluation est réalisée par un jury sur la base d'un avis de la Cellule inter-administrative en ce qui concerne le respect des critères formels, sur la base de critères de contenu, sur la base d'une présentation orale faite par le projet-pilote candidat et, le cas échéant, sur la base d'un avis de la Communauté/Région concernée.

3.2.1 Critères formels

L'évaluation des critères formels est réalisée par la Cellule interadministrative :

- Introduite dans le délai prévu;
- Etablie selon le modèle standard ;
- En ce qui concerne la zone :
 - le nombre d'habitants dans la zone du projet se situe entre 100.000 et 150.000. Si tel n'est pas le cas, le projet joint une motivation pour obtenir une dérogation.
 - Il s'agit de communes, sections de communes, secteurs ou districts contigus qui peuvent être identifiés au niveau d'un secteur statistique. Pour des raisons de composition géographique, cette condition n'est pas applicable à la Communauté germanophone.
 - Une commune (fusionnée) ou un district ne peut faire partie que d'un seul projet-pilote.
- Composition du projet-pilote avec mention des partenaires obligatoires (cf. ci-dessus)
- Description du groupe cible administratif sur la base des caractéristiques telles que mentionnées à l'annexe 1 à l'AR.

- Description des soins groupés sur la base des groupes qui figurent en annexe 2; ceux-ci comprennent au minimum les prestations des partenaires obligatoires.

Le résultat de cette évaluation est communiqué au jury sous la forme d'un avis.

Compte tenu de cet avis, le jury décide si la proposition du projet-pilote candidat doit encore être évaluée quant aux critères de fond et si une présentation orale doit encore être faite. Cette décision est ensuite communiquée au groupe de travail permanent et au Comité de l'Assurance qui peuvent encore décider de poursuivre l'évaluation du projet pilote candidat.

3.2.2 Critères de fond

À l'article 9 figurent les critères de fond sur lesquels un projet candidat sera évalué. Cette évaluation est réalisée sur la base d'une grille d'évaluation établie par le Comité de l'assurance sur proposition du groupe de travail permanent et publiée dans les [templates sur le site web integreo](#).

3.2.2.1 Composition du projet-pilote

Cf. ci-dessus : partenaires obligatoires et autres partenaires et soins groupés. Le nombre de partenaires obligatoires et autres partenaires doit être suffisamment grand et varié pour pouvoir réaliser les objectifs par rapport au groupe cible administratif. Des accords précis doivent également être conclus en matière d'inclusion de partenaires supplémentaires.

3.2.2.2 Objectivation des besoins et des risques en matière de besoins en soins et de recours aux soins dans la zone du projet-pilote candidat.

Il s'agit en l'occurrence de la description des besoins de la population, de la stratification/de l'objectivation des besoins et risques dans la zone, de la cartographie des moyens et d'une analyse SWOT de la zone.

3.2.2.3 Le groupe cible

Description tant du groupe cible opérationnel que du groupe cible administratif et de leur cohérence. Comme déjà indiqué, le projet-pilote candidat esquisse sur la durée du projet un trajet impliquant un nombre suffisant d'acteurs pour que les accords et leurs engagements débouchent sur un groupe cible opérationnel qui constitue une partie substantielle de la population. Ce groupe cible opérationnel représentera au cours des première, deuxième, troisième et quatrième périodes de 12 mois respectivement 1%, 3%, 6% et 10% de la population totale au sein de la zone géographique.

3.2.2.4 Inclusion

Les critères et modalités d'inclusion des bénéficiaires sont suffisamment clairs et précis.

3.2.2.5 Projets innovants en cours

À cet égard, il est fait référence aux projets "art 107", projets "B4" dans les hôpitaux, projets de formes alternatives de soins aux personnes âgées fragiles dans le cadre du protocole 3 (cf. supra) : ils doivent participer activement s'ils offrent des soins au groupe cible du projet-pilote au sein de la zone géographique.

3.2.2.6 Participation active des associations de patients, d'aidants proches et de familles et des mutualités.

3.2.2.7 Cohérence interne du projet : clarté des concepts et des objectifs, scope et pertinence des objectifs.

3.2.2.8 Degré d'innovation du projet.

3.2.2.9 Cohérence du projet par rapport aux objectifs du plan et par rapport au développement des 14 composantes.

3.2.2.10 L'intégration des zones rurales si elles sont présentes dans la zone du projet.

Si des zones rurales sont présentes dans la zone du projet, le projet-pilote offre les garanties que les objectifs du projet y seront également réalisés.

3.2.2.11 Le projet est axé sur les besoins et les objectifs du patient dans le cadre de soins ciblés

3.2.2.12 Ensemble de l'éventail de soins

Intégration dans le projet de l'ensemble de l'éventail de soins pour les bénéficiaires du groupe cible dans le projet (c'est-à-dire de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs), y compris la garantie de la permanence et de la continuité des soins, même si certains aspects de soins qui ne sont pas présents dans la zone-pilote sont proposés par des collaborations avec des partenaires externes hors de la zone-pilote.

3.2.2.13 L'impact attendu

Les bénéfices en termes de santé et de qualité perçue, les avantages sociaux et économiques, les ambitions et le potentiel attendu du projet, le caractère généralisable des initiatives proposées, le processus de gestion du changement, la durabilité et l'impact financier des changements apportés au terme du projet et le financement du projet.

3.2.2.14 Le caractère réaliste du calendrier et du plan financier.

3.2.2.15 Indicateurs et processus d'auto-évaluation et de correction.

3.2.2.16 Niveau minimum d'intégration administrative, organisationnelle et financière

La description montre au minimum que les moyens du projet et les moyens libérés et réinvestis sont gérés par une structure commune de gouvernance.

3.2.2.17 Management d'intégration

3.2.2.18 Utilisation efficace des moyens et gestion des répercussions financières qui en découlent.

3.2.2.19 Accessibilité financière aux prestations de soins et d'aide et la manière d'éviter un surcoût pour le bénéficiaire.

3.2.2.20 La stratégie de communication vis-à-vis de la population, du groupe cible, des partenaires et des autres acteurs qui s'avère systématique, régulière et interactive.

3.2.2.21 La description de la manière dont les acteurs seront formés, coachés et soutenus dans le cadre de l'implémentation de soins intégrés

3.2.2.22 Engagements divers

Les partenaires s'engagent à :

- enregistrer des données et les mettre à disposition ;
- participer à des initiatives de formation, à des interventions et à des activités d'échange organisées par les autorités ou dans le cadre de l'accompagnement scientifique ;
- accepter des évaluations externes dans le cadre de l'évaluation scientifique ;
- faire correspondre les développements ICT à la philosophie du Plan d'action eSanté.

3.2.2.23 Conditions supplémentaires ajoutées par les ministres des entités fédérées.

Un projet est également évalué sur la base des conditions qui sont prévues par l'entité fédérée à laquelle appartient la zone du projet.

Ces conditions sont reprises dans le guide.

a) Flandre :

En ce qui concerne le réseau de partenaires, les structures de concertation suivantes doivent être concernées au moins sur le plan du contenu :

- initiatives de collaboration soins de santé de première ligne (SEL), réseaux multidisciplinaires locaux (RML), plates-formes de concertation soins de santé mentale, concertation et organisation locorégionale en matière de santé (LOGO).
- il convient toutefois de faire remarquer que les SEL et RML font l'objet d'une restructuration dans le cadre de la réorganisation des soins de première ligne en Flandre qui donnera lieu à une conférence en 2017. Les porteurs de projet doivent tenir compte du fait que ces structures peuvent changer de mission, de personnel et d'organisation en cours de projet. C'est important si les porteurs de projet choisissent d'intégrer ces structures dans le consortium.

Chaque projet-pilote doit correspondre aux régions qui seront délimitées dans le groupe de travail "délimitation des zones de soins" dont les travaux se déroulent dans le cadre de la réforme du trajet de soins de première ligne en Flandre. En attendant le rapport final de ce groupe de travail, les limites correspondant aux « régions de soins des petites zones urbaines » sont applicables, comme stipulé dans le décret sur la zone de soins, en respectant le minimum de 75.000 habitants.

La Communauté flamande a déjà commencé différentes initiatives en matière de soins. - Une évolution très importante est celle vers une protection sociale flamande. Une note conceptuelle qui décrit les contours de ce système a été approuvée par le Gouvernement flamand. La Communauté flamande souhaite saisir l'opportunité des projets-pilotes afin d'apprendre comment le financement des soins peut être élaboré concrètement en vue du modèle de soins de l'avenir pour les patients atteints d'affections chroniques. Pour les soins pour lesquels la Flandre est compétente et qui sont repris dans la protection sociale flamande, cela signifie qu'il sera tenu compte des développements conceptuels en vue d'un « financement attaché à la personne ». Le point de départ central pour la manière dont les soins seront organisés à l'avenir est le demandeur de soins lui-même. Les projets doivent contribuer à fournir des expériences sur le plan des incitants permettant de faire évoluer l'offre existante vers des soins intégrés à l'égard des personnes nécessitant soins et soutien, sur la base d'un plan de soins s'il y a lieu, qui permette à ces personnes nécessitant soins et soutien de garder la gestion de leur situation. La personne nécessitant soins et soutien choisit elle-même les partenaires du réseau et ceux-ci s'engagent à assurer leurs propres activités et les activités du réseau. La mise en place d'un financement attaché à la personne fera partie de l'évaluation après la phase d'exécution.

Avec les objectifs de la note conceptuelle de la protection sociale flamande en point de mire, l'utilisation du screener BelRAI (et si possible le BelRAI) est une condition pour tous les acteurs de soins concernés pour lesquels cet instrument est pertinent. Un enregistrement des données pertinentes concernant l'utilisation de soins et l'accès aux soins est également indispensable pour l'élaboration des concepts d'un financement attaché à la personne. Dans ce cadre, les projets-pilotes doivent également associer les caisses de soins.

Dans la mesure où il s'agit de soins complexes, on insiste pour l'établissement de plans de soins approuvés (concrétisation ultérieure dans le cadre de la conférence de première ligne en 2017).

De nouvelles formes de soins doivent s'inscrire dans le cadre de la politique flamande de bien-être et de soins, en d'autres termes être intégrées dans la réglementation flamande.

La Communauté flamande souhaite que les projets-pilotes s'intègrent dans la politique de prévention de la Flandre, lorsque les projets-pilotes développent des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Les contours de certains trajets que la Communauté flamande a entamés ne sont pas encore clairs. Il s'agit concrètement de la note conceptuelle flamande de politique de bien-être et de soins pour les personnes âgées, du plan pour les aidants proches, de la conférence de prévention concernant l'alimentation et l'activité physique et le tabac, l'alcool et la drogue de fin 2016, du plan global soins de santé mentale, de la réforme des soins de première ligne, de la conférence de première ligne en 2017, du plan stratégique en matière d'hôpitaux, du projet rééducation, etc. La Communauté flamande demande aux projets-pilotes de tenir compte de ces trajets et de s'y adapter. Des informations seront communiquées aux projets-pilotes sur ces trajets de sorte qu'une adaptation éventuelle soit possible.

b) Wallonie

La Wallonie encourage les acteurs de première ligne pour lesquels elle est compétente à oeuvrer pour une réelle action en réseau qui favorise la multidisciplinarité et à mettre en place les

différentes composantes de soins intégrés dans leurs prises en charge auprès des malades chroniques.

La plupart des opérateurs pourront ainsi contribuer au développement des projets pilotes en tenant compte de leurs objectifs et sans préjudice des missions qui leur sont assignées par la Région wallonne. A titre d'exemple, il s'agit des services intégrés de soins à domicile, des centres de coordination de soins et services à domicile, des réseaux locaux multidisciplinaires, des cercles de médecins généralistes, des plateformes de soins palliatifs, des équipes multidisciplinaires palliatives, des associations de santé intégrée, des services de santé mentale, les plateformes de concertation en santé mentale, des maisons de soins psychiatriques, les programmes d'action en promotion de la santé, ou d'autres formes d'actions en réseau et multidisciplinaire,...

Par ailleurs, la Wallonie n'impose pas de zones territoriales. C'est le rôle des opérateurs de s'organiser, dans le respect de la libre association et pour autant qu'il n'y ait pas de chevauchements d'activités.

Les opérateurs ne peuvent pas déroger aux missions qui leur sont confiées par la Région wallonne.

c) Bruxelles

Les projets doivent avoir un caractère bicommunautaire.

d) Communauté germanophone

La Communauté germanophone n'ajoute pas de conditions supplémentaires.

3.2.3 Constitution du jury

Chaque projet candidat est évalué par le jury. Le jury est présidé par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et par le directeur général de la Direction générale Soins de santé du SPF Santé publique ou par les fonctionnaires qu'ils auront désignés.

Le jury se compose de 4 groupes comprenant respectivement :

- 4 membres effectifs et 4 membres suppléants, représentants des administrations de l'INAMI et du SPF Santé publique ;
- 4 membres effectifs et 4 membres suppléants, représentants des organismes assureurs, désignés par le Comité de l'assurance ;
- 4 membres effectifs et 4 membres suppléants, représentants des dispensateurs de soins, désignés par le Comité de l'assurance ;
- 4 membres effectifs et 4 membres suppléants, représentants des organisations de patients, désignés par l'Observatoire des maladies chroniques.

3.2.4 Evaluation par le jury

Chaque groupe dans le jury évalue de manière indépendante les projets introduits, sur la base de l'évaluation de critères de forme et de fond. Une motivation est chaque fois jointe. Chaque groupe procède à 1 évaluation par projet. Cette évaluation est réalisée sur la base d'un outil d'évaluation mis à disposition par le Comité de l'assurance.

Sur la base de la proposition d'évaluation de chaque groupe, le jury prépare l'entretien au cours duquel chaque candidat pourra exposer son projet. La Communauté ou la Région au sein de laquelle la zone du projet-pilote se situe y est invitée.

Ensuite le jury, le cas échéant en présence de la Communauté ou de la Région au sein de laquelle la zone du projet-pilote se situe, réalise une évaluation finale qui tient compte de l'évaluation sur la base du dossier écrit, l'évaluation sur la base de l'exposé oral et le cas échéant, l'avis qui est donné par la Communauté/Région pour ce qui est de la prise en compte d'éléments relèvent des compétences des Communautés afin de pouvoir atteindre les objectifs du plan de manière optimale.

Le jury peut se réunir valablement si au moins 1 membre pour au moins 3 des 4 groupes est présent.

Chaque jury communique son évaluation finale motivée au groupe de travail permanent du Comité de l'assurance.

C'est finalement le groupe de travail permanent qui formule au Comité de l'assurance une proposition de liste de projets avec lesquels une convention peut être conclue.

S'il s'avère qu'il y a plus de 20 projets, le groupe de travail permanent établit un classement où il tient compte de la taille du groupe cible administratif, de la complémentarité entre les différents partenaires concernés et de leur représentativité par rapport aux soins proposés sur le territoire du projet, du nombre et de la diversité des partenaires et de la dispersion géographique des projets sur le territoire belge.

La décision finale appartient au Comité de l'assurance.

4 Convention avec le Comité de l'assurance

L'article 14 de l'AR prévoit ce qui doit au moins figurer dans la convention qui sera conclue entre le Comité de l'assurance et les projets retenus.

Cette convention est conclue pour une période de 4 ans. S'il s'avère qu'il manque, entre autres, des partenaires obligatoires ou s'ils ne sont pas suffisamment impliqués ou s'il n'y a pas suffisamment de bénéficiaires inclus dans le projet ou si les objectifs ne sont pas atteints ou en cas de non respect des dispositions de la convention, cette dernière peut être résiliée. La convention sera également résiliée s'il apparaît que les dépenses augmentent suite au fonctionnement du projet.

En cas d'adaptation de la convention par le Comité de l'assurance et s'il s'avère que le projet ne l'accepte pas, l'AR prévoit une résiliation de la convention.

5 Management d'intégration

Pendant la durée du projet-pilote, l'INAMI verse une intervention de 150.000 euros sur une base annuelle pour le remboursement du coût du management d'intégration. Ces moyens ne peuvent pas être utilisés pour le remboursement de prestations de soins ni pour la coordination et la concertation autour d'un patient individuel.

Cette intervention est indexée le 1^{er} janvier de chaque année.

Le management d'intégration est considéré comme une fonction impliquant plusieurs personnes. Il doit être coordonné par un coordinateur à temps plein. On entend par là que cette personne peut travailler de manière autonome (il n'est pas en même temps dispensateur de soins ou d'aide de l'un des acteurs du projet) et gagner ainsi la confiance de tous les acteurs.

Le management d'intégration participe aux formations, interventions et activités d'échange organisées par les autorités et par l'équipe scientifique et met toutes les informations pertinentes à disposition en ce qui concerne les processus de changement qui sont réalisés.

La Cellule inter-administrative met toutes les informations nécessaires à la disposition du management d'intégration des projets, en ce compris une liste de questions fréquemment posées et leurs réponses et l'échange d'informations sur les bonnes pratiques : [site web integreo.be](http://site.web.integreo.be)

6 Garantie budgétaire : calcul du coût attendu et du coût réel

Le guide prévoit que les **autorités fédérales**, pendant la durée des projets, offrent une garantie budgétaire pour les montants qui sont prévus dans le remboursement de prestations.

Permettre aux projets pilotes d'investir les moyens disponibles actuellement d'une autre manière, suppose de garantir que les moyens dont peuvent disposer actuellement les partenaires du projet soient mis à leur disposition dans le cadre du projet.

Cet arrêté royal prévoit un "système de garantie budgétaire". **Concrètement il est garanti que le projet reçoive les moyens qui sont fixés sur la base du coût attendu et du coût réel.** Le coût attendu est basé sur une référence nationale et tient compte des caractéristiques concrètes du groupe cible administratif dans la zone de ce projet.

Il s'agit donc en l'occurrence de la garantie que les gains d'efficacité réalisés sur le compte du projet puissent être réinvestis par le projet. Cela signifie qu'ils doivent pouvoir rester à la disposition du projet.

6.1 Coût attendu = A

Le coût A attendu pour les soins de santé est fixé par l'INAMI sur la base du coût de la moyenne nationale des bénéficiaires qui correspondent à la description du groupe cible administratif du projet-pilote et qui est adapté sur la base des caractéristiques concrètes du groupe cible administratif dans la zone du projet-pilote.

Le calcul est réalisé sur la base des données comptabilisées qui sont mises à la disposition de l'INAMI par l'Agence intermutualiste et qui concernent l'année civile pour laquelle le calcul est réalisé (calcul a posteriori). Ce calcul peut être adapté s'il s'avère que les bénéficiaires de la région se font soigner à l'étranger.

Le calcul s'effectue sur la base de tous les bénéficiaires en Belgique qui remplissent les critères du groupe cible administratif du projet-pilote et ce au 31 décembre de chaque année civile. Le groupe cible administratif peut être adapté par le projet-pilote, chaque fois à partir du 1^{er} janvier d'une année civile.

Le calcul est basé sur celui qui est prévu à l'article 196, § 2, de la loi. En fonction du groupe cible administratif d'un projet-pilote, les valeurs des paramètres tels qu'ils figurent à l'annexe 3 sont calculées pour chaque projet-pilote.

Le calcul est au moins réalisé pour les 16 groupes de prestations de santé qui sont mentionnés en annexe 2 à l'AR. En fonction de la définition du groupe cible et en fonction des partenaires qui font partie du projet, d'autres groupes de prestations peuvent y être ajoutés sur proposition du projet et/ou en cas de décision du Comité de l'assurance. Cette adaptation est chaque fois possible à partir du 1er janvier de chaque année civile.

En ce qui concerne les dépenses relatives au budget des moyens financiers des hôpitaux, il est uniquement tenu compte de la partie variable telle qu'elle a été établie en exécution de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Les outliers ne sont pas pris en considération dans le calcul du coût attendu.

Lors de l'adaptation du coût national moyen pour tenir compte des caractéristiques concrètes des bénéficiaires dans le groupe cible administratif dans la zone du projet-pilote, il est tenu compte de la situation des bénéficiaires au 31 décembre de chaque année civile et de la liste de paramètres jointe en annexe 3 de l'arrêté royal ainsi que des dépenses des déviants (outliers). Concrètement il s'agit en l'occurrence de la technique qui est également appliquée dans le cadre de la fixation de la clé de répartition normative pour la responsabilité financière des mutualités : cf. [arrêté royal du 4 mai 2012](#).

Le résultat du calcul est un montant par an par bénéficiaire.

6.2 Coût réel

En même temps que le calcul du coût attendu, l'INAMI calcule, sur la base des mêmes données et selon les mêmes principes, le coût réel pour les bénéficiaires qui font partie du groupe cible administratif dans la zone du projet pilote. Ici aussi, le coût des outliers n'est pas pris en considération dans ce calcul.

7 Versement des gains d'efficience réalisés

Sur la base du coût attendu et du coût réel, l'INAMI détermine si des gains d'efficience peuvent être versés au projet-pilote.

Etant donné que le système de normalisation (cf. ci-dessus lors de la fixation de la garantie budgétaire) ne peut pas expliquer toutes les différences, un seuil de tolérance de 5% est prévu. En d'autres termes, un niveau de dépenses réelles qui se situe entre le coût attendu (normalisé) -5% et le coût attendu (normalisé) +5% sera considéré comme niveau de dépenses jugé 'normal'. Cela signifie que pour un projet avec un coût réel plus élevé de 5% que le coût attendu, on peut affirmer que ce projet a certainement un coût plus élevé que le coût attendu. Pour un projet avec un coût réel qui se situe entre le coût attendu + 5% et le coût attendu - 5 %, on peut en conclure que le coût réel correspond au coût attendu. Enfin, pour un projet avec un coût réel inférieur de 5% au coût attendu, on peut affirmer avec certitude que ce coût réel est inférieur au coût attendu.

7.1 Répartition en 3 groupes

Le point de départ pour déterminer si des gains d'efficience peuvent être versés est le coût attendu (A_{2016}) et le coût réel du projet-pilote qui sont calculés pour l'année de référence 2016 (sur la base du groupe cible administratif a 31 décembre 2016).

Les situations suivantes se produisent dans le cas présent :

- 1° Le coût réel est plus élevé que le coût attendu $A_{2016} + 5\%$: dans ce cas, le projet fait partie du **groupe X**. La différence entre le coût réel et le coût attendu $A_{2016} + 5\% = D_{2016}$
- 2° Le coût réel se situe entre le coût attendu $A_{2016} + 5\%$ et le coût attendu ($A_{2016} - 5\%$) : dans ce cas, le projet fait partie du **groupe Y**. La différence entre le coût réel et le coût attendu $A_{2016} - 5\% = D_{2016}$
- 3° Le coût réel est moins élevé que le coût attendu $A - 5\%$: dans ce cas, le projet fait partie du **groupe Z**. La différence entre le coût attendu $A_{2016} - 5\%$ et le coût réel = D_{2016}

Chaque projet sera réparti dans un de ces groupes tout le long de la durée du projet. Chaque fois qu'un projet (à partir du 1er janvier d'une année civile) choisit d'adapter soit le groupe cible administratif soit d'ajouter d'autres groupes en plus des 16 groupes de prestations, ce calcul sera à nouveau réalisé et il est possible qu'un projet soit réparti dans un autre groupe à partir de cette année civile.

7.2 Calcul du gain d'efficience

Ce calcul dépend du groupe auquel appartient le projet. Ensuite la différence est toujours faite entre d'une part le coût attendu dans l'année civile concernée, augmenté de D_{2016} (la différence entre le coût attendu et le coût réel en 2016) et d'autre part le coût réel dans l'année civile concernée.

Si ce résultat est positif, cette différence est versée. Cela signifie que, lorsque la différence entre le coût réel et le coût attendu en 2016 est moins élevée que la différence entre le coût réel et le coût attendu dans l'année civile, il y a un versement complémentaire.

En ce qui concerne les groupes X et Y, l'augmentation de D_{2016} n'est toutefois réalisée que partiellement (cf. ci-après).

7.2.1 Calcul du gain d'efficience pour le groupe X

Si un projet fait partie du groupe X, la différence est faite entre :

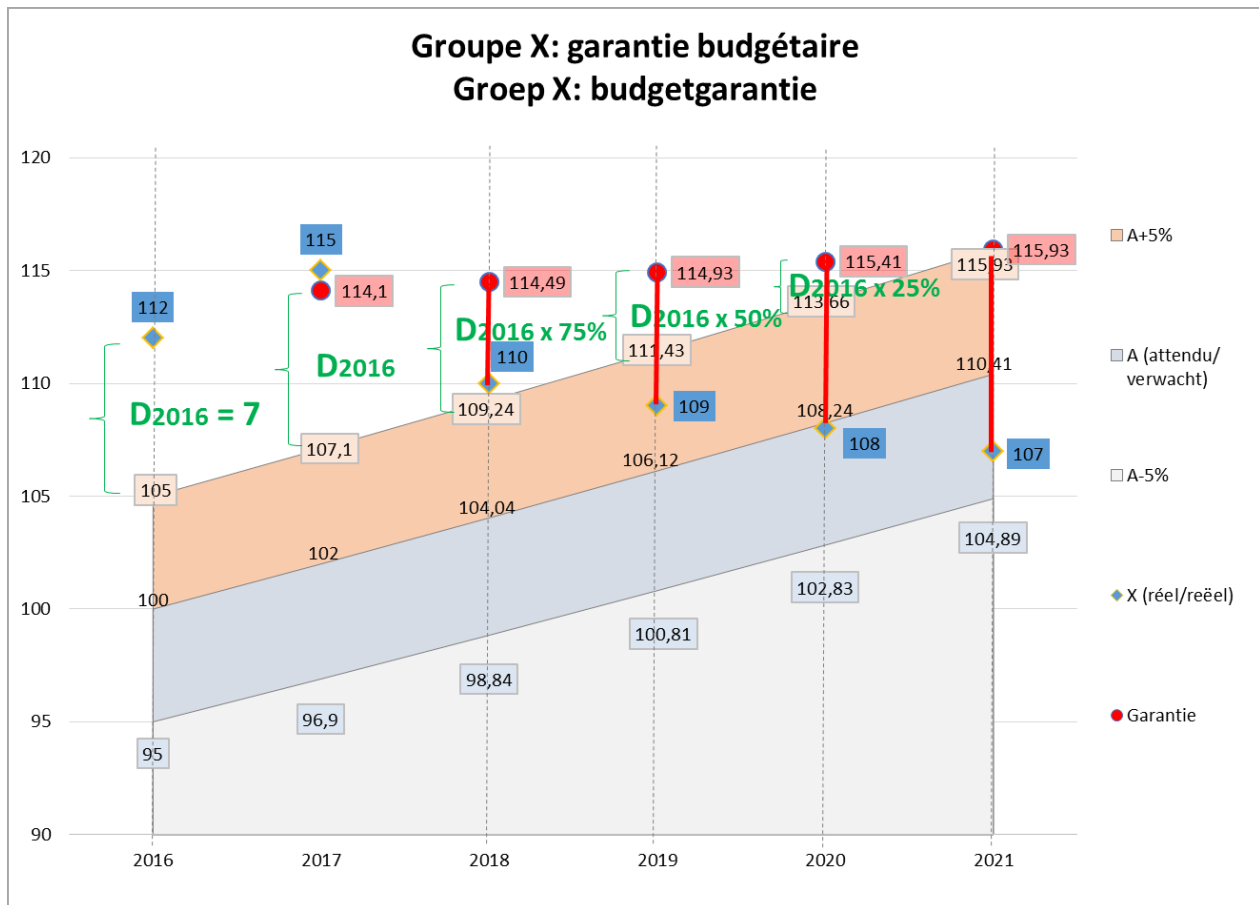
- a) le coût attendu $A_i + 5\%$ de l'exercice concerné, majoré : en 2017 de D_{2016} à 100 % et en 2018, 2019, 2020 et 2021 de respectivement 75 %, 50 %, 25 % et 0 % de D_{2016} et
- b) le coût réel X_i de l'exercice concerné.

Si ce résultat est positif, cette différence est versée au projet.

En d'autres termes, il s'agit d'une zone géographique où les dépenses réelles en 2016 sont supérieures au coût attendu normalisé + 5% (supérieures à $A+5\%$). En 2017, le montant garanti intégrera un dépassement de ce seuil attendu ($A+5\%$) identique à celui observé en 2016, soit D_{2016} . Cependant, au cours des 4 années suivantes, ce dépassement pris en compte dans la garantie budgétaire sera progressivement réduit (de 25% chaque année). Il s'agit donc d'arriver, en 2021, à un montant de garantie budgétaire ramené à une valeur jugée 'normale', soit au niveau de $A+5\%$. Chaque fois que le montant de dépenses réel observé sur la zone sera inférieur au montant garanti, la différence sera octroyée au projet au titre de gains d'efficience.

Dans le schéma ci-dessous, c'est calculé à l'aide d'un exemple. Le point de départ est que le coût attendu (A– en 2016=100) augmente chaque année de 2% (notamment indexation).

Le montant du gain d'efficacité qui est versé est toujours la différence entre le coût réel (en bleu) et le montant garanti (en rouge).



7.2.2 Calcul du gain d'efficacité pour le groupe Y

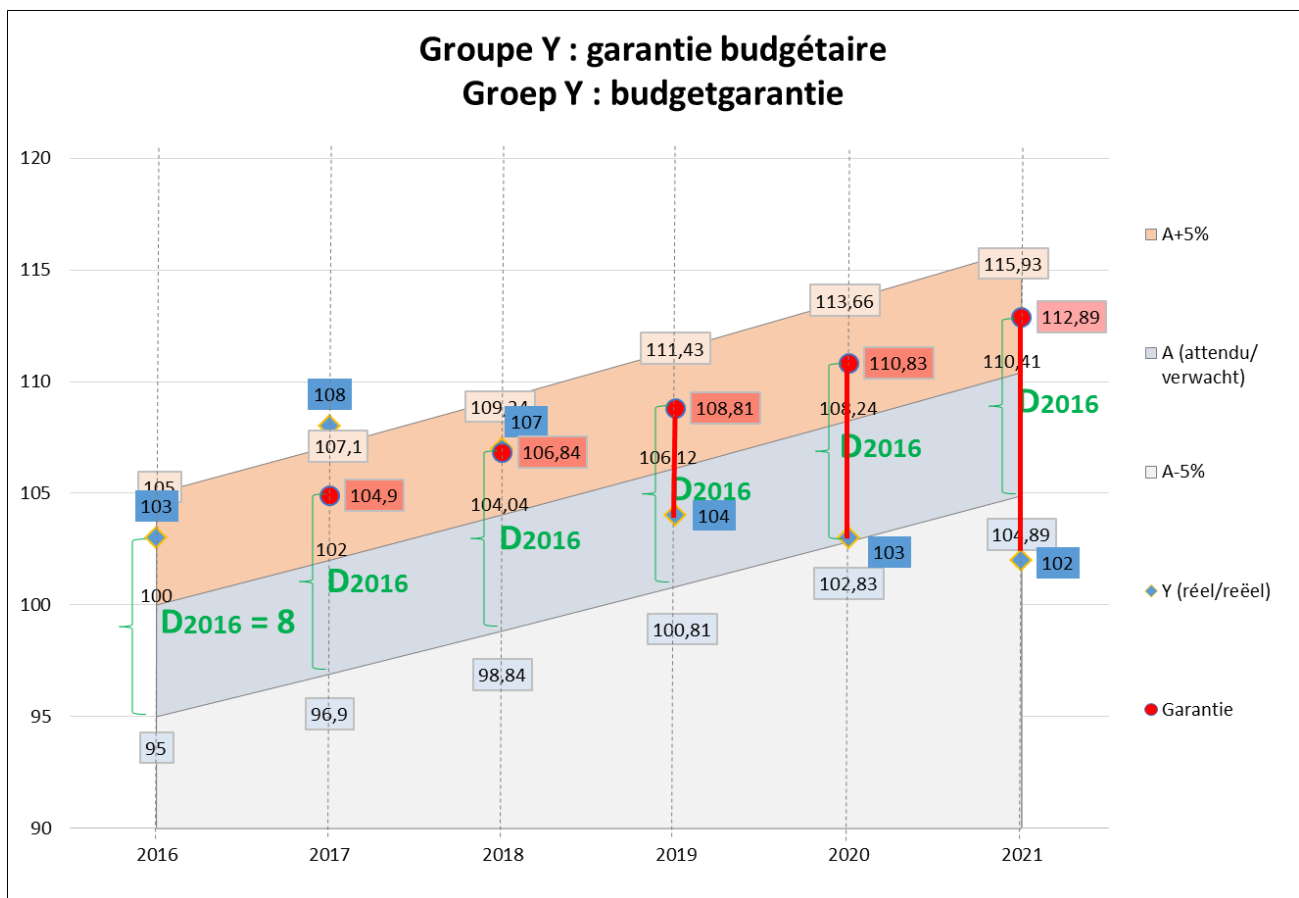
Si un projet fait partie du groupe Y, la différence est faite entre :

- le coût attendu A_i -5% de l'exercice concerné, majoré de D_{2016} à 100% et
- le coût réel Y_i de l'exercice concerné.

Si ce résultat est positif, cette différence est versée au projet.

En d'autres termes, il s'agit d'une zone géographique où les dépenses réelles en 2016 seront considérées comme 'normales', car se situant entre le coût attendu -5% et le coût attendu +5% (entre A-5% et A+5%). Au cours des années suivantes (de 2017 à 2021), le niveau de dépenses observé en 2016 déterminera le niveau de la garantie budgétaire. Chaque année, la différence observée en 2016 entre la borne inférieure d'un coût jugé 'normal' (A-5%) et le niveau réel de dépenses de 2016 (D_{2016}) sera ajouté à la nouvelle borne inférieure pour calculer le montant de la garantie budgétaire. Ici encore, chaque fois que le montant de dépenses réel observé sur la zone sera inférieur au montant garanti, la différence sera octroyée au projet au titre de gains d'efficacité.

Dans le schéma ci-dessous, c'est calculé à l'aide d'un exemple. Le point de départ est que le coût attendu (A – en 2016=100) augmente chaque année de 2% (notamment indexation). Le montant du gain d'efficacité qui est versé est toujours la différence entre le coût réel (en bleu) et la garantie (en rouge) à condition naturellement que le coût réel soit inférieur au montant de la garantie.



7.2.3 Calcul du gain d'efficacité pour le groupe Z

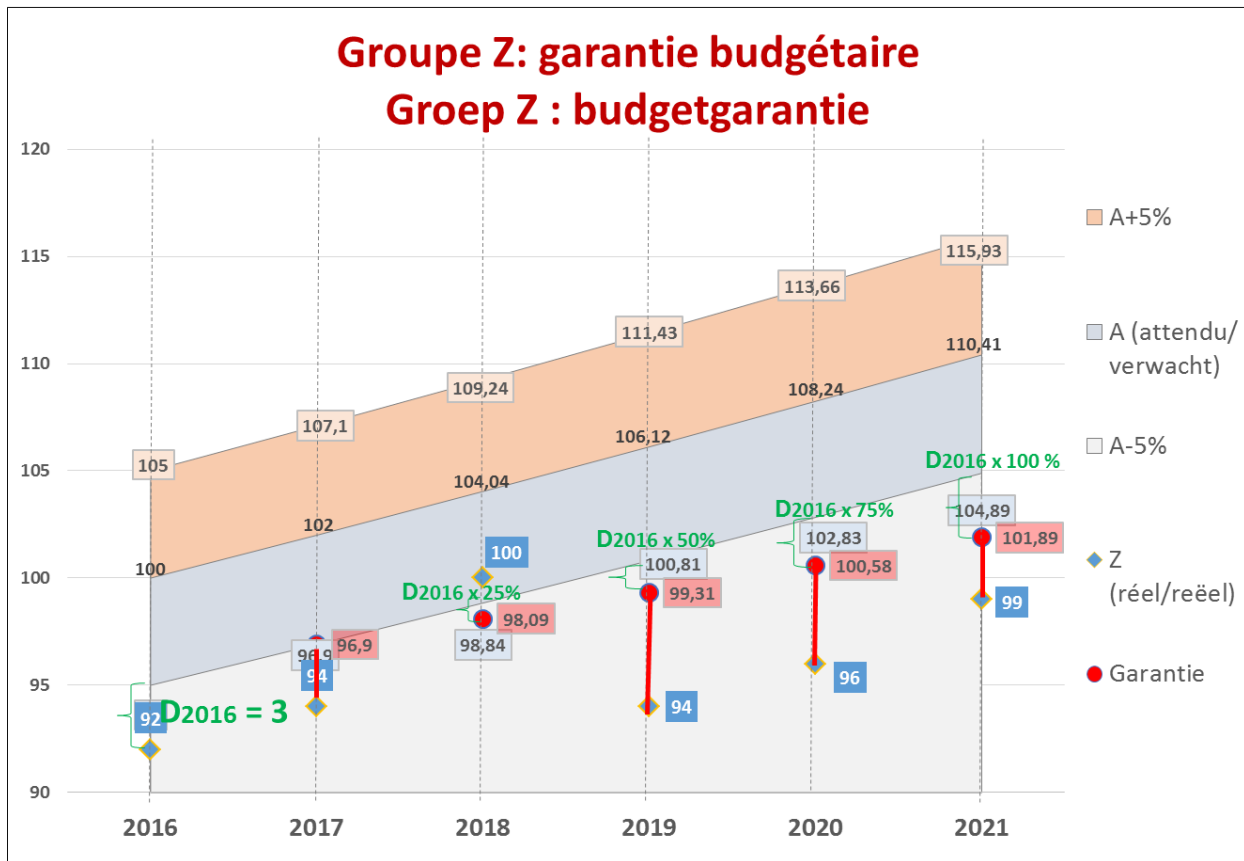
Si un projet fait partie du groupe Z, la différence est faite entre :

- le coût attendu $A_{i-5\%}$ de l'exercice concerné, diminué en 2018, 2019, 2020 et 2021 de respectivement 25 %, 50 %, 75 % et 100 % de D_{2016} , et
- le coût réel Z_i de l'exercice concerné.

Si ce résultat est positif, cette différence est versée au projet.

En d'autres termes, il s'agit d'une zone géographique où les dépenses réelles en 2016 sont inférieures au coût attendu normalisé - 5% (inférieures à A-5%) et traduit éventuellement une sous-consommation de soins. En 2017, le montant garanti sera aligné sur la borne inférieure du montant considéré comme 'normal' (A-5%), et donc supérieur aux dépenses observées en 2016 (d'un montant correspondant à D_{2016}). Ce montant doit donner au projet les moyens d'investir dans des soins complémentaires efficaces. Cependant, au cours des 4 années suivantes, ce montant complémentaire octroyé au titre de garantie budgétaire sera progressivement réduit (de 25% chaque année). Ici encore, chaque fois que le montant de dépenses réel observé sur la zone sera inférieur au montant garanti, la différence sera octroyée au projet au titre de gains d'efficacités.

Dans le schéma ci-dessous, le résultat est calculé à l'aide d'un exemple. Le point de départ est que le coût attendu (A – en 2016=100) augmente chaque année de 2% (notamment en raison de l'indexation). Le montant du gain d'efficience qui est versé est toujours la différence entre le coût réel (en bleu) et le montant de la garantie (en rouge) à condition naturellement que le coût réel soit inférieur au montant de la garantie.



7.2.4 Garantie budgétaire pour les interventions personnelles

Le guide prévoit que les autorités fédérales, pendant la durée du projet, offrent également une garantie budgétaire pour les montants qui sont prévus réglementairement comme intervention personnelle légale du patient concernant les prestations qui, à la suite des soins intégrés, sont moins effectuées ou ne le sont plus.

L'Arrêté royal prévoit que le gain d'efficience ainsi calculé soit majoré du coefficient suivant : $[1 + (\text{le montant des interventions personnelles légales en 2016 pour les bénéficiaires au sein du groupe cible administratif pour les prestations figurant dans les seize groupes auxquels sont encore ajoutés d'autres groupes en fonction de la description du groupe cible}) / \text{le montant qui a été pris en charge en 2016 par l'assurance obligatoire soins de santé pour ces mêmes prestations}]$.

7.2.5 Modifications groupe cible et groupes de prestations

Chaque fois qu'un projet modifie son groupe cible administratif ou qu'il ajoute des groupes à ses prestations groupées en plus des seize groupes, le coût de référence (réel et attendu) est recalculé pour 2016 ainsi que la valeur de D_{2016} . Cela vaut aussi pour le calcul des interventions personnelles.

7.2.6 Versement des gains d'efficience

Le montant des gains d'efficience est exprimé en un montant par an et par bénéficiaire. Ce montant est versé par l'INAMI au contractant sur base du nombre de bénéficiaires qui font partie du groupe-cible administratif du projet au 31 décembre de l'année concernée. Les outliers (c'est-à-dire les bénéficiaires affichant des dépenses nettement plus élevées), ne font pas partie de ce calcul. En effet, pour ces bénéficiaires, on tient compte du coût réel et non du coût attendu normalisé.

8 Garantie budgétaire : affectation des gains d'efficience

Ces gains d'efficience et le versement pour interventions personnelles peuvent être appliqués pour toutes les missions et actions figurant dans la convention, à l'exclusion du financement d'investissements dont la période d'amortissement est supérieure à 4 ans.

9 Formes alternatives de remboursement

L'arrêté prévoit que le Roi peut, plus tard, élaborer un système qui prévoit des formes alternatives de remboursement. Ceci implique que, en attendant ce système, l'option de paiement groupé ou une alternative n'est pas encore possible.

L'objectif est de le réaliser pour le 1^{er} janvier 2018.

10 Montants à charge du bénéficiaire

Le guide prévoit que le montant à charge du bénéficiaire ne peut dépasser le montant qui lui serait demandé s'il ne faisait pas partie d'un projet pilote.

Dans ce cadre, l'arrêté royal prévoit les limitations et possibilités suivantes :

- Pour les prestations qui font partie du champ d'application de l'article 34 de la loi, aucune intervention personnelle, aucun supplément ni aucune autre cotisation ne peuvent être demandés 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.
- Pour les prestations et services fournis 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, les interventions personnelles ne peuvent être attestées que si elles ont une base réglementaire ou si elles figurent dans la convention.

Une attention particulière doit être accordée aux montants qui seraient imputés aux bénéficiaires, dans la mesure où ces coûts seraient déjà couverts par l'octroi de gains d'efficience qui couvre également une partie des interventions personnelles.

Le bénéficiaire doit toujours avoir la liberté de faire appel ou non à une prestation ou un service offerts. Il doit en être informé au préalable.

11 Autres conditions administratives et financières

11.1 Facturation et perception centralisées

Un projet-pilote ne peut opter pour une facturation et perception centralisées uniquement s'il facture électroniquement à l'organisme assureur via le régime du tiers payant.

11.2 Maximum à facturer (MAF)

Si le bénéficiaire bénéficie du maximum à facturer pour l'année au cours de laquelle les prestations ont été effectuées, l'organisme assureur communique ceci au projet-pilote via un réseau électronique.

À ce moment, le projet prend les interventions personnelles légales à charge et les facture directement à l'organisme assureur.