

**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;

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, monsieur Ri De Ridder,

ci-après dénommé « l'Inami »,

et joignable via :

adresse : INAMI – Projets Pilotes Soins Intégrés – Avenue de Tervueren 211 – 1150 Bruxelles  
courriel : XXX

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\_»,

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 qui est mis en œuvre pour réaliser le développement et l'implémentation de soins intégrés comme prévu dans le Plan conjoint en faveur des Malades chroniques : « [Des soins intégrés pour une meilleure santé](#) » (Moniteur belge du 11 décembre 2015), dans le [Guide pour projets pilotes](#) (Moniteur belge du 22 septembre 2016), en exécution de [l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles 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](#). (Moniteur belge du 18 août 2017).

## 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 à donner un aperçu des partenaires qui ont rejoint le consortium et des partenaires qui l'ont quitté dans le rapport annuel tel que prévu à l'article 11. La liste en annexe 1 est adaptée en fonction de ces informations par le fonctionnaire dirigeant.

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, § 1<sup>er</sup>.** La vision et les objectifs, le plan du projet, le plan financier, l'auto-évaluation, l'analyse des données, l'implémentation de l'amélioration sur la base de l'auto-évaluation, la gouvernance du projet, les modalités de collaboration entre les partenaires, l'organigramme interne du projet avec sa composition, ses compétences et son fonctionnement ainsi que le plan de communication sont décrits dans le plan d'action locorégional que le projet pilote s'engage à exécuter. Ce plan d'action figure à l'annexe 2 de la présente convention.

**§ 2.** Dans ce plan d'action figure la liste des groupes de prestations qui servent de base au calcul de la garantie budgétaire. Cette liste correspond au moins à la liste de 16 groupes dont question dans l'arrêté royal du 31 juillet 2017.

**§ 3.** L'obligation d'exécuter le plan d'action locorégional comme prévu au § 1<sup>er</sup> est complétée par un certain nombre de recommandations qui ont été formulées lors de l'évaluation de la candidature et dont le projet pilote va tenir compte. Ces recommandations figurent à l'annexe 3.

#### **IV. Groupe cible et modalités d'inclusion – Communication à l'attention de l'organisme assureur – Enregistrement de données**

**Art. 4, § 1<sup>er</sup>.** Le groupe cible administratif, le groupe cible opérationnel et les critères utilisés par le projet pilote pour inclure un bénéficiaire du groupe cible opérationnel sont décrits à l'annexe 4 de la présente convention. Un bénéficiaire ne pourra être inclus que si des accords concrets qui résultent du plan d'action établi par le projet pilote ont été conclus avec lui et s'il a été informé individuellement de l'incidence financière 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.

**§ 2.** Dès qu'un bénéficiaire est inclus suivant la procédure prévue dans le plan d'action, l'inclusion administrative est enregistrée dans MyCareNet à partir du premier jour du mois suivant la communication de l'inclusion via MyCareNet. 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 MyCareNet.

Les directives selon lesquelles l'inclusion est communiquée via MyCareNet et les informations mises à disposition par MyCareNet sont communiquées après avis du groupe de travail permanent par le fonctionnaire dirigeant aux projets pilotes, et publiées sur le [site web Integreo](#).

**§ 3.** Pour chaque bénéficiaire, des données sociales et de santé sont enregistrées et communiquées, dont des données BelRAI. Ces données sont utilisées en vue de formuler des objectifs de santé, d'établir le plan de soins et de conclure des accords en matière de soins, en vue de l'auto-évaluation du projet pilote et comme input pour le support scientifique et l'évaluation du projet pilote. L'enregistrement, la fréquence de l'enregistrement et la

---

<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."

communication se font conformément aux directives élaborées sur proposition de l'équipe scientifique et en concertation avec le groupe de travail permanent ; ces directives sont communiquées par le fonctionnaire dirigeant et publiées sur le [site web Integreo](#) avec renvoi à la réglementation en matière de sécurité de l'information et des droits du patient, dont la délibération du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

Ces données peuvent être utilisées pour l'auto-évaluation ou par l'équipe scientifique à condition que le bénéficiaire ait donné son consentement éclairé. Au moins 80 % des bénéficiaires inclus dans le projet doivent donner leur consentement éclairé à cet effet. La confirmation de ce consentement éclairé est communiquée via MyCareNet conformément aux directives prévues au § 3. Le modèle de consentement éclairé tel qu'approuvé par le comité sectoriel de la Banque carrefour est disponible sur le [site web Integreo](#).

## V. Modification du groupe cible ou des groupes de prestations

**Art. 5.** Un projet pilote peut, chaque année, adapter le groupe cible administratif et/ou la liste des groupes de prestations. Pour ce faire, il introduit une proposition à l'INAMI pour le 31 octobre de l'année qui précède l'entrée en vigueur de la modification. Le groupe de travail permanent examine la demande et dans le cas d'un avis positif, le fonctionnaire dirigeant confirme la modification du groupe cible ou des groupes de prestations pour le 15 décembre ; la modification entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la demande.

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

- a) des indicateurs supplémentaires ou d'autres propositions en complément aux données décrites à l'art. 15, f), a ;
- b) une simulation des coûts réels et attendus après une modification du groupe cible et/ou des groupes de prestations ;
- c) 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 :

- a) la cellule interadministrative prend contact avec l'AIM afin de connaître l'impact de l'exécution de cette demande en termes d'hommes/jour ;
- b) 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 ;
- c) 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.

## VI. Management d'intégration

**Art. 6, § 1<sup>er</sup>.** Le management d'intégration au sens de l'article 16 de l'arrêté royal du 31 juillet 2017 est coordonné par un coordinateur temps plein. L'annexe 5 contient une estimation des coûts et de leur nature.

Une intervention de 152.520 euros par année civile est prévue pour financer les coûts salariaux nécessaires et les frais de fonctionnement.

Dans les 14 jours après la signature de la convention, l'INAMI verse une avance de 52.520 euros sur le numéro de compte bancaire du contractant.

Ensuite, un montant est versé trimestriellement sur présentation d'une facture avec les pièces justificatives et avec une indication de l'utilisation et du destinataire des dépenses concernées comme prévus à l'annexe 5. Les montants de ces factures sont prélevés sur le compte courant du projet pilote sur lequel un montant de 152 520 euros est ajouté par année civile (la dernière année, l'avance de 52 520 euros est déduite de ce montant).

**§ 2.** A partir de 2019, les montants seront indexés chaque année au 1<sup>er</sup> janvier, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

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

**§ 4.** S'il est mis fin prématurément à la convention ou si, à l'expiration de la convention après 4 ans, 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.

## VII. Prestations alternatives, interventions personnelles, suppléments ou autres cotisations à charge du bénéficiaire

**Art. 7. § 1<sup>er</sup>.** Pour les prestations qui font partie du champ d'application de l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, aucune autre 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.

**§ 2.** Pour les prestations et services fournis 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 la présente convention.

Le principe selon lequel des prestations alternatives 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 de ces prestations et services 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.

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 prestations et services pouvant être proposés dans le cadre du plan d'action locorégional et de leur prix. Il les informe également des adaptations qui ont été approuvées par le groupe de travail permanent.

La liste des prestations doit pouvoir être consultée à tout moment (site web du projet pilote, brochure d'information...).

Le bénéficiaire ou toute autre personne à qui le projet pilote offre ses services doit toujours avoir la liberté d'utiliser ou non une prestation ou un service offerts.

**§ 3.** Chaque fois qu'un bénéficiaire ou toute autre personne à qui le projet pilote offre ses services utilise ces prestations ou services, 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. Calcul des gains d'efficience**

**Art. 8, § 1<sup>er</sup>.** Pour le calcul du coût attendu A et du coût réel d'un projet pilote, il est spécifiquement tenu compte de la région telle que décrite à l'article 2, du groupe cible administratif tel que décrit à l'article 2, et des groupes de prestations visés à l'article 3, § 2. Il ne s'agit, en l'occurrence, que des coûts et des dépenses dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

**§ 2.** Compte tenu des dispositions des articles 18 et suivants de l'arrêté royal du 31 juillet 2017, l'AIM applique, pour le compte de et en collaboration avec l'INAMI, la méthode de calcul telle qu'exposée dans le document « Méthode de calcul garantie budgétaire » publié sur le [site web Integreo](#).

Le calcul du coût attendu  $A_{2016}$  et l'attribution au groupe X, Y ou Z seront portés à la connaissance du projet pilote les :

- 15 janvier 2018 : communication concernant le groupe et le taux d'écart entre le coût réel et le coût attendu ;
- 28 février 2018 : calcul détaillé et, à la demande du projet pilote, explications supplémentaires dans le courant de mars 2018.

Le calcul du gain d'efficience de l'année T-1 est communiqué au projet pilote pour le 30 septembre de l'année T. Si le calcul donne un résultat positif, l'INAMI versera à ce moment-là le montant sur le numéro de compte du projet pilote.

## IX. Utilisation des gains d'efficience versés par l'INAMI

**Art. 9.** L'INAMI ne peut verser les gains d'efficience au projet pilote que si ceux-ci sont utilisés pour couvrir les frais engendrés en exécution d'actions mentionnées dans le plan d'action locorégional et décrites dans l'annexe 7. Ces frais ne peuvent pas excéder les frais nécessaires à l'exécution des actions du plan d'action.

Ces gains d'efficience ne peuvent en aucun cas être utilisés 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.

L'utilisation des gains d'efficience ressortira du rapport annuel du projet pilote à l'attention de l'INAMI. S'il ressort de ce rapport que les gains d'efficience sont utilisés pour couvrir des frais autres que ceux mentionnés dans l'annexe 7, le montant correspondant sera déduit des gains d'efficience que l'on versera plus tard ou du décompte final.

D'ici le 31 juillet 2023, le projet pilote remettra un décompte final à l'INAMI dans lequel un aperçu sera donné de tous les gains d'efficience versés et de leur utilisation jusqu'au 30 juin 2023. S'il ressort de ce décompte qu'une partie des moyens n'a pas été utilisée, le projet pilote remboursera cette partie à l'INAMI pour le 30 septembre 2023.

## X. Évaluation et auto-évaluation

### AUTO-ÉVALUATION

**Art. 10.** Le projet pilote mesure l'impact des actions au moyen d'indicateurs concrets de structure, de processus et de résultats, indicateurs qui figurent dans le plan d'action locorégional (annexe 2) et qui ont éventuellement été adaptés en concertation avec l'équipe scientifique.

En soutien à cette auto-évaluation, le projet reçoit des informations dans le tableau de bord (dashboard) qui est mis en place en concertation avec l'équipe scientifique. Il s'agit entre autres d'informations agrégées : de l'AIM, du BelRAI, du Résumé clinique minimum (RCM),

du dossier électronique du patient, concernant le groupe cible administratif ou les bénéficiaires inclus dans le projet. Le couplage des données n'est possible que pour les bénéficiaires qui ont administrativement été inclus via MyCareNet et qui ont donné leur consentement éclairé.

## RAPPORT ANNUEL À L'ATTENTION DE L'INAMI ET DE L'ÉQUIPE SCIENTIFIQUE

**Art. 11.** Pour permettre au projet pilote de suivre la présente convention dans le cadre de l'auto-évaluation, pour permettre au groupe de travail permanent d'évaluer l'exécution de la convention et afin d'informer l'équipe scientifique dans le cadre de l'analyse de l'implémentation, le projet pilote rédige un rapport annuel concernant l'année civile écoulée. Ce rapport annuel comporte aussi le budget de l'année dans laquelle est remis le rapport annuel.

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; des adaptations ne sont possibles qu'une fois par an (le 1er juillet de chaque année).

Pour ce faire, le projet pilote sera soutenu par l'INAMI au moyen d'un template qui sera établi en collaboration avec l'équipe scientifique et en concertation avec le groupe de travail permanent et qui sera communiqué et publié sur le [site web Integreo](#) par le fonctionnaire dirigeant.

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.

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 rapport final qui doit être transmis au plus tard le 31/3/2022.
- e) le rapport visé à l'article 9 sur les gains d'efficience doit être transmis pour le 31/07/2023.

## L'ÉVALUATION SCIENTIFIQUE



**Art. 12.** Le projet pilote s'engage à participer à une évaluation scientifique des projets de soins intégrés et à mettre à disposition toutes les informations nécessaires à cet effet conformément aux directives déterminées en concertation avec l'équipe scientifique, l'AIM, Healthdata.be et le groupe de travail permanent. Ces informations sont limitées aux bénéficiaires qui ont donné leur consentement éclairé. Ces directives sont communiquées et publiées sur le [site web Integreo](#) par le fonctionnaire dirigeant.

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

**Art. 13.** Avec le soutien de l'équipe scientifique, le projet s'engage à participer activement à la mise en place d'une culture qualité :

- f) rédiger des indicateurs spécifiques au projet, et à les intégrer dans le tableau de bord ;
- a) analyser le tableau de bord comme prévu à l'article 10 ;
- b) rapportage d'incidents critiques : collecte des données, analyse, feed-back ;
- c) rapport annuel: par le projet + feedback de Faith (voir article 11) ;
- d) participer aux Communautés d'apprentissage « learning communities » / 6 mois ou davantage, si la « community » le juge pertinent ;
- e) participer aux interventions ;
- f) analyse de l'intervention personnelle pour des prestations alternatives.

Le projet s'engage à mettre tout en œuvre pour s'approprier ces mesures à partir de janvier 2021 (le Plan prévoit que la responsabilité de la récolte et de l'analyse de ces données passe progressivement aux projets).

## **XII. 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.

## **XIII. 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 Integreo](#) :
  - 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. une fois par an (pour la première fois en mars 2018) : une série d'indicateurs (caractéristiques socioéconomiques, 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. Les indicateurs sont basés sur les données prestées au cours de la dernière année disponible. Ces données contiennent également des informations sur les interventions personnelles pour les prestations alternatives ;
  - b. deux fois par an (pour la première fois en février 2018) : le détail des dépenses pour les soins de santé (dépenses AMI, tickets modérateurs, suppléments) pour 69 groupes de numéros de code 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) - basées sur les données comptabilisées dans les 4 derniers trimestres disponibles ;
  - c. Réponses à des questions spécifiques au sens de l'article 5.

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

**Art. 16, § 1.** La présente convention produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et prend fin le 31 décembre 2021.

**§ 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, à tout moment, proposer une proposition d'avenant à la convention ou aux annexes à l'INAMI. 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.** Si les données administratives mentionnées dans la convention sont modifiées, le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé peut adapter la convention afin de la mettre en conformité avec les nouvelles données. Il s'agit :

- a) De l'adaptation des données de contact du projet pilote et des membres du consortium : à la demande du projet pilote
- b) De l'adaptation de la région, du groupe cible, des partenaires et des soins groupés : 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, que l'objectif selon lequel 80 % des bénéficiaires inclus dans le projet donnent leur consentement éclairé pour l'utilisation de données codées n'a pas été atteint et qu'il est constaté qu'à la suite du fonctionnement du projet les dépenses augmentent, 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.

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

**§ 7.** S'il est mis fin à la convention, le calcul de la garantie budgétaire se fera suivant les principes et le calendrier prévus dans la partie VII de la présente convention. Si après la date de préavis, des données doivent encore être communiquées, le projet pilote s'engage à le faire.

## **XV. 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.

## **XVI. Annexes**

**Art. 18. § 1.** A cette convention sont annexées la description des données administratives du projet pilote et des recommandations qui ont été formulées lors de l'évaluation du dossier de candidature.

**§ 2.** A cette convention seront ajoutées les annexes suivantes endéans les 3 mois suivant la signature de cette convention :

- a) La description du plan d'action locorégional pour la mise en place de soins intégrés en faveur des malades chroniques et le diagramme de Gantt;
- b) La description concrète des groupes cibles administratif et opérationnel et modalités d'inclusion des bénéficiaires;
- c) La description concrète du management d'intégration;
- d) La liste de prestations et services avec mention du montant pris en charge par le projet pilote et de l'intervention personnelle du bénéficiaire;
- e) La description concrète de l'utilisation des gains d'efficience.

Ces annexes sont rédigées par le projet pilote en concertation avec la cellule interadministrative sur base du dossier de candidature introduit et des documents supplémentaires. Dès le moment où elles sont approuvées par le groupe de travail permanent, ces annexes sont ajoutées de plein droit à la convention.

## **XVII. 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.

## **XVIII. Tribunaux compétents**

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

Fait en deux exemplaires,  
À Bruxelles,

Le     /     /2018.

Pour le projet,

Pour le Comité de l'assurance,

Le Fonctionnaire dirigeant,  
Ri De Ridder,  
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. La composition du consortium

*« Dans l'attente de l'envoi par les projets pilotes au cours de l'année 2018 de la liste des partenaires qui ont rejoint le consortium et avec lesquels des accords ont été conclus dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action, nous ajouterons à l'annexe 1 liste des partenaires qui ont signé le formulaire de mandat lors de la soumission de la demande. (Circ PSI 2018/001) »*

## **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 du management d'intégration**

## **Annexe 6. Liste de prestations et services avec mention du montant pris en charge par le projet pilote et de l'intervention personnelle du bénéficiaire**

Pour les prestations et services fournis 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, les interventions personnelles ne peuvent être attestées que si elles ont une base réglementaire ou si elles figurent dans cette annexe.

Description de la prestation ou du service : exprimé à l'unité (prestation, jour, semaine, mois, package...)	Partie à charge du projet	Intervention personnelle du bénéficiaire

(+ modalités de communication de cette liste aux patients)

## **Annexe 7. Description concrète de l'utilisation des gains d'efficience**