



Inleiding

In het kader van het plan “[geïntegreerde zorg voor chronisch zieken](#)” wordt met een 20-tal projecten een overeenkomst gesloten dat op het terrein moet leiden tot een betere aanwending van de huidige beschikbare middelen via integratie van processen, door het implementeren van 14 componenten om op die manier de **Triple Aim-doelstelling** te bereiken, met name zorg aanbieden die:

- de gezondheid van de bevolking in het algemeen verbetert, en van de chronisch zieken in het bijzonder;
- de ervaren kwaliteit van de zorg verbetert (patient centered)
- de beschikbare middelen efficiënter gebruikt (betere zorg aanbieden met de geïnvesteerde middelen - duurzaamheid van het financieringssysteem van de zorg).

De [gids](#) vormt daarbij de leidraad.

Het beoogde zorgmodel is eveneens gericht op equity en dus het wegwerken van gezondheidsongelijkheden, met specifieke aandacht voor de financiële en geografische toegankelijkheid van zorg.

Verder wordt ook beoogd om de arbeidsomstandigheden en de levenskwaliteit van de actoren te verbeteren.

Artikel 56, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voorziet dat “*onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden en in afwijking van de algemene bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten het Verzekeringscomité overeenkomsten kan afsluiten die in tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn en welke tot doel hebben een tegemoetkoming te verlenen aan zorgverleners of aan rechtspersonen die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen met het oog op [...] het behandelen van chronische aandoeningen die een multidisciplinaire aanpak vergen*”.

Deze nota geeft een toelichting bij de bepalingen die zijn opgenomen in het koninklijk besluit dat is genomen in uitvoering van dit artikel 56, § 2, eerste lid, 3° en dat de voorwaarden vastlegt waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met projecten voor geïntegreerde zorg.

Het feit dat in deze nota enkel de aandacht gaat naar de organisatie van de zorg in het kader van de wetgeving binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (Riziv) betekent geenszins dat de beoogde projecten federale projecten zouden zijn. Deze projecten worden georganiseerd in het kader van een gemeenschappelijk plan dat door alle betrokken ministers van de federale overheid en van de deelstaten is goedgekeurd en waarbij de federale overheid zich heeft geëngageerd om tezamen met de deelstaten een gecoördineerd gezondheidsbeleid te voeren ter ondersteuning van de ontwikkeling van geïntegreerde zorg in België.

Deze nota is dus een luik vanuit de ziekteverzekering binnen dit plan, naast de initiatieven die door de andere overheden worden genomen.

Deze nota volgt de structuur van de hoofdstukken uit het koninklijk besluit.

1 Algemene bepalingen

1.1 Definities

1.1.1 Contractant : de rechtspersoon waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst afsluit

Het is belangrijk om een werkbare governance structuur op te zetten. De projecten zijn vrij om te kiezen hoe ze deze governance willen organiseren. Mogelijks kan dit een rechtspersoon zijn die de organisatie van deze governance als doelstelling in zijn statuten opneemt (te vergelijken met een koepelorganisatie waarvan alle actoren lid zijn, en waar afspraken gemaakt worden inzake de governance van het project). Daarbij blijft elke actor dan wel verantwoordelijk voor de acties die hij/zij onderneemt.

Dit kan een bestaande organisatie zijn die deze dienst ter beschikking stelt (bijvoorbeeld een ziekenhuis, een rustoord, een GDT,...).

Dit kan ook een feitelijke vereniging zijn waarbij alle partners afspraken maken zonder dat deze formeel ingebed zijn in een organisatie met rechtspersoonlijkheid.

Evenwel, wat de **ondertekening** betreft van de overeenkomst met het Verzekeringscomité bij het Riziv, dient dit te gebeuren door een organisatie met rechtspersoonlijkheid. Deze organisatie mag geen winstoogmerk beogen (dat kan een vzw, een publiek instelling,... zijn). Dit kan een instelling of dienst zijn binnen de actoren van een project. Als bijvoorbeeld een OCMW de voornaamste trekker is van een project zou dit de gemeente kunnen zijn die dan zal optreden voor het pilootproject. Dit kan dus ook de rechtspersoon zijn die werd opgericht om de governance waar te nemen. Het sluiten van deze overeenkomst met een feitelijke vereniging of met een individuele verstrekker is niet mogelijk.

1.1.2 “Partners”: de verplichte partners en de andere partners zoals omschreven in de gids

De verplichte partners zijn:

- 1e lijns-partners: minstens huisartsen en thuisverpleegkundigen, met de mogelijkheid tot uitbreiding naar andere zorgverleners (apothekers, kinesitherapeuten, tandartsen...)
- 2e-lijns-partners: ziekenhuizen en diverse betrokken afdelingen, diensten en functies
- partners uit de thuiszorg,
- verschillende medische specialismen die betrokken zijn bij chronische zorg,
- één of meer overlegstructuren met een representatieve vertegenwoordiging in het gebied van het pilootproject (bijvoorbeeld GDT),
- één of meer patiënten-, mantelzorg- of familieverenigingen.

Andere partners kunnen zijn : partners uit de non-profit sector, de zorgsector, de ondersteunende sector, bedrijven en lokale overheden, lokale ziekenfondsen, OCMW's, en andere actoren binnen een pilootproject.

1.1.3 Lopende innovatieprojecten

Hierbij wordt verwezen naar:

- artikel 11 en 107 van de wet op de ziekenhuizen : hieronder vallen de projecten in het kader van de geestelijke gezondheidszorg : “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken”. Informatie over deze projecten : [website art. 107](#)
- artikel 63 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 dat de financiering regelt van een aantal projecten via het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. De lijst van deze projecten en de betrokken ziekenhuizen wordt vermeld op de [website integreo.be](#)
- het koninklijk besluit van 17 augustus 2013 waarbij overeenkomsten gesloten werden met projecten voor alternatieve en ondersteunende, geïntegreerde en multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen : [website projecten Protocol 3](#)

1.1.4 Administratieve doelgroep, operationele doelgroep en inclusie

Het KB maakt een onderscheid tussen de ‘**operationele**’ doelgroep en de ‘**administratieve**’ doelgroep.

Met de administratieve doelgroep wordt het geheel van rechthebbenden bedoeld die beantwoorden aan door het project vooropgestelde en op IMA niveau meetbare kenmerken (bijlage 1 bij het KB). Het gaat enkel om rechthebbenden met woonplaats in de regio van het project. De administratieve doelgroep maakt het mogelijk om op een gestandaardiseerde wijze belangrijke wijzigingen tot stand te brengen in de financiering van de zorg : de financiële opvolging zal gebeuren op basis van deze administratieve doelgroep.

De operationele doelgroep laat het project toe om een zekere flexibiliteit in te bouwen ten opzichte van de beperkingen die inherent zijn aan het gebruik van ziekteverzekeringsgegevens. Het laat eveneens het project toe om de doelgroep progressief uit te breiden.

Met deze operationele doelgroep wordt de groep van rechthebbenden bedoeld die de actoren van het project voor ogen houden en waarover ze binnen hun project afspraken maken en zich engageren tot de geïntegreerde tenlasteneming van deze doelgroep met het oog op het realiseren van de doelstellingen van het project.

Van zodra de actoren deze doelgroep hebben omschreven kunnen zij bijvoorbeeld afspreken dat zij een gedeeld multidisciplinair zorgplan zullen gebruiken op het ogenblik dat zij in contact komen met een rechthebbende uit de operationele doelgroep en waarin de noodzakelijke informatie voor de tenlasteneming van deze doelgroep is voorzien. Actoren kunnen overeenkomen dat zij binnen de week na de inclusie van een rechthebbende elkaar zullen ontmoeten om geïntegreerde afspraken te maken met en rond deze rechthebbende. Of kunnen zij concrete afspraken maken over bijscholing, gegevensmanagement, governance, Steeds met de concrete doelgroep voor ogen.

Het lijkt logisch dat deze actoren vrij snel afspraken maken over acties rond preventie gericht naar deze operationele doelgroep.

Het is de bedoeling dat deze operationele doelgroep na 4 jaar ongeveer 10 % bedraagt van de bevolking van de regio van het project. Dit betekent dat een project een voldoende groot aantal actoren moet kunnen betrekken, sensibiliseren en tot actie laten overgaan op het ogenblik dat zij in contact komen met de rechthebbenden uit de doelgroep. Het koninklijk besluit gaat ervan uit dat een project een fasering voorziet waarbij een voldoende groot aantal actoren wordt betrokken opdat de afspraken en hun engagementen zullen leiden tot een operationele doelgroep die een substantieel gedeelte uitmaakt van de populatie. Deze operationele doelgroep zal in de eerste, tweede, derde en vierde periode van 12 maanden respectievelijk 1%, 3%, 6% en 10% bedragen van de volledige bevolking in de geografische zone;

Van zodra de actoren in contact komen met de rechthebbende uit de operationele doelgroep wordt deze geïnccludeerd. Praktisch betekent dit dat een signaal zal vertrekken naar het ziekenfonds van deze rechthebbende en dat een geïnformeerde toestemming zal moeten ondertekend worden in het kader van de wetenschappelijke evaluatie van de projecten. Concreet betekent deze inclusie dat de rechthebbende individueel wordt geïnformeerd over de wijze van tenlasteneming in het kader van geïntegreerde zorg en waarmee concrete afspraken worden gemaakt die voortvloeien uit de ontwikkeling van de 14 componenten. Hoe de inclusie gebeurt, welke informatie moet uitgewisseld worden en welke concrete afspraken kunnen gemaakt worden zal bepaald worden door het project.

De uitbouw van de operationele doelgroep naar 10 % van de bevolking kan impliciet worden doorgetrokken tot het aantal geïnccludeerde rechthebbenden. Aangezien het gaat om chronisch ziekten kan men er van uitgaan dat de rechthebbenden uit de operationele doelgroep vrij snel in contact zullen komen met de actoren van het project en dat zij dan geïnccludeerd zullen worden.

In tegenstelling tot de rechthebbenden in de administratieve doelgroep, kunnen rechthebbenden met een woonplaats buiten de regio en die beantwoorden aan de criteria van de operationele doelgroep ook geïnccludeerd worden in het project.

En project bepaalt zelf hoe het de 2 doelgroepen samenstelt. Een coherentie tussen beiden is uiteraard noodzakelijk. Wél blijven de criteria van de Gids van toepassing : de doelgroep kan bijvoorbeeld niet worden bepaald op basis van leeftijdscategorieën, een specifieke pathologie of op basis van een beperkte zorgepisod. Evenmin kunnen patiënten met polyopathie of comorbiditeit daarvoor worden uitgesloten.

Een project kan er expliciet voor kiezen om gans zijn bevolking op te nemen in de administratieve doelgroep. Op dat ogenblik komt de operationele doelgroep eveneens overeen met de administratieve doelgroep en zullen er op projectniveau afspraken gemaakt worden die de ganse populatie behelzen. Aangezien ook rechthebbenden van buiten de zone kunnen geïnccludeerd worden betekent dit dat de operationele doelgroep zelfs groter kan zijn dan de bevolking van de regio van het project.

Voor de bepaling van de administratieve doelgroep wordt de situatie genomen op 31 december.

1.1.5 Outliers

Het KB bepaalt een afzonderlijke regeling voor rechthebbenden waarvoor de kost ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging dermate afwijkt van de verwachte kost van de rechthebbenden in de administratieve doelgroep waartoe hij behoort.

Het gaat om de volgende situaties :

- a) De rechthebbenden met voorzienbare hoge uitgaven die behoren tot de volgende aandoeningengroepen (het gaat hier om de aandoeningengroepen die het Riziv kan samenstellen, bijvoorbeeld op basis van het gebruik van bepaalde medicatie (info uit Farmanet):
 - mucoviscidose
 - exocriene pancreasziekten
 - chronische hepatitis B en C
 - hemofilie
- b) De rechthebbenden met onvoorzienbare hoge uitgaven: deze worden geïdentificeerd door de afwijking in het verschil tussen de voorspelde en de reële kost ten opzichte van de grote meerderheid van de administratieve doelgroep vast te stellen op basis van een drempel. Voor ieder pilootproject wordt de drempel berekend als de som van het derde kwartiel (Q3) en drie keer de afstand tussen het derde en eerste kwartiel de interkwartielafstand (Q3-Q1).
De drempel = $Q3 + 3 * (Q3 - Q1)$. Alle rechthebbenden waarbij het verschil tussen de voorspelde en reële uitgaven groter is dan deze drempel worden geïdentificeerd als outliers.

Verder uit dit document zal blijken dat voor deze rechthebbenden met de reële kost zal rekening worden gehouden.

1.1.6 Gebundelde zorg

Het project beslist over de zorg- en hulpverlening waarop het project wenst in te zetten. Uiteraard staat dit in rechtstreeks verband met de actoren die minstens moeten betrokken worden bij het project (zie hoger). Dit pakket aan zorg- en hulpverlening komt overeen met de term “**gebundelde zorg**”. Het gaat hierbij om de zorg waarop het project een operationeel impact heeft, via de zorg- en hulpverleners die actief deelnemen aan het project. Hoe breder de waaier van zorg- en hulpverleners, hoe groter het operationeel impact dat het project kan bereiken en des te groter de kans dat de doelstellingen van het project kunnen gehaald worden.

Deze gebundelde zorg kan evolueren in de tijd: elk project neemt dit op zijn locoregionaal actieplan.

In de praktijk is het mogelijk dat een project start met een beperkte gebundelde zorg, wetende dat in de gids is voorzien dat een minimaal aantal actoren verplicht deel uitmaakt van het project. Dit betekent impliciet dat er ook een minimaal gebundelde zorg noodzakelijk is.

Het progressief uitbouwen, met bijkomende actoren, van de gebundelde zorg wordt aanbevolen. Het toevoegen van groepen van verstrekkingen is telkens mogelijk vanaf 1 januari van een kalenderjaar.

Wat de verstrekkingen binnen de verplichte ziekteverzekering betreft zal de keuze om verstrekkingen op te nemen in een pakket van gebundelde zorg gebeuren op basis van een lijst van 40 groepen van verstrekkingen (zie bijlage 2 bij het KB).

1.1.7 Integratiemanagement

Hier wordt verwezen naar de operationele aansturing binnen een pilootproject die leidt tot de integratie van zorgverlening aan rechthebbenden op niveau van de individuele zorgverlening, van het professionele aanbod, van organisaties binnen het netwerk, en van ondersteunende systemen.

1.2 Doelstellingen

In artikel 2 worden de doelstellingen opgenomen dat een project moet bereiken:

- Triple AIM:
 - de gezondheid van de bevolking verbeteren in het algemeen, en van de chronisch zieken in het bijzonder;
 - op niveau van de rechthebbende, de ervaren kwaliteit van de zorg verbeteren met aandacht voor de toegankelijkheid, evidence based zorg en tevredenheid;
 - de toegewezen middelen efficiënter gebruiken door betere zorg aan te bieden met de geïnvesteerde middelen en door de duurzaamheid van het financieringssysteem van de zorg te verbeteren;
- het verzekeren van de gelijke toegang tot zorg- en hulpverlening voor de bevolking en het reduceren van gezondheidsongelijkheden;
- het verbeteren van de jobtevredenheid van de zorgprofessionals.

Deze doelstellingen worden gerealiseerd door het ontwikkelen van elk van de 14 componenten zoals die zijn opgenomen in het KB. Een gedetailleerde beschrijving van wat deze 14 componenten inhoudt is onder de vorm van praktische fiches beschikbaar op de [website integreo](#).

De wijze en de timing waarbinnen deze componenten zullen worden ontwikkeld wordt bepaald in het kandidaatsdossier.

2 Opdrachten permanente werkgroep

Tussen de pilootprojecten en het Verzekeringscomité van het Riziv zal een overeenkomst gesloten worden. Om te vermijden dat het Verzekeringscomité alle specifieke vragen moet behandelen wordt het voorbereidend werk gedelegeerd aan een Permanente Werkgroep. Daarin zitten vertegenwoordigers van de verstrekkers, van de ziekenfondsen, van de administraties van de FOD Volksgezondheid en van het Riziv. Daarbij zullen ook de vertegenwoordigers van de deelstaten worden uitgenodigd.

Deze werkgroep zal op basis van tussentijdse verslagen ook kunnen beoordelen of een project nog in lijn is met wat is afgesproken in de overeenkomst. Indien dit niet het geval zou zijn kan de werkgroep aan het Verzekeringscomité voorstellen om de overeenkomst op te zeggen.

3 Indiening kandidatuur, selectiecriteria en selectieprocedure

3.1 Indiening kandidatuur

Het voorstel van een kandidaat pilootproject moet uiterlijk, via mail, ingediend worden binnen de 30 dagen na de publicatie van het KB. Dit dient te gebeuren aan de hand van een model dat wordt vastgelegd door het Verzekeringscomité. Dit model kan worden teruggevonden bij de [templates voor pilootprojecten op de website integreo](#).

Het voorstel kan ingediend worden door een vertegenwoordiger van de partners. In dat geval moet deze vertegenwoordiger een mandaat hebben van elk van de partners, waarin zij de engagementen die zij opnemen in het voorstel bevestigen.

3.2 Beoordeling kandidatuur

De beoordeling gebeurt door een jury op basis van een advies van de interadministratieve cel omtrent het respect van de formele criteria, op basis van inhoudelijke criteria, op basis van een mondelinge toelichting door het kandidaat pilootproject en desgevallend op basis van een advies van de betrokken Gemeenschap of Gewest.

3.2.1 Formele criteria

De beoordeling van de formele criteria gebeurt door de Interadministratieve cel :

- Ingediend binnen de voorziene termijn;
- Opgemaakt volgens het standaard model
- M.b.t. de zone :
 - aantal inwoners in de regio van het project ligt tussen de 100.000 en 150.000. Indien daarvan wordt afgeweken heeft project een motivering toegevoegd om een afwijking te bekomen.
 - het gaat om aaneengesloten gemeenten, deelgemeenten en/of districten die kunnen geïdentificeerd worden op niveau van een statistische sector. Omwille van de geografische

samenstelling geldt deze voorwaarde tot aaneensluiting van (deel)gemeenten niet voor de Duitstalige Gemeenschap.

- Een (deel)gemeente of district kan maar behoren tot één pilootproject.
- Samenstelling van het pilootproject met vermelding van de verplichte partners (zie hoger)
- Beschrijving van de administratieve doelgroep op basis van de kenmerken zoals gevoegd in bijlage 1 bij het KB.
- Beschrijving van de gebundelde zorg op basis van de groepen die zijn opgenomen in bijlage 2; deze bevat minstens de verstrekkingen van de verplichte partners.

Het resultaat van deze beoordeling wordt onder de vorm van een advies meegedeeld aan de jury.

Rekening houdende met dit advies beslist de jury of het voorstel van het kandidaat pilootproject nog beoordeeld moet worden op de inhoudelijke criteria en er nog een mondelinge toelichting moet gegeven worden. Deze beslissing wordt nadien meegedeeld aan de permanente werkgroep en aan het Verzekeringscomité die alsnog kunnen beslissen om het kandidaat pilootproject verder te beoordelen

3.2.2 Inhoudelijke criteria

In artikel 9 worden de inhoudelijke criteria opgenomen waarop een kandidaat project zal worden beoordeeld. Deze beoordeling gebeurt op basis van een evaluatierooster dat door het Verzekeringscomité, op voorstel van de permanente werkgroep wordt vastgelegd en [gepubliceerd bij de templates op de website integreo](#).

3.2.2.1 Samenstelling van het pilootproject

Zie hoger : verplichte en andere partners en gebundelde zorg. Het aantal verplichte partners en het aantal andere partners moet voldoende groot en divers zijn om de doelstellingen t.a.v. de administratieve doelgroep te kunnen realiseren. Eveneens moeten duidelijke afspraken gemaakt worden rond inclusie van bijkomende partners.

3.2.2.2 Objectivering van de behoeften en de risico's qua zorgnood en zorggebruik in de regio van het kandidaat pilootproject.

Hier gaat het om beschrijving van de behoeften van de populatie, van de stratificatie/objectivering van de behoeften en risico's in de regio, de cartografie van de middelen en een swot-analyse van de regio.

3.2.2.3 De doelgroep

De omschrijving van zowel de operationele als de administratieve doelgroep en de coherentie daarvan. Zoals reeds hoger vermeld tekent het kandidaat pilootproject over de duurtijd van het project een traject uit waarbij een voldoende groot aantal actoren wordt betrokken opdat de afspraken en hun engagementen zullen leiden tot een operationele doelgroep die een substantieel gedeelte uitmaakt van de populatie. Deze operationele doelgroep zal in de eerste, tweede, derde en vierde periode van 12 maanden respectievelijk 1%, 3%, 6% en 10% bedragen van de volledige bevolking in de geografische zone

3.2.2.4 Inclusie

De criteria en modaliteiten voor inclusie van rechthebbenden zijn voldoende duidelijk en nauwkeurig.

3.2.2.5 Lopende innovatieprojecten

Daarbij wordt verwezen naar de projecten "art 107", de projecten "B4" binnen de ziekenhuizen, de zorgvernieuwingsprojecten voor kwetsbare ouderen in het kader van protocol 3 (zie hoger): zij moeten

actief betrokken zijn indien zij binnen de geografische zone zorg aanbieden aan de doelgroep van het pilootproject.

3.2.2.6 Actieve betrokkenheid van patiënten-, mantelzorg-, en familieverenigingen en van de ziekenfondsen

3.2.2.7 De interne samenhang van het pilootproject : duidelijkheid van de concepten en doelstellingen, scope en relevantie van doelstellingen

3.2.2.8 De innovatiegraad van het project

3.2.2.9 De coherentie van het project met de doelstellingen van het plan en met de ontwikkeling van de 14 componenten

3.2.2.10 De integratie van landelijke zones indien aanwezig in de projectzone

Indien landelijke zones aanwezig zijn in de projectzone biedt het pilootproject de garanties dat de doelstellingen van het project ook daar zullen gerealiseerd worden.

3.2.2.11 Het project focust op de noden en doelen van de patiënt in kader van doelgerichte zorg

3.2.2.12 Volledige zorgspectrum

Opname van het volledige zorgspectrum voor de rechthebbenden in de doelgroep het project (i.e. van gezondheidsbevordering tot palliatieve zorg), met inbegrip van het waarborgen van de permanentie en continuïteit van de verzorging, ook als sommige zorgaspecten die niet aanwezig zijn binnen de pilootzone worden aangeboden door samenwerkingen met externe partners buiten de pilootzone.

3.2.2.13 De verwachte impact

De verbetering van de gezondheid en van de ervaren kwaliteit, de sociale en economische voordelen, de ambities en het verwachte potentieel van het project, de veralgemeenbaarheid van de voorgestelde initiatieven, het proces van changemanagement, de duurzaamheid en het financieel impact van de tot stand gebrachte veranderingen na afloop van het project en de projectfinanciering

3.2.2.14 De realiseerbaarheid van de timing en van het financieel plan

3.2.2.15 Indicatoren en processen voor zelfevaluatie en bijsturing

3.2.2.16 Minimaal niveau van bestuurlijke, organisatorische en financiële integratie

Uit de beschrijving blijkt tenminste dat de middelen van het project en de middelen die vrijkomen en geherinvesteerd worden door een gemeenschappelijke governance structuur worden beheerd.

3.2.2.17 Integratiemanagement

3.2.2.18 Efficiënte aanwending van middelen en het beheer van de daarmee samenhangende financiële gevolgen

3.2.2.19 De financiële toegankelijkheid tot zorg- en hulpverlening en het vermijden van meerkost voor de rechthebbende

3.2.2.20 De communicatiestrategie naar de bevolking, de doelgroep, de partners en de andere actoren waaruit blijkt dat dit gebeurt op een systematische, regelmatige en interactieve wijze.

3.2.2.21 De beschrijving van de wijze waarop de actoren zullen opgeleid, gecoacht en ondersteund worden in kader van de implementatie van geïntegreerde zorg

3.2.2.22 Diverse engagementen

De partners engageren zich om:

- gegevens te registreren en ter beschikking stellen;
- deel te nemen aan opleidingsinitiatieven, intervisies en uitwisselingsactiviteiten georganiseerd door de overheden of in het kader van de wetenschappelijke begeleiding;
- externe evaluaties in het kader van de wetenschappelijke evaluatie te aanvaarden;
- de ICT-ontwikkelingen te laten aansluiten bij de filosofie van het Actieplan eGezondheid.

3.2.2.23 Bijkomende voorwaarden die zijn toegevoegd door de ministers van de deelstaten

Een project wordt ook beoordeeld op de voorwaarden die door de deelstaat waartoe de regio van het project behoort, worden voorzien.

Deze voorwaarden zijn opgenomen in de Gids.

a) **Vlaanderen:**

Rond het netwerk van partners dienen de volgende overlegstructuren minstens inhoudelijk betrokken te worden:

- samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL), lokale multidisciplinaire netwerken (LMN), overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (LOGO).
- wel dient opgemerkt dat de SEL's en LMN's voorwerp zijn van herstructurering in het kader van de reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen, die zal uitmonden in een conferentie in 2017. De projecthouders moeten er rekening mee houden dat deze structuren in de loop van het project kunnen wijzigen van opdracht, personeel en organisatie. Dit is belangrijk indien de projecthouders er voor kiezen deze structuren in het consortium op te nemen.

Elk pilootproject moet gelijk lopen met de regio's, die zullen afgebakend worden binnen de werkgroep 'afbakening van zorgregio's', die zijn werkzaamheden zal uitoefenen binnen het hervormingstraject van de eerstelijnszorg in Vlaanderen. Zolang deze werkgroep geen eindrapport hierover heeft neergelegd, geldt de afbakening van de kleinstedelijke zorgregio's, zoals bepaald in het zorgregiodecreet, maar wel met respect voor een minimum van 75.000 inwoners.

De Vlaamse Gemeenschap startte zelf reeds met verschillende initiatieven in de zorg. - Een heel belangrijke evolutie is deze naar een Vlaamse Sociale Bescherming. Een conceptnota, die de contouren van dit systeem beschrijft, werd door de Vlaamse Regering goedgekeurd. De Vlaamse

Gemeenschap wil de pilootprojecten aangrijpen om te leren hoe de financiering van zorg concreet kan uitgewerkt worden met het oog op het zorgmodel van de toekomst voor patiënten met chronische aandoeningen. Voor de zorg waarvoor Vlaanderen bevoegd is en die opgenomen is in de Vlaamse sociale bescherming, betekent dit dat we rekening houden met de conceptuele ontwikkelingen richting persoonsvolgende financiering. Centraal vertrekpunt voor de manier waarop we de zorg in de toekomst organiseren is de zorgvrager zelf. De projecten moeten ons ervaring opleveren op vlak van incentives die ertoe aanzetten om het bestaande aanbod onderling te verbinden tot een geïntegreerde zorg rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, waar nodig op basis van een zorgplan, waarbij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood de regie in handen heeft. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood kiest hierbij zelf de partners van het netwerk en deze engageren zich om zorg te dragen voor de eigen activiteiten en voor de activiteiten van het netwerk dat zij vormen. Het inzetten van een persoonsvolgende financiering zal deel uitmaken van de evaluatie na de uitvoeringsfase.

Met het oog op de doelstellingen van de conceptnota Vlaamse sociale bescherming is het gebruik van de BelRAI screener (en indien mogelijk de BelRAI) een voorwaarde voor alle betrokken zorgactoren, waarvoor dit instrument relevant is. Een registratie van relevante gegevens m.b.t. zorggebruik en toegang tot zorg is eveneens noodzakelijk voor het uitwerken van concepten van persoonsvolgende financiering. Ook moeten de pilootprojecten de zorgkassen in dit kader bij het project betrekken.

In zoverre het gaat om complexe zorg wordt aangedrongen op het opmaken van goedgekeurde zorgplannen (dit wordt verder geconcretiseerd ikv de eerstelijnsconferentie in 2017).

Nieuwe zorgvormen dienen te passen in het Vlaamse zorg- en welzijnsbeleid en dienen m.a.w. geïntegreerd te worden in de Vlaamse regelgeving.

De Vlaamse Gemeenschap wenst dat de pilootprojecten zich inpassen in het preventiebeleid van Vlaanderen, daar waar de pilootprojecten initiatieven ontwikkelen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Van bepaalde trajecten die de Vlaamse Gemeenschap opgestart heeft, zijn de contouren nog niet duidelijk. Het gaan dan concreet om de conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen, het mantelzorgplan, de preventieconferentie rond voeding en beweging en tabak, alcohol en drugs van eind 2016, het globaal plan geestelijke gezondheidszorg, de hervorming van de eerstelijnszorg, de eerstelijnsconferentie in 2017, zorgstrategische planning van de ziekenhuizen, blauwdruk revalidatie, De Vlaamse Gemeenschap vraagt aan de pilootprojecten met deze trajecten rekening te houden en zich hierin in te passen. Aan de pilootprojecten zal informatie meegedeeld worden over deze trajecten, zodat eventuele bijsturing mogelijk is.

b) Wallonië

Wallonië moedigt de eerstelijnsactoren binnen haar bevoegdheid aan om actie te ondernemen voor een netwerk dat de multidisciplinariteit bevordert en om de verschillende componenten van geïntegreerde zorg te implementeren in hun benadering van chronisch zieken.

De meeste actoren kunnen zo bijdragen aan de ontwikkeling van pilootprojecten, rekening houdend met hun doelstellingen en met de opdrachten die vanuit het Waals Gewest worden toegewezen. Bijvoorbeeld kan het gaan over geïntegreerde diensten in de thuiszorg, coördinatiecentra voor thuiszorg, lokale multidisciplinaire netwerken, huisartsenkringen,

platformen voor palliatieve zorg, multidisciplinaire palliatieve equipes, wijkgezondheidscentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, overlegplatformen voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische thuiszorg, programma's voor gezondheidspromotie, of andere vormen van netwerken en multidisciplinariteit,...

Bovendien legt Wallonië geen territoriale zones op. De actoren dienen zich te organiseren met respect voor de vrijheid van vereniging en voor zover er geen overlap van activiteiten gecreëerd wordt.

De actoren mogen niet afwijken van de opdrachten die toegewezen worden vanuit het Waals Gewest.

c) Brussel

De projecten moeten een bicommunautair karakter hebben.

d) Duitstalige Gemeenschap

De Duitstalige Gemeenschap voegt geen bijkomende voorwaarden toe.

3.2.3 Oprichting jury

Elk kandidaat project wordt beoordeeld door de jury. De jury wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv en door de Directeur Generaal van het Directoraat Generaal Gezondheidszorg bij de FOD Volksgezondheid of door de hen aangeduide ambtenaren.

De jury is samengesteld uit 4 groepen:

- 4 effectieve en 4 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de administraties van het Riziv en van de FOD Volksgezondheid
- 4 effectieve en 4 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, aangeduid door het Verzekeringscomité
- 4 effectieve en 4 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de zorgverleners, aangeduid door het Verzekeringscomité
- 4 effectieve en 4 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties aangeduid door het Observatorium voor chronisch zieken.

3.2.4 Beoordeling door de jury

Elke afzonderlijke groep binnen de jury evalueert de ingediende projecten op het resultaat van de beoordeling over de formele en de inhoudelijke criteria. Telkens wordt een motivering toegevoegd. Elke groep maakt 1 beoordeling per project. Deze beoordeling gebeurt op basis van een evaluatietool dat door het Verzekeringscomité wordt ter beschikking gesteld.

Op basis van het voorstel van beoordeling van elke groep bereidt de jury het gesprek voor dat nadien volgt met elk kandidaat pilootproject waarbij dit project zijn voorstel zal toelichten. De Gemeenschap of het Gewest waartoe de regio van het pilootproject behoort worden daarbij uitgenodigd.

Nadien maakt de jury, desgevallend in aanwezigheid van de Gemeenschap of het Gewest waartoe de regio van het pilootproject behoort, een eindbeoordeling die rekening houdt met de beoordeling op basis van het schriftelijk dossier, de beoordeling op basis van de mondelinge toelichting en desgevallend het advies

dat is gegeven door de Gemeenschap/Gewest met betrekking tot de integratie in de projecten van elementen die tot de bevoegdheid behoren van de gemeenschappen teneinde de doelstellingen van het plan optimaal te kunnen realiseren.

De jury kan geldig vergaderen als minstens 1 lid voor minstens 3 van de 4 groepen aanwezig is.

Elke jury deelt zijn gemotiveerde eindbeoordeling mee aan de permanente werkgroep van het Verzekeringscomité.

Het is finaal de permanente werkgroep die een voorstel van lijst van projecten formuleert aan het Verzekeringscomité waarmee een overeenkomst kan afgesloten worden.

Indien zou blijken dat er meer dan 20 projecten zijn, maakt de permanente werkgroep een rangschikking, waarbij de werkgroep rekening houdt met de grootte van de administratieve doelgroep, de complementariteit tussen de verschillende betrokken partners en hun representativiteit ten opzichte van de aangeboden zorg op het territorium van het project, het aantal en diversiteit van de partners en de geografische spreiding van de projecten binnen het Belgische grondgebied.

De finale beslissing ligt bij het Verzekeringscomité.

4 Overeenkomst met het Verzekeringscomité

In artikel 14 voorziet het KB wat er minstens moet opgenomen worden in de overeenkomst die zal gesloten worden tussen het Verzekeringscomité en de weerhouden projecten.

Deze overeenkomst wordt gesloten voor een periode van 4 jaar. Als blijkt dat ondermeer verplichte partners ontbreken of onvoldoende betrokken zijn, of bij het onvoldoende includeren van rechthebbenden in het project, of het niet behalen van de doelstellingen of bij het niet respecteren van de bepalingen van de overeenkomst kan de overeenkomst opgezegd worden. De overeenkomst zal eveneens worden opgezegd indien blijkt dat ingevolge de werking van het project de uitgaven stijgen.

In geval van aanpassing van de overeenkomst door het Verzekeringscomité en als blijkt dat het project dit niet aanvaardt, dan voorziet het KB dat de overeenkomst wordt opgezegd.

5 Integratiemanagement

Tijdens de looptijd van het pilootproject stort het Riziv een tegemoetkoming van 150.000 euro op jaarbasis voor de vergoeding van de kost voor het integratiemanagement. Deze middelen mogen niet worden aangewend voor het vergoeden van zorgverstrekkingen noch voor coördinatie en overleg rond een individuele patiënt.

Deze tegemoetkoming wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd.

Het integratiemanagement wordt beschouwd als een functie waarbij meerdere personen worden betrokken. Het moet wel worden gecoördineerd door een voltijds coördinator. Daarmee wordt beoogd dat deze persoon autonoom kan werken (niet tegelijkertijd een zorg- of hulpverlener bij één van de actoren van het project) en op die manier het vertrouwen kan winnen van alle actoren.

Het integratiemanagement neemt deel aan opleidingen, intervisies en uitwisselingsactiviteiten georganiseerd door de overheden en door de wetenschappelijke equipe en stelt alle relevante informatie ter beschikking met betrekking tot de veranderingsprocessen die tot stand worden gebracht.

De interadministratieve cel stelt alle nuttige informatie ter beschikking van het integratiemanagement van de projecten met inbegrip van een lijst van veel gestelde vragen en hun antwoorden en de uitwisseling van informatie over goede praktijken : [website integreo.be](http://website.integreo.be)

6 Budgetgarantie: berekening verwachte kost en reële kost

In de gids wordt voorzien dat de **federale overheid** tijdens de looptijd van de projecten een budgetgarantie geeft voor de bedragen die voorzien zijn in de terugbetaling van verstrekkingen.

Het toelaten aan de pilootprojecten om de beschikbare middelen op een andere wijze in te zetten, veronderstelt de garantie dat middelen waarover de projectpartners vandaag kunnen beschikken, hen ter beschikking worden gesteld in het kader van het project.

Dit koninklijk besluit voorziet een “systeem van budgetgarantie”. **Concreet wordt gegarandeerd dat het project de middelen ontvangt die bepaald worden op basis van de kost die men zou verwachten en de reële kost.** De kost die men zou verwachten gaat uit van een nationale referentie en houdt rekening met de concrete kenmerken van de administratieve doelgroep binnen de regio van dat project.

Het gaat hier dus om de garantie dat efficiëntiewinsten die zijn gerealiseerd op conto van het project, opnieuw kunnen geïnvesteerd worden door het project. Dit betekent dat zij ter beschikking moeten kunnen blijven van het project.

6.1 Verwachte kost = A

De kost A die men zou verwachten voor geneeskundige verzorging wordt door de Riziv bepaald op basis van de kost van het nationaal gemiddelde van de rechthebbenden die overeenkomen met de beschrijving van de administratieve doelgroep van het pilootproject en die wordt aangepast op basis van de concrete kenmerken van de administratieve doelgroep binnen de regio van het pilootproject.

De berekening gebeurt op basis van de geboekte gegevens die door het Intermutualistisch Agentschap ter beschikking worden gesteld van het Riziv en die betrekking hebben op het kalenderjaar waarvoor de berekening gebeurt (berekening a posteriori). Deze berekening kan aangepast worden indien blijkt dat de rechthebbenden uit de regio hun zorg halen in het buitenland.

De berekening gebeurt op basis van alle rechthebbenden in België die beantwoorden aan de criteria van de administratieve doelgroep van het pilootproject en dit op 31 december van elk kalenderjaar. De administratieve doelgroep kan door het pilootproject worden aangepast, telkens vanaf de 1ste januari van een kalenderjaar.

De berekening is gebaseerd op deze die is voorzien in artikel 196, § 2 van de wet. In functie van de administratieve doelgroep van een pilootproject worden de waarden van de parameters zoals die zijn opgenomen in bijlage 3 berekend voor elk pilootproject.

De berekening gebeurt minstens voor de 16 groepen van geneeskundige verstrekkingen die zijn aangeduid in bijlage 2 bij het KB. In functie van de definitie van de doelgroep en in functie van de partners die deel uitmaken van het project kunnen op voorstel van het project en/of bij beslissing van het

Verzekeringscomité daaraan andere groepen van verstrekkingen worden toegevoegd. Deze aanpassing is telkens mogelijk vanaf de 1ste januari van elk kalenderjaar.

Wat de uitgaven betreft met betrekking tot het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen wordt enkel rekening gehouden met het variabel deel zoals dat is bepaald in uitvoering van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Bij de berekening van de verwachte kost worden de outliers niet meegerekend.

Bij de aanpassing van de gemiddelde nationale kost om rekening te houden met de concrete kenmerken van de rechthebbenden in de administratieve doelgroep in de regio van het pilootproject (situatie 31 december van elk kalenderjaar) wordt rekening gehouden met de lijst van parameters die is gevoegd in bijlage 3 van het koninklijk besluit en met uitgaven voor outliers. Concreet gaat het hier om de techniek die ook wordt toegepast in het kader van de bepaling van de normatieve verdeelsleutel voor de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen : zie [koninklijk besluit van 4 mei 2012](#).

Het resultaat van de berekening is een bedrag per jaar per rechthebbende.

6.2 Reële kost

Tegelijkertijd met de berekening van de verwachte kost berekent het Riziv, op basis van dezelfde gegevens en volgens dezelfde principes, de reële kost voor de rechthebbenden die behoren tot de administratieve doelgroep binnen de zone van het pilootproject. Ook hier wordt geen rekening gehouden met de kost van de outliers.

7 Storten van gerealiseerde efficiëntiewinsten

Op basis van de verwachte kost en de reële kost bepaalt het Riziv of efficiëntiewinsten gestort worden aan het pilootproject.

Aangezien het systeem van normalisatie (zie hoger bij bepaling budgetgarantie) niet alle verschillen kan verklaren, wordt een tolerantiedrempel van 5 % voorzien. M.a.w. een reëel uitgavniveau dat ligt tussen de verwachte genormaliseerde kost + 5 % en de verwachte genormaliseerde kost – 5 % wordt dan als normaal beschouwd. Dit betekent dat een project met een reële kost dit hoger is dan de verwachte genormaliseerde kost + 5 % met zekerheid een kost heeft die hoger is dan wat zou verwacht worden. Ten slotte, voor een project met een reële kost die lager is dan de verwachte genormaliseerde kost – 5 % kan men met zekerheid zeggen dat die reële kost lager is dan de verwachte kost.

7.1 Indeling in 3 groepen

Het uitgangspunt voor het bepalen of efficiëntiewinsten kunnen gestort worden is de verwachte kost in (A_{2016}) en de reële kost van het pilootproject die worden berekend voor het referentiejaar 2016 (op basis van de administratieve doelgroep op 31 december 2016).

Daarbij doen zich de volgende situaties voor :

- 1° De reële kost is groter dan de verwachte kost $A_{2016}+5\%$: in dat geval behoort het project tot de **groep X**. Het verschil tussen de reële kost en de verwachte kost $A_{2016}+5\% = D_{2016}$

- 2° De reële kost ligt tussen de verwachte kost $A_{2016}+5\%$ en de verwachte kost ($A_{2016}-5\%$): in dat geval behoort het project tot de **groep Y**. Het verschil tussen de reële kost en de verwachte kost $A_{2016}-5\%$ = D_{2016}
- 3° De reële kost is kleiner dan de verwachte kost $A_{2016}-5\%$: in dat geval behoort het project tot de **groep Z**. Het verschil tussen de verwachte kost $A_{2016}-5\%$ en de reële kost = D_{2016}

Elk project zal, gedurende de volledige looptijd, ingedeeld worden in één van deze groepen. Telkens als een project (vanaf 1 januari van een kalenderjaar) ervoor kiest om ofwel de administratieve doelgroep aan te passen ofwel om bovenop de 16 groepen van verstrekkingen andere groepen toe te voegen, zal deze berekening opnieuw gebeuren en kan het zijn dat een project vanaf dat kalenderjaar ingedeeld wordt in een andere groep.

7.2 Berekening efficiëntiewinst

Deze berekening hangt af van de groep waartoe het project behoort. Nadien wordt steeds het verschil gemaakt tussen enerzijds de verwachte kost in het betrokken kalenderjaar, verhoogd met D_{2016} (het verschil tussen verwachte kost en reële kost in 2016) en anderzijds de reële kost in het betrokken kalenderjaar.

Indien dit resultaat positief is, wordt dit verschil gestort. Dit betekent dat, wanneer het verschil tussen de reële kost en de verwachte kost in 2016 lager is dan het verschil tussen de reële kost en de verwachte kost in het kalenderjaar, er een bijkomende storting is.

Wat de groepen X en Y betreft wordt de verhoging met D_{2016} evenwel slechts partieel doorgevoerd (zie verder).

7.2.1 Berekening efficiëntiewinst voor groep X

In geval een project behoort tot de groep X wordt het verschil gemaakt tussen:

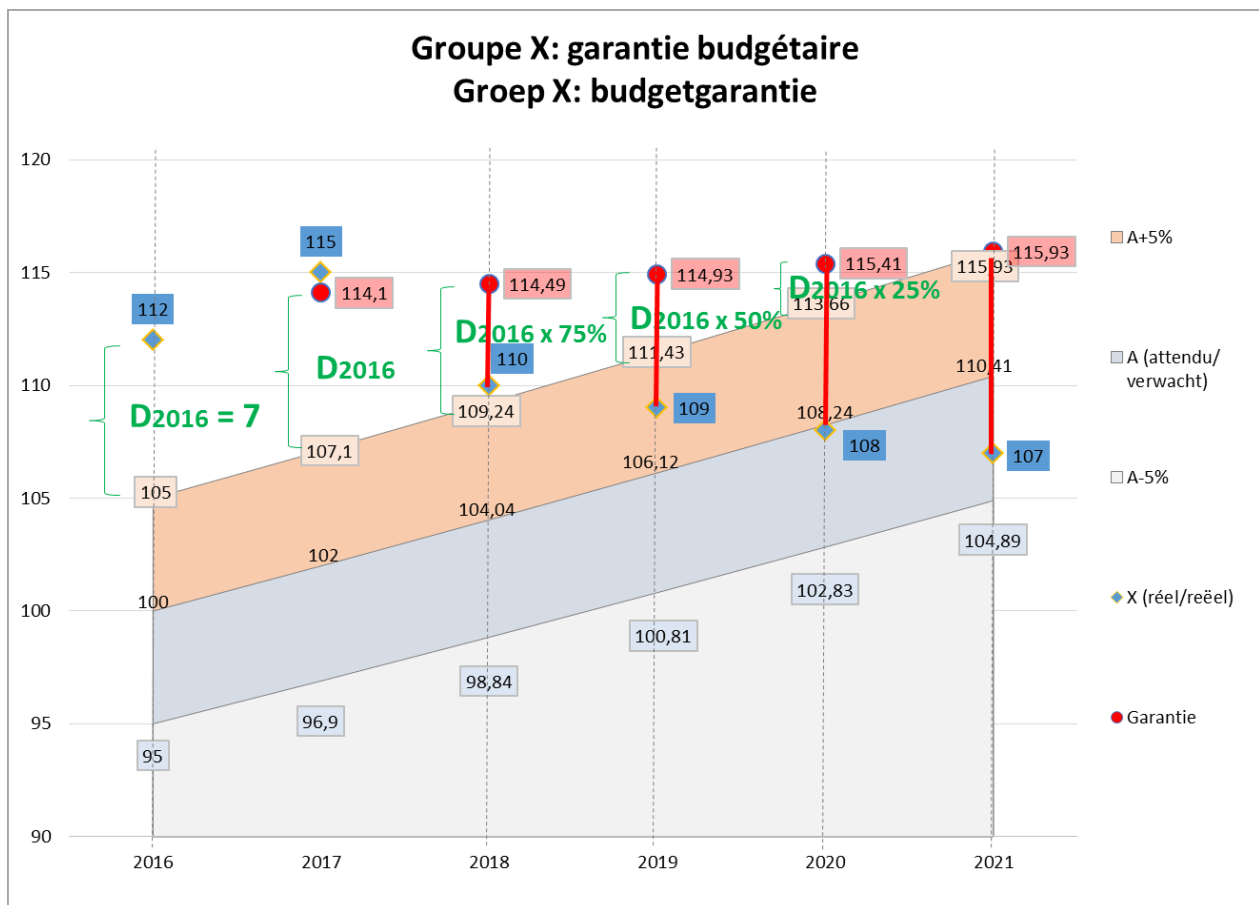
- de verwachte kost $A_i+5\%$ van het betrokken kalenderjaar, verhoogd: in 2017 met D_{2016} aan 100% en in 2018, 2019, 2020 en 2021 respectievelijk met 75%, 50%, 25% en 0 % van D_{2016} en
- de reële kost X_i van het betrokken kalenderjaar.

Indien dit resultaat positief is wordt dit verschil aan het project vergoed.

Het gaat m.a.w. over een geografische regio waarin de reële uitgaven hoger zijn dan de genormaliseerde verwachte kost + 5% (hoger dan $A+5\%$). In 2017 zal het referentiepunt waarop de budgetgarantie wordt bepaald rekening houden met de overschrijding van de verwachte bovendrempel ($A+5\%$) zoals die in 2016 wordt vastgesteld ($=D_{2016}$). Echter tijdens de volgende 4 jaar zal deze overschrijding in de budgetgarantie geleidelijk worden verlaagd (25% per jaar). De bedoeling is om in 2021 naar een niveau van budgetgarantie te bekomen die teruggebracht is tot een waarde die als 'normaal' beschouwd wordt, t.t.z. het niveau tussen $A+5\%$ en $A-5\%$. Telkens het bedrag van de reële opgaven vastgesteld in de regio lager dan het gegarandeerd bedrag is, zal het verschil aan het project toegekend als efficiëntiewinst.

In onderstaand schema wordt dit berekend aan de hand van een voorbeeld. Uitgangspunt is dat de verwachte kost (A – in 2016 = 100) elk jaar toeneemt met 2 % (ondermeer indexering).

Het bedrag aan efficiëntiewinst dat wordt gestort is steeds het verschil tussen de reële kost (aanduiding in het blauw) en de garantie (aangeduid in het rood)



7.2.2 Berekening efficiëntiewinst voor groep Y

In geval een project behoort tot de groep Y wordt het verschil gemaakt tussen:

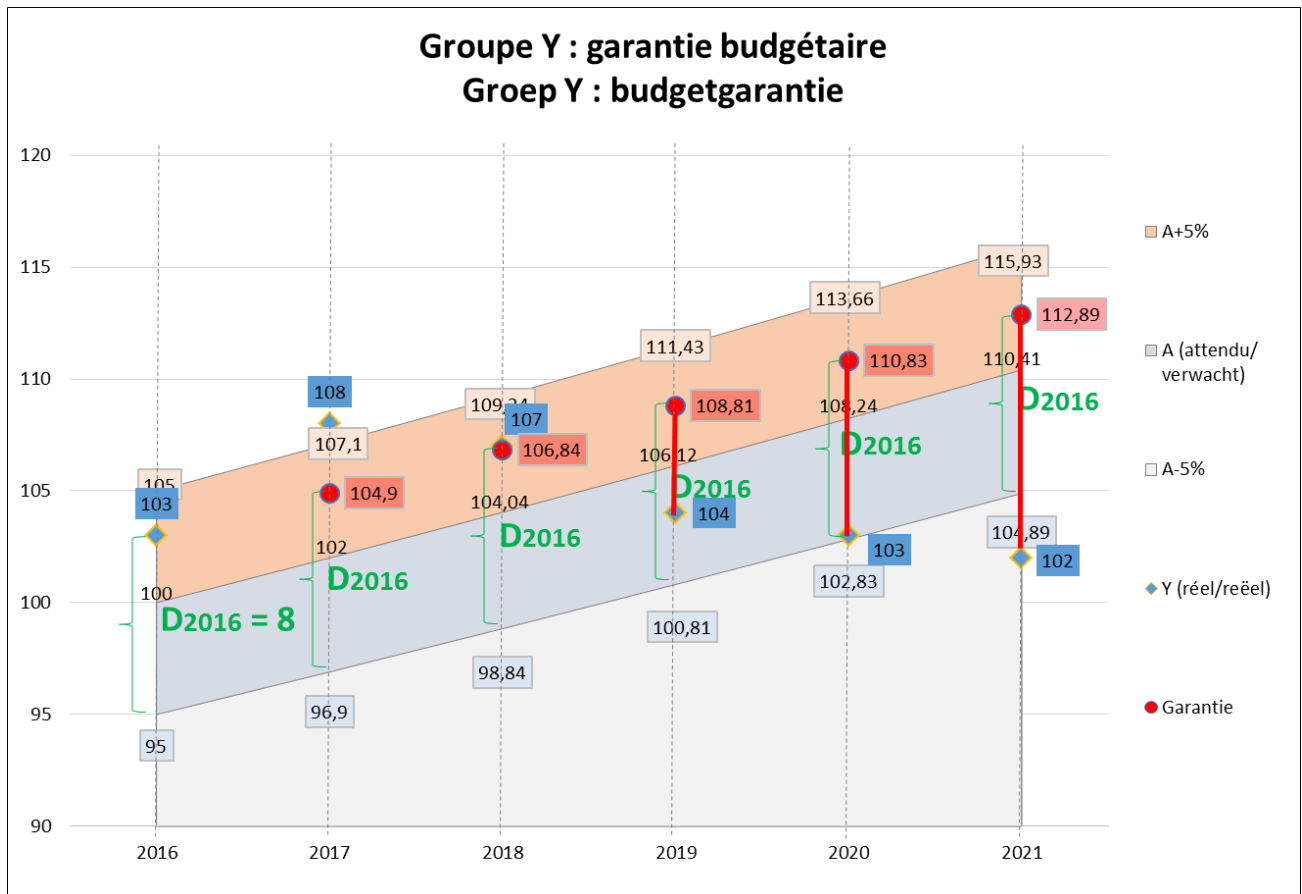
- de verwachte kost $A_i - 5\%$ van het betrokken kalenderjaar, verhoogd met D_{2016} aan 100% en
- de reële kost Y_i van het betrokken kalenderjaar.

Indien dit resultaat positief is wordt dit verschil aan het project vergoed.

Het gaat m.a.w. over een geografische regio waar in 2016 de reële uitgaven als normaal worden beschouwd, want ze situeren zich tussen de genormaliseerde verwachte kost + 5% (A+5%) en de genormaliseerde verwachte kost – 5% (A-5%). In de daarop volgende jaren (van 2017 tot 2021) zal het niveau van de waargenomen kost in 2016 bepalend zijn voor de berekening van de budgetgarantie. Elk jaar zal het waargenomen verschil (=D2016) in 2016 tussen de reële kost en de ondergrens van de kost die als normaal wordt beschouwd (A-5%) toegevoegd worden aan de ondergrens van het betrokken jaar : dit punt is bepalend voor de berekening van de budgetgarantie.

Telkens het bedrag van de reële opgaven vastgesteld in de regio lager is dan het gegarandeerd bedrag, zal het verschil aan het project toegekend als efficiëntiewinst.

In onderstaand schema wordt dit berekend aan de hand van een voorbeeld. Uitgangspunt is dat de verwachte kost (A – in 2016 = 100) elk jaar toeneemt met 2 % (ondermeer indexering). Het bedrag aan efficiëntiewinst dat wordt gestort is steeds het verschil tussen de reële kost (aanduiding in het blauw) en de garantie (aangeduid in het rood) op voorwaarde natuurlijk dat de reële kost lager is dan het bedrag van de garantie.



7.2.3 Berekening efficiëntiewinst voor groep Z

In geval een project behoort tot de groep Z wordt het verschil gemaakt tussen:

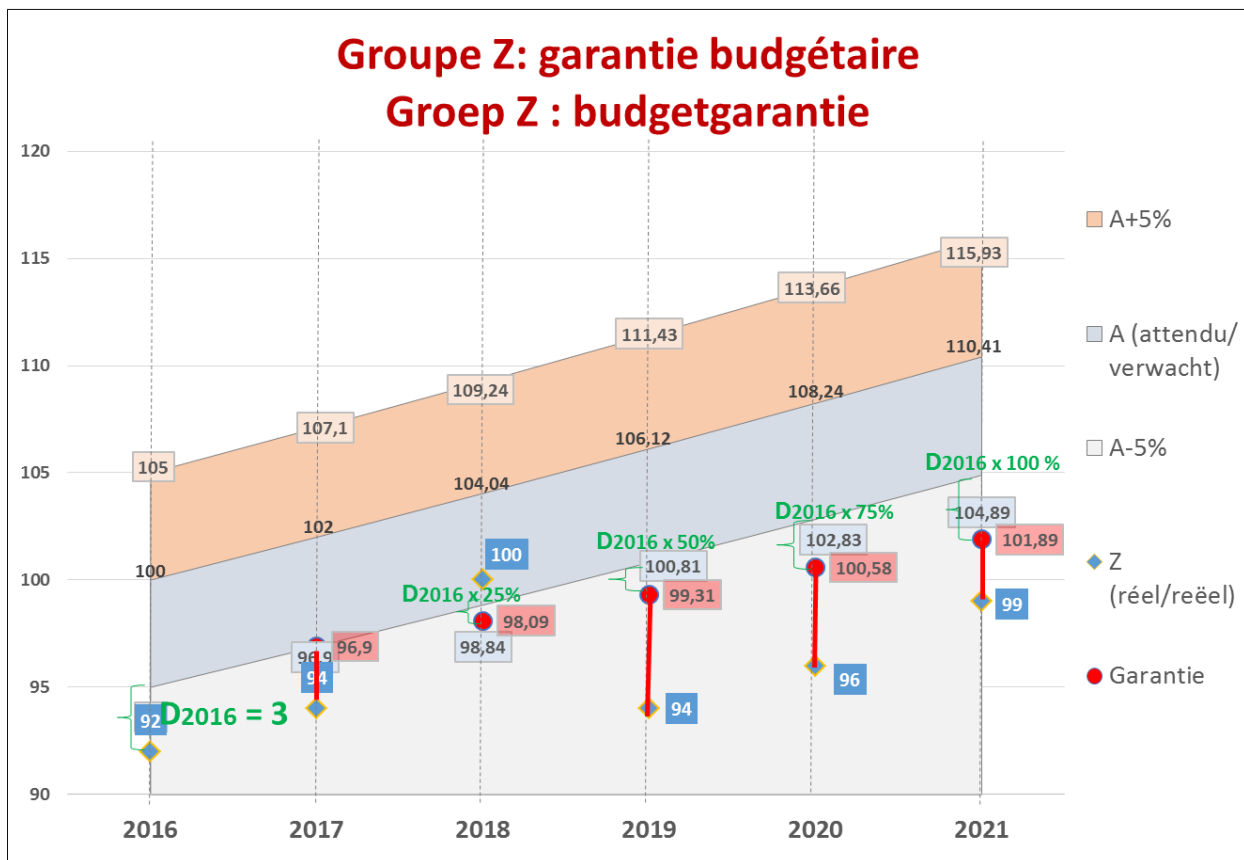
- de verwachte kost $A_i - 5\%$ van het betrokken kalenderjaar, verminderd in 2018, 2019, 2020 en 2021 met respectievelijk 25%, 50%, 75% en 100 % van D_{2016} , en
- de reële kost Z_i van het betrokken kalenderjaar.

Indien dit resultaat positief is wordt dit verschil aan het project vergoed.

Het gaat m.a.w. over een geografische zone waar de reële uitgaven in 2016 lager zijn dan de verwachte genormaliseerde kost – 5 % (A-5%), hetgeen kan wijzen op een ondergebruik van zorg. In 2017 zal het referentiepunt waarop de budgetgarantie wordt bepaald bijkomend het verschil (= D_{2016}) bevatten tussen de verwachte onderdrempel (A-5%) zoals die in 2016 wordt vastgesteld en de reële kost in 2016. De storting van dit bijkomend bedrag moet aan de projecten de mogelijkheid geven om te investeren in bijkomende efficiënte zog. Gedurende de 4 daarop volgende jaren zal dit bijkomend bedrag progressief afgebouwd worden (elk jaar met 25 %).

Telkens het bedrag van de reële opgaven vastgesteld in de regio lager is dan het gegarandeerd bedrag, zal het verschil aan het project toegekend als efficiëntiewinst.

In onderstaand schema wordt dit berekend aan de hand van een voorbeeld. Uitgangspunt is dat de verwachte kost (A – in 2016=100) elk jaar toeneemt met 2 % (ondermeer indexering). Het bedrag aan efficiëntiewinst dat wordt gestort is steeds het verschil tussen de reële kost (aanduiding in het blauw) en de garantie (aangeduid in het rood) op voorwaarde natuurlijk dat de reële kost lager is dan het bedrag van de garantie.



7.2.4 Berekening budgetgarantie voor persoonlijke aandelen

In de Gids is voorzien dat de federale overheid tijdens de looptijd van het project eveneens budgetgarantie geeft voor de bedragen die reglementair voorzien worden als wettelijk persoonlijk aandeel van de patiënt voor verstrekkingen die, als gevolg van geïntegreerde zorg niet meer of minder worden uitgevoerd.

Het koninklijk besluit voorziet dat de efficiëntiewinst die hiervoor is berekend wordt verhoogd met een coëfficiënt die gelijk is aan : $[1 + (\text{het bedrag van de wettelijk persoonlijke aandelen in 2016 voor de rechthebbenden binnen de administratieve doelgroep voor de verstrekkingen opgenomen in de zestien groepen, waaraan in functie van de omschrijving van de doelgroep nog andere groepen zijn toegevoegd}) / (\text{het bedrag dat door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in 2016 werd ten laste genomen voor diezelfde verstrekkingen})]$.

7.2.5 Wijziging doelgroep en groepen van verstrekkingen

Telkens als een project zijn administratieve doelgroep wijzigt of als het aan zijn gebundelde zorg groepen van verstrekkingen toevoegt bovenop de 16 groepen wordt de referentiekost (reële en verwachte) voor 2016 en de waarde van D_{2016} opnieuw berekend. Dit geldt ook voor de berekening van de persoonlijke aandelen.

7.2.6 Storting van de efficiëntiewinsten

Het bedrag van de efficiëntiewinst is uitgedrukt in een bedrag per jaar per rechthebbende. Dit bedrag wordt door het Riziv gestort contractant voor het aantal rechthebbenden op 31 december van het betrokken jaar in de administratieve doelgroep van het project. Daarin worden evenwel de outliers (rechthebbenden met een sterk afwijkend uitgavenpatroon) niet meegeteld, aangezien voor deze rechthebbenden de reële kost wordt ten laste genomen en dus niet de verwachte genormaliseerde kost.

8 Budgetgarantie: aanwending efficiëntiewinsten

Deze efficiëntiewinsten en de storting voor persoonlijk aandelen kunnen worden ingezet voor alle opdrachten en acties die zijn opgenomen in de overeenkomst, met uitsluiting voor de financiering van investeringen met een afschrijvingsperiode die langer is dan 4 jaar.

9 Alternatieve vormen van vergoeding

In het besluit wordt voorzien dat de Koning, later, een systeem kan uitwerken waarbij alternatieve vormen van vergoedingen wordt voorzien. Dit houdt in dat, in afwachting daarvan, de optie van gebundelde betaling of een alternatief nog niet mogelijk is.

Het is de betrachting om dit te realiseren tegen 1 januari 2018.

10 Bedragen ten laste van de rechthebbende

De gids voorziet dat aan de rechthebbende niet meer kan worden ten laste gelegd dat wanneer hij geen deel zou uitmaken van een pilootproject.

In dat kader voorziet het koninklijk besluit de volgende beperkingen en mogelijkheden:

- Voor de verstrekkingen die behoren tot het toepassingsgebied van artikel 34 van de wet, kunnen geen persoonlijke aandelen, supplementen of andere bijdragen worden gevraagd dan deze die zijn voorzien in uitvoering van de wet of in uitvoering van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.
- Voor de verstrekkingen en diensten die geleverd worden door de partners in uitvoering van het pilootproject en die niet behoren tot het toepassingsgebied van artikel 34 van de wet of van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, kunnen enkel persoonlijke bijdragen worden aangerekend indien deze reglementair zijn voorzien of indien deze zijn opgenomen in de overeenkomst.

Bijzondere aandacht moet geschonken worden aan bedragen die ten laste van rechthebbenden zouden gelegd worden, daar waar deze kost reeds zou gedekt zijn door de efficiëntiewinst die ook een deel van de persoonlijke aandelen dekt.

De rechthebbende moet steeds de vrijheid hebben om al dan niet beroep te doen op een aangeboden verstrekking of dienst. Hij moet hierover op voorhand worden geïnformeerd.

11 Andere administratieve en financiële voorwaarden

11.1 Centrale facturatie en inning

Indien een pilootproject ervoor kiest om een centrale facturatie en inning te organiseren, dan is dit enkel mogelijk indien het project elektronisch factureert aan de verzekeringsinstelling via derdebetalersregeling.

11.2 Maximumfactuur

Wanneer de rechthebbende geniet van de toekenning van de maximumfactuur voor het jaar waarin de verstrekkingen wordt verleend, deelt de verzekeringsinstelling dit mee aan het pilootproject via een elektronisch netwerk.

Op dat moment neemt het project de wettelijk persoonlijke aandelen ten laste en factureert deze rechtstreeks aan de verzekeringsinstelling.