

## Vragen plenaire sessie 6 december 2016: deel 1

---

### 1. Welke juridische structuur dienen pilootprojecten te hebben?

*Het verzekeringscomité zal een overeenkomst afsluiten met een rechtspersoon. Deze rechtspersoon kan het consortium zijn en in dit geval dient er wel een juridische structuur te zijn met rechtspersoonlijkheid, bv. een VZW. De overeenkomst kan echter ook gesloten worden met één van de partners van het project met rechtspersoonlijkheid die gemachtigd wordt door de ander partners om deze overeenkomst af te sluiten. In dit laatste geval kan het consortium dan ook een juridische structuur aannemen zonder rechtspersoonlijkheid, bv. een feitelijke vereniging.*

*Het is de bedoeling dat de projecten evolueren naar een juridische structuur die het best aanleunt bij de projectopzet, doelstellingen en activiteiten. Het consortium is volledig vrij in de keuze welke structuur hiervoor het meest aangewezen is. Het wordt aangeraden om met de partners van het consortium na te gaan wie reeds expertise heeft omtrent juridische structuren (vb. een P3 project, een coördinatiestructuur, een netwerkstructuur,...).*

### 2. Kunnen personen zonder eID worden geïnccludeerd in een project?

*Deze patiënten kunnen worden opgenomen in de **operationele** doelgroep van het project. Voor de administratieve doelgroep is inclusie van personen zonder verplichte ziekteverzekering of identiteitskaart niet mogelijk: bij de berekening van de budgetgarantie worden enkel verstrekkingen opgenomen die geïdentificeerd kunnen worden in de IMA-database. Verstrekkingen voor mensen die geen verplichte ziekteverzekering of identiteitskaart hebben, worden niet geregistreerd in de IMA-database. Bijgevolg kunnen deze personen enkel opgenomen worden in de operationele doelgroep. Uiteraard kunnen voor wat betreft personen die beschikken over een specifiek OCMW statuut of uitkering, specifieke overeenkomsten gesloten worden met de betrokken OCMW 's.*

### 3. Zullen de voorziene besparingen 2017 binnen de gezondheidszorg een impact hebben op de financiering van de pilootprojecten geïntegreerde zorg en de pilootprojecten in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (thuishospitalisatie en bevallen met kortverblijf)?

*Deze besparingen zijn voorzien en momenteel in uitvoering. Er is geen impact op de financiering van de projecten geïntegreerde zorg in de conceptualisatiefase, net als op de 150.000 EUR die is voorzien tijdens de uitvoeringsfase. In de uitvoeringsfase worden de coördinatie-budgetten (150.000 EUR per jaar) voor de pilootprojecten geïntegreerde zorg bovendien niet gefinancierd via een B4 contract maar via een conventie met het Verzekeringscomité van het RIZIV.*

*Daarnaast is er ook geen impact op de huidige financiering van de pilootprojecten thuishospitalisatie en bevallen met kort ziekenhuisverblijf in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, aangezien dit budget reeds werd voorzien.*

### 4. Is prefinanciering nodig?

*Prefinanciering kan nodig zijn indien er investeringskosten moeten gemaakt worden om bepaalde innovatieve acties op te zetten. Dit kan nodig zijn in afwachting van efficiëntiewinsten aangezien efficiëntie winsten vanuit de Ziekte en Invaliditeitsverzekering pas uitgekeerd kunnen worden vanaf september 2018 (overbrugging van minstens 15 maanden) of indien jullie kosten hoger zijn dan jullie efficiëntiewinsten.*

*Eerst en vooral moet nagedacht worden welke acties het consortium wenst uit te rollen en wanneer. U hoeft niet alle acties vanaf het begin van het project op te starten, het is een progressief proces. Op basis van de acties, kan gedefinieerd worden welke middelen- menselijke en financiële- nodig zijn. Uw planning is het beste instrument om de behoefte aan prefinanciering te kunnen inschatten.*

*Geef prioriteit aan innovatieve acties die een grote impact kunnen hebben op korte termijn. U kan ook investeringskosten vermijden door gebruik te maken van en beroep te doen op bestaande projecten, zorgvormen, netwerken, enz. Bij het in kaart brengen van de beschikbare middelen hebt u daar al een duidelijker beeld van gekregen en is het ook mogelijk om snel inefficiënties te identificeren en te remediëren.*

*Dan kan u bekijken binnen uw consortium of er middelen zijn die jullie op korte termijn kunnen vrijmaken (bv. door fusie/groepering van gelijkaardige activiteiten zoals permanentie, duplicatie van taken vermijden...).*

*Problematiek rond prefinanciering kan dus pas opgemerkt worden wanneer een financiële planning en berekening binnen jullie consortium is gemaakt en uw nood aan prefinanciering becijferd is.*

*De noodzaak om prefinancieringsmodaliteiten vanuit de federale overheid te voorzien, bijvoorbeeld onder vorm van een voorschot op beoogde efficiëntiewinsten, wordt momenteel onderzocht.*

**5. Hoe zal de progressieve uitbreiding van de operationele doelgroep verlopen? Welk traject is hiervoor voorzien?**

*Tegen het einde van het eerste jaar van de uitvoeringsfase is het de bedoeling dat 1% van de populatie binnen de regio geïnccludeerd is binnen het project. Voor de progressieve uitbreiding van de operationele doelgroep wordt volgend traject naar voor geschoven:*

- *Tegen einde jaar 1 uitvoeringsfase: 1% van de bevolking*
- *Tegen einde jaar 2 uitvoeringsfase: 3%*
- *Tegen einde jaar 3 uitvoeringsfase: 6 %*
- *Tegen einde jaar 4 uitvoeringsfase: 10%*

*Merk op dat er een specifiek traject is bepaald voor de progressieve uitbreiding van de operationele doelgroep (m.a.w. personen die toepassing zullen ondervinden van de acties van het project en waarvoor zorgafspraken zullen worden gemaakt). Daarnaast kan een project ook jaarlijks haar administratieve doelgroep (in het kader van de budgetgarantie) aanpassen/uitbreiden.*

**6. In het geval van gebundelde betaling: kunnen er supplementen worden aangerekend door zorgverstrekkers die niet betrokken zijn bij een project?**

*Indien geneeskundige verstrekkingen worden aangerekend bij een patiënt, die geïnccludeerd is in een project waar gebundelde betaling van toepassing is, door een arts die niet betrokken is bij het project, dient de arts dit te factureren aan de patiënt zelf of het ziekenfonds. Hiervoor zullen nog verdere afspraken worden gemaakt in overleg met de ziekenfondsen. Omwille van de complexiteit, wordt de mogelijkheid om gebundelde betaling toe te passen niet meteen ingevoerd, maar wordt de invoering voorbereid met als streefdatum 1/1/2018.*

7. Hoe omgaan met gerealiseerde efficiëntiewinsten binnen domeinen die niet behoren tot de bevoegdheid van de federale overheid, en dus 'onzichtbaar' blijven binnen de RIZIV-uitgaven (bv. uitgestelde opnames in een woonzorgcentrum)?

*Er komt binnenkort meer informatie vanuit de deelstaten over efficiëntiewinsten die gemaakt zijn op diensten en activiteiten die onder hun bevoegdheid vallen.*

8. Kunnen patiënten worden uitgesloten van een project (bv. wanneer een acute zorgnood optreedt bij een patiënt die verschillend is van het type aandoening waarvoor deze patiënt werd geïncludeerd in het project) ?

*Zoals geschreven in de Gids voor de pilootprojecten mag geen beperking worden opgelegd voor wat betreft eventuele comorbiditeit of polypathologie. Acute zorg voor een andere aandoening (bv. chirurgische ingreep bij een beenfractuur) dan de chronische aandoening waarvoor de patiënt is opgenomen in het project, wordt opgenomen binnen de berekening van de budgetgarantie. Dergelijke acute zorg zal inderdaad leiden tot een hogere zorgkost voor de verschillende patiënten in de administratieve doelgroep. Door bij de verwachte kost te werken met een gemiddeld bedrag is deze variatie opgevangen (de verwachte kost wordt bepaald op basis van de gemiddelde nationale kost die door de ziekteverzekering wordt ten laste genomen voor dezelfde (administratieve) doelgroep op nationaal niveau (hierin zijn ook chronische patiënten met een acute problematiek opgenomen).*

9. Wat met patiënten die een aandoening hebben waarvoor enkel gespecialiseerde instellingen/ziekenhuizen bestaan buiten de regio van het project?

*Zoals beschreven in de Gids voor Pilootprojecten (p15), is het niet verplicht om alle types van zorg binnen de regio aan te bieden. Met expertisemiekenhuizen buiten de regio kan een bijkomende conventie gesloten worden met deze zorgaanbieders (maar dit is geen vereiste). Het is namelijk de bedoeling dat het volledige zorgspectrum voor de rechthebbenden in de doelgroep van het project wordt opgenomen, ook als sommige zorgaspecten die niet aanwezig zijn binnen de pilootzone worden aangeboden door samenwerkingen met externe partners buiten de pilootzone.*

10. Binnen het huidig financieel kader kunnen de efficiëntiewinsten pas uitbetaald worden met een vertraging van 2 jaar (+ verwerkingstijd). Kan deze uitbetaling sneller verlopen?

*Het is inderdaad zo dat de efficiëntiewinsten met een vertraging zullen betaald worden aan het project. Dit is zo aangezien er administratieve verwerking moet gebeuren van de gegevens. Vandaar dat prefinanciering nodig kan zijn in afwachting van de efficiëntiewinsten (zie vraag 4).*

11. Op welke termijn wordt feedback voorzien over de (financiële) resultaten tijdens de uitvoeringsfase van het project?

*Een eerste feedback met betrekking tot de financiële status van het project (inclusief berekening van de efficiëntiewinsten) wordt verwacht in september 2018 en zal betrekking hebben op het kalenderjaar 2017. Mogelijkheden om tijdens de looptijd van het project en dus vóór de uitkering van de mogelijke efficiëntie winsten een idee/indicatie te krijgen van hoe de acties lopen (financieel monitoringsysteem) worden met het IMA onderzocht. Andere feedback met betrekking tot de uitkomsten en de opvolging van het projectplan zal gebeuren aan de hand van de zelfevaluatie in samenwerking met de wetenschappelijke equipe.*

12. Wat met personen die beschikken over een tweede verblijf binnen de regio van een project? Kunnen deze ook opgenomen worden in de administratieve doelgroep?

*Deze mensen kunnen wel geïnccludeerd worden in de operationele doelgroep, maar niet in de administratieve doelgroep. Voor de berekening van de budgetgarantie zal wel enkel rekening kunnen worden gehouden met de administratieve doelgroep (die bestaat uit gedomicilieerden binnen de regio). In het geval het project kiest voor een gebundelde betaling zal deze problematiek nog verder worden onderzocht.*

13. Is het mogelijk om patiënten te includeren binnen de (administratieve – operationele) doelgroep die niet beschikken over een statuut chronische aandoening ?

*Elk consortium is vrij om een doelgroep te definiëren naar keuze, voor zover is voldaan aan de voorwaarden die zijn bepaald in de Gids (bv. geen doelgroep met focus op één chronische aandoening). De doelgroep hoeft dus niet noodzakelijk personen met het ‘statuut chronische aandoening’ te zijn.*

*Het definiëren van een doelgroep wordt gevraagd opdat het project beheersbaar blijft in de beginfase en zodat gericht kan worden gestart met de geplande initiatieven. Omdat het niet altijd mogelijk is om de IMA-criteria in praktijk om te zetten, wordt de mogelijkheid voorzien om enerzijds een administratieve doelgroep te definiëren op basis van IMA-criteria en anderzijds een operationele doelgroep te definiëren om mee aan de slag te gaan in praktijk.*

*Deze opdeling (administratief – operationeel) betekent geenszins dat de werking van het project zich dien te beperken tot deze doelgroepen: van een project wordt verwacht dat het zich richt tot de ganse populatie van zijn regio (o.a. op vlak van preventie, changemanagement, empowerment, ...).*

14. Hoe omgaan met geïnccludeerde personen die zorg gebruiken buiten de regio? Is er een financiële impact?

*De budgetgarantie wordt berekend op basis van alle rechthebbenden binnen de administratieve doelgroep met een domicilie in de regio. Indien één van deze rechthebbenden beslist om zorg te gebruiken buiten de regio (inwoners van de regio zijn niet verplicht om uitsluitend beroep te doen op zorgaanbieders binnen de regio, zie Gids p.15), kan het project de zorgkosten die hieraan zijn gekoppeld inderdaad niet beïnvloeden. Deze worden evenwel meegenomen in de berekening van de reële kosten voor de administratieve doelgroep van het project.*

15. Zal de efficiëntie worden bekeken per type of (sub)groep van zorg? Hoe zal dit berekend worden voor praktijken die werken op forfaitaire basis?

*In het kader van de projecten geïntegreerde zorg zal worden gekeken naar de totaliteit van het volledige project op vlak van ZIV-uitgaven. Wat betreft de uitgaven voor diensten die onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen, wordt binnenkort meer informatie verwacht.*

*De uitgaven van forfaitaire praktijken worden meegenomen in de berekening van de budgetgarantie (meer bepaald binnen de 16 groepen van verstrekkingen).*

16. Is het wel degelijk mogelijk om efficiëntiewinsten te bekomen binnen de vier jaar?

*Bij bepaalde initiatieven is het inderdaad zo dat de efficiëntie pas op langere termijn zal duidelijk worden (bv. bij preventieve acties). Andere innovatieve acties kunnen echter wel leiden tot het bekomen van quick wins (efficiëntiewinsten op korte termijn), zoals bv. het vermijden van dubbele prestaties, investeren in alternatieve zorgvormen (goedkoper, gelijk in/hogere kwaliteit), innovatieve acties bij componenten zoals ondersteuning van de mantelzorger, enz.*

*Voorbeelden van geïntegreerde zorg in het buitenland toonden eveneens aan dat efficiëntiewinsten op een termijn van vier jaar mogelijk zijn:*

- *Het 'Alternative Quality Contract' van Blue Cross Blue Shield of Massachusetts: in vergelijking met vergelijkbare populaties in andere staten, had de populatie geïnccludeerd in het project tussen de 5.8% en 9.1% lagere groei in medische uitgaven na vier jaar.<sup>1</sup>*
- *Gesundes Kinzigtal: tussen 2006 en 2010 verlaagden de kosten met 16.9% voor de populatie geïnccludeerd in het project in vergelijking met de populatie uit andere regio's in Duitsland.<sup>2</sup>*

17. Hoe wordt omgegaan met de problematiek van 'outliers' (bv. patiënten met uitzonderlijk hoge zorgkosten) bij de berekening van de budgetgarantie?

*Het definiëren van de outliers zal gebeuren door het RIZIV volgens een standaard statistische methodologie (momenteel nog in onderzoek).*

---

<sup>1</sup> <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSa1404026#t=abstract>

<sup>2</sup> <https://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems/gesundes-kinzigtal-germany>