

**31 JULI 2017. - Koninklijk besluit
tot vaststelling van de voorwaarden
waaronder het Verzekeringscomité van het
Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
overeenkomsten kan sluiten
voor de financiering van pilootprojecten
voor geïntegreerde zorg**

BS 18/08/2017

HOOFDSTUK 1. - Algemene bepalingen

Artikel 1.

Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

- 1° "De wet" : de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 2° "Het Verzekeringscomité" : het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 21 van de wet;
- 3° "Het plan" : het plan dat onder de titel "Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken - Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid" op 11 december 2015 is gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad als bijlage bij het Protocolakkoord van 19 oktober 2015 gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over het gezondheidsbeleid inzake chronisch zieken;
- 4° "De gids" : de gids die op 22 september 2016 is gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad als bijlage bij het Protocolakkoord van 29 januari 2016 gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, in uitvoering van het Plan;
- 5° "Interadministratieve cel" : de cel opgericht binnen de administraties van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Voedselketen en Leefmilieu en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- 6° "Pilotproject" : project dat wordt opgezet voor het uittesten van de ontwikkeling en implementatie van geïntegreerde zorg voor chronische patiënten en van een cultuurverandering waarbij professionele actoren en patiënten, mensen, anders gaan samenwerken om te komen tot een efficiënter zorgaanbod afgestemd op de noden van de patiënt en met oog op de verbetering van de levenskwaliteit;
- 7° "Contractant" : de rechtspersoon die geen winstoogmerk beoogt, die optreedt voor het pilotproject en waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst afsluit;
- 8° "Partners" : de verplichte partners en de andere partners die betrokken zijn bij het pilotproject;

9° "Lopende innovatieprojecten" : projecten inzake gezondheidszorg, waaronder projecten in toepassing van artikel 11 en 107 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, van artikel 63 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, de projecten zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 17 augustus 2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende, geïntegreerde en multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen, voor zover de doelgroep van deze innovatieprojecten overeenkomt met de doelgroep van het pilootproject;

10° "Administratieve doelgroep" : het geheel van rechthebbenden met woonplaats in de regio van het pilootproject die beantwoorden aan door het project vooropgestelde meetbare kenmerken, gekozen uit de lijst in bijlage 1. Tenzij een pilootproject er voor kiest om de ganse populatie op te nemen in de doelgroep moet het gaan om (groepen van) rechthebbenden met verschillende chronische aandoeningen, zonder beperking voor wat leeftijd, eventuele comorbiditeit of polyopathie en zorgperiode betreft;

11° "Operationele doelgroep" : de groep van rechthebbenden waarvoor alle actoren binnen een project afspraken hebben gemaakt en zich hebben geëngageerd tot de geïntegreerde tenlasteneming van deze doelgroep met het oog op het realiseren van de doelstellingen zoals bedoeld in artikel 2.

Tenzij een pilootproject er voor kiest om de ganse populatie op te nemen in de doelgroep moet het gaan om (groepen van) rechthebbenden met verschillende chronische aandoeningen, zonder uitsluiting voor wat leeftijd, eventuele comorbiditeit of polyopathie en zorgperiode betreft;

12° "Geïnccludeerde rechthebbende" : de rechthebbende binnen de operationele doelgroep die individueel is 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 componenten zoals bedoeld in artikel 3.

Het kan ook gaan om rechthebbenden die hun woonplaats hebben buiten de regio van het pilootproject;

13° "Outlier" : een rechthebbende 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. Deze worden als volgt geïdentificeerd :

- a) de rechthebbenden met voorzienbare hoge uitgaven die behoren tot de volgende aandoeningengroepen :
 - 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).

$$\text{De drempel} = Q3 + 3 * (Q3 - Q1)$$

Alle rechthebbenden waarbij het verschil tussen de voorspelde en reële uitgaven groter is dan deze drempel worden geïdentificeerd als outliers.

14° "Gebundelde zorg" : de zorgverlening waarop het pilootproject een operationele impact heeft, via de partners die actief deelnemen aan het pilootproject. Hierin is minstens zorgverlening opgenomen van de verplichte partners;

15° "Integratiemanagement" : 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.

Art. 2.

Onder de voorwaarden die in dit besluit zijn vastgesteld, kunnen overeenkomsten worden gesloten tussen het Verzekeringscomité en maximum 20 pilootprojecten teneinde geïntegreerde zorg binnen een geografisch afgelijnde regio tot stand te brengen en voor zoverre deze betrekking hebben op verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de wet inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging met als doelstelling :

- 1° de gezondheid van de bevolking verbeteren in het algemeen, en van de chronisch zieken in het bijzonder;
- 2° op niveau van de rechthebbende, de ervaren kwaliteit van de zorg verbeteren met aandacht voor de toegankelijkheid, evidence based zorg en tevredenheid;
- 3° 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;
- 4° het verzekeren van de gelijke toegang tot zorgverlening voor de bevolking en het reduceren van gezondheidsongelijkheden;
- 5° het verbeteren van de jobtevredenheid van de zorgprofessionals.

Art. 3.

Op niveau van elk pilootproject worden deze doelstellingen gerealiseerd door het ontwikkelen van acties voor elk van de volgende 14 componenten, zoals omschreven in de gids en voor zoverre deze betrekking hebben op verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de wet inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging :

- 1° empowerment van de patiënt;
- 2° ondersteuning van de mantelzorgers;
- 3° casemanagement;
- 4° werkbehoud, socio-professionele en socio-educatieve re-integratie;
- 5° preventie;
- 6° overleg en coördinatie;
- 7° extra-, intra- et transmurale zorgcontinuïteit
- 8° valorisatie van de ervaring van patiëntenorganisaties, familie-organisaties en ziekenfondsen;
- 9° geïntegreerd patiëntendossier;
- 10° multidisciplinaire guidelines;
- 11° ontwikkeling van een kwaliteitscultuur;
- 12° aanpassing van de financieringssystemen;
- 13° stratificatie van de risico's binnen de bevolking en cartografie van de omgeving;
- 14° change management.

HOOFDSTUK 2. - Permanente werkgroep

Art. 4.

Een permanente werkgroep van het Verzekeringscomité die is samengesteld uit leden van het Verzekeringscomité, vertegenwoordigers van de administraties van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (Riziv), van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid heeft de volgende opdrachten :

- 1° aan het Verzekeringscomité een voorstel voorleggen van een model dat door de kandidaat pilootprojecten moet worden gebruikt bij de indiening van hun kandidatuur;
- 2° aan het Verzekeringscomité een voorstel voorleggen van evaluatierooster dat de jury zoals bedoeld in artikel 10 hanteert bij de beoordeling van de pilootprojecten;
- 3° op basis van een voorstel van de jury aan het Verzekeringscomité een gemotiveerde lijst voorleggen van maximum 20 projecten waarmee een overeenkomst kan worden gesloten en/of van projecten waarmee geen overeenkomst kan afgesloten worden;
- 4° het voorstellen aan het Verzekeringscomité van de individuele overeenkomst met elk pilootproject;
- 5° het formuleren aan het Verzekeringscomité van een voorstel om een overeenkomst met een pilootproject te wijzigen of te beëindigen;
- 6° een ontwerp opmaken van de rapporten bedoeld in artikel 14, 13° ;
- 7° het opmaken van een jaarlijks rapport aan het Verzekeringscomité met de resultaten van de financiële analyse in het kader van budgetgarantie voor elk pilootproject;
- 8° het Verzekeringscomité adviseren en bijstaan in zijn opdrachten zoals beschreven in dit besluit.

HOOFDSTUK 3. - Indiening van kandidatuur, selectiecriteria en selectieprocedure

Art. 5.

De partners van het kandidaat pilootproject moeten hun voorstel elektronisch indienen bij het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel binnen de 30 dagen na publicatie van dit besluit in het Belgisch Staatsblad op het e-mailadres <mailto:chroniccare@health.belgium.be>

Het voorstel kan ingediend worden door een vertegenwoordiger van de partners. In dat geval heeft deze vertegenwoordiger een mandaat van elk van de partners dat de engagementen die de partners opnemen in het voorstel bevestigt.

Art. 6.

Het Verzekeringscomité legt, op voorstel van de permanente werkgroep, een model vast dat door de partners van de kandidaat pilootprojecten wordt gebruikt bij de indiening van hun kandidatuur, met inbegrip van hun locoregionaal actieplan. Daarbij zal het de omschrijvingen hanteren die zijn voorzien in het plan en in de gids. Dit model wordt gepubliceerd op de website www.integreo.be in de rubriek "pilotprojecten".

Art. 7.

De ingediende projecten worden beoordeeld door de jury op basis van de formele en inhoudelijke criteria en op basis van een mondelinge toelichting door het kandidaat pilootproject.

Art. 8.

§ 1. De formele criteria waaraan een pilootproject voldoet zijn de volgende :

- 1° het voorstel is ingediend binnen de voorziene termijn;
- 2° het ingediend voorstel is opgemaakt volgens het model bedoeld in artikel 6;
- 3° wat de beschrijving van de regio van het pilootproject betreft ligt het aantal inwoners tussen de 100.000 en 150.000.

Een project kan een motivering toevoegen om een afwijking te bekomen van het aantal inwoners binnen de regio. Het moet gaan om aaneengesloten gemeenten die kunnen geïdentificeerd worden op basis van de NIS-code of indien deze niet nauwkeurig genoeg is 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 en district kan maar behoren tot één pilootproject.

4° samenstelling van het pilootproject met vermelding van de volgende verplichte partners:

- a. 1ste lijns-partners : minstens huisartsen en thuisverpleegkundigen met de mogelijkheid tot uitbreiding naar andere zorgverleners;
- b. 2e-lijns-partners : verplegingsinrichtingen en diverse betrokken afdelingen, diensten en functies;
- c. partners uit de thuiszorg;
- d. verschillende medische specialismen die betrokken zijn bij chronische zorg;
- e. één of meer overlegstructuren met een representatieve vertegenwoordiging in het gebied van het pilootproject;
- f. één of meer patiënten-, mantelzorg- of familieverenigingen;

5° de administratieve doelgroep wordt beschreven op basis van de kenmerken zoals gevoegd in bijlage 1;

6° de gebundelde zorg wordt beschreven op basis van de groepen die zijn opgenomen in bijlage 2; zij bevat minstens de verstrekkingen van de verplichte partners.

§ 2. De interadministratieve cel doet een onderzoek van de formele criteria en deelt zijn advies mee aan de jury.

§ 3. In geval van een negatief advies beslist de jury of het voorstel van het kandidaat pilootproject nog beoordeeld moet worden op de inhoudelijke criteria en er 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.

Art. 9.

Indien het voorstel beantwoordt aan de formele criteria worden de volgende inhoudelijke criteria beoordeeld door de jury aan de hand van een evaluatierooster dat, op voorstel van de permanente werkgroep, door het Verzekeringscomité wordt vastgelegd en gepubliceerd op de website www.integreo.be in de rubriek pilootprojecten om na te gaan of de ingediende projecten in hun locoregionaal actieplan de noodzakelijke elementen aanbrengen die moeten tegemoetkomen aan de doelstellingen zoals bedoeld in artikel 2 en aan de principes die zijn opgenomen in de gids. Dit rooster herneemt de volgende criteria :

1° aanwezigheid en opdrachten van de verplichte partners en van de andere partners in het pilootproject.

Het aantal partners is voldoende groot opdat het aantal rechthebbenden in de operationele doelgroep door het project kunnen ten laste worden genomen en de bestaande coördinatiestructuren zijn betrokken bij het pilootproject.

De modaliteiten voor inclusie van bijkomende partners in het project zijn voldoende duidelijk en nauwkeurig en niet exclusief;

2° objectivering van de behoeften en de risico's qua zorgnood en zorggebruik in de regio van het kandidaat pilootproject;

3° de omschrijving van zowel de operationele als de administratieve doelgroep en de coherentie daarvan.

Een kandidaat pilootproject tekent 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;

4° de criteria en modaliteiten voor inclusie van rechthebbenden zijn voldoende duidelijk en nauwkeurig;

5° actieve betrokkenheid van lopende innovatieprojecten die binnen de geografische zone zorg aanbieden aan de doelgroep van het pilootproject;

6° actieve betrokkenheid van patiënten-, mantelzorg-, en familieverenigingen en van de ziekenfondsen;

7° de interne samenhang van het pilootproject : duidelijkheid van de concepten en doelstellingen, scope en relevantie van doelstellingen;

8° de innovatiegraad van het project;

9° de coherentie van het project met de doelstellingen die zijn bepaald in artikel 2 en met de ontwikkeling van de veertien componenten zoals bepaald in artikel 3;

10° indien landelijke zones aanwezig zijn in de projectzone biedt het pilootproject de garanties dat de doelstellingen zoals bedoeld in artikel 2 ook daar worden gerealiseerd;

11° het project focust op de noden en doelen van de patiënt in het kader van doelgerichte zorg;

12° opname van het volledige zorgspectrum voor de rechthebbenden in de operationele doelgroep van het project, met name 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;

- 13° het verwachte impact, namelijk 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;
- 14° de realiseerbaarheid van de timing en van het financieel plan;
- 15° de beschrijving van de indicatoren en processen voor zelfevaluatie en bijsturing;
- 16° de beschrijving van een minimaal niveau van bestuurlijke, organisatorische en financiële integratie waarbij tenminste de middelen van het project en de middelen die vrijkomen en geherinvesteerd worden door een gemeenschappelijke governance structuur worden beheerd;
- 17° de wijze waarop het integratiemanagement zal worden gerealiseerd;
- 18° de beschrijving op welke wijze een meer efficiënte aanwending van middelen en het beheer van de daarmee samenhangende financiële gevolgen tot stand zal worden gebracht;
- 19° de beschrijving op welke wijze de financiële toegankelijkheid tot zorgverlening en het vermijden van meerkost voor de rechthebbende gegarandeerd worden;
- 20° de beschrijving van 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.
- 21° de beschrijving van de wijze waarop de actoren zullen opgeleid, gecoacht en ondersteund worden in het kader van de implementatie van geïntegreerde zorg;
- 22° het engagement van de partners om :
- a. gegevens te registreren en ter beschikking te stellen;
 - b. deel te nemen aan opleidingsinitiatieven, intervisies en uitwisselingsactiviteiten georganiseerd door de overheid of in het kader van de wetenschappelijke begeleiding;
 - c. externe evaluaties in het kader van de wetenschappelijke evaluatie te aanvaarden;
 - d. de ICT-ontwikkelingen te laten aansluiten bij de filosofie van het Actieplan eGezondheid.

Art. 10.

Voor de evaluatie van de ingediende projecten wordt een jury opgericht.

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 door hen aangeduide ambtenaren.

De jury is samengesteld uit vier groepen :

- 1° vier effectieve en vier plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de administraties van het Riziv en van de FOD Volksgezondheid, aangeduid door respectievelijk de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging en door de Directeur Generaal van het Directoraat Generaal Gezondheidszorg;
- 2° vier effectieve en vier plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, aangeduid door het Verzekeringscomité;
- 3° vier effectieve en vier plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de zorgverleners, aangeduid door het Verzekeringscomité;
- 4° vier effectieve en vier plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties aangeduid door het Observatorium voor chronisch zieken.

De jury kan geldig vergaderen als minstens één lid voor minstens drie van de vier groepen aanwezig is.

Art. 11.

§ 1. Indien de jury heeft vastgesteld dat een voorstel van pilootproject beantwoordt aan de formele criteria evalueert elke groep bedoeld in artikel 10, derde lid, de voorstellen op de criteria bedoeld in het artikel 9 op basis van een evaluatierooster waarop telkens een motivering wordt toegevoegd. Elke groep maakt één beoordeling per project.

§ 2. Op basis van de beoordeling van elke groep bereidt de jury het gesprek voor dat nadien zal volgen met elk kandidaat pilootproject waarbij een delegatie van de partners hun voorstel zal toelichten.

§ 3. Na afloop van de voorstelling en het gesprek met elk kandidaat pilootproject maakt de jury een eindbeoordeling op waarbij rekening wordt gehouden met :

- 1° de beoordeling op basis van het schriftelijk dossier;
- 2° de beoordeling op basis van de mondelinge toelichting.

§ 4. De gemotiveerde eindbeoordeling met inbegrip van de beoordeling voor de projecten die niet voldoen aan de formele criteria wordt megedeeld aan de permanente werkgroep met het oog op het voorstel aan het Verzekeringscomité.

Art. 12.

De permanente werkgroep brengt alle beoordelingen samen en doet een voorstel van gemotiveerde eindbeslissing aan het Verzekeringscomité voor elk van de beoordeelde projecten.

In geval de permanente werkgroep vaststelt dat meer dan 20 kandidaat projecten in aanmerking kunnen komen voor het sluiten van een overeenkomst worden deze projecten gerangschikt door de permanente werkgroep die daarbij 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 met de geografische spreiding van de projecten binnen het Belgische grondgebied.

Art. 13.

§ 1. Het Verzekeringscomité stelt, op voorstel van de permanente werkgroep, de lijst van projecten vast waarmee een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 2, kan worden gesloten.

§ 2. De leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging deelt de gemotiveerde beslissing mee aan de projecten die niet in aanmerking komen voor een overeenkomst.

HOOFDSTUK 4. - Overeenkomst tussen het pilootproject en het Verzekeringscomité

Art. 14.

§ 1. In de in artikel 2 bedoelde overeenkomst worden minstens de volgende elementen vastgelegd :

- 1° de identiteit van de contractant met vermelding van de rechtspersoonlijkheid en het KBO-nummer;
- 2° beschrijving van de verplichte partners en van de andere partners van het pilootproject;
- 3° beschrijving van de administratieve en van de operationele doelgroep en de wijze van inclusie van de rechthebbenden;
- 4° beschrijving van de geografische zone;
- 5° de identiteit van de administratief verantwoordelijke, belast met administratieve en financiële relaties met het RIZIV;
- 6° de verbintenis van de uitvoering van het locoregionaal actieplan zoals dit is opgenomen in het voorstel van kandidatuur, desgevallend uitgebreid met een aantal aanbevelingen die zijn geformuleerd in de eindbeoordeling van de jury;
- 7° de afspraken omtrent de aanwending van efficiëntiewinsten;
- 8° de financiering van het integratiemanagement;
- 9° de regels met betrekking tot het informeren van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende van zijn inclusie;
- 10° de regels met betrekking tot de berekening van de budgetgarantie, met inbegrip van de aanduiding van de in artikel 18 bedoelde groepen van geneeskundige verstrekkingen en de eventuele storting daarvan;
- 11° de principes opdat op het niveau van het pilootproject de kost ten laste van de rechthebbende niet hoger is dan de kost voor dezelfde rechthebbende die niet ten laste wordt genomen door een pilootproject;
- 12° de regels met betrekking tot facturering en betaling in geval het pilootproject zelf instaat voor een systeem van centrale facturatie en inning met inbegrip van een model van patiëntenfactuur;
- 13° de regels met betrekking tot rapportering en gegevensuitwisseling naar het Riziv en naar de wetenschappelijke equipe die door het RIZIV werd aangeduid voor de evaluatie en begeleiding van de pilootprojecten;
- 14° bepalingen die de opvolging van de overeenkomst door de permanente werkgroep mogelijk maken;
- 15° de informatie die door de verzekeringsinstelling van de rechthebbende wordt ter beschikking gesteld aan het project en de wijze waarop dit gebeurt;
- 16° de geldigheidsduur in overeenstemming met artikel 15 van de overeenkomst;
- 17° de opzeggingsmodaliteiten : het gaat hier ondermeer om het ontbreken of de onvoldoende betrokkenheid van verplichte partners, het onvoldoende includeren van rechthebbenden in het project, het niet behalen van de doelstellingen zoals bedoeld in artikel 2, het niet respecteren van de bepalingen van de overeenkomst en als wordt vastgesteld dat ingevolge de werking van het project de uitgaven stijgen.

§ 2. Indien de administratieve gegevens die in de overeenkomst worden vermeld worden gewijzigd, kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging de overeenkomst aanpassen teneinde deze in overeenstemming te brengen met de nieuwe gegevens.

Art. 15.

Deze overeenkomsten worden gesloten voor een periode van 4 jaar.

Het Verzekeringscomité kan aanpassingen voorstellen bij de overeenkomst. Als de contractant deze voorstellen niet aanvaardt zal het RIZIV deze weigering vaststellen en schriftelijk aan de contractant mededelen dat in dat geval de overeenkomst een einde neemt vanaf de 1ste dag van de zesde maand die volgt op die schriftelijke mededeling. In dat geval is het project ertoe gehouden de geïncludeerde rechthebbenden hierover te informeren.

HOOFDSTUK 5. - Integratiemanagement

Art. 16.

§ 1. Tijdens de looptijd van de overeenkomst 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 zorgverlening noch voor coördinatie en overleg rond een individuele patiënt.

Het bedrag van deze tegemoetkoming wordt elk jaar geïndexeerd volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 2. Het integratiemanagement, gecoördineerd door een voltijds coördinator, neemt deel aan opleidingen, intervisies en uitwisselingsactiviteiten georganiseerd door de overheid en door de wetenschappelijke equipe en stelt alle relevante informatie ter beschikking met betrekking tot de veranderingsprocessen die tot stand worden gebracht.

§ 3. 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.

HOOFDSTUK 6. - Budgetgarantie : berekening van de verwachte kost en van de reële kost

Art. 17.

Tijdens de looptijd van de overeenkomst waarborgt het RIZIV dat het pilootproject de middelen ontvangt die bepaald worden op basis van de verwachte kost en de reële kost.

Art. 18.

§ 1. De verwachte kost A voor geneeskundige verzorging wordt 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.

Daarbij wordt rekening gehouden met de som van de terugbetalingen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 2. De berekening van de verwachte kost A gebeurt op basis van de volgende regels :

1° 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).

Daarbij kan rekening gehouden worden met een raming van de kosten voor verstrekkingen die uitgevoerd worden in het buitenland en niet zijn opgenomen in de geboekte gegevens van het Agentschap;

2° 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. Deze wijziging gaat gepaard met een wijziging van de overeenkomst;

3° 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;

4° de berekening gebeurt minstens voor de zestien groepen van geneeskundige verstrekkingen aangeduid in bijlage 2. 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 mogelijk vanaf de 1ste januari van elk kalenderjaar en gaat gepaard met een wijziging van de overeenkomst;

5° wat de uitgaven betreft met betrekking tot het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen wordt enkel rekening gehouden met het variabel deel 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;

6° de outliers worden in deze berekening buiten beschouwing gelaten;

7° 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 wordt rekening gehouden met de situatie van de rechthebbenden op 31 december van elk kalenderjaar, met de lijst van parameters die is gevoegd in bijlage 3 en met uitgaven voor outliers;

8° het resultaat van de berekening is een bedrag per jaar per rechthebbende.

Art. 19.

§ 1. Elk jaar berekent het RIZIV de reële kost voor de rechthebbenden die behoren tot de administratieve doelgroep binnen de zone van het pilootproject waarbij rekening gehouden wordt met de situatie van de rechthebbenden op 31 december van elk kalenderjaar.

§ 2. De berekening van de reële kost gebeurt op basis van dezelfde principes zoals deze zijn voorzien voor de berekening van de verwachte kost zoals bedoeld in artikel 18, § 2, 1°, 2°, 4° en 5°. De outliers worden in deze berekening buiten beschouwing gelaten.

HOOFDSTUK 7. - Budgetgarantie : storten van gerealiseerde efficiëntiewinsten

Art. 20.

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

Het uitgangspunt hiervan is de verwachte kost (A2016) en de reële kost van het pilootproject die worden berekend voor het referentiejaar 2016.

Daarbij gelden de volgende startsituaties :

- 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 $A_{2016}+5\%$ = D2016
- 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 $A_{2016}-5\%$ = D2016
- 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 = D2016

Art. 21.

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

- 1° de verwachte kost $A_i+5\%$ van het betrokken kalenderjaar, verhoogd : in 2017 met D2016 aan 100 % en in 2018, 2019, 2020 en 2021 respectievelijk met 75 %, 50 %, 25 % en 0 % van D2016 en
- 2° de reële kost X_i van het betrokken kalenderjaar.

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

Art. 22.

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

- 1° de verwachte kost $A_i-5\%$ van het betrokken kalenderjaar, verhoogd met D2016 aan 100% en
- 2° de reële kost Y_i van het betrokken kalenderjaar.

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

Art. 23.

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

- 1° de verwachte kost Ai-5% van het betrokken kalenderjaar, verminderd in 2018, 2019, 2020 en 2021 met respectievelijk 25 %, 50 %, 75 % en 100 % van D2016, en
- 2° de reële kost Zi van het betrokken kalenderjaar.

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

Art. 24.

In geval van storting in uitvoering van artikel 21, 22 of 23 wordt het bedrag van de storting verhoogd met de volgende coëfficiënt :

[1 + (het bedrag van de wettelijke 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)/(het bedrag dat door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in 2016 werd ten laste genomen voor diezelfde verstrekkingen)].

Deze berekening gebeurt op basis van de geboekte gegevens waarover het Inter mutualistisch Agentschap beschikt en die ter beschikking worden gesteld van het RIZIV.

Art. 25.

§ 1. 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 D2016 opnieuw berekend.

§ 2. De precieze modaliteiten voor de berekening van de efficiëntiewinst en de storting ervan worden opgenomen in de overeenkomst met het Verzekeringscomité.

Art. 26.

Het Riziv stort het bedrag van de efficiëntiewinst voor elke rechthebbende die op 31 december van het betrokken kalenderjaar deel uitmaakt van de administratieve doelgroep, met uitsluiting van de outliers.

HOOFDSTUK 8. - Budgetgarantie : aanwending efficiëntiewinsten

Art. 27.

De efficiëntiewinsten 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.

HOOFDSTUK 9. - Alternatieve vormen van vergoeding

Art. 28.

Een pilootproject kan vanaf de door Ons bepaalde datum en volgens de door Ons bepaalde modaliteiten voor een of meerdere groepen van verstrekkingen overgaan tot alternatieve vormen van vergoeding.

HOOFDSTUK 10. - Bedragen ten laste van de rechthebbende

Art. 29.

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 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.

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.

HOOFDSTUK 11. - Andere administratieve en financiële voorwaarden

Art. 30.

Het pilootproject dat kiest voor een centrale inning van de bedragen ter vergoeding van verstrekkingen die behoren tot het toepassingsgebied van artikel 34 van de wet, rekent de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende aan via een systeem van elektronische facturatie. De principes hiervoor worden opgenomen in de overeenkomst.

Art. 31.

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.

Art. 32.

Dit besluit treedt in werking de dag van publicatie in het Belgisch Staatsblad.

Art. 33.

De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Bijlage 1

bij het koninklijk besluit van 31 juli 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg

Lijst van kenmerken als basis voor de administratieve doelgroep

Aantal individuele verzekerden
Gemiddelde leeftijd
Vrouwen
Alleenstaanden
Zelfstandigen
Personen met inkomstgarantie voor ouderen
Personen met statuut chronische aandoening
Personen met MAF terugbetaling
Personen met recht MAF Chronische ziektes
Personen met verhoogde tegemoetkoming
Personen met invaliditeit (Erkenning als mindervalide)
Gemiddelde evaluatie graad van zelfredzaamheid (Katz)
Families en hun leden waarbij alle titularissen gepensioneerd zijn en allemaal verhoogde tegemoetkoming genieten
Families en hun leden waarbij alle titularissen een vervangingsinkomen hebben, waaronder gepensioneerden, maar niet alle titularissen gepensioneerd zijn, zowel met verhoogde als zonder verhoogde tegemoetkoming
Personen met minstens 1 contact met een psychiater
Aantal consultaties bij een huisarts
Personen met een contact huisarts
Aantal consultaties bij een specialist
Personen met thuisverpleging
Aantal opnames in een ziekenhuis
Aantal opnames in een ziekenhuis (langer dan 6 maanden)
Personen met meerdere opnames in één jaar
Personen met meerdere opnames in 6 maanden tijd
Personen met een consultatie op een spoeddienst
Aantal personen die medicijnen gebruikt (> 90 ddd)
Aantal medicijnen (> 90 ddd)
Aantal personen die medicijnen meer dan 6 maand gebruiken
Aantal medicijnen (> 180 ddd)
Personen met meer dan 3 medicijnen (> 180 ddd)
Personen met meer dan 5 medicijnen (> 180 ddd) (= Polyfarmacie)
Aantal SSRI - SNRI (> 90 ddd)
Aantal SSRI - SNRI (> 180 ddd)
Personen met SSRI - SNRI (> 90 ddd)
Personen met meer dan 1 SSRI - SNRI (> 90 ddd)

Personen met SSRI - SNRI (> 180 ddd)
Personen met meer dan 1 SSRI - SNRI (> 180 ddd)
Personen met Mobiliteitshulpmiddel
Personen met minstens 1 revalidatieovereenkomst
Personen met minstens 2 revalidatieovereenkomsten
Personen met minstens 3 revalidatieovereenkomsten
Personen met minstens 1 zorgtraject
Personen met 2 zorgtrajecten
Personen met terugbetalingen rust- en verzorgingstehuis (RVT)
Personen met terugbetalingen woonzorgcentrum (ROB)
Personen met terugbetalingen RVT/ROB
Personen met terugbetalingen medisch huis
Personen met terugbetalingen centrum voor dagverzorging
Personen met terugbetalingen psychiatrisch verzorgingstehuis
Personen met terugbetalingen initiatieven voor beschut wonen
Personen met terugbetalingen psychiatrisch ziekenhuis
Personen met terugbetalingen geïntegreerde diensten voor thuisverzorging
Personen met kanker
Personen met bariatrische chirurgie
Personen met minstens 1 chronische aandoening
Personen met minstens 2 chronische aandoeningen
Personen met minstens 3 chronische aandoeningen
Personen met Cardiovasculaire aandoeningen
Personen met COPD
Personen met Astma
Personen met Diabetes
Personen met Mucoviscidose
Personen met Diabetes met cardiovasculaire aandoeningen
Personen met Exocriene pancreasziekten
Personen met Psoriasis
Personen met Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa/Psoriatische artritis/Reumatoïde artritis
Personen met Psychosen bij jongeren
Personen met Psychosen bij ouderen
Personen met Ziekte van Parkinson
Personen met Epilepsie
Personen met HIV
Personen met Chronische hepatitis B en C
Personen met Multiple sclerose
Personen met Orgaantransplantatie
Personen met Ziekte van Alzheimer
Personen met Nierinsufficiëntie
Personen met Schildklierandoeningen
Personen met Hemofilie
Personen met inhaalforfait voor gespecialiseerde medico-psychosociale revalidatieovereenkomsten

Personen met inhaalforfait voor type-revalidatieovereenkomsten afgesloten met referentiecentra voor patiënten die lijden aan mucoviscidose

Personen met revalidatieforfait voor de algemene centra van het vroegere Rijksfonds voor Sociale Reclassering van de Mindervaliden

Personen met revalidatieovereenkomst inzake continue insuline-infusie-therapie thuis bij middel van een draagbare insulinepomp

Personen met revalidatieovereenkomst met de inrichting "Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle" te Fraiture (7.71.014.39)

Personen met revalidatieovereenkomst Spina Bifida

Personen met revalidatieovereenkomst voor de referentiecentra voor patiënten met hersenverlamming : Prestatie Art.7, 1

Personen met revalidatieovereenkomst voor rechthebbenden die aan een gezichtsdeficiëntie lijden

Personen met revalidatieovereenkomst voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind

Personen met type revalidatie overeenkomst afgesloten met geheugenklinieken (dementie)

Personen met type revalidatie overeenkomst afgesloten met referentiecentra voor patiënten lijdend aan neuromusculaire ziekten

Personen met type revalidatie overeenkomst betreffende de medisch-psycho-sociale begeleiding bij ongewenste zwangerschap

Personen met type revalidatie overeenkomst met betrekking tot de revalidatie van rechthebbenden lijdend aan een ernstige chronische ademhalingsstoornis

Personen met type revalidatie overeenkomst met referentiecentra voor rechthebbenden lijdend aan refractaire epilepsie

Personen met zorgtraject Diabetes

Personen met zorgtraject Chronische Nierinsufficiëntie

Personen die overleden zijn

Personen met forfait verpleging A

Personen met forfait verpleging B

Personen met forfait verpleging C

Personen met zorgforfait

Bijlage 2

bij het koninklijk besluit van 31 juli 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg

Lijst van groepen van vertrekkingen en aanduiding van de zestien groepen van verstrekkingen die minstens opgenomen worden in de berekening van de budgetgarantie

Groep	Omschrijving	Groepen, opgenomen in de berekening budgetgarantie
1	Geneesheren	
2	Klinische biologie	X
3	a) Medische beeldvorming	X
4	b) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	X
5	c) Speciale verstrekkingen	
6	d) Heelkunde	
7	e) Gynaecologie	
8	f) Toezichtshonoraria	X
	Tandheelkundigen	
	Farmaceutische verstrekkingen	
	1. Farmaceutische specialiteiten	
10	a) Specialiteiten afgeleverd aan niet-gehospitaliseerde rechthebbenden in de officina's	X
11	b) Specialiteiten afkomstig van de ziekenhuisofficina, en afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden	X
12	c) Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden	X

Groep	Omschrijving	Groepen, opgenomen in de berekening budgetgarantie
	2. Andere	
13	a) Voorwaardelijk karakter/ Magistrale bereidingen	X
14	b) Diverse honoraria	X
15	c) Bloed en bloedplasma	
16	d) Medische hulpmiddelen	X
17	e) Medische voeding	
52	f) Zuurstof	
18	g) Diverse farmaceutische verstrekkingen	
9	Verpleegkundigen	X
19	Verzorging door kinesitherapeuten	X
20	Verzorging door bandagisten (exclusief zesde staatshervorming)	
21	Verzorging door orthopedisten	
22	Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	
23	Verzorging door opticiens	
24	Verzorging door audiciens	
25	Honoraria van vroedvrouwen	
26	Verpleegdagprijs	X
28	Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	X
27	Militair hospitaal - all-in prijs	
	Dialyse	
29	a) Geneesheren	
30	b) Forfait nierdialyse	
31	c) Thuis, in een centrum	

Groep	Omschrijving	Groepen, opgenomen in de berekening budgetgarantie
58	RVT/ROB/ Dagverzorgingscentra (exclusief zesde staatshervorming)/ coma - MS/ALS/huntington	
37	Geestelijke gezondheidszorg Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	
38	Revalidatie en herscholing (exclusief zesde staatshervorming)	
40	Logopedie	X
47	Menselijk lichaamsmateriaal	
55	Medische huizen	X
56	MS/ALS/ Huntington	

Bijlage 3

bij het koninklijk besluit van 31 juli 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg

Lijst van parameters die dienen om het bedrag berekend voor de nationale populatie binnen de doelgroep aan te passen aan de administratieve doelgroep van het project (1)

Leeftijd

Geslacht

Weduwschap, invalide, gepensioneerde of wees (met recht op verhoogde tegemoetkoming)

Sterftcijfer (aantal sterfgevallen per 100 personen)

Primaire arbeidsongeschiktheid

Isolement (alleenstaanden)

Verstedelijking (aantal stedelingen)

Criteria die recht geven op een sociaal MAF

- Tegemoetkoming voor gehandicapten
- Verhoogde kinderbijslag
- Bestaansminimum of hulp van het OCMW

Criteria die recht geven op het forfaitair bedrag voor de zorgen voor chronische ziekten :

- Thuiszorgforfait voor de sterk zorgafhankelijke personen (forfait B of C)
- Kinesitherapie voor zware pathologie (lijst E)
- Forfait 'hulp van derden'
- Integratietegemoetkoming
- Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

Uitkering voor de hulp van derden

Verhoogde invaliditeits- of primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering voor hulp van derden

Aandoeningengroepen ADG (diagnostieken gebaseerd op het gebruik van bepaalde geneesmiddelen in farmanet)

(1) Deze parameters zijn gebaseerd op de lijst van parameters die worden gebruikt in het kader van de normatieve verdeelsleutel voor de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen : zie koninklijk besluit van 4 mei 2012 tot vaststelling van de methode voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel en de kenmerken van de parameters met het oog op de toepassing van de definitieve financiële verantwoordelijkheid voor het jaar 2008 en de daaropvolgende jaren

<http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2012/06/13/121571.pdf>