

LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2017/30883]

31 JUILLET 2017. — Arrêté royal fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, remplacé par la loi du 10 août 2001 et modifié par la loi du 7 février 2014;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 1^{er} février 2017;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 6 février 2017;

Vu les avis de l'Inspecteur des Finances, donnés le 24 mars 2017 et le 13 juin 2017;

Vu les accord du Ministre du Budget, donnés le 24 avril 2017 et le 14 juin 2017;

Vu les avis 61.409/2 et 61.697/2 du Conseil d'État, donnés le 29 mai 2017 et le 11 juillet 2017, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant le « Plan conjoint en faveur des malades chroniques - Des soins intégrés pour une meilleure santé » conclu le 19 octobre 2015 au sein de la Conférence Interministérielle Santé Publique par lequel l'autorité fédérale s'engage à poursuivre avec les entités fédérées une politique de santé coordonnée visant à soutenir le développement de soins intégrés en Belgique;

Considérant le « Guide pour des projets-pilotes soins intégrés en faveur des malades chroniques », approuvé au sein de la Conférence Interministérielle Santé Publique, par lequel l'autorité fédérale conjointement avec les entités fédérées, chacun dans le cadre de ses compétences, s'engage à prendre les initiatives nécessaires afin de permettre la mise en place de projets-pilotes en matière de soins intégrés en encourageant les acteurs du domaine de la santé et du bien-être à développer et implémenter de nouveaux modèles de soins en faveur des malades chroniques;

Sur proposition de notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1^{er}. — *Dispositions générales*

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° "La Loi" : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° "Le Comité de l'assurance" : le Comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 21 de la loi;

3° "Le plan" : le plan intitulé "Plan conjoint en faveur des malades chroniques - Des soins intégrés pour une meilleure santé" publié au *Moniteur belge* le 11 décembre 2015, en annexe au Protocole d'accord du 19 octobre 2015 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des malades chroniques;

4° "Le guide" : le guide publié au *Moniteur belge* le 22 septembre 2016, en annexe au Protocole d'accord du 29 janvier 2016 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, en exécution du Plan;

5° "Cellule inter-administrative" : la cellule créée au sein des administrations du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2017/30883]

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

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, vervangen door de wet van 10 augustus 2001 en gewijzigd door de wet van 7 februari 2014;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 1 februari 2017;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 6 februari 2017;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 24 maart 2017 en op 13 juni 2017;

Gelet op de akkoordbevindingen van de Minister voor Begroting gegeven op 24 april 2017 en op 14 juni 2017;

Gelet op de adviezen 61.409/2 en 61.697/2 van de Raad van State, gegeven op 29 mei 2017 en op 11 juli 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende het "Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken – Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid" dat op 19 oktober 2015 werd gesloten binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid 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;

Overwegende de "Gids voor pilootprojecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken" die op 29 januari 2016 werd goedgekeurd binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid waarbij de federale overheid tezamen met de deelstaten, elk in hun bevoegdheden, zich engageren om de nodige initiatieven te nemen teneinde pilootprojecten inzake geïntegreerde zorg mogelijk te maken door actoren in de gezondheids- en welzijnssectoren aan te moedigen om nieuwe zorgmodellen voor chronisch zieken te ontwikkelen en te implementeren;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

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° "Projet-pilote" : projet mis en œuvre pour tester le développement et l'implémentation de soins intégrés pour des patients malades chroniques ainsi qu'un changement de culture où les acteurs professionnels et les patients, les personnes, vont collaborer autrement pour aboutir à une offre de soins plus efficace correspondant aux besoins du patient, en vue d'une amélioration de la qualité de vie;

7° "Contractant" : la personne morale dénuée de tout but lucratif, agissant au nom du projet-pilote et avec laquelle le Comité de l'assurance conclut une convention;

8° "Partenaires" : les partenaires obligatoires et les autres partenaires associés au projet-pilote;

9° "Projets innovants en cours" : projets en matière de soins de santé, dont des projets en exécution des articles 11 et 107 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux et des projets tels que visés dans l'arrêté royal du 17 août 2013 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie invalidité peut conclure des conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles, pour autant que le groupe cible de ces projets innovants corresponde au groupe cible du projet-pilote;

10° "Groupe cible administratif" : l'ensemble des bénéficiaires ayant leur domicile dans la zone du projet-pilote et qui répondent aux caractéristiques mesurables définies par le projet, sélectionnées dans la liste jointe en annexe 1; à moins qu'un projet-pilote ne choisisse de reprendre l'ensemble de la population dans le groupe cible, il doit s'agir de (groupes de) bénéficiaires atteints de différentes affections chroniques, sans limite d'âge, de comorbidité ou de polyopathie éventuelles et de période de soins;

11° "Groupe cible opérationnel" : le groupe de bénéficiaires pour lesquels tous les acteurs au sein d'un projet ont conclu des accords et se sont engagés à la prise en charge intégrée de ce groupe cible en vue de la réalisation des objectifs visés à l'article 2.

A moins que le projet-pilote ne choisisse d'intégrer toute la population dans le groupe cible, il doit s'agir de (groupes de) bénéficiaires présentant différentes affections chroniques, sans exclusion pour ce qui concerne l'âge, la comorbidité ou polyopathie éventuelle et la période de soins;

12° "Bénéficiaire inclus" : le bénéficiaire au sein du groupe cible opérationnel qui a été informé individuellement des modalités de prise en charge dans le cadre de soins intégrés et avec lequel des accords concrets sont conclus qui résultent du développement des composantes visées à l'article 3.

Il peut s'agir aussi de bénéficiaires ayant leur domicile en dehors de la région du projet-pilote.

13° "Outlier" : un bénéficiaire pour lequel le coût à charge de l'assurance obligatoire soins de santé s'écarte fortement du coût attendu des bénéficiaires du groupe cible administratif auquel il appartient. Ceux-ci sont identifiés comme suit :

a) les bénéficiaires affichant des dépenses élevées prévisibles qui font partie des groupes d'affections suivants :

- mucoviscidose
- maladies du pancréas exocrine
- hépatite B et C chronique
- hémophilie

b) les bénéficiaires affichant des dépenses élevées imprévisibles : ceux-ci sont identifiés en fixant l'écart dans la différence entre le coût prévu et le coût réel par rapport à la grande majorité du groupe cible administratif sur la base d'un seuil. Pour chaque projet-pilote, le seuil est calculé comme étant la somme du troisième quartile (Q3) et trois fois la distance entre le troisième quartile et le premier quartile, la distance interquartile (Q3-Q1).

$$\text{Le seuil} = Q3 + 3 * (Q3 - Q1)$$

Tous les bénéficiaires chez qui la différence entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est supérieure à ce seuil sont identifiés comme outliers.

14° "Soins groupés" : les soins sur lesquels le projet-pilote a un impact opérationnel, via les partenaires qui participent activement au projet-pilote. Y figurent au minimum les soins des partenaires obligatoires;

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 pilotproject;

10° "Administratieve doelgroep" : het geheel van rechthebbenden met woonplaats in de regio van het pilotproject die beantwoorden aan door het project vooropgestelde meetbare kenmerken, gekozen uit de lijst in bijlage 1. Tenzij een pilotproject 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 pilotproject 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 pilotproject;

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 pilotproject 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 pilotproject een operationele impact heeft, via de partners die actief deelnemen aan het pilotproject. Hierin is minstens zorgverlening opgenomen van de verplichte partners;

15° "Management d'intégration" : le pilotage opérationnel au sein d'un projet-pilote visant l'intégration des soins aux bénéficiaires au niveau des prestations de soins individuelles, de l'offre professionnelle, de l'organisation au sein du réseau et des systèmes de soutien.

Art. 2. Sous les conditions définies dans le présent arrêté, des conventions peuvent être conclues entre le Comité de l'assurance et maximum 20 projets-pilotes en vue de mettre en place des soins intégrés au sein d'une zone délimitée géographiquement et dans la mesure où ils se rapportent aux prestations prévues à l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, dans le but :

1° d'améliorer l'état de santé de la population en général, et celui des malades chroniques en particulier;

2° d'améliorer, au niveau du bénéficiaire, la qualité perçue des soins en prêtant attention à l'accessibilité, aux soins "evidence-based" et à la satisfaction;

3° d'utiliser les moyens disponibles plus efficacement en proposant de meilleurs soins grâce aux moyens investis et en améliorant la durabilité du système de financement des soins;

4° d'assurer un accès équivalent aux soins pour tous les citoyens et de réduire les inégalités en matière de soins de santé;

5° d'améliorer la satisfaction au travail des professionnels de soins.

Art. 3. Au niveau de chaque projet-pilote, ces objectifs sont réalisés en développant des actions pour chacune des 14 composantes suivantes telles que décrites dans le guide et dans la mesure où elles se rapportent aux prestations prévues à l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé :

1° empowerment du patient;

2° soutien des aidants proches;

3° case-management;

4° maintien au travail et réintégration socioprofessionnelle et socio-éducative;

5° prévention;

6° concertation et coordination;

7° continuité des soins extra-, intra- et transmurale;

8° valorisation de l'expérience des associations de patients, familles et mutuelles;

9° dossier patient intégré;

10° guidelines multidisciplinaires;

11° développement d'une culture qualité;

12° adaptation des systèmes de financement;

13° stratification des risques au sein de la population et cartographie des ressources;

14° gestion du changement.

CHAPITRE 2. — Groupe de travail permanent

Art. 4. Un groupe de travail permanent du Comité de l'assurance, composé de membres du Comité de l'assurance, de représentants des administrations de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), de représentants du Service public fédéral Santé publique, est chargé des missions suivantes :

1° soumettre au Comité de l'assurance une proposition de modèle que les projets-pilotes candidats doivent utiliser pour introduire leur candidature;

2° soumettre au Comité de l'assurance une proposition de grille d'évaluation que le jury utilisera pour évaluer les projets-pilotes ainsi que le prévoit l'article 10;

3° soumettre au Comité de l'assurance, sur base d'une proposition du jury, une liste motivée de maximum 20 projets avec lesquels une convention peut être conclue et/ou de projets avec lesquels il ne peut être conclu de convention;

4° proposer au Comité de l'assurance la convention individuelle à conclure avec chaque projet-pilote;

5° formuler au Comité de l'assurance une proposition de modification ou de cessation d'une convention avec un projet-pilote;

6° rédiger un projet des rapports visés à l'article 14, 13°;

7° rédiger un rapport annuel à l'intention du Comité de l'assurance mentionnant les résultats de l'analyse financière dans le cadre de la garantie budgétaire pour chaque projet-pilote;

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 afgeijnde 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- en 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° conseiller et assister le Comité de l'assurance dans ses missions telles que décrites dans le présent arrêté.

CHAPITRE 3. — *Introduction d'une candidature, critères de sélection et procédure de sélection*

Art. 5. Les partenaires du projet-pilote candidat introduisent leur projet électroniquement à l'INAMI, avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles, dans les 30 jours qui suivent la publication du présent arrêté au *Moniteur belge*, à l'adresse de courriel chroniccare@health.belgium.be

La proposition peut être introduite par un représentant des partenaires. Dans ce cas, ce représentant a un mandat de chacun des partenaires confirmant les engagements que les partenaires prennent dans la proposition.

Art. 6. Sur proposition du groupe de travail permanent, le Comité de l'assurance établit un modèle qu'utilisent les partenaires des projets-pilotes candidats pour introduire leur candidature, en ce compris leur plan d'action locorégional. Il utilisera à cet effet les descriptions prévues dans le plan et dans le guide. Ce modèle est publié sur le site web www.integreo.be dans la rubrique "Projets-pilotes".

Art. 7. Les projets introduits sont évalués par le jury sur base des critères formels et de contenu et sur base d'une présentation orale faite par le projet-pilote candidat.

Art. 8. § 1^{er}. Les critères formels que remplit un projet-pilote sont les suivants :

- 1° la proposition est introduite dans le délai imparti;
- 2° la proposition introduite est établie selon le modèle visé à l'article 6;
- 3° en ce qui concerne la définition de la zone du projet-pilote, le nombre d'habitants se situe entre 100.000 et 150.000.

Un projet peut joindre une motivation en vue d'obtenir une dérogation quant au nombre d'habitants au sein de la zone. Il doit s'agir de communes contiguës qui peuvent être identifiées sur base du code INS ou, si celui-ci n'est pas assez précis, au niveau d'un secteur statistique. Pour des raisons de composition géographique, cette condition n'est pas applicable à la Communauté germanophone.

Une (section de) commune, un secteur ou un district ne peut faire partie que d'un seul projet-pilote.

4° la composition du projet-pilote avec mention des partenaires obligatoires suivants :

- a. partenaires de 1^{ère} ligne : au moins des médecins généralistes et des praticiens de l'art infirmier à domicile, avec possibilité d'extension à d'autres dispensateurs de soins;
- b. partenaires de 2^e ligne : des établissements de soins et divers sections, services et fonctions concernés;
- c. des partenaires des soins et de l'aide à domicile;
- d. différentes spécialités médicales concernées par les soins chroniques;
- e. une ou plusieurs structures de concertation avec une représentation significative sur le territoire du projet-pilote;
- f. une ou plusieurs associations de patients, d'aidants proches et de familles;

5° le groupe cible administratif est défini sur base des caractéristiques telles que mentionnées à l'annexe 1^{re};

6° les soins groupés sont définis sur base des groupes repris à l'annexe 2 et incluent au minimum les prestations des prestataires obligatoires.

§ 2. La cellule inter-administrative procède à un examen des critères formels et communique son avis au jury.

§ 3. En cas d'avis négatif, le jury décide si la proposition du projet-pilote candidat doit encore être évaluée quant aux critères de contenu et si une présentation orale doit être faite. Cette décision est ensuite communiquée au groupe de travail permanent ainsi qu'au Comité de l'assurance qui peuvent encore décider d'évaluer plus avant le projet-pilote candidat.

Art. 9. Si la proposition est conforme aux critères formels, les critères de contenu suivants sont évalués par le jury sur base d'une grille d'évaluation établie, sur proposition du groupe de travail permanent, par le Comité de l'assurance et publiée sur le site web www.integreo.be dans la rubrique "Projets-pilotes pour vérifier si les projets introduits présentent dans leur plan d'action locorégional les éléments requis

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 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 "pilootprojecten".

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 aansluiting 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. 1^{ste} lijns-partners : minstens huisartsen en thuisverpleegkundigen met de mogelijkheid tot uitbreiding naar andere zorgverleners;
- b. 2^e-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

permettant de rencontrer les objectifs tels que visés à l'article 2 ainsi que les principes repris dans le guide. Cette grille reprend les critères suivants :

1° présence et missions des partenaires obligatoires et des autres partenaires au projet-pilote.

Le nombre de partenaires est suffisamment grand pour que le nombre de bénéficiaires dans le groupe cible opérationnel puisse être pris en charge par le projet et les structures de coordination existantes sont associées au projet-pilote.

Les modalités d'inclusion de partenaires supplémentaires dans le projet sont suffisamment claires et précises et elles ne comportent pas d'exclusives;

2° objectivation des besoins et des risques en matière de besoins en soins et de recours aux soins dans la zone du candidat projet-pilote;

3° description tant du groupe cible opérationnel que du groupe cible administratif et de leur cohérence.

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

4° les critères et modalités d'inclusion des bénéficiaires sont suffisamment clairs et précis;

5° participation active de projets innovants en cours qui offrent des soins au groupe cible du projet-pilote au sein de la zone géographique;

6° participation active des associations de patients, d'aïdants proches et de familles et des mutualités;

7° cohérence interne du projet : clarté des concepts et des objectifs, scope et pertinence des objectifs;

8° degré d'innovation du projet;

9° cohérence du projet par rapport aux objectifs fixés dans l'article 2 et par rapport au développement des quatorze composantes telles que fixées à l'article 3;

10° si des zones rurales sont présentes dans la zone du projet, le projet-pilote offre les garanties que les objectifs tels que visés à l'article 2 y sont également réalisés;

11° le projet est axé sur les besoins et les objectifs du patient dans le cadre de soins ciblés;

12° intégration dans le projet de l'ensemble de l'éventail de soins pour les bénéficiaires du groupe cible opérationnel, c'est-à-dire de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs, y compris la garantie de permanence et de continuité des soins, même si certains aspects de soins qui ne sont pas présents dans la zone-pilote sont proposés via des collaborations avec des partenaires externes hors de la zone-pilote;

13° l'impact attendu, à savoir les bénéfices en termes de santé et de qualité perçue, les avantages sociaux et économiques, les ambitions et le potentiel attendu du projet, le caractère généralisable des initiatives proposées, le processus de gestion du changement, la durabilité et l'impact financier des changements apportés au terme du projet et le financement du projet;

14° le caractère réaliste du calendrier et du plan financier;

15° la description des indicateurs et des processus d'autoévaluation et de correction;

16° la description d'un niveau minimum d'intégration administrative, organisationnelle et financière où au minimum les moyens du projet et les moyens libérés et réinvestis sont gérés par une structure commune de gouvernance;

17° la façon dont le management d'intégration sera réalisé;

18° la description du processus d'implémentation d'un mode d'utilisation plus efficace des moyens et de la gestion des répercussions financières qui en découlent;

19° la description du processus de garantie d'accessibilité financière aux prestations de soins et du processus permettant d'éviter un surcoût pour le bénéficiaire;

noodzakelijke elementen aanbrenge 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 change management, de duurzaamheid en het financiële 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° la description de la stratégie de communication vis-à-vis de la population, du groupe cible, des partenaires et des autres acteurs dont il ressort qu'elle sera réalisée de façon systématique, régulière et interactive;

21° la description de la manière dont les acteurs seront formés, coachés et soutenus dans le cadre de l'implémentation de soins intégrés;

22° l'engagement des partenaires à :

a. enregistrer des données et les mettre à disposition;

b. participer à des initiatives de formation, à des interventions et à des activités d'échanges organisées par l'autorité ou dans le cadre de l'accompagnement scientifique;

c. accepter des évaluations externes dans le cadre de l'évaluation scientifique;

d. faire correspondre les développements ICT à la philosophie du Plan d'action eSanté.

Art. 10. Un jury est créé pour l'évaluation des projets introduits.

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

Le jury se compose de quatre groupes comprenant respectivement :

1° quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, représentants des administrations de l'INAMI et du SPF santé publique, désignés respectivement par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé et par le directeur général de la Direction générale Soins de santé;

2° quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, représentants des organismes assureurs, désignés par le Comité de l'assurance;

3° quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, représentants des dispensateurs de soins, désignés par le Comité de l'assurance;

4° quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, représentants des organisations de patients, désignés par l'Observatoire des maladies chroniques.

Le jury peut se réunir valablement si au moins un membre d'au moins trois des quatre groupes est présent.

Art. 11. § 1^{er}. Si le jury a constaté qu'une proposition de projet-pilote remplit les critères formels, chaque groupe visé à l'article 10, alinéa 3, évalue les propositions par rapport aux critères visés à l'article 9 sur base d'une grille d'évaluation à laquelle une motivation est chaque fois jointe. Chaque groupe procède à une évaluation par projet.

§ 2. Sur base de l'évaluation de chaque groupe, le jury prépare l'entretien qui s'ensuivra avec chaque projet-pilote candidat et lors duquel une délégation des partenaires exposera leur proposition.

§ 3. Au terme de l'exposé et de l'entretien avec chaque projet-pilote candidat, le jury fait une évaluation finale en tenant compte de :

1° l'évaluation sur base du dossier écrit;

2° l'évaluation sur base de l'exposé oral.

§ 4. L'évaluation finale motivée, en ce compris l'évaluation pour les projets qui ne remplissent pas les critères formels, est communiquée au groupe de travail permanent en vue de la proposition au Comité de l'assurance.

Art. 12. Le groupe de travail permanent rassemble toutes les évaluations et formule une proposition de décision finale motivée au Comité de l'assurance pour chacun des projets évalués.

Si le groupe de travail permanent constate que plus de 20 projets peuvent entrer en ligne de compte pour conclure une convention, ces projets sont classés par le groupe de travail permanent qui tient compte à cet effet de la taille du groupe cible, de la complémentarité entre les différents partenaires concernés et de leur représentativité par rapport aux soins proposés sur le territoire du projet, du nombre et de la diversité des partenaires et de la répartition géographique des projets sur le territoire belge.

Art. 13. § 1^{er}. Le Comité de l'assurance dresse, sur proposition du groupe de travail permanent, la liste des projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, peut être conclue.

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 evaluatiooster 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 meegedeeld 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. Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé communique la décision motivée aux projets qui n'entrent pas en ligne de compte pour une convention.

CHAPITRE 4. — *Convention entre le projet-pilote et le Comité de l'assurance*

Art. 14. § 1^{er}. La convention visée à l'article 2 définit au moins les éléments suivants :

1° l'identité du contractant avec mention de la personnalité juridique et du numéro BCE;

2° la description des partenaires obligatoires et les autres partenaires au projet-pilote;

3° une description du groupe cible administratif et du groupe cible opérationnel et le mode d'inclusion des bénéficiaires;

4° la description de la zone géographique;

5° l'identité du responsable administratif chargé des relations administratives et financières avec l'INAMI;

6° l'engagement à exécuter le plan d'action locorégional tel que repris dans la proposition de candidature, le cas échéant complété par un certain nombre de recommandations formulées par le jury dans l'évaluation finale;

7° les accords concernant l'affectation des gains d'efficience;

8° le financement du management d'intégration;

9° les règles d'information de l'organisme assureur du bénéficiaire concernant son inclusion;

10° les règles concernant le calcul de la garantie budgétaire, en ce compris la désignation des groupes de prestations de santé visées à l'article 18, et son versement éventuel;

11° les principes pour que le coût à charge du bénéficiaire au niveau du projet-pilote ne soit pas supérieur au coût pour le même bénéficiaire qui n'est pas pris en charge par un projet-pilote;

12° les règles concernant la facturation et le paiement si le projet-pilote assure lui-même un système de facturation et de perception centrales, en ce compris un modèle de facture patients;

13° les règles concernant le rapport et l'échange de données vis-à-vis de l'INAMI et l'équipe scientifique qui a été désignée par l'INAMI pour l'évaluation et l'accompagnement des projets-pilotes;

14° les dispositions qui permettent le suivi de la convention par le groupe de travail permanent;

15° les informations mises à la disposition du projet par l'organisme assureur du bénéficiaire et les modalités de cette mise à disposition;

16° la durée de validité conformément à l'article 15 et les modalités de résiliation de la convention;

17° les modalités de résiliation : il peut s'agir, entre autres, de l'absence ou d'un manque d'implication suffisante des partenaires obligatoires, d'un manque d'inclusion suffisante de bénéficiaires dans le projet, le fait de ne pas atteindre les objectifs tels que visés dans l'article 2, le non-respect des dispositions de la convention et s'il apparaît que les dépenses augmentent en conséquence du fonctionnement du projet.

§ 2. Si les données administratives mentionnées dans la convention sont modifiées, le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé peut adapter la convention afin de la mettre en conformité avec les nouvelles données.

Art. 15. Ces conventions sont conclues pour une durée de 4 ans.

Le Comité de l'assurance peut proposer des modifications à la convention. Si le contractant refuse ces modifications, l'INAMI consigne le refus par écrit, le notifie au contractant et l'informe que la convention prendra fin le 1^{er} jour du sixième mois qui suit cette notification. Dans ce cas, le projet est tenu d'en informer les bénéficiaires inclus.

CHAPITRE 5. — *Management d'intégration*

Art. 16. § 1^{er}. Pendant la durée de la convention, l'INAMI verse une intervention de 150.000 euros sur une base annuelle pour le remboursement du coût du management d'intégration. Ces moyens ne peuvent pas être utilisés pour le remboursement de prestations de soins ni pour la coordination et la concertation autour d'un patient individuel.

§ 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 verzekering-instelling 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 verstrekingen 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 patiëntfactuur;

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 verzekering-instelling 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 meedelen 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.

Le montant de cette intervention est indexé chaque année selon les dispositions l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 2. Le management d'intégration, coordonné par un coordinateur à temps plein, participe aux formations, interventions et activités d'échange organisées par l'autorité et par l'équipe scientifique et met toutes les informations pertinentes à disposition en ce qui concerne les processus de changement réalisés.

§ 3. La Cellule inter-administrative met toutes les informations nécessaires à la disposition du management d'intégration des projets, en ce compris une liste de questions fréquemment posées et leurs réponses et l'échange d'informations sur les bonnes pratiques.

CHAPITRE 6. — *Garantie budgétaire : calcul du coût attendu et du coût réel*

Art. 17. Pendant la durée de la convention, l'INAMI veille à ce que le projet-pilote reçoive les moyens fixés sur la base du coût attendu et du coût réel.

Art. 18. § 1^{er}. Le coût attendu A pour les soins de santé est fixé sur base du coût de la moyenne nationale des bénéficiaires qui correspondent à la description du groupe cible administratif du projet-pilote et adapté sur base des caractéristiques concrètes du groupe cible administratif dans la zone du projet-pilote.

Il est en outre tenu compte de la somme des remboursements dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 2. Le calcul du coût attendu A est réalisé sur base des règles suivantes :

1° le calcul est réalisé sur base des données comptabilisées mises à la disposition de l'INAMI par l'Agence intermutualiste et relatives à l'année civile pour laquelle le calcul est réalisé (calcul a posteriori).

Il peut en outre être tenu compte d'une estimation des coûts afférents aux prestations effectuées à l'étranger et qui ne figurent pas dans les données comptables de l'Agence;

2° le calcul s'effectue sur base de tous les bénéficiaires en Belgique qui remplissent les critères du groupe cible administratif du projet-pilote et ce au 31 décembre de chaque année civile. Le groupe cible administratif peut être adapté par le projet-pilote, à partir du 1^{er} janvier de chaque année civile. Cette modification s'accompagne d'une modification de la convention;

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

4° le calcul est au moins réalisé pour les seize groupes de prestations de santé mentionnés en annexe 2. En fonction de la définition du groupe cible et en fonction des partenaires qui font partie du projet, d'autres groupes de prestations peuvent être ajoutés sur proposition du projet et/ou en cas de décision du Comité de l'assurance. Cette adaptation est possible à partir du 1^{er} janvier de chaque année civile et s'accompagne d'une modification de la convention.;

5° en ce qui concerne les dépenses relatives au budget des moyens financiers des hôpitaux, il est uniquement tenu compte de la partie variable telle qu'établie en exécution de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

6° les outliers ne sont pas pris en considération dans ce calcul;

7° lors de l'adaptation du coût national moyen visant à tenir compte des caractéristiques concrètes des bénéficiaires dans le groupe cible administratif dans la zone du projet-pilote, il est tenu compte de la situation des bénéficiaires au 31 décembre de chaque année civile, de la liste de paramètres jointe en annexe 3 ainsi que des dépenses des outliers;

8° le résultat du calcul est un montant par an par bénéficiaire.

Art. 19. § 1^{er}. Chaque année l'INAMI calcule le coût réel pour les bénéficiaires dans le groupe cible administratif au sein de la zone du projet-pilote en tenant compte de la situation des bénéficiaires au 31 décembre de chaque année civile.

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, intervies 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. Le calcul du coût réel est réalisé sur base des mêmes principes que ceux prévus pour le calcul du coût attendu comme stipulé à l'article 18, § 2, 1^o, 2^o, 4^o en 5^o. Les outliers ne sont pas pris en considération dans ce calcul.

CHAPITRE 7. — *Garantie budgétaire : versement des gains d'efficience réalisés*

Art. 20. § 1^{er}. Sur base du coût attendu et du coût réel, l'INAMI détermine si des gains d'efficience peuvent être versés au projet-pilote.

Le point de départ est le coût attendu (A_{2016}) et le coût réel du projet-pilote qui sont calculés pour l'année de référence 2016.

Les situations suivantes s'appliquent dans le cas présent :

1^o le coût réel est plus élevé que le coût attendu $A_{2016}+5\%$: dans ce cas le projet fait partie du groupe X. La différence entre le coût réel et le coût attendu $A_{2016}+5\% = D_{2016}$

2^o le coût réel se situe entre le coût attendu $A_{2016}+5\%$ et le coût attendu ($A_{2016}-5\%$) : dans ce cas le projet fait partie du groupe Y. La différence entre le coût réel et le coût attendu $A_{2016}-5\% = D_{2016}$

3^o le coût réel est moins élevé que le coût attendu $A_{2016}-5\%$: dans ce cas le projet fait partie du groupe Z. La différence entre le coût attendu $A_{2016}-5\%$ et le coût réel = D_{2016}

Art. 21. Si un projet fait partie du groupe X, la différence est faite entre :

1^o le coût attendu $A_i+5\%$ de l'exercice concerné, majoré : en 2017 de D_{2016} à 100 % et en 2018, 2019, 2020 et 2021 de respectivement 75 %, 50 %, 25 % et 0 % de D_{2016} et

2^o le coût réel X_i de l'exercice concerné.

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

Art. 22. Si un projet fait partie du groupe Y, la différence est faite entre :

1^o le coût attendu $A_i-5\%$ de l'exercice concerné, majoré de D_{2016} à 100 % et

2^o le coût réel Y_i de l'exercice concerné.

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

Art. 23. Si un projet fait partie du groupe Z, la différence est faite entre :

1^o le coût attendu $A_i-5\%$ de l'exercice concerné, diminué en 2018, 2019, 2020 et 2021 de respectivement 25 %, 50 %, 75 % et 100 % de D_{2016} et

2^o le coût réel Z_i de l'exercice concerné.

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

Art. 24. En cas de versement en application de l'article 21, 22 ou 23, le montant du versement est majoré du coefficient suivant :

[1 + (le montant des interventions personnelles légales en 2016 pour les bénéficiaires au sein du groupe cible administratif pour les prestations figurant dans les seize groupes auxquels sont encore ajoutés d'autres groupes en fonction de la description du groupe cible)/(le montant qui a été pris en charge en 2016 par l'assurance obligatoire soins de santé pour ces mêmes prestations)].

Ce calcul s'opère sur la base des données comptables dont dispose l'Agence intermutualiste et qui sont mises à la disposition de l'INAMI.

Art. 25. § 1^{er}. Chaque fois qu'un projet modifie son groupe cible administratif ou l'ajoute à son groupe de prestations groupées en plus des seize groupes, le coût de référence (réel et attendu) est recalculé pour 2016 et D_{2016} .

§ 2. Les modalités précises pour le calcul du gain d'efficience et son versement sont reprises dans la convention avec le Comité de l'assurance.

Art. 26. L'INAMI verse le montant des gains d'efficience pour chaque bénéficiaire qui fait partie au 31 décembre de l'année civile concernée du groupe cible administratif, à l'exclusion des outliers.

§ 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^o, 2^o, 4^o en 5^o. 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 (A_{2016}) en de reële kost van het pilootproject die worden berekend voor het referentiejaar 2016.

Daarbij gelden de volgende startsituaties :

1^o 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^o 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^o 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}

Art. 21. In geval een project behoort tot de groep X wordt het verschil gemaakt tussen :

1^o 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

2^o 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^o de verwachte kost $A_i-5\%$ van het betrokken kalenderjaar, verhoogd met D_{2016} aan 100% en

2^o 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^o de verwachte kost $A_i-5\%$ van het betrokken kalenderjaar, vermindert in 2018, 2019, 2020 en 2021 met respectievelijk 25 %, 50 %, 75 % en 100 % van D_{2016} en

2^o de reële kost Z_i 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 Intermutualistisch 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 D_{2016} 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.

CHAPITRE 8. — *Garantie budgétaire : affectation des gains d'efficience*

Art. 27. Les gains d'efficience peuvent être affectés à toutes les missions et actions figurant dans la convention, à l'exclusion du financement d'investissements dont la période d'amortissement est supérieure à 4 ans.

CHAPITRE 9. — *Formes alternatives de remboursement*

Art. 28. Un projet-pilote peut, à partir d'une date et selon des modalités que Nous avons fixées, passer à des formes alternatives de remboursement pour un ou plusieurs groupes de prestations.

CHAPITRE 10. — *Montants à charge du bénéficiaire*

Art. 29. Pour les prestations qui font partie du champ d'application de l'article 34 de la loi, aucune intervention personnelle, aucun supplément ni aucune autre cotisation ne peuvent être demandés autres que ceux prévus en exécution de la loi ou en exécution de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

Pour les prestations et services fournis par les partenaires en exécution du projet-pilote et qui ne font pas partie du champ d'application de l'article 34 de la loi ou de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, les interventions personnelles ne peuvent être attestées que si elles ont une base réglementaire ou si elles sont prévues dans la convention.

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

CHAPITRE 11. — *Autres conditions administratives et financières*

Art. 30. Le projet-pilote qui opte pour une perception centrale des montants de remboursement des prestations faisant partie du champ d'application de l'article 34 de la loi facture l'intervention de l'assuré soins de santé à l'organisme assureur du bénéficiaire via un système de facturation électronique. Les principes y afférents figurent dans la convention.

Art. 31. Si le bénéficiaire bénéficie du maximum à facturer pour l'année au cours de laquelle les prestations ont été effectuées, l'organisme assureur le communique au projet-pilote via un réseau électronique.

Art. 32. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 33. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 31 juillet 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

Annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés

Liste de caractéristiques comme base pour le groupe cible administratif

Nombre de personnes assurées
Âge moyen
Femmes
Personnes isolées
Indépendants
Personnes bénéficiant de la garantie des revenus aux personnes âgées
Personnes bénéficiant du statut affection chronique
Personnes bénéficiant du remboursement MâF
Personnes ayant droit au MâF maladies chroniques
Personnes bénéficiaires de l'intervention majorée
Personnes avec un handicap (reconnaissance en tant que personne handicapée)

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 réglementair 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.

Gegeven te Brussel, 31 juli 2017.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

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)

Degré d'évaluation moyen de l'autonomie (Katz)

Familles et leurs membres dont tous les titulaires sont pensionnés et bénéficiaires d'intervention majorée

Familles et leurs membres dont tous les titulaires bénéficient de revenus de remplacement, y compris les pensions, mais dont tous les titulaires ne sont pas pensionnés, qu'ils soient bénéficiaires ou non de l'intervention majorée.

Personnes avec au moins 1 contact avec un psychiatre

Nombre de consultations chez un médecin généraliste

Personnes ayant eu un contact avec un médecin généraliste

Nombre de consultations chez un spécialiste

Personnes bénéficiant de soins infirmiers à domicile

Nombre d'admissions en hôpital

Nombre d'admissions en hôpital (plus de 6 mois)

Personnes ayant plusieurs admissions en un an

Personnes ayant plusieurs admissions en l'espace de 6 mois

Personnes ayant consulté un service d'urgences

Personnes sous médicaments (> 90 ddd)

Nombre de médicaments (> 90 ddd)

Personnes sous médicaments plus de 6 mois

Nombre de médicaments (> 180 ddd)

Personnes comptant plus de 3 médicaments (> 180ddd)

Personnes comptant plus de 5 médicaments (> 180ddd) (= Polypharmacie)

Nombre d'IRSN - SNRI (> 90)

Nombre d'IRSN - SNRI (> 180 ddd)

Personnes ayant des IRSN - SNRI (> 90 ddd)

Personnes ayant plus d'1 IRSN- SNRI (> 90)

Personnes ayant des IRSN - SNRI (> 180 ddd)

Personnes ayant plus d'1 IRSN - SNRI (> 180 ddd)

Personnes bénéficiant d'aide à la mobilité

Personnes bénéficiant d'au moins 1 convention de revalidation

Personnes bénéficiant d'au moins 2 conventions de revalidation

Personnes bénéficiant d'au moins 3 conventions de revalidation

Personne ayant au moins un trajet de soins

Personne ayant 2 trajets de soins

Personnes ayant des remboursements maison de repos et de soins (MRS)

Personnes ayant des remboursements maison de repos (MRPA)

Personnes ayant des remboursements MRS/MRPA

Personnes ayant des remboursements maison médicale

Personnes ayant des remboursements centre de soins de jour

Personnes ayant des remboursements maison de soins psychiatriques

Personnes ayant des remboursements initiatives pour logement protégé

Personnes ayant des remboursements hôpital psychiatrique

Personnes ayant des remboursements service intégré de soins à domicile

Personnes atteintes du cancer

Personnes ayant subi une chirurgie bariatrique

Personnes avec au moins 1 affection chronique

Personnes avec au moins 2 affections chroniques

Personnes avec au moins 3 affections chroniques

Personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires

Personnes atteintes de BPCO

Personnes atteintes d'asthme

Personnes atteintes de diabète

Personnes atteintes de mucoviscidose

Personnes atteintes de diabète et d'affections cardio-vasculaires

Personnes atteintes de maladie pancréatiques exocrines

Personnes atteintes de psoriasis

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

Personnes atteintes de la maladie de Crohn/Rectocolite hémorragique/Arthrite psoriasique/Arthrite rhumatoïde

Personnes atteintes de psychoses chez les jeunes

Personnes atteintes de psychoses chez les personnes âgées

Personnes atteintes de la maladie de Parkinson

Personnes atteintes d'épilepsie

Personnes atteintes du VIH

Personnes atteintes d'hépatite chronique B et C

Personnes atteintes de sclérose multiple

Personnes ayant subi une transplantation d'organe

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Personnes atteintes d'insuffisance rénale

Personnes atteintes de troubles thyroïdiens

Personnes atteintes d'hémophilie

Personnes avec convention de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale spécialisées

Personnes avec convention type de rééducation fonctionnelle conclues avec des centres de référence pour patients atteints de mucoviscidose

Personnes avec forfait de rééducation pour les centres dits "généraux" de l'ex-Fonds National de Reclassement Social des Handicapés

Personnes avec convention de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable

Personnes avec convention de rééducation avec l'établissement "Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle" à Fraiture (7.71.014.39)

Personnes avec convention Spina Bifida

Personnes avec convention de rééducation avec des centres de référence pour bénéficiaires atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale : Prestation Art.7, 1

Personnes avec convention de rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle, bilan initial

Personnes avec convention de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents/enfant

Personnes avec conventions types de rééducation fonctionnelle conclues avec les cliniques de la mémoire (démence)

Personnes avec conventions types de rééducation fonctionnelle conclues avec des centres de référence pour des patients atteints des maladies neuromusculaires

Personnes avec conventions types de rééducation concernant l'accompagnement médico-psycho-social avec cas de grossesse non désirée

Personnes avec conventions types relatives à la rééducation de bénéficiaires souffrant des affections respiratoires chroniques graves

Personnes avec conventions type de rééducation fonctionnelle conclues avec des centres de référence pour des bénéficiaires atteints d'épilepsie réfractaire

Personnes avec un trajet de soins Diabète

Personnes avec un trajet de soins Insuffisance rénale

Personnes décédées

Personnes avec forfait infirmier A

Personnes avec forfait infirmier B

Personnes avec forfait infirmier C

Personnes avec forfait soins

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

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 Organtransplantatie

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 Reclassement 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

Gezien om te worden gevoegd bij Ons 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.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Annexe 2 à l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés

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

Liste des groupes de prestations et désignation des seize groupes de prestations qui sont au moins repris dans le calcul de la garantie budgétaire
Lijst van groepen van vertrekkingen en aanduiding van de zestien groepen van verstrekkingen die minstens opgenomen worden in de berekening van de budgetgarantie

Groupe/ Groep	Libellé/Omschrijving	Groupes repris dans le calcul de la garantie budgétaire/ Groepen, opgenomen in de berekening budgetgarantie
	Médecins/Geneesheren	
1	Biologie clinique/Klinische biologie	X
2	a) Imagerie médicale/Medische beeldvorming/	X
3	b) Consultations, visites et avis/Raadplegingen, bezoeken en adviezen	X
4	c) Prestations spéciales/Speciale verstrekkingen	
5	d) Chirurgie/Heelkunde	
6	e) Gynécologie/Gynaecologie	
7	f) Honoraires de surveillance/Toezichtshonoraria	X
8	Dentistes/Tandheelkundigen	
	Prestations pharmaceutiques/Farmaceutische verstrekkingen	
	1. Spécialités pharmaceutiques/ Farmaceutische specialiteiten	
10	a) Spécialités délivrées aux bénéficiaires non hospitalisés dans les officines/Specialiteiten afgeleverd aan niet-gehospitaliseerde rechthebbenden in de officina's	X
11	b) Spécialités, provenant de l'officine hospitalière, délivrées aux bénéficiaires non hospitalisés/ Specialiteiten afkomstig van de ziekenhuisofficina, en afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden /	X
12	c) Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés/Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden	X
	2. Autres/Andere	
13	a) Récipés magistraux Voorwaardelijk karakter/Caractère conditionnel/Magistrale bereidingen	X
14	b) Honoraires divers/Diverse honoraria	X
15	c) Sang et plasma sanguin/Bloed en bloedplasma	
16	d) Moyens médicaux/Medische hulpmiddelen	X
17	e) Alimentation médicale/Medische voeding	
52	f) Oxygène/Zuurstof	

Groupe/ Groep	Libellé/Omschrijving	Groupes repris dans le calcul de la garantie budgétaire/ Groepen, opgenomen in de berekening budgetgarantie
18	g) Prestations pharmaceutiques diverses/Diverse farmaceutische verstrekkingen	
9	Praticiens de l'art infirmier/ Verpleegkundigen	X
19	Soins par kinésithérapeutes/ Verzorging door kinesitherapeuten	X
20	Soins par bandagistes (excepté 6ème réforme de l'Etat)/Verzorging door bandagisten (exclusief zesde staats hervorming)	
21	Soins par orthopédistes/Verzorging door orthopedisten	
22	Implants + défibrillateurs cardia- ques implantables/Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	
23	Soins par opticiens/Verzorging door opticiens	
24	Soins par audiciens/Verzorging door audiciens	
25	Honoraires accoucheuses/Honoraria van vroedvrouwen	
26	Prix de la journée d'entretien/ Verpleegdagprijs	X
28	Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital général/Forfaitaire dagprij- zen in algemene ziekenhuizen	X
27	Hôpital militaire – prix all- in/Militair hospitaal – all-in prijs	
29	Dialyse/Dialyse	
30	a) Médecins/Geneesheren	
31	b) Forfait dialyse rénale/Forfait nier- dialyse	
31	c) A domicile, dans un centre/Thuis, in een centrum	
58	MRPA/MRS/Centres de soins de jour (excepté 6ème réforme de l'Etat) :/ RVT/ROB/ Dagverzorgingscentra (exclusief zesde staats hervorming) : coma – SEP/SLA/Huntington/coma - MS/ALS/huntington	
37	Soins de santé mentale/Geestelijke gezondheidszorg Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique/Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische zieken- huizen	
38	Revalidation et réadaptation (excep- té 6ème réforme de l'Etat)/ Revali- datie en herscholing (exclusief zesde staats hervorming)	
40	Logopédie/Logopedie	X

Groupe/ Groep	Libellé/Omschrijving	Groupes repris dans le calcul de la garantie budgétaire/ Groepen, opgenomen in de berekening budgetgarantie
47	Matériel corporel humain/ Menselijk lichaamsmateriaal	X
55	Maisons médicales/ Medische huizen	
56	SEP/SLA/Huntington/MS/ALS/ Huntington	

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

Gezien om te worden gevoegd bij Ons 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.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Annexe 3 à l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés

Liste de paramètres servant à adapter le montant calculé pour la population nationale dans le groupe cible au groupe cible administratif du projet (1)

Âge

Sexe

Veuf/veuve, invalide, pensionné(e) ou orphelin(e) (avec droit à l'intervention majorée)

Mortalité (nombre de décès par 100 personnes)

Incapacité de travail primaire

Isolement (isolés)

Urbanisation (nombre de citoyens)

Critères donnant droit à un MâF social

- Allocation aux personnes handicapées
- Allocations familiales majorées
- Minimum de moyens d'existence ou aide du CPAS

Critères donnant droit au montant forfaitaire pour les soins pour maladies chroniques :

- Forfait soins à domicile pour les personnes lourdement dépendantes (forfait B ou C)
- Kinésithérapie pour pathologie lourde (liste E)
- Forfait "aide d'une tierce personne"
- Allocation d'intégration
- Allocation pour l'aide aux personnes âgées

Indemnité pour l'aide d'une tierce personne

Indemnité d'invalidité ou d'incapacité de travail primaire majorée pour l'aide d'une tierce personne

Groupes d'affections ADG (diagnostics basés sur l'utilisation de certains médicaments dans Pharmanet)

(1) Ces paramètres sont basés sur la liste des paramètres utilisés dans le cadre de la clé de répartition normative pour la responsabilité financière des mutualités : Arrêté royal du 4 mai 2012 fixant la méthode de calcul de la clé de répartition normative et les caractéristiques des paramètres en vue de l'application de la responsabilité financière définitive des organismes assureurs pour les années 2008 et suivantes <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2012/06/13/121571.pdf>

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

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)

Sterftecijfer (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>

Gezien om te worden gevoegd bij Ons 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.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

**GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION
GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN**

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2017/30978]

16 JUNI 2017. — Decreet betreffende het onderwijs XXVII (1)

Het VLAAMS PARLEMENT heeft aangenomen en Wij, REGERING, bekrachtigen hetgeen volgt :

Decreet betreffende het onderwijs XXVII

HOOFDSTUK 1. — *Inleidende bepaling*

Artikel I.1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

HOOFDSTUK 2. — *Decreet basisonderwijs*

Art. II.1. In artikel 3 van het decreet basisonderwijs van 25 februari 1997, het laatst gewijzigd bij het decreet van 17 juni 2016, wordt tussen punt 24° en punt 24°bis, een punt 24°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt :

“24°/1 individueel aangepast curriculum : een curriculum waarbij leerdoelen op maat van de leerling met een verslag voor toegang tot buitengewoon onderwijs worden geformuleerd. De leerdoelen op maat van de leerling worden gekozen door de klassenraad in afstemming met de ouders, waar mogelijk de leerling, de CLB-medewerker en in voorkomend geval externe ondersteuners, vertrekkende van de ontwikkelingsdoelen en de leerdoelen die het bereiken van de eindtermen beogen. Dit curriculum kan, indien dit noodzakelijk is voor de leerling, ook gebaseerd worden op de ontwikkelingsdoelen van het buitengewoon onderwijs. Het curriculum wordt naargelang de studievoortgang van de leerling aangepast. Deze leerdoelen moeten worden nagestreefd en beogen de maximale