

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

[C – 2016/24107]

29 JANUARI 2016. — Protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, in uitvoering van het Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken - Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid

Gelet op de respectieve bevoegdheden van de federale Staat en van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, hierna de Gemeenschappen/Gewesten genoemd, wat betreft het gezondheidsbeleid inzake chronisch zieken;

Gelet op de Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken van 30 maart 2015;

Gelet op het protocolakkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 19 oktober 2015 over het gezondheidsbeleid inzake chronisch zieken: Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken – Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid

Overwegende de aanbevelingen van de Wereld Gezondheids Organisatie voor een geïntegreerd en patiënt-gericht gezondheidszorgsysteem (WHO global strategy on people-centred and integrated health services, maart 2015);

Overwegende de aanbevelingen die in december 2010 door de Raad van de Europese Unie werden uitgebracht na de Europese conferentie die onder het Belgische voorzitterschap van 2010 werd georganiseerd over het thema van de innovatieve benaderingen van chronische ziekten in de volksgezondheid en de gezondheidszorgstelsels;

Overwegende de aanbevelingen van het KCE in antwoord op de vraag om een 'position paper' te ontwikkelen over de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg voor chronisch zieken in een geïntegreerd, patiënt-gericht zorgperspectief (KCE Reports 190 – 2012);

Overwegende de actiepistes voorgesteld in de oriëntatienota "Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België", die gepresenteerd en besproken werden op de nationale conferentie van 28 november 2013 (www.chroniccare.be);

Overwegende het Protocolakkoord gesloten binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid over het gezondheidsbeleid inzake chronische ziekten, van 24 februari 2014;

Overwegende dat de stijgende prevalentie van chronische ziekten een invloed heeft op de gezondheidszorg, en bij uitbreiding op de hele samenleving en dat deze uitdaging noodzaakt om beleid, budgetten en dienstverlening tegemoet te laten komen aan de behoeften van personen met een chronische ziekte;

Overwegende dat een passend antwoord op de uitdagingen als gevolg van de stijgende prevalentie van chronische ziekten en de specifieke noden die eruit volgen, enkel in het kader van een beleid van samenwerking tussen de Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten kan worden gegeven;

Wordt overeengekomen wat volgt:

Om het hoofd te kunnen bieden aan de uitdagingen voor het gezondheidszorgsysteem van de toenemende prevalentie van chronische ziekten en multimorbiditeit, de ermee gepaard gaande fragmentatie van de zorgverlening en de stijgende kosten is een evolutie naar een meer geïntegreerd zorgsysteem, waarbij de patiënt centraal staat, noodzakelijk. Samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus is een essentiële voorwaarde om dit te kunnen bereiken.

De federale overheid en de Gemeenschappen/Gewesten hebben dan ook gezamenlijk het "Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken: geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" ontwikkeld in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, en bekrachtigd onder de vorm van een protocolakkoord op 19 oktober 2015.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

[C – 2016/24107]

29 JANVIER 2016. — Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, en application du Plan Conjoint en faveur des malades chroniques – Des soins intégrés pour une meilleure santé

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés/Régions, sur le plan de la politique de la santé à mener à l'égard des malades chroniques;

Vu la déclaration conjointe de la Conférence Interministérielle Santé publique concernant les soins intégrés en faveur des malades chroniques, du 30 mars 2015;

Vu le protocole d'accord de la Conférence interministérielle de la santé publique du 19 octobre 2015 concernant la politique de santé à mener à l'égard des malades chroniques : Plan Conjoint en faveur des malades chroniques – Des soins intégrés pour une meilleure santé

Considérant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de systèmes de soins de santé intégrés et centrés sur le patient (WHO global strategy on people-centred and integrated health services, mars 2015)

Considérant les recommandations émises par le Conseil de l'Union Européenne en décembre 2010, à la suite de la conférence européenne organisée sous la présidence belge en octobre 2010 sur le thème des approches novatrices à l'égard des maladies chroniques dans le cadre de la santé publique et des systèmes de soins de santé;

Considérant les recommandations émises par le KCE suite à la demande qui lui a été faite d'élaborer un 'Position paper' sur l'organisation future des soins de santé pour les malades chroniques dans une perspective de soins intégrés et centrés sur le patient (KCE Reports 190 - 2012);

Considérant les pistes d'actions émises dans le cadre de la note d'orientation « Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique » présentée et débattue lors de la conférence nationales du 28 novembre 2013 (www.chroniccare.be);

Considérant le protocole d'accord conclu au sein de la Conférence Interministérielle Santé publique concernant la politique de santé à mener à l'égard des malades chroniques, du 24 février 2014 ;

Considérant que la prévalence croissante des maladies chroniques a une influence sur les soins de santé, et par extension sur la société dans son ensemble et que cela nécessite d'adapter les politiques, budgets et services pour répondre aux besoins des personnes souffrant de maladie chronique;

Considérant que les défis consécutifs à cette prévalence croissante des maladies chroniques et des besoins spécifiques qui en découlent ne peuvent trouver de réponse que dans le cadre d'une politique de collaboration entre l'Etat Fédéral et les Communautés et Régions;

Il est convenu ce qui suit :

En vue de pouvoir donner réponse aux défis lancés au système de soins de santé du fait de la prévalence croissante des maladies chroniques et de la multimorbidité, du caractère fragmenté des soins qui l'accompagnent et des coûts croissants, une évolution vers un système de soins plus intégré, qui place le patient au centre des préoccupations, est nécessaire. La collaboration entre les différents niveaux de pouvoir est une condition essentielle pour y parvenir.

L'Etat fédéral et les entités fédérées ont dès lors développé ensemble un « Plan conjoint en faveur des malades chroniques : des soins intégrés pour une meilleure santé », dans le cadre de la Conférence Interministérielle Santé Publique. Ce Plan a été approuvé dans le protocole d'accord du 19 octobre 2015.

Dit Plan is het resultaat van een gemeenschappelijke visie van de verschillende overheden om tot een meer geïntegreerde benadering van de chronisch zieken te komen, die weergegeven wordt in de Gemeenschappelijke Verklaring van 30 maart 2015.

Het Gemeenschappelijk Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' beoogt om op een **kostenneutrale manier hoog kwalitatieve zorg** te bieden aan alle patiënten en de **gezondheidstoestand van de bevolking te verbeteren** (Triple Aim principe). Om dit doel te bereiken, is een hervorming van het huidige zorgsysteem voor chronisch zieken naar een systeem van meer geïntegreerde, patiëntgerichte zorg noodzakelijk.

Het Plan voorziet 18 componenten van geïntegreerde zorg en 4 actielijnen om deze doelstelling te realiseren.

De 18 componenten die de overheden willen uitwerken om geïntegreerde zorg te implementeren zijn :

- 1) empowerment van de patiënt
- 2) ondersteuning van de mantelzorgers
- 3) case-management
- 4) werkbehoud, socio-professionele en socio-educatieve reïntegratie
- 5) preventie
- 6) overleg en coördinatie
- 7) extra-, intra- en transmurale zorgcontinuïteit
- 8) valorisatie van de ervaring van patiëntenorganisaties, familieorganisaties 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
- 15) opleiding voor zorgprofessionals in empowerment en multidisciplinaire samenwerking
- 16) continue vorming geïntegreerde zorg
- 17) evaluatie van de performantie van het systeem
- 18) beroepsattractiviteit

Om dit te realiseren, werden 4 actielijnen bepaald :

- actielijn 1 : pilootprojecten geïntegreerde zorg
- actielijn 2 : methodologische, wetenschappelijke en technische ondersteuning
- actielijn 3 : governance van het Plan
- actielijn 4 : specifieke initiatieven van de verschillende overheden

De eerste actielijn van het Plan betreft de ontwikkeling van **pilootprojecten voor geïntegreerde zorg**.

Om de actoren in de gezondheids- en welzijnzorg te ondersteunen in de ontwikkeling en de implementatie van nieuwe zorgmodellen voor chronische zorg, hebben de federale overheid en de Gemeenschappen/Gewesten gezamenlijk een Gids voor pilootprojecten voor geïntegreerde zorg ontwikkeld.

De Gids verduidelijkt eerst de finale doelstellingen van de pilootprojecten zoals beschreven in het Plan en beschrijft vervolgens de vier etappes die voorzien zijn in het Plan voor de voorbereiding, de conceptualisatie, de uitvoering en de uitbreiding van de pilootprojecten.

Eerst en vooral worden de terreinactoren uitgenodigd om hun interesse kenbaar te maken om een pilootproject te ontwikkelen. Vervolgens zullen zij begeleid worden door een externe coach die hen zal helpen bij de vormgeving van hun project met het oog op een progressieve ontwikkeling van geïntegreerde zorg in hun omgeving.

Ce Plan est le résultat d'une vision commune entre les différentes autorités qui a été présentée dans une Déclaration commune en date du 30 mars, 2015 et qui plaide pour une approche plus intégrée en faveur des malades chroniques.

Le Plan conjoint « Des soins intégrés pour une meilleure santé » vise à développer, dans un contexte de **neutralité budgétaire**, des **soins de haute qualité** pour tous les patients tout en **améliorant l'état de santé de la population** dans son ensemble (principe du Triple Aim). Pour atteindre ce triple objectif, le système de soins de santé actuel en faveur des malades chroniques doit être transformé en vue de le rendre plus intégré et davantage centré sur le patient.

Le Plan identifie 18 composantes des soins intégrés qu'il convient de développer et comporte 4 lignes d'action.

Les 18 composantes sur lesquelles les différentes autorités entendent agir pour implémenter des soins intégrés sont :

- 1) l'empowerment du patient
- 2) le soutien des aidants-proches
- 3) le case-management
- 4) le maintien au travail et la réintégration socioprofessionnelle et socioéducative
- 5) la prévention
- 6) la concertation et la coordination
- 7) la continuité des soins extra-, intra- et transmurale
- 8) la mise en valeur de l'expérience des organisations de patients, de familles et des mutuelles
- 9) le dossier patient intégré (DPI)
- 10) les guidelines multidisciplinaires
- 11) le développement d'une culture qualité
- 12) l'adaptation des systèmes de financement
- 13) la stratification des risques au sein de la population et la cartographie des ressources
- 14) la gestion du changement (change management)
- 15) la formation des professionnels à l'empowerment et à la collaboration multidisciplinaire
- 16) la formation continue aux soins intégrés
- 17) l'évaluation de la performance du système
- 18) l'attractivité des professions.

Pour ce faire, 4 lignes d'actions ont été arrêtées :

- ligne d'action 1 : des projets-pilotes soins intégrés
- ligne d'action 2 : un soutien méthodologique, scientifique et technique
- ligne d'action 3 : une gouvernance du Plan
- ligne d'action 4 : des initiatives spécifiques des différentes autorités.

La première ligne d'action du Plan consiste donc à développer des **projets pilotes de soins intégrés**.

Le présent guide, initiative conjointe du gouvernement fédéral et des entités fédérées, est destiné à aider les acteurs de la santé et de l'aide aux personnes à réfléchir, développer et mettre en œuvre de nouveaux modèles de soins pour malades chroniques dans le cadre de tels projets-pilotes.

Il situe tout d'abord les objectifs finaux des projets-pilotes prévus par le Plan et décrit ensuite les quatre étapes prévues par le Plan pour la préparation, la conceptualisation, l'exécution et l'extension des projets-pilotes.

Les acteurs de terrain qui le souhaitent sont tout d'abord invités à manifester leur intérêt à développer un projet-pilote. Ils seront ensuite accompagnés par un coach externe qui les aidera à formaliser leur projet en vue d'initier des actions spécifiques destinées à développer progressivement des soins intégrés dans leur environnement.

De informatie in de Gids is evolutief, en zal progressief aangevuld worden met bijkomende informatie voor de actoren van het terrein die een pilootproject willen uitvoeren.

De oproep voor pilootprojecten geïntegreerde zorg wordt gelanceerd op een nationale informatiedag op 2 februari 2016, waar de Gids zal gepresenteerd worden aan een breed publiek.

De integrale tekst van de "Gids: pilootprojecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken", in bijlage aan dit protocol, wordt goedgekeurd door de Ministers van de federale overheid en van de deelstaten.

Dit protocolakkoord treedt in werking op 2 februari 2016.

Aldus overeengekomen te Brussel op 29 januari 2016.

Voor de Federale Staat :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Maggie DE BLOCK

L'information dans ce guide se veut évolutif. Il sera étoffé progressivement d'informations complémentaires utiles aux acteurs de terrain qui souhaitent mener à bien un projet-pilote.

L'appel à candidatures pour des projets de soins intégrés sera lancé lors d'une journée d'information nationale le 2 février 2016, où le guide sera présenté au public.

Le texte intégral du « Guide : projets-pilotes soins intégrés en faveur des malades chroniques », repris en annexe du présent protocole, est approuvé par les Ministres de la Santé publique de l'autorité fédérale et des entités fédérées.

Le présent protocole d'accord entre en vigueur le 2 février 2016.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 29 janvier 2016.

Pour l'Etat fédéral :

La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,
Maggie DE BLOCK

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest :

De Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
Jo VANDEURZEN

Pour la Région Wallonne :

Le Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine,
Maxime PREVOT

Pour la Communauté Française :

Le Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles,
Rudy DEMOTTE

La Vice-Présidente du Gouvernement
de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Ministre de l'Education, de la Culture et de l'Enfance,
Joëlle MILQUET

Pour la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale :
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad :

Le Ministre, Membre du Collège réuni, compétent pour la politique de la Santé, les Finances, le Budget, la Fonction publique, le Patrimoine et les Relations extérieures,
Didier GOSUIN

De Minister, Lid van het Verenigd college van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, de Financiën, de Begroting, het Openbaar Ambt, het Patrimonium en de Externe Betrekkingen,
Guy VANHENGEL

Pour le collège de la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale :
Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Le Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétente pour la Politique de Santé,
Cécile JODOGNE

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft:
Pour la Communauté germanophone :

Der Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales
Antonios ANTONIADIS

GIDS

PILOOTPROJECTEN GEINTEGREERDE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN



Inhoudstafel

1.	INLEIDING.....	2
2.	DOEL VAN DE PILOOTPROJECTEN.....	4
3.	TIMING VAN DE PILOOTPROJECTEN: 4 fasen.....	8
4.	FASE 1: VOORBEREIDINGSFASE VAN DE PILOOTPROJECTEN.....	10
4.1.	Doel van de voorbereidingsfase	10
4.2.	Duur van de voorbereidingsfase	10
4.3.	Opdrachten in de voorbereidingsfase	10
4.4.	Begeleiding in de voorbereidingsfase	17
4.5.	Evaluatie en selectie van de interesseverklaringen	18
5.	FASE 2: CONCEPTUALISATIEFASE VAN DE PILOOTPROJECTEN.....	20
5.1.	Doel van de conceptualisatiefase	20
5.2.	Duur van de conceptualisatiefase.....	20
5.3.	Opdrachten in de conceptualisatiefase	20
5.4.	Begeleiding in de conceptualisatiefase.....	25
5.5.	Financiering in de conceptualisatiefase.....	27
5.6.	Indiening, evaluatie en selectie van de kandidaturen	27
6.	FASE 3: UITVOERINGSFASE	31
6.1.	Doel van de uitvoeringsfase.....	31
6.2.	Duur van de uitvoeringsfase	31
6.3.	Opdrachten in de uitvoeringsfase.....	32
6.4.	Begeleiding in de uitvoeringsfase	33
6.5.	Juridisch kader in de uitvoeringsfase.....	34
6.6.	Financiering in de uitvoeringsfase	35
6.7.	Evaluatie van de pilootprojecten in de uitvoeringsfase	41
7.	FASE 4: PLAN VOOR DE UITBREIDING EN DE UITROL VAN GEÏNTEGREERDE ZORG	43
	BIJLAGE: 14 componenten van geïntegreerde zorg.....	45

1. INLEIDING

Op 19/10/2015 heeft de Interministeriële Conferentie, die de ministers van Volksgezondheid van de federale overheid en de deelstaten samenbrengt, een Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken goedgekeurd, met als titel: 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' (zie www.chroniccare.be).

Dit Plan is het resultaat van een gemeenschappelijke visie van de verschillende overheden om tot een meer geïntegreerde benadering van de chronisch zieken te komen, die weergegeven wordt in de Gemeenschappelijke Verklaring van 30 maart 2015 (zie www.chroniccare.be).

Het Gemeenschappelijk Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' beoogt om **hoog kwalitatieve zorg en ondersteuning** te bieden aan alle patiënten, **voor de beste kost**, en de **gezondheidstoestand van de bevolking te verbeteren** (Triple Aim principe). Om dit doel te bereiken, is een hervorming van het huidige zorgsysteem voor chronisch zieken naar een systeem van meer geïntegreerde, persoonsgerichte zorg en ondersteuning noodzakelijk.

Het Plan voorziet 18 componenten van geïntegreerde zorg en 4 actielijnen om deze doelstelling te realiseren.

De 18 componenten die de overheden willen uitwerken om geïntegreerde zorg te implementeren zijn :

- 1) empowerment van de patiënt
- 2) ondersteuning van de mantelzorgers
- 3) case-management
- 4) werkbehoud, socio-professionele en socio-educatieve reïntegratie
- 5) preventie
- 6) overleg en coördinatie
- 7) extra-, intra- et transmurale zorgcontinuïteit
- 8) valorisatie van de ervaring van patiëntenorganisaties, familie-organisaties en ziekenfondsen
- 9) geïntegreerd patiëntendossier
- 10) multidisciplinaire guidelines
- 11) ontwikkeling van een kwaliteitscultuur
- 12) aanpassing van de financieringssystemen
- 13) stratificatie van de risico's binnen de bevolking en cartografie van de omgeving
- 14) change management
- 15) opleiding voor zorgprofessionals in empowerment en multidisciplinaire samenwerking
- 16) continue vorming geïntegreerde zorg
- 17) evaluatie van de performantie van het systeem
- 18) beroepsattractiviteit

Om dit te realiseren, werden 4 actielijnen bepaald:

- actielijn 1 : pilootprojecten geïntegreerde zorg
- actielijn 2 : methodologische, wetenschappelijke en technische ondersteuning
- actielijn 3 : governance van het Plan
- actielijn 4 : specifieke initiatieven van de verschillende overheden

De eerste actielijn van het Plan betreft de ontwikkeling van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg. Deze gids is een gezamenlijk initiatief van de federale overheid en de deelstaten en dient als leidraad om actoren in de gezondheids- en welzijnszorg aan te moedigen om nieuwe zorgmodellen voor chronische zorg en ondersteuning te bedenken, te ontwikkelen en te implementeren in het kader van deze pilootprojecten.

De gids verduidelijkt eerst de finale doelstellingen van de pilootprojecten zoals beschreven in het Plan en beschrijft vervolgens de vier etappes die voorzien zijn in het Plan voor de voorbereiding, de conceptualisatie, de uitvoering en de uitbreiding van de pilootprojecten.

Het jaar 2016 zal gewijd zijn aan de voorbereiding en de conceptualisatie van de projecten. Eerst en vooral worden de terreinactoren uitgenodigd om hun interesse kenbaar te maken om een pilootproject te ontwikkelen. Vervolgens zullen zij begeleid worden door een externe coach die hen zal helpen bij de vormgeving van hun project met het oog op een progressieve ontwikkeling van geïntegreerde zorg in hun omgeving.

Deze gids is evolutief. Hij zal progressief aangevuld worden met bijkomende informatie voor de actoren van het terrein die een pilootproject willen uitvoeren. Ook na de opstart van de projecten zal de gids blijvend aangevuld worden op basis van bijvoorbeeld conclusies van studies die gerealiseerd werden in het kader van actielijn 2 van het Plan. Deze eerste versie is in de eerste plaats bedoeld als begeleiding van de oproep aan de terreinactoren voor interesseverklaring voor de ontwikkeling van een project. De gids wordt online geplaatst (www.chroniccare.be) en personen die geïnteresseerd zijn om op de hoogte gehouden te worden van de evolutie van de gids, kunnen zich inschrijven om per mail geïnformeerd te worden over de aanpassingen.

Parallel met deze gids wordt er eveneens een regelgevend kader uitgewerkt onder de vorm van enerzijds een koninklijk besluit waarin de krijtlijnen worden uitgezet waarbinnen een project kan aanvaard worden en anderzijds een overeenkomst die met elk project zal gesloten worden.

2. DOEL VAN DE PILOOTPROJECTEN

Het doel van de pilootprojecten in het Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' is het **uittesten** van **geïntegreerde zorg** voor **chronische patiënten** binnen een **geografisch afgeijnde regio** met respect voor de **Triple Aim** gedachte en met aandacht voor het **equity**-principe en de levenskwaliteit van de gezondheidsprofessionals.

Uittesten:

Het betreft experimentele projecten waarin (nieuwe) processen uitgetest worden: integratie van zorg, overlegmodellen, andere vormen van tenlasteneming van de patiënt, facturatie- en vergoedingsmodellen, , multidisciplinaire samenwerkingsvormen, modaliteiten voor het betrekken van de bevolking, de patiënt en zijn omgeving, instrumenten voor de uitwisseling van gegevens, indicatoren voor het opvolgen en evalueren van de kwaliteit, enz.

Dit is een progressief en evolutief proces, zowel op niveau van de projecten zelf (doelgroep, projectpartners, nieuwe initiatieven,...), als op niveau van de overheden (coördinatie met andere initiatieven van de verschillende overheden – cfr. actielijn 4 van het Plan) of op niveau van de methodologische, technische of wetenschappelijke ontwikkelingen die het veranderingsproces moeten begeleiden en ondersteunen (cfr. actielijn 2 van het Plan).

Op basis van de evaluatie van de innovatieve praktijken in de pilootprojecten, kan een eventuele veralgemening van bepaalde processen leiden tot een latere aanpassing van de regelgeving of de formulering van aanbevelingen voor best practices.

Geïntegreerde zorg :

Er zijn verschillende definities van geïntegreerde zorg in de wetenschappelijke literatuur. Een definitie die goed aansluit bij wat dit Plan nastreeft, is deze van de WHO van 2015:

“Geïntegreerde gezondheidszorg is gezondheidszorg die beheerd en geleverd wordt op een manier die garandeert dat personen verzorgd worden in een continuüm van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziektemanagement, rehabilitatie en palliatieve zorg, op verschillende niveaus en plaatsen binnen het gezondheidssysteem, en volgens hun behoeften doorheen hun levensloop.”¹

Concreet werden op basis van deze algemene principes en op basis van een grondige analyse van het Belgische systeem 18 componenten voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg weerhouden in de loop van het overleg met de actoren van het terrein (*gebaseerd op of in het kader van het rapport van het KCE⁹ en van de Oriëntatienota¹⁰*).

¹ Originele tekst : “Integrated health services are health services that are managed and delivered in a way that ensures people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services, at the different levels and sites of care within the health system, and according to their needs throughout their life course.” (2015 - WHO *global strategy on people-centred and integrated health services*)

De **eerste 14 componenten** houden veranderingen in op het micro- en meso-niveau: empowerment van de patiënt, ondersteuning van de mantelzorgers, case-management, werkbehoud en socioprofessionele en socio-educatieve reïntegratie, preventie, overleg en coördinatie, extra-, intra- en transmurale zorgcontinuïteit, valorisatie van de ervaring van patiëntenverenigingen, familieverenigingen en ziekenfondsen, geïntegreerd patiëntendossier, multidisciplinaire guidelines, ontwikkeling van een kwaliteitscultuur, aanpassing van de financieringssystemen, stratificatie van de risico's in de bevolking en cartografie van de omgeving, change management.

Aan de pilootprojecten wordt gevraagd om initiatieven te nemen om deze componenten te ontwikkelen, met als doel om progressief een omgeving van geïntegreerde zorg op te bouwen. Algemeen vertegenwoordigen deze componenten 3 dimensies van de geïntegreerde benadering:

- Integratie van de patiënt en zijn omgeving als volwaardige actoren in het zorgproces door patient empowerment, ondersteuning van de mantelzorger, case-management, werkbehoud en socio-professionele en socio-educatieve re-integratie. Het gaat hier over initiatieven op micro-niveau.
- Geïntegreerd multidisciplinair werken, overleg en informatiedeling tussen de actoren: preventie, overleg en coördinatie, extra-, intra-, en transmurale zorgcontinuïteit, valorisatie van de ervaring van patiëntenverenigingen en familie-organisaties en de ziekenfondsen, geïntegreerd patiëntendossier en multidisciplinaire guidelines. Dit veronderstelt acties op zowel het meso-niveau (organisatie,...) als op micro-niveau (dagelijks werk van de terreinactoren).
- Een andere kijk op het zorg- en hulpsysteem: ontwikkeling van een kwaliteitscultuur, aanpassing van de financieringssystemen, stratificatie van de risico's binnen de bevolking en cartografie van de omgeving, en change management. Dit gaat vooral over het meso-niveau (organisatie en beheer van de pilootprojecten).

In de bijlage van deze gids wordt een beknopte beschrijving gegeven van wat deze 14 componenten kunnen inhouden. Om deze componenten te verduidelijken, is ter illustratie een meer gedetailleerde beschrijving van de componenten beschikbaar in de tekst van het Plan (zie www.chroniccare.be).

De **4 bijkomende componenten** die in het Plan beschreven worden, behoren eerder tot het beleidsniveau (macro-niveau), en dienen niet specifiek uitgewerkt te worden in de pilootprojecten. Het betreft de organisatie van opleidingen voor zorgprofessionals (opleiding in patient empowerment, multidisciplinair werken en meer uitgebreide opleiding voor geïntegreerde zorg), evaluatie van de performantie van het systeem in zijn geheel, evenals de initiatieven voor de attractiviteit van de beroepen in zorg- en hulpverlening. De werkomstandigheden van de actoren moeten echter ook aandacht krijgen in de projecten en kunnen een belangrijke impact hebben op de attractiviteit van de betrokken beroepen.

Chronisch zieken :

Zowel in de Gemeenschappelijke Verklaring van 30 maart 2015 als in het Plan dat goedgekeurd werd op 19 oktober 2015, hebben de leden van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een brede beschrijving van het concept 'chronisch zieken' weerhouden: alle personen in de bevolking die

te maken hebben met gezondheidsproblemen die langdurige zorg vergen, zowel door niet-overdraagbare aandoeningen (diabetes, kanker, astma,...), als door overdraagbare aandoeningen (HIV-aids,...), mentale aandoeningen (psychose,...), bepaalde anatomische of functionele beperkingen (blindheid, multiple sclerose,...), zeldzame ziekten, personen met beperkingen ten gevolge van een ongeval (amputatie, verlamming,...), personen met complexe multimorbiditeit, of een grote zorgafhankelijkheid of in de fase van het levenseinde.

De bedoeling is dus om geïntegreerde zorg te ontwikkelen die op termijn alle chronisch zieken betreft.

In het kader van de pilootprojecten zal het waarschijnlijk niet mogelijk zijn om vanaf het begin een dergelijke grote groep te includeren. De pilootprojecten moeten dus zelf de doelgroep definiëren waarop hun project in een eerste tijd gericht is (zie hieronder punt 4 in 'fase 1'). Zij worden echter wel verondersteld om in het achterhoofd te houden dat de initiatieven die ze nemen in het kader van de pilootprojecten nadien progressief moeten uitgerold worden naar de volledige groep chronisch zieken zoals hierboven beschreven.

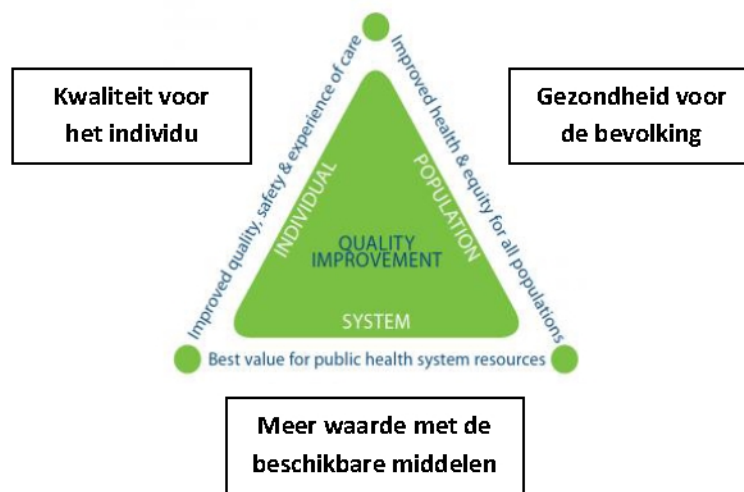
Triple Aim

Het plan geïntegreerde zorg beoogt een optimalisering van het gezondheidszorgsysteem, gericht op het gelijktijdig realiseren van de volgende drie doelstellingen ("Triple aim"):

- (i) de gezondheid van de bevolking verbeteren in het algemeen, en van de chronisch zieken in het bijzonder;
- (ii) op niveau van de patiënt, de kwaliteit van de zorg verbeteren (toegankelijkheid, evidence-based,...)
- (iii) de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg aanbieden met de geïnvesteerde middelen, duurzaamheid van het financieringssysteem van de zorg).

Deze definitie van Triple Aim verschilt enigszins van het originele concept uit de Verenigde Staten, waarin als doel een vermindering van de kost voor gezondheid gesteld wordt, door verhoging van de efficiëntie.

Triple Aim principe (bron : <http://www.hqsc.govt.nz/news-and-events/news/126/>):



De pilootprojecten zullen dus als opdracht hebben om nieuwe manieren te vinden om te beantwoorden aan de behoeften van de patiënt (die hem meer tevredenheid bieden en een betere ervaren zorgkwaliteit), om een betere gezondheid voor de bevolking te bekomen (en voor chronisch zieken in het bijzonder), met gebruik van de huidig beschikbare financiële middelen (waarover ze vandaag beschikken om hun patiënten te verzorgen). Dit veronderstelt een gelijktijdige actie op verschillende niveaus om een impact te kunnen hebben op alle patiënten (zowel de meest autonome als de meest afhankelijke), maar eveneens op de gehele bevolking. De projectpartners dienen dus hun zorg- en hulpaanbod te herdenken zowel op micro-niveau (organisatie en inhoud van zorg aan de patiënt) als op meso-niveau (werkmodaliteiten tussen zorgverleners, evenals de structuur, de organisatie en het beheer van hun netwerk binnen het project).

Equity

Equity verwijst naar het verzekeren van toegang tot medische en niet-medische zorg voor alle personen met één of meerdere chronische aandoeningen op basis van de behoeften van de individuele patiënt en onafhankelijk van sociaaleconomische positie, woonplaats, geslacht, etnisch-culturele achtergrond, religie of andere determinanten.

Een belangrijke hefboom om billijke en rechtvaardige toegang tot zorg te verzekeren is ook het voor elk individu betaalbaar houden van het gezondheidszorgsysteem – en zeker voor de (financieel) belaste chronisch zieke.

Aan de pilootprojecten wordt gevraagd om innovatieve mechanismen te implementeren die op termijn de toegang tot en continuïteit van de juiste zorg voor de meest kwetsbare populatie kan garanderen. Deze innovaties moeten dus voor kwetsbare bevolkingsgroepen de toegang mogelijk maken tot de meest geschikte zorg op het juiste moment, afgestemd op hun behoeften en hun financiële mogelijkheden.

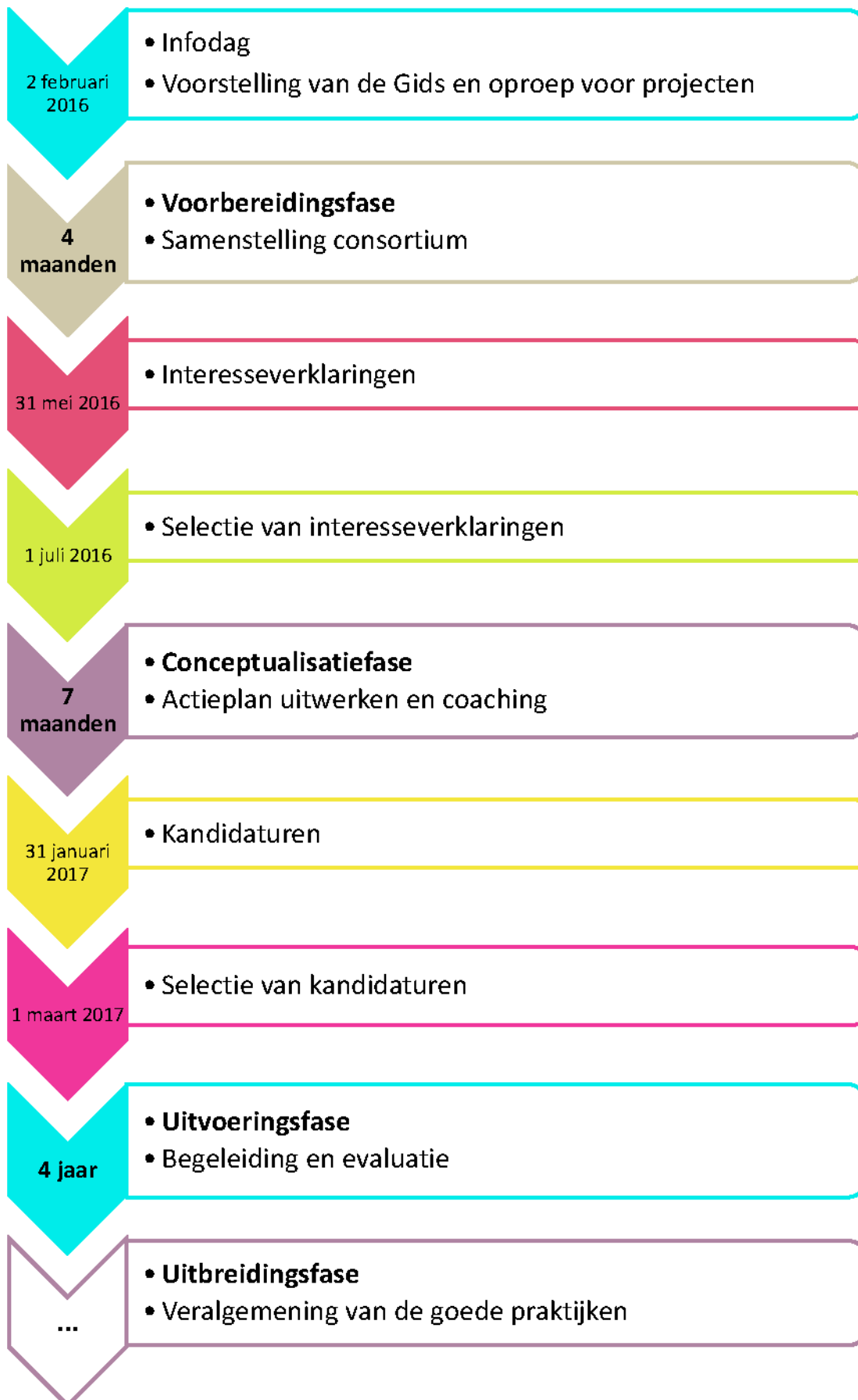
Geografisch afgelijnde regio

In het kader van de algemene doelstelling om de gezondheid binnen de bevolking te verbeteren, zal aan elk project vorm gegeven worden op basis van de behoeften en specifieke risico's binnen zijn bevolking, rekening houdend met de beschikbare middelen binnen deze bevolking. Elk project opereert dus binnen een afgebakend werkingsgebied, wat niet impliceert dat alle vormen van zorg- en hulpverlening aanwezig dienen te zijn (of dienen ontwikkeld te worden) binnen deze zone (bv. hooggespecialiseerde zorg). Het is vooral de bedoeling dat het aanbod van zorg- en hulpverlening afgestemd wordt in functie van de lokale realiteit, zowel voor wat betreft de behoeften van de bevolking als de beschikbare middelen in het territorium (cfr component 13: stratificatie van de risico's in de bevolking en cartografie van de omgeving). Deze identificatie van risico's en tekorten in het aanbod moet toelaten om de prioritaire acties te identificeren die kunnen leiden tot een vermindering van de gezondheidsongelijkheden en mag niet leiden tot een selectie van patiënten in functie van hun risico. De attractiviteit van de projecten voor de patiënt is dus essentieel, temeer daar de patiënt de mogelijkheid behoudt om zich te wenden tot zorgverleners buiten de gedefinieerde zone van het project.

3. TIMING VAN DE PILOOTPROJECTEN: 4 fasen

Het Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' voorziet 4 fasen voor de ontwikkeling en de uitrol van de pilootprojecten :

- Een voorbereidingsfase van 4 maanden om aan de terreinactoren de tijd te geven om contacten te leggen in hun regio om actoren te identificeren die geïnteresseerd zijn om een project voor geïntegreerde zorg te ontwikkelen en samen na te denken over deze nieuwe benadering. Het doel is om een eerste lokaal consortium op te richten dat gezamenlijk een interesseverklaring indient, waarin een eerste definiëring gegeven wordt van de doelgroep waarop het project zich wil richten, en van de geografische zone van hun project (zie punt 4 van deze Gids).
- Een conceptualisatiefase van 7 maanden, toegekend aan elk consortium dat een interesseverklaring indient die beantwoordt aan de verwachtingen met betrekking tot de samenstelling van het consortium, de grootte van de betrokken regio en de kenmerken van de beoogde doelgroep. In de loop van deze 7 maanden dienen de partners in het consortium hun projectplan meer concreet uit te werken onder de vorm van een locoregionaal actieplan over een periode van 4 jaar. Op basis van een analyse (stratificatie) van de risico's binnen de populatie, de beschikbare middelen en de gedefinieerde doelgroep, zullen ze beslissen over de implementatiemodaliteiten voor de componenten van geïntegreerde zorg, met een financieel plan, een timing, een governance-structuur,... Hiervoor zullen ze begeleid worden door een coach die methodologische ondersteuning zal bieden. Op het einde van deze fase kan de definitieve kandidatuur voor een pilootproject geïntegreerde zorg ingediend worden (zie punt 5 van deze Gids).
- Een uitvoeringsfase voor de pilootprojecten die geselecteerd werden uit de ontvangen kandidaturen in functie van hun capaciteit om te beantwoorden aan de doelstellingen van de pilootprojecten. De weerhouden pilootprojecten beschikken over een periode van 4 jaar om hun locoregionaal actieplan te implementeren. In deze periode wordt begeleiding (intervisie, opleiding,...) en methodologische, wetenschappelijke en technische ondersteuning voorzien door gespecialiseerde teams. Eveneens zal een evaluatie voorzien worden op regelmatige basis om hun voortgang te analyseren ten opzichte van hun initieel voorgesteld locoregionaal actieplan en ten opzichte van de algemene doelstellingen van de pilootprojecten in het Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' (zie punt 6 van deze Gids).
- Een uitbreidingsfase: na 4 jaar uitvoering van de pilootprojecten en na de evaluatie ervan kunnen de best practices die geïdentificeerd werden uit de innoverende initiatieven van de pilootprojecten, veralgemeend of geconsolideerd worden en uitgebreid worden naar andere geografische zones of een grotere doelgroep. De modaliteiten van deze fase zullen bepaald worden in functie van de resultaten van de evaluatie van de uitvoeringsfase van de pilootprojecten (zie punt 7 van deze Gids).

Tijdslijn voor de pilootprojecten

4. FASE 1: VOORBEREIDINGSFASE VAN DE PILOOTPROJECTEN

4.1. Doel van de voorbereidingsfase

In de voorbereidingsfase dienen de personen en instellingen die willen meewerken aan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken :

- overleg op te starten op lokaal niveau om een dialoog te initiëren met potentieel geïnteresseerde partners,
- samen de grote lijnen uit te tekenen van hun project met betrekking tot de activiteitenzone en hun prioritaire doelgroepen bij de start van het project,
- een eerste lokaal consortium op te richten met terreinactoren die willen deelnemen aan een pilootproject,
- andere mogelijke partners voor het project te identificeren die een bijdrage kunnen leveren aan het project,
- samen het formulier ‘interesseverklaring’ in te vullen en in te dienen bij de Interadministratieve Cel Geïntegreerde Zorg via de mailbox chroniccare@health.belgium.be.

4.2. Duur van de voorbereidingsfase

De voorbereidingsfase vindt plaats over een periode van 4 maanden, vanaf de datum van de lancering van de oproep tot kandidaturen (2 februari 2016).

4.3. Opdrachten in de voorbereidingsfase

Personen of instellingen die een pilootproject ‘geïntegreerde zorg voor chronisch zieken’ willen ontwikkelen, moeten :

4.3.1. Partners die samen een project willen ontwikkelen in eenzelfde geografische regio en voor eenzelfde doelgroep, samenbrengen in een consortium.

Het consortium kan samengesteld worden uit rechtspersonen maar ook uit individuele personen uit de sectoren gezondheidszorg en zorg- en hulpverlening, evenals uit andere sociaal-maatschappelijke sectoren. Het consortium kan eveneens actoren uit de private of commerciële sector bevatten.

Om te weten welke personen of partners opgenomen moeten worden in het consortium, is het belangrijk dat alle relevante zorg –en welzijnspartners uit het geografisch gebied betrokken worden zodat een representatief beeld wordt geschetst van het bestaande aanbod aan zorg en welzijn in de

regio (bv. de bestaande netwerken, hulp- en zorgverleners, ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, lokale diensten, OCMW's, ziekenfondsen, (semi-)residentiële zorgvormen: woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, centra voor herstel, beschut wonen, PVT, ...).

De bedoeling is dat het project de meerderheid van actoren samenbrengt die tussenkomen bij de chronisch zieken die de doelgroep zullen vormen van het project.

Voor de toekomstige organisatie van het beheer van de projecten, kan een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende vormen van samenwerking. Alle partners moeten niet noodzakelijk in dezelfde mate betrokken zijn in het dagelijks beheer van het project. Bovendien kunnen partners ook betrokken zijn in het kader van een specifiek samenwerkingsakkoord dat hen aan het project verbindt voor een specifieke opdracht, zonder dat ze noodzakelijk betrokken zijn in het dagelijks beheer van het project.

Het op te richten consortium in deze fase van voorbereiding bestaat **ten minste** uit de volgende actoren :

- 1e lijns-actoren (minimaal: huisartsen en thuisverpleegkundigen, met de mogelijkheid tot uitbreiding naar apothekers, kinesitherapeuten, tandartsen...),
- 2^e-lijns-actoren (ziekenhuizen en diverse betrokken afdelingen); de visie die in deze Gids naar voor gebracht wordt dient echter wel begrepen te worden als een geïntegreerde visie op de verschillende zorglijnen,
- partners uit de woonzorg en de thuiszorg,
- verschillende medische specialismen die vaak betrokken zijn bij chronische zorg ,
- één of meer overlegstructuren met een representatieve vertegenwoordiging in het gebied van het consortium,
- één of meer patiënten-, mantelzorg-, en familieverenigingen.

Eventueel kunnen andere actoren geassocieerd worden uit de non-profit sector, de zorgsector, de ondersteunende sector, bedrijven of lokale overheden, lokale mutualiteiten, ... (optioneel).

De actoren kunnen betrokken zijn bij het project via een groep, bijvoorbeeld een huisartsenkring, een wijkgezondheidscentrum, een structuur voor thuiszorg,...

Bijkomende voorwaarden naargelang van de Gemeenschap of het Gewest waarin het project zal functioneren:

- De **Vlaamse Gemeenschap** vraagt, voor de pilootprojecten in Vlaanderen, nog twee bijkomende voorwaarden rond het netwerk van partners:
 - o volgende overlegstructuren dienen minstens inhoudelijk betrokken te worden: samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL), lokale multidisciplinaire netwerken (LMN), overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (LOGO).
 - o wel dient opgemerkt dat de SEL's en LMN's voorwerp zijn van herstructurering in het kader van de reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen, die zal uitmonden in een conferentie in 2017. De projecthouders moeten er rekening mee houden dat deze structuren in de loop van het project kunnen wijzigen van opdracht, personeel

en organisatie. Dit is belangrijk indien de projecthouders er voor kiezen deze structuren in het consortium op te nemen.

- **Wallonië** voegt geen bijkomende voorwaarden toe, maar moedigt de eerstelijnsactoren binnen haar bevoegdheid aan om actie te ondernemen voor een netwerk dat de multidisciplinariteit bevordert en om de verschillende componenten van geïntegreerde zorg te implementeren in hun benadering van chronisch zieken.
De meeste actoren kunnen zo bijdragen aan de ontwikkeling van pilootprojecten, rekening houdend met hun doelstellingen en met de opdrachten die vanuit het Waals Gewest worden toegewezen. Bijvoorbeeld kan het gaan over geïntegreerde diensten in de thuiszorg, coördinatiecentra voor thuiszorg, lokale multidisciplinaire netwerken, huisartsenkringen, platformen voor palliatieve zorg, multidisciplinaire palliatieve equipes, wijkgezondheidscentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, overlegplatformen voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische thuiszorg, programma's voor gezondheidspromotie, of andere vormen van netwerken en multidisciplinariteit,...
- In **Brussel** : geen bijkomende voorwaarden, maar de projecten moeten een bicommunautair karakter hebben.
- In de **Duitstalige Gemeenschap** : geen bijkomende voorwaarden.

4.3.2. *Binnen het consortium akkoord gaan over de begrenzing van de geografische zone waarin het project zal functioneren.*

De begrenzing van de geografische activiteitenzone van het project is bedoeld om het project te verankeren in de realiteit van de omgeving en om rekening te houden met de specifieke noden van de populatie en de beschikbare middelen in de omgeving om op de best aangepaste manier aan deze noden te kunnen beantwoorden. Dit houdt evenwel niet de verplichting in om alle types van zorg binnen deze zone aan te bieden, noch de verplichting voor de inwoners van deze zone om uitsluitend beroep te doen op de zorgaanbieders in deze zone.

Het project kan dus verwijzen naar externe zorgaanbieders buiten de zone (bijvoorbeeld voor hypergespecialiseerde zorg), en bijkomende conventies sluiten met deze zorgaanbieders. De chronisch zieke die in de zone woont, kan beslissen om beroep te doen op zorg van een externe zorgaanbieder van buiten de zone. Evenzeer kan een inwoner van buiten de zone die gewoonlijk beroep doet op zorgaanbieders binnen de zone, blijven gebruik maken van de diensten van de zorgaanbieders in het pilootproject. Een patiënt die geïnccludeerd is in een project, behoudt de mogelijkheid om zich te wenden tot een zorgaanbieder die in de activiteitenzone aanwezig is en die geen partner is in het project.

De geografische zone (pilot-zone) waarin het project zal functioneren moet evenwel voldoende groot zijn om te kunnen :

- beroep te doen op een voldoende aantal partners en middelen om deel te nemen aan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg en de verschillende componenten (cfr de 14 componenten in punt 2 'Doel van de pilootprojecten')

- een voldoende grote doelgroep van chronisch zieken te bereiken om op een betrouwbare manier de nieuwe modaliteiten voor organisatie van de geïntegreerde zorg te testen
- alle partners van het project effectief te betrekken in de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

Om het geïntegreerd karakter van het project te verzekeren, zal de pilootzone van het project moeten voldoen aan de volgende kenmerken:

- de zone moet samenhangend en duidelijk omschreven zijn (bijvoorbeeld op basis van postcodes), en voldoen aan de bijkomende minimale criteria die door de deelstaten voorzien worden (zie hieronder)
- de zone moet een populatie van minimum 75.000 inwoners bevatten. Het is echter wenselijk dat het project een zone dekt van de grootte-orde van 100.000 tot 150.000 inwoners om de risico's beter te kunnen beheeren en om een governance-structuur op te richten die voldoende groot is om acties te ondernemen die een significant effect kunnen hebben; dit betekent echter niet dat nieuwe initiatieven of zorginnovaties onmiddellijk moeten toegepast worden in de volledige zone: ze kunnen getest worden in een specifieke buurt en geëvalueerd vooraleer ze progressief geïmplementeerd worden in de volledige zone, met als uiteindelijke bedoeling dat op termijn alle chronische patiënten de mogelijkheid hebben om in het project geïncorporeerd te worden
- er dient bijzondere aandacht te zijn voor de specifieke eigenschappen van de landelijke zones en de projecten in kwestie zullen in een tweede tijd (conceptualisatiefase) preciseren wat ze zullen ondernemen om deze zones zo goed mogelijk in hun project te integreren; deze elementen moeten, op het einde van deze periode, een evaluatie toelaten van het minimum van 75.000 inwoners per zone ;
- de populatie van de pilootzone mag niet groter zijn dan 200.000 à 300.000 inwoners, omdat dit het beheer van het project te complex zal maken, zonder bijkomende efficiëntiewinsten te genereren;
- de pilootzone mag slechts 1 pilootproject bevatten. Als meerdere initiatiefnemers een project willen voorstellen in eenzelfde geografische zone, moeten zij een gezamenlijke interesseverklaring indienen, of samenwerken tijdens fase 2 (conceptualisatiefase) om een gezamenlijke en samenhangende kandidatuur te kunnen indienen (samenwerking is noodzakelijk);
- er mag geen overlap bestaan tussen de verschillende projectgebieden die gedefinieerd worden door de projecten, zelfs als in praktijk het respect voor de vrije keuze van de patiënt ertoe zal leiden dat er 'grijze zones' zullen zijn op de geografische grenzen van de projecten.
- om verdere versnippering te vermijden van het zorglandschap wordt beroep gedaan op de beschikbare erkende zorgactoren en hun competenties.

Bijkomende voorwaarden naargelang van de Gemeenschap of het Gewest waarin het project functioneert :

- in **Vlaanderen** :

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

- **Wallonië** voegt geen bijkomende voorwaarden toe, maar moedigt de eerstelijnsactoren binnen haar bevoegdheid aan om actie te ondernemen voor een netwerk dat de multidisciplinariteit bevordert en om de verschillende componenten van geïntegreerde zorg te implementeren in hun benadering van chronisch zieken.

De meeste actoren kunnen zo bijdragen aan de ontwikkeling van pilootprojecten, rekening houdend met hun doelstellingen en met de opdrachten die vanuit het Waals Gewest worden toegewezen.

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

- In **Brussel**: geen bijkomende voorwaarden.
- In de **Duitstalige Gemeenschap**: geen bijkomende voorwaarden.

4.3.3. *Binnen het consortium akkoord gaan over de definiëring van de groepen van patiënten die de doelgroep van het project vormen en de eventuele evolutie ervan in de tijd.*

De projecten definiëren de doelgroepen van patiënten waarop het project zich richt binnen de grote groep van chronisch zieken zoals hierboven beschreven (cfr punt 2 – 'doel van de pilootprojecten'). In dit stadium van het proces (voorbereidingsfase) zullen de middelen en competenties die aanwezig zijn binnen het consortium, de keuze van de doelgroep voor het project bepalen. De actoren rond de tafel dienen in functie van hun ervaring en expertise het profiel te beschrijven van de chronisch zieken waarvoor ze geïntegreerde zorg wensen te ontwikkelen.

De verschillende componenten die ontwikkeld moeten worden om te komen tot een systeem van geïntegreerde zorg (case-management, empowerment van de patiënt, ondersteuning van de mantelzorgers, ... zie 14 componenten van geïntegreerde zorg in punt 2) zijn van nature onafhankelijk van het type pathologie van de patiënt. De bedoeling is dus om nieuwe zorgprocessen te initiëren die een 'generiek' karakter hebben en transposeerbaar zijn naar alle chronisch zieken (eventueel met een variabele graad van implementatie).

Om een te pathologie-gerichte benadering te vermijden, zal de initiële doelgroep moeten samengesteld zijn uit (groepen van) patiënten met verschillende types chronische ziekten, met inbegrip van patiënten die in de loop van de tijd bepaalde vormen van comorbiditeit ontwikkeld hebben of die een profiel hebben van multipathologie.

De doelgroep zal voldoende groot moeten zijn om alle partners effectief te betrekken en om het doel, de resultaten en de werkmethoden van het project te kunnen veralgemenen naar de volledige populatie. Reeds in de loop van het project kunnen de betrokken actoren een

progressieve uitbreiding van hun doelgroep voorzien om een uitrol naar meer (indien niet alle) chronisch zieken toe te laten maar ook om meer (indien niet alle) zorgprofessionals te kunnen betrekken (generiek model).

Bovendien moeten de inclusiecriteria voor chronisch zieken in het project voldoende nauwkeurig zijn om een correcte schatting te kunnen maken van de doelgroep en het zorgverbruik in deze groep : het potentiële patiëntenvolume, correcte schatting van de budgetten die actueel gebruikt worden voor deze patiënten en hun persoonlijk aandeel in hun gezondheidszorg (bv op basis van nomenclatuurcodes, specifiek geneesmiddelenverbruik of sociodemografische gegevens).

Geïntegreerde zorg houdt verder ook een continuïteit van de zorg in en een aanpassing van de aanpak in verschillende stadia van de ziekte. Om dit te bereiken, dienen de pilootprojecten ervoor te zorgen dat alle zorg- en hulpverleningsdiensten aangeboden worden die de chronisch zieken binnen hun gedefinieerde doelgroep nodig hebben in elk stadium van hun persoonlijk traject en volgens de evolutie van hun gezondheidsproblemen, eventueel met behulp van bijkomende samenwerkingen met externe actoren. De inclusiecriteria mogen er in geen geval toe leiden dat patiënten met een verhoogd risico en/of hoge zorgnoden geweerd worden uit het project. Van de projecten wordt verwacht dat ze garanties bieden in deze zin.

Tot slot dient ook speciale aandacht te gaan naar de meest kwetsbare groepen binnen de bevolking (op basis van bijvoorbeeld socio-economische, culturele, en andere factoren).

Het voorstel op het einde van de voorbereidingsfase moet een eerste definiëring bevatten van de groepen chronisch zieken waar het project zich prioritair op richt, rekening houdend met de volgende criteria :

- het moet gaan over chronisch zieken , zonder beperking voor wat leeftijd, eventuele comorbiditeit of polypathologie betreft
- om een strikte ziektegerichte benadering te vermijden, dient de doelgroep te bestaan uit (groepen van) patiënten met verschillende chronische aandoeningen
- deze doelgroep dient bovendien voldoende groot te zijn zodat alle stakeholders betrokken kunnen worden en het doel, de resultaten en werkingsmechanismen van het project kunnen veralgemeend worden naar de ganse bevolking
- rekening houdend met de prevalentie van chronische ziekten in de populatie en met de grootte van de populatie in de geografische zone van de pilootprojecten, moet de potentiële doelgroep (binnen de geografische zone) zoals gedefinieerd door de partners zich kunnen vertalen in enkele duizenden personen; dit betekent echter niet dat de volledige groep vanaf het begin gebruik moet maken van de innoverende praktijken die in het project ontwikkeld worden; deze praktijken kunnen progressief ontwikkeld worden
- bijzondere aandacht moet worden besteed aan de meest kwetsbare bevolkingsgroepen en aan de vermindering van bestaande ongelijkheden in de gezondheidszorg.
- het persoonlijk financieel aandeel van de patiënt mag niet hoger zijn dan het aandeel dat zou gevraagd worden buiten het project.

Bijkomende voorwaarden naargelang van de Gemeenschap of het Gewest waarin het project functioneert :

- in **Vlaanderen** : geen bijkomende voorwaarden.
- **Wallonië** voegt geen bijkomende voorwaarden toe, maar moedigt de eerstelijnsactoren binnen haar bevoegdheid aan om actie te ondernemen voor een netwerk dat de multidisciplinariteit bevordert en om de verschillende componenten van geïntegreerde zorg te implementeren in hun benadering van chronisch zieken.
De meeste actoren kunnen zo bijdragen aan de ontwikkeling van pilootprojecten, rekening houdend met hun doelstellingen en met de opdrachten die vanuit het Waals Gewest worden toegewezen.
- In **Brussel** : geen bijkomende voorwaarden.
- In de **Duitstalige Gemeenschap** : geen bijkomende voorwaarden.

4.3.4. *In samenspraak met alle partners van het lokale consortium, een interesseverklaring opstellen en indienen bij de interadministratieve cel*

Deze interesseverklaring wordt uitgewerkt op basis van de template die ter beschikking gesteld wordt op de website www.chroniccare.be, en moet de volgende elementen bevatten:

- een opsomming van de partners die (op dat moment) reeds zijn toegetreden tot het consortium, of reeds aangesproken of gecontacteerd zijn om het aantal partners in het project uit te breiden; voor elk van deze partners wordt zijn activiteitsdomein beschreven (zorgsector of welzijnssector, verenigingssector, lokale autoriteiten, ...), en het type activiteit voor de zorg- en hulpsector
- een korte beschrijving van het project die aantoont dat het project beantwoordt aan de algemene doelstellingen van de pilootprojecten (zie punt 2: geïntegreerde zorg, Triple Aim, equity, voor chronisch zieken, in een pilootzone)
- een beschrijving van het geografische werkgebied van het consortium, met een omschrijving van de omvang van de bevolking binnen het werkgebied, dit impliceert echter niet een beperking van de keuzevrijheid van de patiënt voor zijn zorgverstrekker;
- een eerste definitie van de gekozen doelgroepen (chronische patiënten), en de criteria en procedures voor inclusie;
- een engagement van de partners om een project te ontwikkelen dat beantwoordt aan het voorgestelde kader binnen het Plan 'Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid', en om:
 - o samen een project uit te werken voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, gebaseerd op een stratificatie van de lokale bevolking en een inventaris van de beschikbare middelen/diensten;
 - o in hun toekomstig project de 14 componenten van geïntegreerde zorg voor de pilootprojecten progressief te ontwikkelen: case management, empowerment van de patiënt, ondersteuning van de omgeving, samenwerking omtrent professionele (re)integratie, preventiemaatregelen, overleg rond de patiënt en tussen de betrokken partijen, extra-, intra- en transmurale zorgcontinuïteit, multidisciplinair samenwerken op basis van richtlijnen, de valorisatie van de expertise van

- patiëntenverenigingen, geïntegreerd patiëntendossier, kwaliteitscultuur, en de ontwikkeling van nieuwe financieringssystemen;
- een samenwerking te voorzien met de bestaande structuren die een 24u/24-permanentie aanbieden voor de patiënten die opgenomen worden in het project;
 - een gezamenlijke governance-structuur op te richten voor hun project, alsook een gezamenlijk financieel beheer van de middelen van het project (dit betekent niet dat alle inkomsten – bijvoorbeeld de tegemoetkomingen van ziekenfondsen – moeten passeren via het project);
 - externe coaching te aanvaarden voor de ontwikkeling van het project (fase 2: conceptualisatiefase)
 - deel te nemen aan de opleidingen die zullen georganiseerd worden ter ondersteuning van de projecten tijdens de uitvoeringsfase (fase 3), namelijk: opleiding van coördinatoren op het gebied van change management, het verzamelen van gegevens voor de evaluatie (intern en extern) van het project, het gebruik van instrumenten ontwikkeld in het kader van e-Health, ...
 - hun project regelmatig te evalueren (zelfevaluatie)
 - gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de externe evaluatie van het project
 - een project te ontwikkelen dat voldoende generiek is om te kunnen uitbreiden naar andere bevolkingsgroepen en/of andere activiteitenzones
 - in hun project elk bestaand initiatief of project te betrekken dat gericht is op dezelfde doelgroep, zoals: overlegstructuren tussen professionals, psychiatrisch ziekenhuis, woonzorgcentrum, platform voor geestelijke gezondheidszorg, palliatief zorgteam, project 107, P3-project, revalidatiecentrum, structuur m.b.t. thuiszorg of huisvesting, zorgproeftuinen "IWT", pediatrie liaison functies, specifieke hospitalisatiediensten, structuren voor personen met een handicap, zorgtrajecten, initiatieven vanuit de gemeente, verzekeringsinstellingen of de non-profitsector, onderwijsstructuren, privé-initiatieven, ...
 - instrumenten te gebruiken die op regionaal of federaal niveau ontwikkeld zijn voor de projecten, bijvoorbeeld in het kader van elektronische gegevensdeling of screening van patiënten (evaluatie van de capaciteit om zijn eigen situatie te beheren, evaluatie van zijn motivatie,...).

4.4. Begeleiding in de voorbereidingsfase

De oproep tot kandidaturen aan de terreinactoren wordt gelanceerd op de nationale infodag van 2 februari 2016 en markeert het begin van de voorbereidingsfase van de projecten. De oproep zal gelanceerd worden op een nationale informatiedag, waarop alle zorgaanbieders, netwerken, samenwerkingsinitiatieven, verzekeringsinstellingen, gemeenten, verenigingen, verzekeraars,... die geïnteresseerd zijn, worden uitgenodigd. Op deze dag wordt een voorstelling gegeven van de doelstellingen, de inhoud, de uitvoeringsvoorwaarden en de begeleiding van de pilootprojecten.

In functie van de vraag van lokale actoren kunnen bijkomende informatievergaderingen georganiseerd worden op lokaal niveau met ondersteuning van de interadministratieve cel of de overheden van de deelstaten. .

Deze gids, die dient als leidraad voor actoren die een pilootproject willen ontwikkelen, zal de oproep tot kandidaturen begeleiden en zal breed verspreid worden. In de loop van het proces van de voorbereiding van de projecten zal bijkomende informatie toegevoegd worden in functie van de vragen vanuit het terrein over de pilootprojecten of de interpretatie van de Gids. Hiervoor zal een rubriek FAQs (Frequently Asked Questions) ontwikkeld worden en up to date gehouden worden op de website voor projecten voor geïntegreerde zorg www.chroniccare.be.

4.5. Evaluatie en selectie van de interesseverklaringen

De interesseverklaringen dienen ingediend te worden binnen de vier maanden na de oproep tot kandidaturen en ten laatste op 31 mei 2016. Ze dienen opgesteld te worden volgens de template die ter beschikking gesteld wordt op de website www.chroniccare.be en zullen geëvalueerd worden door de Interadministratieve Cel Chronische Ziekten die opgericht werd in de schoot van de interkabinettenwerkgroep Chronische Ziekten van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

De evaluatiecriteria zijn de criteria die in dit hoofdstuk geformuleerd zijn :

- beantwoorden aan de filosofie van het Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' en meer bepaald de Triple Aim doelstellingen
- beantwoorden aan de algemene doelstellingen van de pilootprojecten
- samenstelling van het consortium
- beantwoorden aan de criteria voor de definitie van de geografische activiteitenzone en van de doelgroep van de pilootprojecten
- engagement van de partners om de regels en werkmodaliteiten te respecteren die voorzien zijn voor de conceptualisatiefase en de uitvoeringsfase van de pilootprojecten.

Om deze evaluatie uit te voeren, kan de Interadministratieve Cel, indien nodig, advies vragen van het Begeleidingsplatform van het Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid', opgericht in het kader van actielijn 2 van dit Plan.

De conclusies van deze evaluatie zullen ter bespreking en validatie voorgelegd worden aan de Interkabinettenwerkgroep Chronische Ziekten van de Interministeriële Conferentie.

De interesseverklaringen die beantwoorden aan al de voorwaarden in dit hoofdstuk komen in aanmerking voor de conceptualisatiefase van de projecten (fase 2).

Aan projecten die minstens gedeeltelijk op een gemeenschappelijke pilootzone werken, zal gevraagd worden om samen te werken of om hun voorstel aan te passen.

De contactpersoon die aangeduid wordt door het consortium zal schriftelijk geïnformeerd worden over de beslissing. Elke negatieve beslissing zal omstandig gemotiveerd worden. De toelating om te starten met de tweede fase betekent niet automatisch een toelating voor de uitvoeringsfase van het project (fase 3).

5. FASE 2: CONCEPTUALISATIEFASE VAN DE PILOOTPROJECTEN

5.1. Doel van de conceptualisatiefase

De conceptualisatiefase van het project moet ertoe leiden dat een locoregionaal actieplan wordt opgesteld voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, gebaseerd op de principes van Triple Aim: nieuwe manieren vinden om te beantwoorden aan de noden van de patiënt (die hem meer tevredenheid en een betere ervaren zorgkwaliteit kan bezorgen), om een betere gezondheid van de bevolking (en van de chronisch zieken in het bijzonder) te behouden, met gebruik van de huidig beschikbare middelen en met vermindering van de ongelijkheden in toegang tot zorg en hulpverlening en met aandacht voor de werkomstandigheden van de professionelen, met het oog op een verbetering van de levenskwaliteit.

In de conceptualisatiefase van de pilootprojecten zullen de personen en instellingen die een consortium opgericht hebben en een interesseverklaring ingediend hebben die goedgekeurd werd door de overheden, een locoregionaal actieplan ontwikkelen. In dit actieplan worden de initiatieven beschreven die ze zullen implementeren in de volgende 4 jaar.

Het locoregionaal actieplan vormt de leidraad voor de uitvoering van het project. In dit actieplan worden de acties van de partners beschreven die als doel hebben om de verschillende componenten voor geïntegreerde zorg te ontwikkelen die beschreven worden in de bijlage en zal onder meer een financieel plan bevatten, evenals een timing, een beheersstructuur, de verdeling van de verantwoordelijkheden, een communicatieplan,... Het is gebaseerd op een analyse (stratificatie) van de risico's binnen de bevolking en van de beschikbare middelen in de activiteitzone van het project. Het actieplan vormt de definitieve kandidatuur voor de ontwikkeling van een project geïntegreerde zorg in de pilootzone van het project.

5.2. Duur van de conceptualisatiefase

Een periode van 7 maanden is voorzien voor de conceptualisatiefase van de projecten: van 1 juli 2016 tot 31 januari 2017. De consortia die kandidaat zijn voor de ontwikkeling van een pilootproject geïntegreerde zorg zullen dus geïnformeerd worden dat hun interesseverklaring weerhouden werd door de Interkabinettenwerkgroep Chronische Ziekten voor 1 juli 2016.

5.3. Opdrachten in de conceptualisatiefase

In de conceptualisatiefase van de projecten wordt van de projectpartners een rigoureuze analyse van de behoeften en beschikbare middelen gevraagd alvorens een actieplan uit te werken voor hun

project. Om hen hierbij te helpen, zal een externe coach voorzien worden, die hen zal begeleiden, hen methodologische tools zal voorstellen voor de analyse en hen zal helpen bij het opzoeken van de gegevens die nodig zijn om de conceptualisatiefase te realiseren (zie ook hieronder, punt 5.4).

In deze periode van 7 maanden moeten de actoren van het consortium:

5.3.1. *Een nauwkeurige analyse maken van de specifieke behoeften in de pilootzone, en in het bijzonder van de doelgroep*

Het consortium start de conceptualisatiefase met een nauwkeurige analyse van de zorg- en ondersteuningsnoden van de bevolking in de projectregio. Dit wordt een risicostratificatie genoemd. De risicostratificatie moet toelaten om een duidelijk beeld te krijgen van de bevolking en hierin concrete doelgroepen te identificeren.

Deze analyse is bedoeld om de behoeften in de pilootzone beter te onderkennen, en om de concrete elementen te identificeren die prioritair moeten aangepakt worden bij de start van het project. Bijzondere aandacht dient te gaan naar landelijke zones in de pilootzone om hun integratie in het project te faciliteren.

De analyse moet eveneens leiden tot het concreter definiëren van de doelgroep die beoogd wordt door het project en om criteria te identificeren die kunnen dienen voor de inclusie van patiënten in het project, rekening houdend met het feit dat een gedeelte van de patiënten zal kiezen om zich te wenden tot andere zorgverstrekkers van hun keuze, om te beantwoorden aan een (deel van) hun behoeften.

5.3.2. *Een analyse maken van de beschikbare middelen in hun omgeving en ontbrekende middelen identificeren*

In de pilootzone van het project moeten de aanwezige middelen (structurele, menselijke en financiële) geïdentificeerd worden die kunnen gemobiliseerd worden voor de realisatie van het actieplan. Dit kan leiden tot de identificatie van nieuw te contacteren actoren : ofwel om deel te nemen aan het consortium voor de ontwikkeling van het project, ofwel om nuttige bijkomende samenwerkingen mee te ontwikkelen. Dit kunnen actoren zijn uit de zorg- en hulpverleningssector, maar ook uit andere sectoren, zoals de socioculturele sector, onderwijs, lokale overheden, het verenigingsleven of de bedrijfswereld.

De analyse moet eveneens ontbrekende middelen identificeren in de omgeving, evenals eventuele inefficiënties en overbodigheden in het bestaande systeem. Deze zullen dan opgenomen worden in de reflectie wanneer de specifieke acties van het project bepaald worden.

De analyse zal uitgevoerd worden met methodologische ondersteuning van een coach en met wetenschappelijke ondersteuning van het Begeleidingsplatform dat voorzien is in het Plan 'Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid'. Hierbij wordt rekening gehouden worden met de componenten voor geïntegreerde zorg (zie bijlage) die de projecten dienen te ontwikkelen.

5.3.3. Een locoregionaal actieplan opstellen voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken met indicatoren voor de evaluatie van de acties

De innovaties die het project progressief wil realiseren voor de reorganisatie van de zorg voor patiënten van de doelgroep en voor de algemene bevolking om geïntegreerde zorg te ontwikkelen met respect voor de Triple Aim gedachte (betere ervaren zorgkwaliteit door de patiënt en de zorgaanbieders en een betere gezondheidstoestand van de bevolking, zonder de kosten te doen stijgen, noch de totale kosten, noch de kosten voor de individuele patiënt), moeten opgelijst worden.

Gezien de diversiteit van de componenten voor geïntegreerde zorg die in aanmerking moeten genomen worden (zie bijlage), moet het project op verschillende niveaus innovaties initiëren: op niveau van de relatie met de chronisch zieken en de bevolking in zijn geheel, op niveau van de manieren van samenwerking tussen actoren, op niveau van change management. Deze initiatieven moeten bovendien afgestemd worden op het profiel van de personen in de doelgroep: hun graad van autonomie, hun zorgbehoefte, socio-economische factoren, hun kennis van de organisatie van zorg- en hulp, enz., die de behoefte aan ondersteuning en begeleiding kunnen beïnvloeden.

Elk nieuw initiatief moet vergezeld zijn van een beschrijving van:

- de procedures die geïmplementeerd moeten worden voor de ontwikkeling van het initiatief
- de betrokken patiënten/personen
- de betrokken partners
- de verwachte impact (in termen van zorgkwaliteit, levenskwaliteit, financiële impact, effect op de organisatie,...) voor de patiënten en de betrokken actoren
- de indicatoren voor de meting van de impact die zullen gebruikt worden voor auto-evaluatie
- de timing van de uitvoering (horizon van 4 jaar)
- de middelen die besteed zullen worden (menselijke, financiële,...)
- identificatie van de actoren (leden van het consortium) die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het initiatief
- indicatoren waarmee de graad van realisatie en de impact van de initiatieven kan gemeten worden.

Deze initiatieven kunnen geconcretiseerd worden aan de hand van bijvoorbeeld: (ver)nieuw(d)e modellen van overleg en coördinatie (component 6); retributiewijze van de verschillende actoren (component 12); procedures voor multidisciplinaire samenwerking (component 7 en 10); mechanismen voor de betrokkenheid, inspraak of participatie van patiënten, families, brede bevolking (component 1 en 2); instrumenten voor gegevensuitwisseling (component 9); indicatoren voor de opvolging en evaluatie van de kwaliteit (component 11), enz. Eenzelfde initiatief kan tegelijkertijd beantwoorden aan meerdere componenten van geïntegreerde zorg.

De voorgestelde initiatieven binnen het project zijn steeds in overeenstemming met de huidige regelgeving, met uitzondering van regels die deel uitmaken van het geboden kader van 'regelluwte' voor de pilootprojecten (zie punt 6.5). Aan de terreinactoren wordt gevraagd om de regels die belemmerend werken voor hun project te identificeren en te signaleren aan de overheden. De betrokken overheden engageren zich om deze vragen te onderzoeken en hieraan gevolg te geven in de mate van het mogelijke.

5.3.4. Een planning opstellen voor de uitvoering van de acties in het locoregionaal plan

De innoverende initiatieven die de leden van het consortium geïdentificeerd hebben, dienen niet allemaal tegelijkertijd te starten: de analyse van de prioriteiten in het kader van de risicostratificatie en de doelstellingen van het Triple Aim principe kunnen bijdragen om de timing voor de initiatieven te plannen.

Prioriteit zal gegeven worden aan initiatieven die beantwoorden aan een prioritaire behoefte binnen de bevolking of de doelgroep, maar ook aan initiatieven die op korte termijn middelen (menselijke, financiële,...) kunnen vrijmaken die dan geheralloceerd kunnen worden voor andere nieuwe initiatieven (quick wins).

De fasering van de acties moet eveneens rekening houden met de betrokken partners : vermijden van het gelijktijdig opstarten van meerdere acties die dezelfde middelen nodig hebben, maar ook vermijden om de actoren die zich geëngageerd hebben voor het consortium te laat te betrekken.

5.3.5. Principes uitwerken voor het beheer van hun project

De partners van het consortium moeten ook een grondige reflectie voeren over het beheer van het project. Deze reflectie zal de basis vormen van een toekomstig samenwerkingsakkoord tussen de partners, dat minstens de volgende elementen bevat :

- de modaliteiten van het beheer van het project : beslissingsstructuren en hun samenstelling en functionering, juridisch statuut van het project, communicatie tussen de partners,...
- de aanstelling van een projectcoördinator die referentiepersoon is voor de overheden
- samenwerkingsmodaliteiten met bestaande wachtstructuren of andere initiatieven om een 24u/24 – 7d/7 permanentie te voorzien
- de verantwoordelijkheden van de actoren tegenover elkaar, maar ook tegenover de overheden (met name financiële verantwoordelijkheden)
- het financieel beheer van de middelen van het project
- de inclusiecriteria voor patiënten: wie kan initiatief nemen om een patiënt te includeren, volgens welke informatie- en communicatieprocedures, enz.
- de inclusiecriteria voor nieuwe partners in het consortium of in geval van uittreding van een partner
- de procedures en verantwoordelijkheden in het kader van de auto-evaluatie van het project
- garanties voor het vermijden van uitsluiting van partners en patiënten.

5.3.6. *Bijkomende voorwaarden naargelang van de Gemeenschap of het Gewest waarin het project functioneert:*

De **Vlaamse Gemeenschap** startte zelf reeds met verschillende initiatieven in de zorg.

- Een heel belangrijke evolutie is deze naar een Vlaamse Sociale Bescherming. Een conceptnota, die de contouren van dit systeem beschrijft, werd door de Vlaamse Regering goedgekeurd. De Vlaamse Gemeenschap wil de pilootprojecten aangrijpen om te leren hoe de financiering van zorg concreet kan uitgewerkt worden met het oog op het zorgmodel van de toekomst voor patiënten met chronische aandoeningen. Voor de zorg waarvoor Vlaanderen bevoegd is en die opgenomen is in de Vlaamse sociale bescherming, betekent dit dat we rekening houden met de conceptuele ontwikkelingen richting persoonsvolgende financiering. Centraal vertrekpunt voor de manier waarop we de zorg in de toekomst organiseren is de zorgvrager zelf. De projecten moeten ons ervaring opleveren op vlak van incentives die ertoe aanzetten om het bestaande aanbod onderling te verbinden tot een geïntegreerde zorg rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, waar nodig op basis van een zorgplan, waarbij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood de regie in handen heeft. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood kiest hierbij zelf de partners van het netwerk en deze engageren zich om zorg te dragen voor de eigen activiteiten en voor de activiteiten van het netwerk dat zij vormen. Het inzetten van een persoonsvolgende financiering zal deel uitmaken van de evaluatie na de uitvoeringsfase. Met het oog op de doelstellingen van de conceptnota Vlaamse sociale bescherming is het gebruik van de BelRAI screener (en indien mogelijk de BelRAI) een voorwaarde voor alle betrokken zorgactoren, waarvoor dit instrument relevant is. Een registratie van relevante gegevens mbt zorggebruik en toegang tot zorg is eveneens noodzakelijk voor het uitwerken van concepten van persoonsvolgende financiering. Ook moeten de pilootprojecten de zorgkassen in dit kader bij het project betrekken.

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

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

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

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

- In **Wallonie** : Wallonië voegt geen bijkomende voorwaarden toe, maar de actoren mogen niet afwijken van de opdrachten die toegewezen worden vanuit het Waals Gewest.
- In **Brussel** : geen bijkomende voorwaarden, tenzij de tweetaligheid van de coördinator.
- In de **Duitstalige Gemeenschap** : geen bijkomende voorwaarden.

5.3.7. *Het definitieve kandidaatsdossier voor het project opstellen*

Het kandidaatsdossier wordt opgesteld op basis van de voorbereidende werken die hierboven beschreven zijn en volgens een template die ter beschikking zal gesteld worden aan de pilootprojecten voor het einde van de conceptualisatiefase.

Naast de elementen die reeds voorzien zijn in de interesseverklaring voor wat projectpartners, activiteitszone en doelgroep betreft, zal de kandidatuur de conclusies bevatten van de analyse van de risico's (binnen de bevolking en de doelgroep) en de middelen (beschikbaar, te mobiliseren of ontbrekend), evenals de concrete elementen van het locoregionaal actieplan.

De specifieke criteria waaraan de kandidatuur moet voldoen worden hierna gepreciseerd (zie punt 5.6: evaluatie en selectie van de kandidaturen).

5.4. **Begeleiding in de conceptualisatiefase**

In de conceptualisatiefase van 7 maanden zullen de projectpartners begeleid worden op verschillende niveaus:

- Een '**coach**' wordt aangesteld door de overheid na een openbare aanbesteding die de methodologische begeleiding van het conceptualisatieproces (business case) zal opnemen. De coach zal de actoren eveneens helpen om een planning op te stellen voor de opbouw van hun samenwerkingen. De coaches werken nauw samen met de lokale projectcoördinatoren.
- Een wetenschappelijke, technische en methodologische ondersteuning zal eveneens geboden worden in het kader van het '**begeleidingsplatform**' zoals voorzien in het Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' (zie actielijn 2 van het Plan).
- De administraties van de federale overheid en de deelstaten engageren zich om eveneens het proces te begeleiden om het tot stand komen van de projecten te faciliteren.

Om het proces te begeleiden wordt aan elk consortium gevraagd om een **projectcoördinator** aan te stellen die tenminste halftijds voor het project werkt en die nauw zal samenwerken met de coach.

De methodologische begeleiding door de coach zal georganiseerd worden op basis van een coaching-plan, dat de gehele conceptualisatiefase dekt (7 maanden). Deze begeleiding zal bestaan uit twee etappes en moet de actoren helpen om te komen tot:

- Analyse van de huidige stand van zaken in de regio:
 - Stratificatie van de risico's binnen de lokale bevolking
 - Huidige noden en behoeften, zowel wat de chronisch zieken als de zorgverleners betreft
 - De reeds toegekende (financiële) middelen, geïnvesteerd in de zorg voor patiënten uit de doelgroep (vanuit de federaal, gemeenschappelijke en gewestelijke overheden, patiëntenbijdrage, privé,...)
 - De inefficiënties in de huidige zorgaanbod (langdurige opnamen, vermijdbare heropname, polyfarmacie, dupliceren van verstrekkingen, ...) en discontinuïteit van zorg op sleutelmomenten in de zorg
 - De te ondernemen initiatieven, te ontwikkelen procedures, enz. om geïntegreerde zorg te ontwikkelen
 - De prioriteiten binnen deze initiatieven
 - De capaciteit tot het mobiliseren van de nodige (financiële, human resources, ...) middelen.

- Het uitwerken van een locoregionaal actieplan voor een eerste periode van 4 jaar (dat zal ingediend worden als kandidatuur voor het project) en in het bijzonder, de beschrijving van de volgende elementen:
 - de doelgroep (in functie van de behoeften binnen de bevolking en de actoren die deelnemen aan het project)
 - de strategische en operationele doelstellingen
 - de beperkingen en belemmeringen voor het ontwikkelen van een project (reglementering,...)
 - een financieel plan van het project (verwachte impact, toewijzing van de middelen, overgangskosten ,...)
 - de mogelijkheid tot uitbreiden van de doelgroep tijdens de duur en na de eerste fase van het project
 - de evaluatie- en procesindicatoren voor een zelfevaluatie van het project
 - een concrete planning van de acties (producten, diensten, modellen,...) om de Triple Aim doelstellingen te bereiken: timing, budget, evaluatiemodaliteiten, verantwoordelijke(n), ...
 - de identificatie van de te registreren gegevens (+ verantwoordelijke registratie) en het gebruik van registratie-instrumenten
 - begeleiding en beheer van het project (governance structuur van het project)
 - elementen voor een samenwerkingsovereenkomst tussen de verschillende partners (netwerkovereenkomsten) : engagementen van de partners tegenover elkaar
 - de identificatie van de noden inzake coördinatie van het project
 - het financieel beheer van het project
 - een SWOT-analyse van het locoregionaal projectplan
 - ...

De coach zal in duo werken met de lokale coördinator die door de projectpartners aangeduid werd. De coördinator zal dus van nabij ondersteund worden door de coach, zowel voor wat het verzamelen van de noodzakelijke informatie betreft, als voor de analyse van gegevens en de redactie van het actieplan.

Bij de keuze van de lokale coördinator zullen de projectpartners rekening moeten houden met de doelstellingen van de conceptualisatiefase. Voor de keuze van de coördinator wordt aanbevolen om een persoon te kiezen die de pilootzone relatief goed kent, evenals de organisatie en financiering van zorg- en hulp systemen, maar ook met competenties inzake projectmanagement, leadership, change management, presentatie en vergadertechnieken, redactie van nota's en rapporten, luistervaardigheid en zoeken naar consensus.

5.5. Financiering in de conceptualisatiefase

Een forfaitaire financiering van € 40.000 is voorzien voor de uitwerking van deze fase. Dit bedrag is voornamelijk bestemd ter bekostiging van een lokale coördinator (deeltijds) voor 7 maanden. Een gedeelte van het bedrag kan ook gebruikt worden voor compensatie van de partners voor hun deelname aan de werkvergaderingen.

Deze financiering zal toegekend worden in 2 fasen: 50% bij de start van de conceptualisatiefase van het project en 50% bij de indiening van de definitieve kandidatuur voor het project.

5.6. Indiening, evaluatie en selectie van de kandidaturen

De **kandidatuur** van het consortium in de vorm van een locoregionaal actieplan dient ten laatste aan te komen bij de administratie (ter attentie van de interadministratieve cel chronische ziekten) op 31 januari 2017, en dient opgesteld te zijn aan de hand van de template die zal ter beschikking gesteld worden bij de start van de conceptualisatiefase.

De evaluatie van de kandidaturen zal gebaseerd zijn op:

- de interne samenhang van het project, met andere woorden of de concepten en doelstellingen duidelijk zijn (scope van het project, relevantie van de doelstellingen), en de innovatiegraad van het project
- de relevantie, namelijk de graad waarin het project in overeenstemming is met de doelstellingen van het Plan 'Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid' en de componenten van geïntegreerde zorg die beschreven worden in dit plan
- de coherentie van het project met de Triple Aim-filosofie en de capaciteit in het reduceren van gezondheidsongelijkheden, het integreren van landelijke zones indien aanwezig in de projectzone en de verbetering van de arbeidscontext van de actoren
- de verwachte impact, namelijk: de sociale en economische voordelen, de ambities en het verwachte potentieel van het project, de veralgemeenbaarheid (upscaling) van de voorgestelde initiatieven
- de realiseerbaarheid van de timing en het financieel plan
- de aanwezigheid van een monitoringsysteem voor de zelfevaluatie van het project.

Voor de start van de conceptualisatiefase zullen de criteria verfijnd worden met de wetenschappelijke equipe die de begeleiding en evaluatie van de projecten zal opnemen, evenals met de coaches.

In het bijzonder zal de aanwezigheid van de volgende elementen beoordeeld worden:

1. Geografische zone: het gebied dient duidelijk omschreven te worden en mag niet tegenstrijdig zijn met de beleidskeuzes die zijn gemaakt binnen de Gemeenschappen en Gewesten inzake de (re)organisatie van de zorg. Er kan slechts één pilootproject zijn per geografisch gebied en deze gebieden mogen elkaar niet overlappen. (cfr voorbereidingsfase).
2. Doelgroepomschrijving: de doelgroep (deel van de populatie rechtstreeks betrokken door de initiatieven van het project) dient voldoende groot te zijn zodat alle stakeholders effectief betrokken kunnen worden en de nieuwe zorgmodellen effectief getest kunnen worden met het oog op een veralgemening naar alle chronisch zieken. (cfr voorbereidingsfase) De omschrijving van deze doelgroep mag niet als effect hebben dat de vrijheid van de patiënt om zijn zorgverstrekker te kiezen, beperkt wordt.
3. De criteria en modaliteiten voor inclusie van patiënten zijn voldoende duidelijk en nauwkeurig.
4. De aanwezigheid van een projectcoördinator met de garantie dat deze coördinator autonoom en onafhankelijk zal kunnen werken met alle partners binnen het netwerk.
5. De deelnemende gezondheidswerkers en welzijnsactoren moeten voldoende representatief zijn voor de zorg die op het territorium aan de bevolking wordt aangeboden. Bestaande coördinatiestructuren moeten deelnemen van zodra initiatieven voldoende draagvlak hebben.
6. De eerste- en tweedelijnszorg zijn betrokken in het project (zie punt 4.3.1 hieronder).
7. De patiënten-, mantelzorg-, en familieverenigingen en de ziekenfondsen/ zorgverzekeraars zijn actief betrokken in het project.
8. Het project voorziet samenwerkingen met actoren vanuit de thuishulpsector.
9. Een samenwerking met de bestaande wachtposten of andere initiatieven binnen de pilootzone om een 24/24 -7/7 permanentie te kunnen voorzien.
10. Innovatieprojecten binnen het territorium (P3, psy107, ...) en specifieke conventies voor chronische patiënten zullen samenwerken met het project van zodra hun doelgroep deel uitmaakt van de doelgroep van het pilootproject; idem voor andere structuren/organisaties die in het kader van een project worden ontwikkeld of bestaande structuren/organisaties die vandaag nog niet opgenomen zijn in een regelgevend kader of in dit kader nog niet erkend en/of gefinancierd zijn (vb zorghotel of hersteloord).
11. Er dient een minimaal niveau van bestuurlijke, organisatorische en financiële integratie te worden aangetoond, waarbij tenminste de middelen van het project en de middelen die vrijkomen en geherinvesteerd worden door een gemeenschappelijke governancestructuur worden beheerd. Tevens dient aangetoond op welke wijze deze integratie op teamniveau vorm zal krijgen (tussen de verschillende actoren die grotendeels aan dezelfde patiënten zorg verlenen, bvb. omdat ze in dezelfde wijk of buurt of gemeente werkzaam zijn).

12. Het volledige zorgspectrum voor de patiënten in de doelgroep wordt opgenomen in het project (i.e. van gezondheidsbevordering tot palliatieve zorg), ook als sommige zorgaspecten worden aangeboden door samenwerkingen met externe actoren buiten de pilootzone.
13. Alle componenten van geïntegreerde zorg (empowerment, case-management, ondersteuning van de mantelzorg, risicostratificatie, socio-professionele reïntegratie, preventie, overleg en coördinatie, extra-, intra- en transmurale zorgcoördinatie, geïntegreerd patiëntdossier, ontwikkeling van een kwaliteitscultuur, ...) worden opgenomen in het project.
14. De initiatieven van het project worden voorgesteld binnen een tijds kader van 4 jaar, met indicatoren die auto-evaluatie toelaten.
15. De manier waarop de financiële toegankelijkheid tot zorg- en hulpverlening en de garantie van vermijden van meerkost voor de patiënt gegarandeerd wordt aan de patiënt wordt in het project beschreven.
16. Het project wordt ingediend in de template die ter beschikking werd gesteld en deze is correct en volledig ingevuld.

Bovendien wordt aan de projecten gevraagd dat ze zich engageren tot:

- het deelnemen aan externe evaluatie waarvoor een specifiek wetenschappelijk team zal aangesteld worden (zie punt 6.7)
- deelnemen aan de opleidingen die voor hen georganiseerd worden (zie punt 6.4) en aan de door de externe evaluatie vereiste registratie
- nationaal of regionaal ontwikkelde instrumenten en methodieken (voorbeelden: elektronisch multidisciplinair dossier, Vitalink - met inbegrip van 'patient viewer', ...) gebruiken.

Bijkomende voorwaarden naargelang van de Gemeenschap of het Gewest waarin het project functioneert:

- in **Vlaanderen** : beantwoorden aan de doelstellingen geformuleerd onder 5.3.6
- in **Wallonie** : geen bijkomende voorwaarden
- in **Brussel** : geen bijkomende voorwaarden
- in de **Duitstalige Gemeenschap** : geen bijkomende voorwaarden

De **selectie** van de kandidaturen zal georganiseerd worden in twee tijden.

Een eerste toetsing van de actieplannen van de projecten met de voorwaarden voor het indienen van een geldige kandidatuur zal uitgevoerd worden door de Interadministratieve Cel Chronische Ziekten om de ontvankelijkheid van de ontvangen kandidaturen te verifiëren.

Het definitieve selectievoorstel zal toevertrouwd worden aan een jury bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende overheden en instanties die zich gezamenlijk hebben ingezet ter ondersteuning van de pilootprojecten , namelijk:

- leden van de IKW chronische ziekten van de IMC (kabinetten en administraties van de federale overheid en de deelstaten)
- vertegenwoordigers van het Verzekeringscomité van het RIZIV

- vertegenwoordigers de patiëntenorganisaties in het Observatorium Chronische Ziekten.

De formele procedure van werking van de jury en de finale definiëring van de selectiecriteria zullen bepaald worden in overleg met de verschillende overheden die betrokken zijn bij de organisatie en/of de financiering van de pilootprojecten.

Het selectievoorstel van de jury zal overgemaakt worden aan de bevoegde ministers en het Verzekeringscomité van het RIZIV voor de finale beslissing (zie juridisch kader van de projecten – punt 6.5).

De ambitie van de verschillende overheden is om alle projecten die beantwoorden aan de doelstellingen en voorwaarden in de oproep tot kandidaatstelling te kunnen aanvaarden.

Indien het aantal kandidaturen die voldoen aan alle bovenstaande criteria groter is dan het aantal projecten dat kan worden gefinancierd, zal de jury een rangschikking maken op basis van de volgende criteria:

- de grootte van de doelgroep
- de complementariteit tussen de verschillende betrokken actoren en hun representativiteit ten opzichte van de aangeboden zorg op het territorium van het project (aantal en diversiteit van de actoren)
- de geografische spreiding van de projecten binnen het Belgische grondgebied (evenwichtige verdeling tussen de deelstaten)

Elke kandidatuur wordt beoordeeld door tenminste 4 juryleden. Weerhouden kandidaturen zullen het voorwerp uitmaken van een overeenkomst met het Verzekeringscomité van het RIZIV en met de bevoegde gemeenschappelijke of gewestelijke overheid.

6. FASE 3: UITVOERINGSFASE

6.1. Doel van de uitvoeringsfase

In deze fase zullen de pilootprojecten hun locoregionaal actieplan ten uitvoer brengen met het oog op de progressieve implementatie van de componenten van geïntegreerde zorg in een benadering die beantwoordt aan de 3 'Triple Aim'-doelstellingen: een betere gezondheid van de populatie, meer patiëntentevredenheid over de geleverde zorg, zonder de kosten door de prestaties te doen stijgen, en met een betere levenskwaliteit voor de gezondheidsprofessionelen.

In de uitvoeringsfase van de projecten zal ook een evaluatie gebeuren van de performantie van de acties die door de projecten ondernomen worden in hun pilootzone. De volgende elementen worden geëvalueerd:

- hun capaciteit om het geïntegreerd karakter van de zorg te bevorderen, en dus om de verschillende componenten van geïntegreerde zorg te ontwikkelen,
- de geleverde resultaten in de 3 dimensies van Triple Aim (zie punt 2 hieronder),
- de effecten op verbetering van equity en toegang tot zorg voor de meest kwetsbare groepen.

Deze evaluatie zal uitgevoerd worden zowel door de actoren die het project uitvoeren (voor wat betreft het verwachte effect van hun acties en volgens hun actieplan), als door een wetenschappelijke equipe die deze opdracht krijgt in het kader van de begeleiding van het Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid'.

6.2. Duur van de uitvoeringsfase

De uitvoeringsfase van de pilootprojecten zal 4 jaar in beslag nemen, met dien verstande dat:

- deze duur overeenstemt met de duur van het locoregionaal actieplan dat de projectpartners uitgewerkt hebben in de conceptualisatiefase
- dit niet impliceert dat, in de zone van de pilootprojecten, geïntegreerde zorg in al zijn componenten volledig uitgewerkt wordt, noch voor de volledige populatie van chronisch zieken
- deze duur van 4 jaar moet toelaten om de eerste lessen te trekken uit de projecten, met de wetenschap dat sommige initiatieven van de projecten waarschijnlijk pas een significant effect kunnen hebben over een langere periode
- dit niet belet dat voortijdig een einde gesteld wordt aan projecten die duidelijk niet beantwoorden aan de essentiële doelstellingen van de pilootprojecten (efficiëntie, tevredenheid van gebruikers en partners, equity in toegang tot zorg).

6.3. Opdrachten in de uitvoeringsfase

De belangrijkste opdracht van de pilootprojecten in de uitvoeringsfase is de uitvoering van het locoregionaal actieplan dat ontwikkeld werd in de conceptualisatiefase. Dit betekent dus:

6.3.1. *De implementatie van de innoverende acties in het locoregionaal actieplan*

De implementatie is progressief en gebaseerd op de planning beschreven door de partners. De innoverende acties moeten dus niet allemaal starten vanaf het begin van de uitvoeringsfase.

Voor de implementatie wordt bovendien beroep gedaan op de partners die aangeduid zijn als verantwoordelijke voor de verschillende acties, waarbij ervoor gezorgd wordt dat voor elke actie de volgende elementen bepaald zijn:

- concrete timing van implementatie
- indicatoren die het impact van de actie meten (kwalitatief, financieel, ten opzichte van de verschillende componenten van geïntegreerde zorg,...)
- een specifiek communicatielink naar chronisch zieken, naar de bevolking en naar lokale actoren die betrokken zijn in het initiatief
- een nauwkeurige opvolging van de kosten en financieringen van de actie.

6.3.2. *De coördinatie van de verschillende acties op niveau van het beheer en de governance van het project*

De coördinatie van de verschillende initiatieven, evenals de communicatie erover naar de bevolking en de aanwezige actoren, wordt toevertrouwd aan een projectcoördinator.

De projectcoördinator zal de beheers/governance-structuur van het project informeren over de voortgang van de acties en van de resultaten van de lokale evaluatie ervan, rekening houdend met de criteria voor auto-evaluatie die door het project opgesteld werden. Op basis hiervan kan de beheers/governance-structuur een standpunt innemen over de verderzetting van de acties, hun eventuele uitbreiding in de pilootzone en over de aanpassingen die nodig zijn om een succesvol resultaat te garanderen of de wijzigingen in het locoregionaal actieplan om de duurzaamheid van het project te verzekeren.

6.3.3. *Bijzondere aandacht voor change management en de toetreding van de partners tot een kwaliteitscultuur*

Change management en de progressieve implementatie van een kwaliteitscultuur bij alle partners in het project zijn twee essentiële componenten van elk pilootproject. Deze aspecten dienen deel uit te maken van de specifieke aandachtspunten van de coördinator en van de governance-structuur van het project, zowel op microniveau (inter-persoonlijke relatie tussen de patiënt en individuele zorgprofessionals), als op meso-niveau (relatie tussen partners, ook voor wat betreft impact in de pilootzone).

De lokaal geïnitieerde veranderingen en de lessen die eruit getrokken worden, moeten kunnen voordeel brengen voor alle patiënten en actoren in de activiteitenzone (en de projectpartners in het

bijzonder). Dit is een essentiële voorwaarde om initiatieven te kunnen reproduceren in een andere context of voor andere patiënten, maar ook om te vermijden dat eventuele fouten opnieuw gemaakt worden.

De projectcoördinator krijgt dus expliciet de opdracht om alle nuttige informatie over de acties in ontwikkeling in de activiteitzone door te geven aan de governance-structuur en te verspreiden aan de projectpartners.

6.3.4. Auto-evaluatie van de acties in het kader van het pilootproject

De impact van de acties dient gemeten te worden op basis van concrete structuur-, proces-, en resultaatsindicatoren die gedefinieerd zijn in het locoregionaal actieplan. Zoveel mogelijk generieke en specifieke evaluatietools zullen ter beschikking gesteld worden van de projecten om hen hierbij te helpen. Deze indicatoren zullen op regelmatige basis gemeten worden en de metingen zullen vergeleken worden met elkaar en met de waarden van voor de start van het project. De bedoeling is om te evalueren in welke mate de doelstellingen die het project zichzelf opgelegd heeft, bereikt worden.

Deze indicatoren vormen eveneens de vertaling op projectniveau van de evolutie in de ontwikkeling van de componenten van geïntegreerde zorg en de situering van het project ten opzichte van de 3 Triple Aim-dimensies.

De resultaten van de auto-evaluatie worden onderzocht in de governance-structuur van het project, die zich zal uitspreken over :

- De noodzaak om het locoregionaal actieplan al dan niet aan te passen: voor wat betreft timing, financieel plan, verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de partners,...
- De mogelijkheid om de doelgroep van de acties uit te breiden en/of nieuwe partners te betrekken in de initiatieven die door het project uitgewerkt worden.

Deze elementen worden jaarlijks verzameld in een rapport dat wordt overgemaakt aan de bij het project betrokken overheden.

6.4. Begeleiding in de uitvoeringsfase

Tijdens de uitvoeringsfase is de coördinator verantwoordelijk voor:

- begeleiding en opvolging van de implementatie van de voorgestelde interventies. De coördinator fungeert als eerste aanspreekpunt van het project voor de overheden;
- identificeren van eventuele problemen en rapporteren naar de Interadministratieve Cel Chronische Ziekten;
- identificeren van “best practices” om de vooropgestelde interventies/processen te implementeren);
- correcte en complete gegevensverzameling m.b.t. de vastgelegde indicatoren.

Tijdens de uitvoeringsfase zullen de coördinatoren ondersteund worden door intervisiemomenten (samenkomst met andere projecten) en opleidingen. Deze opleiding is in de eerste plaats bedoeld voor de coördinator van het project maar kan in functie van het onderwerp ook een breder publiek (van zorgverleners) aanspreken. De opleidingen hebben als doel om de capaciteiten voor analyse en kennis van geïntegreerde zorg te verbeteren, evenals hun kennis van het zorg- en hulpsysteem en de evolutie ervan. Zij zijn ook gericht op het integreren in de projecten van resultaten van studies of analyses die uitgevoerd werden door externe wetenschappers.

Op korte termijn zal een wetenschappelijk team opgestart worden met als opdracht de ondersteuning en evaluatie van de projecten (zie punt 6.7 hieronder).

Tegelijkertijd worden de werkzaamheden van het Platform voor wetenschappelijke, methodologische en technische begeleiding opgestart die als doel hebben om de pilootprojecten te voorzien van nieuwe gevalideerde instrumenten die de ontwikkeling van geïntegreerde zorg ondersteunen.

Tenslotte zullen zowel deze gids als de website die gewijd is aan de projecten op regelmatige basis geactualiseerd worden (FAQs, praktische fiches, interessante artikels,...) om aan de coördinatoren en aan de projecten zelf, een maximum aan tools en instrumenten aan te bieden die hen kunnen helpen bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg in hun pilootzone. Aan de projecten zelf zal eveneens gevraagd worden om hun behoeften in dit domein kenbaar te maken.

6.5. Juridisch kader in de uitvoeringsfase

Het juridisch kader van de pilootprojecten zal afgebakend worden door een conventie tussen de projectpartners en de verschillende betrokken overheden.

Op federaal niveau zal een **koninklijk besluit in uitvoering van artikel 56 van de RIZIV-wet** uitgewerkt worden, waarin de voorwaarden bepaald worden waaraan de projecten moeten voldoen om een dergelijke conventie te kunnen sluiten: verplichte en facultatieve partners, doelgroep, samenwerking met bestaande projecten, activiteitszone, minimale zorg gedekt door het project, eventuele van de projecten uitgesloten prestaties, componenten van geïntegreerde zorg waarmee de projecten moeten rekening houden, principes voor financiering, facturatie en betaling van de projecten, registratie van de gegevens en evaluatie, enz.

In deze context, en om aan de projecten toe te laten om nieuwe organisatie van zorg uit te testen bij de personen in het project, zullen bepaalde uitzonderingen op de traditionele regelgeving toegestaan worden aan de projecten. Er zal een **regelluw juridisch kader** gecreëerd worden tegenover de actuele vereisten in verband met bijvoorbeeld de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, het akkoord van de adviserend geneesheren, de voorwaarden voor de prestaties in de revalidatie-conventies,...

Dit koninklijk besluit zal het sluiten van een **individuele conventie met elk project** mogelijk maken en zal het kader afbakenen waarbinnen het locoregionaal actieplan kan uitgevoerd worden.

Een **samenwerkingsovereenkomst tussen de projectpartners** zal concreet de volgende elementen bepalen:

- de beheers/governance-structuur van het project en de verantwoordelijkheden van elke betrokken partij
- de doelgroep van het project en de criteria en modaliteiten voor inclusie van patiënten
- de activiteitenzone van het project
- de modaliteiten voor uitbreiding van de doelgroep
- de modaliteiten voor toelating van bijkomende partners
- de modaliteiten van bezoldiging van de prestaties van de projectpartners (prestaties die overeenkomen met een nomenclatuurcode en andere nieuwe prestaties die beslist werden in het kader van het project)
- de modaliteiten van zelf-evaluatie van het project
- ...

De projecten functioneren als afzonderlijke **rechtspersoonlijkheid**. Een feitelijke vereniging volstaat, voor zover de verantwoordelijkheden van de projectpartners nauwkeurig beschreven worden in het kader van het beheer/de governance van het project.

De projecten dienen een bijzondere aandacht te hebben voor **bescherming van de persoonlijke levenssfeer** in het kader van de implementatie van hun locoregionaal actieplan.

De geïnformeerde toestemming van de patiënt moet dus niet formeel voorzien worden op het moment van inclusie in het project, maar de patiënt zal uitgenodigd worden om toe te stemmen in nieuwe mogelijkheden die aangeboden worden door het project of deze te weigeren: als het project nieuwe zorgvormen ontwikkeld heeft, kunnen deze voorgesteld worden aan de patiënt als bijkomende zorg of als vervanging van klassieke zorgvormen, als deze nieuwe zorgvormen kunnen beantwoorden aan de behoeften van de patiënt. De patiënt wordt geïncorporeerd in het project maar blijft vrij om te kiezen of hij gebruik wil maken van deze nieuwe mogelijkheden.

Daarentegen, om patiëntengegevens te kunnen uitwisselen in het kader van de projecten, zal elk project zich ervan moeten verzekeren dat de patiënt zijn toestemming gegeven heeft tot informatiedeling tussen zorgprofessionals waarmee hij een therapeutische relatie heeft.

Voor wat betreft de registratie en analyse van gegevens door een externe evaluatie-equipe (zie verder), zal een adviesvraag ingediend worden bij het Sectoraal Comité van de Privacycommissie. Eveneens zal een advies gevraagd worden aan een Ethisch Comité als het onderzoeksluik van de projecten dit vereist. Deze adviezen zullen gevraagd worden op globaal niveau, in het kader van de opdrachten van de onderzoeksequipe die de projecten begeleidt.

6.6. Financiering in de uitvoeringsfase

6.6.1. Financiering van de coördinatiekosten van de pilootprojecten

Tijdens de uitvoeringsfase krijgen de projecten een bijkomend forfaitair budget van 150.000€ op jaarbasis. Dit budget dekt de kosten van de projectcoördinator (1 vte) en de administratieve kosten van de coördinatie. Dit budget kan dus gebruikt worden voor kostendekking zoals werkingskosten van de coördinator, diverse administratieve kosten, pretstaties van een bijkomende persoon die de coördinatietaken ondersteunt, enz.

6.6.2. Financiering van de prestatiekosten van de pilootprojecten

De basisfilosofie van de pilootprojecten berust op het 'Triple Aim' principe, met name het herverdelen van de huidig beschikbare middelen om zorg aan te bieden die:

- de kwaliteit van de zorg op individueel niveau verbetert (de patiënt ontvangt zorg die beter aangepast is aan individuele behoeften)
- de arbeidsomstandigheden en de levenskwaliteit van de actoren verbeteren
- en die de gezondheidstoestand van de populatie in zijn geheel verbetert (minder chronisch zieken maar ook chronisch zieken die meer autonoom zijn en over een betere levenskwaliteit beschikken).

Het toelaten aan de pilootprojecten om de huidig beschikbare middelen te herverdelen veronderstelt de garantie dat de middelen waarover de projectpartners vandaag beschikken, hen ter beschikking gesteld worden in het kader van het pilootproject. Een 'budgetgarantie' voor de projecten dient hen dus toegekend te worden en nieuwe manieren om de projecten te financieren dienen gevonden te worden om hen deze budgetgarantie te bieden.

De principes die hieronder beschreven worden (budgetgarantie, bundled payment, modaliteiten voor financiering en facturatie, regularisatie, prefinanciering,...) moeten nog verder verduidelijkt en gepreciseerd worden in de loop van het proces. Zij zullen als basis dienen voor de reflectie over de financiering van de prestaties in het kader van de pilootprojecten.

De toepassing van deze principes zal betrekking hebben op de prestaties binnen de federale bevoegdheid en kan uitgebreid worden naar andere prestaties of diensten binnen de bevoegdheid van de deelstaten (Gemeenschap of Gewest), volgens de modaliteiten die door hen gedefinieerd worden.

Op federaal niveau zal een specifieke technische werkgroep belast worden met de verduidelijking van de mogelijke en wenselijke modaliteiten om te komen tot een duidelijk kader voor de start van de conceptualisatiefase van de projecten. In deze werkgroep zullen de deelstaten vertegenwoordigd zijn en ze kan ook belast worden met het onderzoeken van vragen die specifiek zijn voor een bepaalde deelstaat, op vraag van deze deelstaat.

➤ Budgetgarantie

De **budgetgarantie** die aan het project geboden wordt kan op verschillende manieren toegepast worden :

- ofwel wordt de budgetgarantie berekend op een bepaalde groep van prestaties die de doelgroep van het pilootproject betreffen: deze prestatiegroep moet dan perfect

identificeerbaar zijn in de bestaande gegevensbanken. Enkel rekening houden met een bepaalde groep prestaties, zal als effect hebben dat de impact van innovaties op andere prestaties niet in rekening gebracht wordt : ofwel zullen door de initiatieven van het pilootproject andere uitgaven verminderen en zal het project door deze berekeningswijze niet de garantie krijgen om deze besparingen te kunnen gebruiken ; ofwel leiden de initiatieven van het pilootproject tot een stijging van andere uitgaven en wordt deze kostenstijging ten laste gelegd van het systeem (in tegenspraak met het 'Triple Aim' principe);

- ofwel wordt de budgetgarantie berekend in functie van de doelgroep van het pilootproject: dit veronderstelt dat in de bestaande gegevensbanken (meer bepaald IMA), de doelgroep kan geïdentificeerd worden door zijn zorgverbruik (bv geneesmiddelen categorie) en door bepaalde socio-demografische kenmerken. Rekening houden met de socio-demografische kenmerken laat toe om de lokale realiteit van de geografische zone waarin het project ontwikkeld wordt, beter te benaderen. Op deze basis kan een gemiddelde kost per patiënt berekend worden over een bepaalde periode (bv een jaar). Deze kost vertegenwoordigt dan het bedrag van de budgetgarantie per persoon die ten laste genomen wordt in het pilootproject. De berekening van een bedrag per patiënt zal het mogelijk maken om te vermijden op basis van gesloten enveloppes te werken, die geen rekening zouden houden met het aantal geïncorporeerde patiënten in het project;
- ofwel wordt de budgetgarantie berekend op basis van de populatie die bediend wordt door het pilootproject: dit wordt dus berekend op basis van historische uitgaven die in de geografische zone vastgesteld worden (eventueel gestandaardiseerd om de invloed van externe of toevallige factoren te neutraliseren), rekening houdend met de geografische origine van de patiënten (en niet met de lokalisatie van de zorgverstrekkers). Deze benadering betekent dat de variatie die geconstateerd wordt (na de start van een pilootproject) in de uitgaven op niveau van de geografische zone in kwestie verondersteld wordt om het effect te zijn van de initiatieven van het pilootproject.

De budgetgarantie die door de overheid aangeboden wordt houdt rekening met het geheel van de uitgaven die voorzien zijn in de regelgeving. In het kader van de federale financiering van de gezondheidszorg betekent dit de bedragen die voorzien zijn in de terugbetaling van prestaties (bijvoorbeeld terugbetalingen door de V.I.) en de bedragen die reglementair voorzien worden als aandeel van de patiënt (bijvoorbeeld het remgeld). De budgetgarantie bevat dus niet:

- niet vergoedbare verstrekkingen (bv geneesmiddelen van categorie D)
- eventuele supplementen die door de zorgverstrekkers zelf worden bepaald (kamersupplementen in ziekenhuizen, honorariumsupplementen,...)
- bedragen die toegekend worden aan de zorgverstrekkers of aan de patiënt die gebaseerd zijn op het statuut of de bijzondere situatie van de verstrekker of de patiënt (bv : incontinentieforfait of tussenkomst in de verplaatsingskosten van de patiënt, tussenkomst voor geaccrediteerde artsen, informaticapremies voor de verstrekkers,...) ; deze bedragen worden rechtstreeks toegekend aan de patiënt of de betrokken zorgverstrekker
- 'uitzonderlijke uitgaven', ofwel omdat ze uitzonderlijk duur en zeldzaam zijn, ofwel omdat ze het resultaat zijn van een uitzonderlijke gebeurtenis die een deel van de door het project beoogde populatie betreft en significante zorgkosten genereert

- bedragen die gedekt worden door aanvullende verzekeringen (ziekenfondsen of privé-verzekering); deze dekking moet echter wel gegarandeerd worden door de betrokken verzekeraars; overleg tussen het pilootproject en de betrokken verzekeraars zal dus eventueel nodig zijn.

Voor zover de budgetgarantie bepaald wordt door historische gegevens en bij ongewijzigd beleid, moeten ook correcties toegepast worden die rekening houden met de evolutie van de bedragen van de tegemoetkomingen of de evolutie van het remgeld: indexeringen, nieuwe prestaties die recht geven op een tussenkomst van de overheid, nieuwe besparingsmaatregelen,...

➤ **Principe van 'bundeling van prestaties' ('bundled payment')**

De logica van de budgetgarantie (en van het Triple Aim principe) veronderstelt dat de pilootprojecten een geheel van prestaties voor zorg- en hulpverlening aanbieden, met inbegrip van innovatieve zorgmodaliteiten die bepaalde 'klassieke' prestaties vervangen (huidige nomenclatuur, voor wat betreft de verplichte ziekteverzekering). Dit nieuwe 'zorgpakket' moet gerealiseerd worden met een kost die niet groter is dan de kost van de tenlasteneming volgens de klassieke modaliteiten en mag niet leiden tot een meerkost voor de patiënt. Deze redenering veronderstelt het vergelijken van de kost van de twee verschillende 'zorgpakketten'.

Strikt genomen betekent gebundelde financiering (bundled payment) een globaal beheer van de financiering voor een bepaald aantal zorgcomponenten. Het gaat bijvoorbeeld over het financieren in één keer van het geheel van de prestaties van de artsen, het geheel van de geneesmiddelen, ... Deze financiering kan voorzien worden a priori, door een prospectief globaal bedrag, of a posteriori door een systeem van compensatie tussen het globaal voorziene bedrag en het reële verbruik. Dit veronderstelt een berekening over een bepaalde periode : het globale bedrag vertegenwoordigt de financiering van zorg die 'gegroepeerd' wordt over een periode van 1 maand, 1 jaar, ...

In praktijk kan het mechanisme van de gebundelde financiering voorzien worden op verschillende manieren, die tegelijk kunnen bestaan in hetzelfde project voor verschillende prestatiegroepen:

- puur boekhoudkundig, door de opvolging van de evolutie van de uitgaven die gekoppeld zijn aan de 'gebundelde' zorg en de analyse van de financiële impact van de nieuwe zorgmodaliteiten
- door een koppeling op niveau van het project van de financieringen die overeenkomen met de gebundelde prestaties : het project ontvangt de financiering voor deze prestaties en herverdeelt ze volgens de modaliteiten die overeengekomen zijn tussen de verstrekkers
- door de financiering 'per prestatie' van de gebundelde prestaties te vervangen door een gebundelde betaling.

De meest geavanceerde vorm van gebundelde financiering is dus de bundeling van alle prestaties die een patiënt (van de doelgroep) betreffen, vergezeld van een globale financiering per patiënt (die overeenkomt met het bedrag van de budgetgarantie voor zover deze berekend werd in functie van de doelgroep). Dit veronderstelt ook dat de verdeling van het budget tussen de verstrekkers die tussenkomen voor de patiënten beheerd wordt op niveau van het project, evenals het gebruik van middelen die eventueel vrijgemaakt werden door het introduceren van nieuwe werkmodaliteiten (shared savings).

➤ **Financierings- en facturatiemodaliteiten**

Volgens de aanpak die weerhouden wordt voor de gebundelde financiering, zullen de financierings- en facturatiemodaliteiten variëren :

- als de 'bundeling van prestaties' op niveau van het project gerealiseerd wordt op een puur boekhoudkundige manier, zullen de financiering van de prestaties en hun facturatie volgens traditionele regels verlopen (nomenclatuur, voor wat betreft de gezondheidszorg), elke verstrekker zal zijn eigen honoraria of financieringen kunnen innen;
- als de 'bundeling' gebeurt op niveau van het project met een koppeling van bepaalde financieringen, zal de financiering van de prestaties de traditionele regels volgen, maar de prestaties die 'gebundeld' worden, zullen door het project zelf gefactureerd worden : het project zal de honoraria of andere tegemoetkomingen innen om ze vervolgens te herverdelen volgens de afspraken binnen het project;
- als de 'bundeling' van de prestaties leidt tot de financiering van een globaal bedrag per patiënt (dat al dan niet de volledige tenlasteneming van de patiënt dekt), zal dit bedrag gefactureerd worden door het project, ontvangen worden door het project, en vervolgens herverdeeld volgens de afspraken binnen het project ; in dit geval dient voorzien te worden welke periode van tenlasteneming gedekt wordt door het globale bedrag (bv een maand), om het facturatie ritme van dit bedrag door het project te definiëren.

Een combinatie van de verschillende hierboven beschreven systemen is mogelijk. Bijvoorbeeld : financiering van een globaal bedrag voor het geheel van de geneesmiddelen en behoud van de facturatie per prestatie voor de andere prestaties.

De volgende principes moeten in elk geval gerespecteerd worden:

- elke financiering door gebundelde betaling onder de vorm van een globaal bedrag kan enkel gefactureerd worden door het project zelf en zal eveneens de eventuele prestaties aan een patiënt opgenomen in het project die uitgevoerd worden door een zorgverstreker die geen deel uitmaakt van het pilootproject dekken (vrijheid van de patiënt om zich te wenden tot een verstreker buiten het project)
- elk bedrag dat gefactureerd wordt aan het RIZIV of aan een andere overheid dient gekoppeld te zijn aan een identificeerbare patiënt om toe te laten dat de budgetgarantie kan toegepast worden en elke in het project geïnccludeerde patiënt moet gekend zijn bij de overheid (of bij het ziekenfonds, in het geval van de verplichte ziekteverzekering)
- in het kader van de verplichte ziekteverzekering zal de berekening van het bedrag van het remgeld ten laste van de patiënt door het ziekenfonds verdergezet worden om de voordelen van de maximumfactuur te kunnen behouden (MAF).

➤ **Regularisatie**

In de veronderstelling dat de budgetgarantie berekend wordt in functie van de doelgroep van het pilootproject en dat de financiering van de prestaties in het pilootproject gebeurt door een gebundelde betaling die het geheel van de in de budgetgarantie opgenomen prestaties dekt, is geen regularisatie nodig : het globaal bedrag voor de gebundelde betaling zal samenvallen met het bedrag van de budgetgarantie. Het gaat hier dus over een financiering a priori waardoor het pilootproject

rechtstreeks de budgettaire marge ontvangt die vrijgemaakt wordt door de wijzigingen in de tenlasteneming van de patiënten. Het pilootproject kan dus rechtstreeks de middelen herinvesteren in nieuwe zorgvormen.

In alle andere situaties (van zodra minstens een deel van de prestaties die gedekt worden door de budgetgarantie gefactureerd en gefinancierd worden door de traditionele regels), dient een berekening voor 'regularisatie' voorzien te worden door vergelijking van de effectief aan het project toegekende financieringen en het bedrag van de budgetgarantie.

Als de budgetgarantie berekend wordt in functie van de doelgroep van het pilootproject: het bedrag van de budgetgarantie (= bedrag gegarandeerd per patiënt vermenigvuldigd met het aantal patiënten geïncorporeerd in het project) dient vergeleken te worden met het bedrag van de financieringen toegekend aan het project (door klassieke regels of door partiële gebundelde betalingen), wat de beschikbaarheid veronderstelt van de volledige gegevens van de in het project geïncorporeerde patiënten voor de betrokken periode (bijvoorbeeld een jaar). Als de budgetgarantie berekend wordt op het geheel van de populatie van de activiteitenzone van het project, dienen de volledige gegevens voor alle patiënten van de geografische zone beschikbaar te zijn voor de betrokken periode (bijvoorbeeld voor een jaar).

➤ Prefinanciering

In geval van globale bedragen zit de budgetgarantie al verrekend, vermits wordt uitgegaan van de verwachte uitgaven bij ongewijzigd beleid; niettemin kan er bij aanvang van een project nood zijn aan een zekere vorm van investering, die nadien kan worden terugverdiend. Wanneer op klassieke wijze wordt gefactureerd kan het saldo pas na boekhoudkundige verwerking worden berekend, waarbij er dus onvermijdelijk een zeker tijdsinterval is omwille van het verzamelen van de noodzakelijke gegevens (in principe bij de ziekenfondsen voor wat betreft de ZIV). Projecten kunnen dus nood hebben aan formules van prefinanciering, bvb. op basis van de verwachte saldi of onder vorm van terugvorderbare kredieten.

Het financieel risico van investeringen en prefinanciering moet bij het pilootproject blijven. Er wordt van de projecten verwacht dat ze in elk geval zelf daartoe een inspanning opbrengen. Om de kostprijs van marktconforme kredieten te drukken, kan worden overwogen of in bijkomende orde in het kader van de projectfinanciering een 'microkrediet' kan worden verleend (bvb. uitgedrukt als een percentage van de gebundelde uitgaven waarvoor het project financiële verantwoordelijkheid wil opnemen, en beperkt tot een nog nader te bepalen maximum bedrag).

De hiermee gefinancierde uitgaven mogen evenwel niet structureel zijn (bvb. geen langetermijninvesteringen). Indien achteraf blijkt dat de investeringen niet terugverdiend worden binnen de budgetgarantie, wordt het verschuldigd bedrag via het project gerecupereerd bij de actoren die voor de bedoelde gebundelde uitgaven instaan.

➤ Evolutief proces

Hoewel het weinig realistisch is om aan alle projecten te vragen om vanaf het begin in te stappen in een systeem van gebundelde financiering dat het geheel van de prestaties dekt en dat rekening houdt met de populatie in zijn geheel, wordt toch aan de projecten gevraagd om een dergelijke

mogelijkheid te onderzoeken, eventueel met een geleidelijke invoering. Een dergelijk systeem biedt immers tal van voordelen:

- voor de patiënt: betere kwaliteit van zorg
- voor de overheden: minder risico op verplaatsing van de kosten naar niet gebundelde prestaties
- voor de projecten: mogelijkheid om vlugger te beschikken over de vrijgemaakte middelen door de veranderingen in de organisatie van de zorg en om ze te herinvesteren in nieuwe zorgvormen
- algemeen: een grotere kans om te beantwoorden aan het Triple Aim principe.

➤ **Financieel beheer op het niveau van de pilootprojecten**

Om te kunnen evalueren in welke mate de pilootprojecten beantwoorden aan het Triple Aim principe, zal hen gevraagd worden om de financiële en boekhoudkundige gegevens van hun project ter beschikking te houden, meer bepaald:

- Wat ze gefactureerd hebben aan de verschillende overheden, aan de patiënten,...
- Hoe en aan welk tarief ze de projectpartners vergoed hebben voor de prestaties die niet gefactureerd werden per prestatie door de zorgverstrekkers zelf
- Welke eventuele inkomsten en uitgaven ze gegenereerd hebben door hun innoverende prestaties
- Welke andere actoren tussengekomen zijn (en voor welke bedragen) voor de financiering van het project (private actoren, lokale autoriteiten, verzekeraars,...)
- ...

6.7. Evaluatie van de pilootprojecten in de uitvoeringsfase

Een wetenschappelijk team zal de opdracht krijgen om de pilootprojecten te begeleiden en te evalueren voor wat betreft hun doelstellingen: de 'Triple Aim'-principes en de ontwikkeling van de verschillende componenten van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken in de activiteitzone van de projecten.

Deze externe evaluatie is bedoeld om een transversale evaluatie te realiseren van alle projecten om te onderzoeken in welke mate aan de doelstellingen van het plan kan beantwoord worden. Ze zal uitgevoerd worden door middel van resultaatsindicatoren in verband met het Triple Aim-principe die op voorhand gedefinieerd worden.

Het wetenschappelijke begeleidingsplatform dat voorzien is in het Plan 'Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid', zal deze indicatoren selecteren, in samenwerking met de wetenschappelijke equipe die belast is met de evaluatie van de pilootprojecten.

De oproep tot kandidaturen voor deze wetenschappelijke equipe zal op korte termijn gerealiseerd worden om aan de terreinactoren die kandidaat zijn voor de ontwikkeling van een project, te

kunnen communiceren over de praktische modaliteiten en concrete evaluatiecriteria die zullen gebruikt worden en dit voor de start van de conceptualisatiefase van de projecten.

7. FASE 4: PLAN VOOR DE UITBREIDING EN DE UITROL VAN GEÏNTEGREERDE ZORG

Het plan 'geïntegreerde zorg voor chronische zieken' stopt niet na de fase van pilootprojecten. Het is belangrijk dat succesvolle veranderingen behouden blijven en verankerd (ingebed) worden in het systeem, zowel structureel als cultureel.

Van bij de start van de pilootprojecten wordt duidelijk gemaakt dat het project zich niet mag beperken tot enkele ziektebeelden, en niet mag gelimiteerd zijn tot het ontwikkelen van slechts enkele dimensies van geïntegreerde zorg. Vanaf de start dienen de betrokken actoren zich voor te bereiden op een progressieve uitbreiding van de doelgroep, om het project zodoende te kunnen uitrollen naar een grotere regio en meer, zo niet alle, chronische patiënten te includeren (generiek model).

Er wordt beoogd dat na 4 jaar pilootprojecten en een uitgebreide evaluatie (transversaal en per project), sommige 'best practices' en positieve veranderingen (processen, resultaten,...) kunnen geïdentificeerd worden, en evenzeer de factoren voor succes of oorzaken van mislukking.

[Mogelijkheid van voortzetting pilootproject na 4 jaar mits volledige uitrol en ondersteuning daarbij.]

Succesvolle veranderingen of innovaties uitbreiden naar een bredere populatie (of doelgroep) en het verspreiden van de nieuwe inzichten en evidentie is de verantwoordelijkheid van de diverse actoren op het beleidsniveau en kunnen op verschillende manieren geïnitieerd worden, o.a. via:

- politieke ondersteuning (verklaringen, protocollen, enz.)
- aangepaste wetgeving (verankering in regels, aanpassing van huidige regelgeving of nieuwe regelgeving, normen, richtlijnen, enz.)
- aangepaste financiering, subsidiëring en/of budgetten
- nieuwe en/of aangepaste opleidingen en trainingen
- veranderingen en/of investeringen inzake infrastructuur (bv. materiaal, gebouwen, enz.)
- tijdelijke voortzetting projectfinanciering mits de uitbreiding tot volledige doelgroep en alle zorgprocessen
- ...

Naast de structurele verankering dient ook ingezet te worden op het in stand houden (en verder uitbouwen) van de **culturele** omslag. Deze 'cultuurswitch' kan het gevolg zijn van succesvolle structurele veranderingen, maar bieden geen garanties op een verandering in de denk- en handelwijze van de betrokken actoren op het terrein.

Het is daarom belangrijk dat de betrokken actoren en stakeholders voortdurend geprikkeld worden, ook na implementatie, en dat de '*sense of urgency*' en het maatschappelijk draagvlak behouden blijven.

Hierin spelen zowel de communicatie als de verschillende '*change agents*' of ambassadeurs een cruciale rol:

- actoren en stakeholders up-to-date houden aan de hand van periodieke feedback

- het brede publiek informeren en sensibiliseren over de behaalde resultaten (en komende veranderingen)
- 'change agents' en ambassadeurs aan boord houden, nieuwe personen aanspreken en uitsuren op het terrein

Voor deze uitbreidingsfase voorziet men een bijkomende periode van minstens 4 jaar.

BIJLAGE: 14 componenten van geïntegreerde zorg

De projecten zullen progressief geïmplementeerd worden en dienen over een periode van 4 jaar verschillende componenten van geïntegreerde zorg te implementeren op hun actieniveau. De veranderingen die op kleine schaal (locoregionaal) uitgetest worden kunnen na gunstige evaluatie op ruimere schaal (regionaal en nationaal) geïmplementeerd worden door een beslissing van de bevoegde overheid.

De 14 componenten die door de pilootprojecten kunnen geïmplementeerd worden, worden hieronder kort beschreven.

- 1) empowerment van de patiënt: aan elke patiënt de ondersteuning en informatie geven die nodig zijn om hem in staat te stellen, binnen de grenzen van zijn capaciteit en in functie van zijn eigen doelen en motivatie, voor zichzelf te zorgen en een actieve rol op te nemen in zijn zorgproces en in zijn leven (zelfmanagement).
- 2) ondersteuning van mantelzorgers: een bijzondere aandacht moet gaan naar fysieke en mentale/psychologische belasting die met de rol van mantelzorger verbonden is, het belang om een evenwicht te kunnen behouden tussen het familiale, sociale (en professionele) leven, de nood aan omkadering voor taken waarvoor ze niet opgeleid zijn, enz.
- 3) case management: dit betreft het beheer en de coördinatie van alle medische, paramedische of welzijnzorgen die nodig zijn om aan de behoeften van de patiënt te voldoen; in veel situaties neemt de patiënt zelf dit beheer op, eventueel ondersteund door een mantelzorger; in andere gevallen zal een zorgprofessional (dikwijls de huisarts, maar ook andere gezondheidsprofessionals) dit opnemen.
- 4) werkbehoud, socioprofessionele en socio-educatieve re-integratie: het omgaan met een chronische ziekte houdt vaak in dat een klassieke sociale en/of beroepsmatige (of educatieve) participatie moeilijk wordt en kan leiden tot arbeidsongeschiktheid, gevoel van maatschappelijke nutteloosheid, ...; specifieke maatregelen zijn nodig om deze vicieuze cirkel te doorbreken, waarvoor de tussenkomst van verschillende actoren en een nauwe coördinatie onder hen vereist is.
- 5) preventie: preventie betreft verschillende interventiedomeinen: preventie van ziekten door het aannemen van gepast gedrag (consumptie, activiteit,...), vroegtijdige detectie (screening) en vroegtijdige interventies (behandeling in een vroeg stadium) om complicaties van bepaalde aandoeningen te voorkomen, preventie van complicaties en/of recidief in geval van ziekte.
- 6) overleg en coördinatie: een geïntegreerde aanpak van zorg veronderstelt dat men vertrekt vanuit de situatie van de patiënt en dat men de meest geschikte zorg verleent door de juiste persoon, op het juiste moment en gedurende de vereiste tijdspanne. Voor chronisch of langdurig zieken, waarbij verschillende actoren (m.b.t. zorg, welzijn, ...) betrokken zijn, wordt verondersteld dat overleg gepleegd wordt, en dat de verschillende acties gecoördineerd worden, op micro-, meso- en macroniveau.

- 7) intra- en transmurale zorgcontinuïteit: om continue zorg voor de patiënt te garanderen mag er geen onderbreking ervaren worden tussen de thuiszorg en de zorg die wordt verleend in het ziekenhuis (= seamless care = transmurale zorgcontinuïteit); daarnaast, als een patiënt meerdere ziekenhuisdiensten doorloopt tijdens een hospitalisatie, moet er ook gezorgd worden voor efficiënte medische coördinatie tussen de verschillende ziekenhuisdiensten (= intramurale zorgcontinuïteit).
- 8) valorisatie van de ervaring van patiëntenorganisaties: patiëntenverenigingen hebben expertise en ervaring die nuttig kunnen zijn voor de evaluatie, vanuit hun standpunt, en het beleid in de gezondheidszorg, voor het voorstellen van nieuwe oriëntaties, doorgeven van standpunten en verwachtingen van patiënten tegenover zorgprofessionals.
- 9) geïntegreerd patiëntendossier: de ontwikkeling van een geïntegreerd (elektronisch) patiëntendossier (GDP) moet het delen van gegevens tussen zorgverleners die te maken hebben met geïntegreerde zorg voor chronisch zieken mogelijk maken en verbeteren; de informatie die op elk moment beschikbaar is laat een betere behoefteanalyse toe van de patiënt, in het bijzonder in complexe situaties.
- 10) multidisciplinaire guidelines: chronische zorg is in essentie complex, onder meer door het frequent optreden van multimorbiditeit; zorg voor chronisch zieken vereist dan ook een geïntegreerde aanpak, met zorgverlening gebaseerd op “evidence” en afstemming van de verschillende activiteiten binnen het multidisciplinaire team.
- 11) ontwikkeling van een kwaliteitscultuur: in het kader van een transformatieproces dat kwaliteitszorg (Triple Aim) nastreeft, moet elk nieuw initiatief gepaard gaan met nauwkeurige en meetbare doelstellingen en moet dit op de meest objectief mogelijke wijze kunnen geëvalueerd worden.
- 12) aanpassing van de financieringssystemen: een financiering die gebaseerd is op een reeks van individuele verstrekkingen die zijn opgenomen in een nomenclatuur veroorzaakt beperkingen in de implementatiemogelijkheden voor geïntegreerde zorg (multidisciplinair, op maat en gericht op de bio-psycho-sociale noden van de patiënt en zijn omgeving); een systeem dat meer gebaseerd is op ‘bundled payment’ creëert hiervoor meer mogelijkheden; ; om nieuwe modellen te testen in het kader van pilootprojecten, zullen de huidige financiële middelen ter beschikking gesteld worden met een maximale flexibiliteit voor hun aanwending.
- 13) stratificatie van de risico's binnen de bevolking en cartografie van de omgeving: de stratificatie van de risico's binnen een populatie in een goed afgelijnd territorium moet toelaten om, rekening houdend met het profiel van deze populatie, lacunes te identificeren in het aanbod van zorg- en hulpverlening, om de te nemen initiatieven te kunnen onderscheiden en om prioriteiten te stellen; de analyse van de beschikbare middelen in dit territorium laat toe om te identificeren welke hiervan kunnen gemobiliseerd worden (zorgverstrekkers, maar evenzeer andere bronnen van formele en informele hulp, lokale structuren en infrastructuren, ...) maar ook de eventuele overlappings in het aanbod om inefficiënties of verspilling te identificeren.
- 14) change management: geïntegreerde zorg veronderstelt een verandering in de relatie met de patiënt (op individueel niveau, maar ook op collectief niveau), in de rol die aan elke actor wordt toegekend, in de organisatie van het werk van de zorgactoren, in hun relaties onderling en met

hulpverleners en andere actoren in deze omgeving, in het beslissingsproces in het beleid, in de financieringsmodaliteiten, enz.; er verandert pas echt iets, als er iets verandert in het dagelijkse gedrag van mensen; om ervoor te zorgen dat iedereen hierbij aansluit, om obstakels voor samenwerking en weerstand van verschillende actoren (van het terrein en van het beleid) te vermijden, dient bijzondere aandacht te gaan naar de begeleiding van het veranderingsproces, zowel op micro-, als op meso- en macroniveau; dit vraagt een stapsgewijze proces om zowel de structurele als de culturele veranderingen op te zetten, verankeren en veralgemenen.

GUIDE

PROJETS-PILOTES SOINS INTEGRES EN FAVEUR DES MALADES CHRONIQUES

2 décembre 2016

Table des matières

1.	INTRODUCTION.....	2
2.	FINALITES DES PROJETS-PILOTES	4
3.	TIMING DES PROJETS-PILOTES : 4 phases.....	8
4.	PHASE 1 : PHASE DE PREPARATION DES PROJETS-PILOTES.....	10
4.1.	Objectif de la phase de préparation	10
4.2.	Durée de la phase de préparation	10
4.3.	Tâches à réaliser durant la phase de préparation	10
4.4.	Accompagnement durant la phase de préparation.....	17
4.5.	Evaluation et sélection des manifestations d'intérêt	18
5.	PHASE 2 : PHASE DE CONCEPTUALISATION DES PROJETS-PILOTES.....	20
5.1.	Objectif de la phase de conceptualisation.....	20
5.2.	Durée de la phase de conceptualisation.....	20
5.3.	Tâches à réaliser durant la phase de conceptualisation	20
5.4.	Accompagnement durant la phase de conceptualisation	25
5.5.	Financement durant la phase de conceptualisation.....	27
5.6.	Introduction, évaluation et sélection des candidatures	27
6.	PHASE 3: PHASE D'EXECUTION	31
6.1.	Objectif de la phase d'exécution.....	31
6.2.	Durée de la phase d'exécution	31
6.3.	Tâches à réaliser durant la phase d'exécution.....	32
6.4.	Accompagnement durant la phase d'exécution	33
6.5.	Cadre juridique de la phase d'exécution	34
6.6.	Financement durant la phase d'exécution	35
6.7.	Evaluation des projets-pilotes pendant la phase d'exécution	41
7.	PHASE 4 : PLAN D'EXTENSION ET DEPLOIEMENT DES SOINS INTEGRES.....	42
	ANNEXE : 14 composantes des soins intégrés.....	44

1. INTRODUCTION

Le 19/10/2015, la Conférence interministérielle de la Santé, qui réunit les ministres de la santé publique du niveau fédéral et des entités fédérées, a approuvé un plan conjoint en faveur des malades chroniques, intitulé : « Des soins intégrés pour une meilleure santé » (cfr site www.chroniccare.be).

Ce Plan est le résultat d'une vision commune entre les différentes autorités qui a été présentée dans une Déclaration commune en date du 30 mars, 2015 (cfr site www.chroniccare.be) et qui plaide pour une approche plus intégrée en faveur des malades chroniques.

Le Plan conjoint « Des soins intégrés pour une meilleure santé » vise à développer des **soins et un soutien de haute qualité** pour tous les patients, **au meilleur coût**, tout **en améliorant l'état de santé de la population** dans son ensemble (principe du Triple Aim). Pour atteindre ce triple objectif, le système de soins actuel en faveur des malades chroniques doit être transformé en vue de le rendre plus intégré et davantage centré sur la personne.

Le Plan identifie 18 composantes des soins intégrés qu'il convient de développer et comporte 4 lignes d'action .

Les 18 composantes sur lesquelles les différentes autorités entendent agir pour implémenter des soins intégrés sont :

- 1) l'empowerment du patient
- 2) le soutien des aidants-proches
- 3) le case-management
- 4) le maintien au travail et la réintégration socioprofessionnelle et socioéducative
- 5) la prévention
- 6) la concertation et la coordination
- 7) la continuité des soins extra-, intra- et transmurale
- 8) la mise en valeur de l'expérience des organisations de patients, de familles et des mutuelles
- 9) le dossier patient intégré (DPI)
- 10) les guidelines multidisciplinaires
- 11) le développement d'une culture qualité
- 12) l'adaptation des systèmes de financement
- 13) la stratification des risques au sein de la population et la cartographie des ressources
- 14) la gestion du changement (change management)
- 15) la formation des professionnels à l'empowerment et à la collaboration multidisciplinaire
- 16) la formation continue aux soins intégrés
- 17) l'évaluation de la performance du système
- 18) l'attractivité des professions.

Pour ce faire, 4 lignes d'actions ont été arrêtées :

- ligne d'action 1 : des projets-pilotes soins intégrés
- ligne d'action 2 : un soutien méthodologique, scientifique et technique
- ligne d'action 3 : une gouvernance du Plan
- ligne d'action 4 : des initiatives spécifiques des différentes autorités.

La première ligne d'action du Plan consiste donc à développer des projets pilotes de soins intégrés. Le présent guide, initiative conjointe du gouvernement fédéral et des entités fédérées, est destiné à aider les acteurs de la santé et de l'aide aux personnes à réfléchir, développer et mettre en œuvre de nouveaux modèles de soins et de soutien aux malades chroniques dans le cadre de tels projets-pilotes.

Il situe tout d'abord les objectifs finaux des projets-pilotes prévus par le Plan et décrit ensuite les quatre étapes prévues par le Plan pour la préparation, la conceptualisation, l'exécution et l'extension des projets-pilotes.

L'année 2016 sera consacrée à la préparation et conceptualisation des projets. Les acteurs de terrain qui le souhaitent sont tout d'abord invités à manifester leur intérêt à développer un projet-pilote. Ils seront ensuite accompagnés par un coach externe qui les aidera à formaliser leur projet en vue d'initier des actions spécifiques destinées à développer progressivement des soins intégrés dans leur environnement.

Ce guide se veut évolutif. Il sera étoffé progressivement d'informations complémentaires utiles aux acteurs de terrain qui souhaitent mener à bien un projet-pilote. Même après le démarrage des projets-pilotes, il continuera à être étoffé, notamment sur la base des résultats d'études qui seraient réalisées dans le cadre de la ligne d'action 2 du Plan. Cette première version est avant tout destinée à accompagner l'appel adressé aux acteurs de terrain pour manifester leur intérêt à développer un projet-pilote. Le guide sera mis en ligne (www.chroniccare.be) et les personnes intéressées à être tenues informées de ses évolutions pourront s'inscrire pour être informées des mises à jour par e-mail.

Enfin, outre le présent guide, un cadre réglementaire sera également créé via, d'une part, un arrêté royal qui définira le contexte général dans lequel les projets devront s'inscrire et, d'autre part, une convention spécifique qui sera conclue avec chaque projet-pilote.

2. FINALITES DES PROJETS-PILOTES

Les projets-pilotes prévus par le Plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé » ont pour objectif de **tester** des modalités d'organisation de **soins intégrés** pour les **patients chroniques** dans une **région déterminée**, sur base d'une approche de type **Triple Aim**, tout en gardant une attention particulière à la qualité de vie des prestataires et au principe **d'équité**.

Tester:

Il s'agit de projets expérimentaux au sein desquels de (nouveaux) modes d'intégration des soins, modèles de concertation, formes de prise en charge des patients, modes de facturation et de rétribution des acteurs, modalités de collaboration multidisciplinaire, formes d'implication de la population et des patients et leur entourage, instruments d'échange de données, indicateurs de suivi et d'évaluation de la qualité, etc., pourront être testés.

Il s'agit d'un processus progressif et évolutif, tant au niveau des projets eux-mêmes (en termes de groupe-cible, partenaires du projet, initiatives nouvelles, ...) qu'au niveau des pouvoirs publics (en termes de coordination avec d'autres initiatives prises par les différentes autorités – cfr. ligne d'action 4 du Plan) ou au niveau des développements méthodologiques, scientifiques ou techniques destinés à accompagner et soutenir le processus de changement (cfr. ligne d'action 2 du Plan).

Sur la base d'une évaluation des pratiques (innovantes), une généralisation éventuelle de certains processus pourra conduire à l'adaptation ultérieure de certaines réglementations ou la formulation de recommandations de bonnes pratiques.

Soins intégrés :

Il existe différentes définitions des soins intégrés dans la littérature scientifique. Une définition qui correspond bien avec l'objectif de ce plan, est celle de l'OMS en 2015:

« Les services de santé intégrés sont des services de santé gérés et fournis d'une manière qui garantisse à la personne un continuum de promotion de la santé, prévention de la maladie, diagnostic, traitement, gestion de la maladie, réadaptation et soins palliatifs, aux différents niveaux et lieux de soins au sein du système de santé, et en fonction de leurs besoins tout au long de leur parcours de vie »¹.

Plus concrètement : sur la base de ces principes généraux et d'une analyse approfondie de notre système belge, 18 composantes ont été dégagées au cours des diverses concertations avec les acteurs de terrain (*basées sur ou dans le cadre du rapport du KCE⁹ et de la Note d'orientation¹⁰*) pour développer les soins intégrés.

¹ Texte original : "Integrated health services are health services that are managed and delivered in a way that ensures people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services, at the different levels and sites of care within the health system, and according to their needs throughout their life course." (2015 - WHO global strategy on *people-centred and integrated health services*)

Les **14 premières composantes** supposent des changements à initier notamment au niveau micro et méso : l'empowerment du patient, le soutien des aidants-proches, le case-management, le maintien au travail et la réintégration socioprofessionnelle et socioéducative, la prévention, la concertation et la coordination, la continuité des soins extra-, intra- et transmurale, la mise en valeur de l'expérience des organisations de patients, de familles et des mutuelles, le dossier patient intégré (DPI), les guidelines multidisciplinaires, le développement d'une culture qualité, l'adaptation des systèmes de financement, la stratification des risques au sein de la population et la cartographie des ressources, la gestion du changement (change management).

Il sera donc demandé aux projets-pilotes de prendre des initiatives visant à développer davantage ces différentes composantes, en vue de construire progressivement un environnement d'aide et de soins intégrés. Globalement, ces composantes représentent 3 dimensions de l'approche intégrée :

- l'intégration du patient et de son entourage comme acteurs à part entière du processus de soins via empowerment du patient, soutien des aidants-proches, case-management, maintien au travail et réintégration socioprofessionnelle et socioéducative ; il s'agit essentiellement d'initiatives à prendre au niveau 'micro'
- le travail multidisciplinaire intégré, la concertation et le partage d'informations entre intervenants : prévention, concertation et coordination, continuité des soins extra-, intra- et transmurale, mise en valeur de l'expérience des organisations de patients, de familles et des mutuelles, dossier patient intégré, guidelines multidisciplinaires ; ceci suppose d'agir tant au niveau 'méso' (organisation, ...) qu'au niveau 'micro' (travail quotidien des acteurs de terrain)
- une autre conception du système d'aide et de soins : développement d'une culture qualité, adaptation des systèmes de financement, stratification des risques au sein de la population et cartographie des ressources et gestion du changement ; ceci concerne avant tout le niveau 'méso' (organisation et gestion des projets-pilotes).

L'annexe du présent guide donne une description succincte de ce que couvrent ces 14 composantes. Une description plus détaillée peut également être consultée dans le texte du Plan (cfr site www.chroniccare.be).

Les **4 composantes complémentaires** mentionnées dans le Plan relèvent davantage du niveau politique (macro) et ne devront pas spécifiquement être développées dans le cadre des projets-pilotes. Elles concernent l'organisation de formations pour les professionnels de l'aide et des soins (formation à l'empowerment du patient, au travail multidisciplinaire et formation plus large aux soins intégrés), l'évaluation de la performance du système dans son ensemble, ainsi que les initiatives visant l'attractivité des professions d'aide et de soins. Les conditions de travail proposées aux acteurs devront cependant faire l'objet d'une attention au sein des projets et peuvent avoir un impact important sur l'attractivité des professionnels concernés.

Malades chroniques

Tant dans sa Déclaration conjointe du 30 mars 2015 que dans le Plan approuvé le 19 octobre 2015, les membres de la Conférence Interministérielle Santé publique ont retenu une acceptation large du

concept de « malades chroniques : l'ensemble des personnes qui, au sein de la population, doivent faire face à des problèmes de santé qui requièrent des soins sur une longue durée, que ce soit en raison d'une maladie non transmissible (diabète, cancer, asthme...), d'une maladie transmissible persistante (VIH-SIDA), d'une maladie mentale (psychoses...), de certaines atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques...), d'une maladie rare, de la gestion de séquelles d'un événement accidentel (amputation, paralysie...), d'un état de multimorbidité complexe ou de grande dépendance ou encore d'une phase terminale. »

La volonté est donc de développer des soins intégrés susceptibles de concerner, à terme, l'ensemble de ces personnes.

Dans le cadre des projets-pilotes, il ne sera pas nécessairement possible de viser dès le départ un groupe de personnes aussi large. Les projets-pilotes auront donc à définir le groupe-cible auquel leur projet s'adresse dans un premier temps (voir point 4 'Phase 1', ci-dessous). Ils seront cependant invités à garder à l'esprit que les initiatives prises dans le cadre du projet-pilote doivent être destinées à progressivement s'ouvrir à tout le groupe de malades chroniques visés ci-dessus.

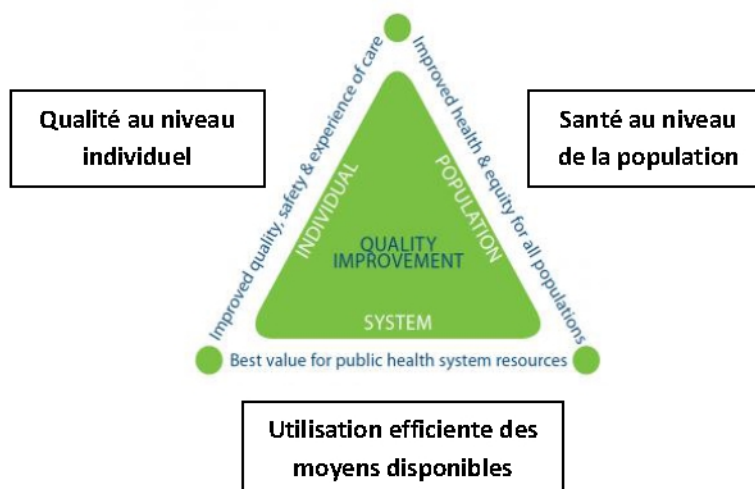
Triple Aim

Le Plan soins intégrés vise une optimalisation du système de soins de santé fondée sur la réalisation conjointe des trois objectifs suivants (principe du « Triple aim »):

- (i) améliorer l'état de santé de la population en général, et des malades chroniques en particulier ;
- (ii) au niveau du patient, améliorer la qualité des soins (accessibilité, evidence-based,...) ;
- (iii) accroître l'efficacité des moyens alloués (offrir de meilleurs soins à partir des moyens disponibles, durabilité du système de financement des soins).

Cette formulation du 'Triple Aim' se distancie partiellement de sa description initiale formulée au Etats-Unis et qui, par l'accroissement d'efficacité, vise à réduire les dépenses de santé.

Triple Aim principe (source : <http://www.hqsc.govt.nz/news-and-events/news/126/>) :



Les projets-pilotes auront donc comme tâche de trouver de nouvelles manières de rencontrer les besoins du patient (qui lui donnent davantage de satisfaction et le sentiment de meilleure qualité des soins), de maintenir la population en meilleure santé (et les malades chroniques en particulier), en utilisant les moyens financiers actuellement disponibles (ceux dont ils bénéficient aujourd'hui pour soigner leurs patients). Ceci suppose d'agir simultanément sur différents niveaux afin d'avoir un impact sur l'ensemble des patients (les plus autonomes comme les plus dépendants), mais également sur la population dans son ensemble. Les partenaires des projets seront donc invités à repenser leur offre d'aide et de soins tant en termes 'micro' (càd l'organisation et le contenu de leurs soins au patient) qu'en termes 'mésos' (càd les modalités de travail entre prestataires, ainsi que la structure, l'organisation et la gestion de leur réseau au sein du projet).

Equité

L'équité consiste à garantir l'accès aux soins médicaux et non-médicaux à toutes les personnes atteintes d'une ou plusieurs affections chroniques, sur base des besoins propres à chaque patient et indépendamment de ses caractéristiques telles que statut socio-économique, lieu de résidence, sexe, origine ethnique, religion ou d'autres facteurs déterminants.

Un levier important pour assurer un accès juste et équitable aux soins est notamment de garder le système de soins de santé financièrement accessible pour chaque individu - et en particulier pour le malade chronique qui fait face à de lourdes charges (financières) en raison de son affection.

Les projets-pilotes seront chargés de mettre en œuvre des mécanismes innovants visant, à terme, à garantir un 'accès au juste soin' et une continuité dans les soins pour les groupes de population les plus fragiles. Les mécanismes innovants doivent donc avoir comme effet que les populations fragiles auront accès aux soins les plus appropriés, au bon moment, compte tenu de leurs besoins et de leur capacité financière.

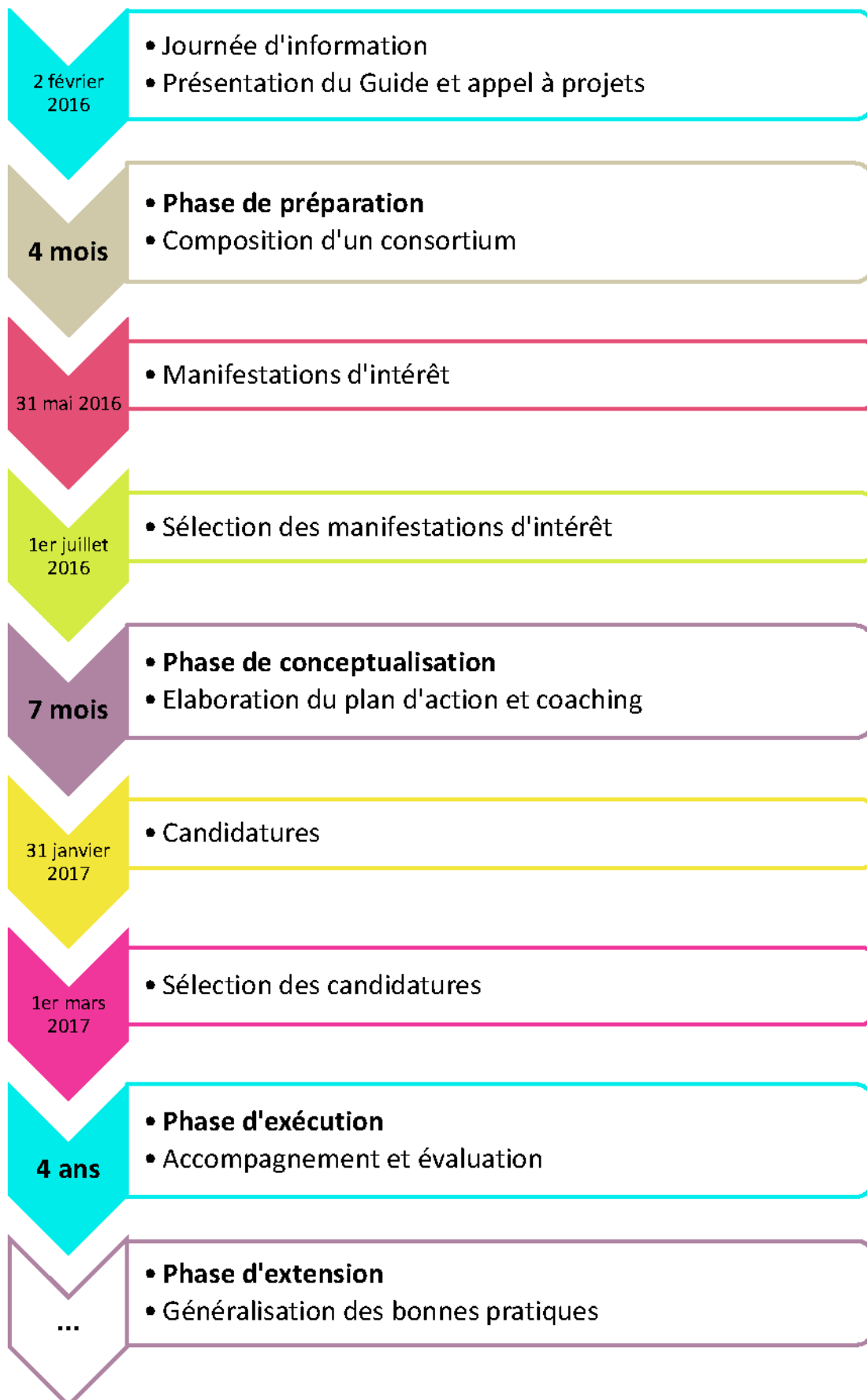
Zone géographique définie

Dans le but d'améliorer la santé de sa population, chaque projet sera modulé en fonction des besoins et des risques spécifiques de la population à laquelle il s'adresse, mais également en fonction des ressources présentes au sein de cette population. Le fait de développer un projet sur une zone délimitée n'implique pas que tous les types de soins doivent être offerts dans la zone (par exemple, pour les soins hyperspécialisés), mais bien que l'offre d'aide et de soins soit modulée en fonction de la réalité locale exprimée tant en termes de besoins de la population qu'en termes de ressources présentes sur le territoire (cfr composante 13 identifiée pour le développement de soins intégrés : « stratification des risques au sein de la population et la cartographie des ressources »). Cette identification des risques et des faiblesses de l'offre doit permettre d'identifier les actions prioritaires à mener pour réduire les inégalités en santé et non conduire à une sélection des patients en fonction des risques qu'ils présentent. L'attractivité des projets pour les patients est donc essentielles, d'autant plus que le patient garde, lui, la possibilité de s'adresser à des prestataires situés en-dehors de la zone définie.

3. TIMING DES PROJETS-PILOTES : 4 phases

Le Plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé » prévoit 4 phases pour le développement et le déploiement des projets pilotes :

- Une phase de préparation, d'une durée de 4 mois, vise à donner le temps aux acteurs de terrain d'établir des contacts au niveau de leur région en vue d'identifier les acteurs intéressés qui souhaitent élaborer un projet de soins intégrés et réfléchir ensemble sur cette nouvelle approche. L'objectif est de constituer un premier consortium local qui introduise conjointement une 'manifestation d'intérêt', accompagnée d'une première définition du groupe-cible auxquels ils entendent s'adresser et de la zone géographique qui serait concernée par leur projet. (cfr point 4 du présent Guide)
- Une phase de conceptualisation des projets-pilotes, d'une période de 7 mois, accordée à tout consortium qui aura soumis une 'manifestation d'intérêt' conforme aux attentes en termes de composition du consortium, de taille de la région couverte et de caractéristiques du groupe-cible visé. Au cours de cette période de 7 mois, les partenaires du consortium seront amenés à élaborer plus concrètement leur plan de projet, sous la forme d'un plan d'actions locorégional sur une période de 4 ans. Sur la base d'une analyse (stratification) des risques présents au sein de la population, des ressources disponibles et du groupe-cible défini, ils décideront des modalités de mise en œuvre des composantes des soins intégrés, accompagnées d'un plan financier, d'un timing, d'une structure de gouvernance, ... Ils seront à cet effet accompagnés par un coach qui leur offrira un soutien méthodologique. A l'issue de cette phase, une candidature définitive à la mise en place d'un projet-pilote de soins intégrés pourra être introduite. (cfr point 5 du présent Guide)
- Une phase d'exécution des projets-pilotes sélectionnés à partir des candidatures reçues et en fonction de leur capacité à rencontrer les objectifs assignés aux projets-pilotes. Les projets-pilotes retenus disposeront d'une période de 4 années pour implémenter leur plan d'actions locorégional. Au cours de cette période, ils bénéficieront d'un accompagnement (interventions, formations, ...) et d'un soutien méthodologique, scientifique et technique par des équipes spécialisées. Ils feront également l'objet d'une évaluation régulière visant à analyser leur progression en regard du plan d'actions locorégional initialement proposé et des objectifs généraux assignés aux projets-pilotes par le Plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé ». (cfr point 6 du présent Guide)
- Une phase d'extension des projets-pilotes : au terme de 4 années d'exécution des projets-pilotes et de l'évaluation qui en est faite, l'identification de bonnes pratiques parmi les initiatives innovantes menées par les projets-pilotes pourront faire l'objet d'une généralisation ou d'une consolidation et être étendues à d'autres zones géographiques ou à un groupe-cible de bénéficiaires plus large. Les modalités relatives à cette phase seront définies en fonction des résultats d'évaluation de la phase d'exécution des projets-pilotes. (cfr point 7 du présent Guide)

Ligne du temps pour les projets-pilotes

4. PHASE 1 : PHASE DE PREPARATION DES PROJETS-PILOTES

4.1. Objectif de la phase de préparation

Au cours de cette phase de préparation, les personnes et institutions désireuses de s'inscrire dans la dynamique de développement des soins intégrés en faveur des malades chroniques sont invitées à :

- entamer des concertations au niveau local en vue d'initier un dialogue avec les partenaires susceptibles d'être intéressés par la démarche ,
- ébaucher ensemble les grandes lignes de leur projet en termes de zone d'action et de groupes-cibles prioritaires au démarrage du projet,
- former un premier consortium local associant des acteurs de terrain qui ont choisi de participer à un projet-pilote
- identifier les autres partenaires susceptibles d'apporter une contribution au projet
- compléter ensemble le formulaire de 'manifestation d'intérêt' et l'introduire auprès de la cellule inter-administrative 'Soins intégrés' via la boîte mail chronicare@health.belgium.be .

4.2. Durée de la phase de préparation

La phase de préparation se déroule sur une période de 4 mois à compter de la date de lancement de l'appel à candidature (2 février 2016).

4.3. Tâches à réaliser durant la phase de préparation

Les personnes ou établissements désireux de développer un projet-pilote « soins intégrés en faveur des malades chroniques » devront :

4.3.1. *Rassembler au sein d'un consortium différents partenaires qui souhaitent développer le projet ensemble, sur une même zone géographique et pour un même groupe-cible.*

Le consortium peut être composé de personnes morales mais également de personnes physiques, du secteur des soins de santé, du secteur des soins et de l'aide aux personnes mais aussi d'autres secteurs ayant un impact sur la société. Le consortium peut également inclure des partenaires issus du monde de l'entreprise.

Pour savoir quelles personnes ou partenaires associer au consortium, il est important que tous les partenaires d'aide et de soins significatifs au sein de la zone géographique soient impliqués de manière à donner une image fidèle de l'offre de soins et d'aide au sein de la région (exemples : réseaux existants, prestataires d'aide et de soins, hôpitaux, organisations de patients, services locaux, CPAS, mutuelles, structures de soins (semi)-résidentielles,

maisons de repos (et de soins), centres de soins de jour, centres de court-séjour, centres de convalescence, habitations protégées, MSP,...).

La volonté est de rassembler autour du projet une majorité des acteurs qui interviennent auprès des malades chroniques qui constitueront le groupe-cible du projet. Dans le cadre de l'organisation future de la gestion des projets, une distinction pourra cependant être faite entre différents niveaux de partenariat. Tous les partenaires ne doivent pas être impliqués de la même manière dans la gestion quotidienne du projet. De plus, certains d'entre eux pourraient être impliqués dans le cadre d'un accord de collaboration spécifique qui les lie au projet pour une mission particulière, sans toutefois être impliqués au quotidien dans la gestion du projet.

Le consortium à constituer au niveau de cette phase de préparation comprendra **au minimum**

- des acteurs de 1ère ligne (au minimum médecins généralistes et infirmiers à domicile, avec possibilité d'étendre aux pharmaciens, kinés, dentistes, ...) et de seconde ligne (hôpitaux et les différents services impliqués), étant entendu que la vision prônée dans le présent guide est une vision intégrée des différentes lignes de soins ;
- des partenaires de l'aide à domicile
- plusieurs spécialités médicales fréquemment sollicitées par des pathologies chroniques,
- une ou plusieurs structures de concertation ayant une représentativité significative sur la zone du consortium,
- une ou plusieurs associations de patients, d'aidants-proches et de familles.

Pourront aussi éventuellement s'y ajouter, d'autres acteurs du monde associatif, des soins, de l'aide aux personnes, des entreprises ou autorités locales, mutualités locales, ... (facultatif). Les différents acteurs peuvent s'associer au projet par l'intermédiaire d'un groupement, par exemple via un cercle de médecins généralistes, une maison médicale, une structure d'aide et de soins à domicile, ...

Conditions additionnelles selon la communauté ou région au sein de laquelle le projet sera implanté :

- La **Communauté flamande** demande, pour les projets-pilotes en Flandre, de rencontrer deux conditions complémentaires en matière de réseau de partenaires :
 - o les structures de concertation suivantes doivent au moins être impliquées au niveau du contenu : 'samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg' (SEL), réseaux multidisciplinaires locaux (RML), plates-formes de concertation en santé mentale, 'locoregionaal gezondheidsoverleg en –organisatie' (LOGO)
 - o il doit être gardé à l'esprit que les SEL et RML feront l'objet de restructurations dans le cadre de la réorganisation des soins de première ligne en Flandre, ce qui donnera lieu à une conférence en 2017. Les initiateurs de projets doivent donc tenir compte

du fait que ces structures sont susceptibles de se voir confier d'autres missions, normes de personnel et d'organisation pendant la phase de réalisation de leur projet. Ceci est important à savoir pour les initiateurs de projets qui choisissent d'intégrer ces structures dans leur consortium.

- La **Wallonie** n'ajoute aucune condition additionnelle mais encourage les opérateurs de première ligne pour lesquels elle est compétente à œuvrer pour une réelle action en réseau qui favorise la multidisciplinarité et à mettre en place les différentes composantes des soins intégrés dans leurs prises en charges auprès des malades chroniques.

En effet, la plupart des opérateurs pourront donc contribuer au développement des projets pilotes en tenant compte de leurs objectifs et sans préjudice des missions qui leur sont assignées par la Région wallonne. A titre d'exemple, il s'agit des services intégrés de soins à domicile, centres de coordination de soins et services à domicile, réseaux locaux multidisciplinaires, cercles de médecins généralistes, plateformes de soins palliatifs, équipes multidisciplinaires palliatives, associations de santé intégrée, services de santé mentale, les plateformes de concertation en santé mentale, les maisons de soins psychiatriques, les programmes d'action en promotion de la santé, ou d'autres formes d'actions en réseau et multidisciplinaire,...

- La région de **Bruxelles-Capitale** ne prévoit pas de conditions additionnelles mais demande aux projets d'accorder une attention particulière au caractère bicommunautaire de la Région.
- La **Communauté germanophone** ne prévoit pas de conditions additionnelles.

4.3.2. *Trouver un accord, au sein du consortium, sur la délimitation de la zone géographique qui sera couverte par le projet.*

La délimitation d'une zone géographique d'activité pour le projet vise à ancrer le projet dans la réalité de son environnement et de mieux tenir compte des besoins spécifiques de la population et des ressources disponibles dans l'environnement pour offrir la réponse la plus adéquate possible à ces besoins. Elle n'implique cependant pas l'obligation d'offrir tous les types de soins au sein-même de la zone ni l'obligation, pour les habitants de la zone, d'avoir recours aux soins aux seuls prestataires présents sur cette zone.

Le projet peut donc se référer à des prestataires extérieurs à la zone (pour délivrer, par exemple, des soins hyperspécialisés), voire conclure des conventions complémentaires avec certains acteurs externes à la zone. Quant au malade chronique résidant au sein de la zone, il peut décider de recourir aux soins d'un prestataire externe à la zone, tout comme un habitant extérieur à la zone qui aurait l'habitude de faire appel aux prestataires d'aide et de soins au sein de la zone, garde la possibilité de recourir aux services du projet-pilote. Enfin, un patient inclus dans un projet garde encore la possibilité de s'adresser à un prestataire qui serait présent sur la zone d'activité sans être partenaire du projet.

La zone géographique au sein de laquelle le projet entend s'implanter ('zone pilote') doit toutefois être suffisamment large pour permettre :

- de faire appel à un nombre suffisant de partenaires et ressources susceptibles de participer au développement de soins intégrés et de leurs diverses composantes (cfr les 14 composantes citées au point 2 'Objectif des projets-pilotes')
- d'atteindre un groupe-cible de malades chroniques d'une taille suffisante pour tester de manière fiable les nouvelles modalités d'organisation de soins intégrés
- d'impliquer de manière significative l'ensemble des partenaires du projet au développement des soins intégrés.

Pour assurer le caractère intégré du projet, la zone pilote du projet répondra dès lors au minimum aux caractéristiques suivantes :

- elle doit être d'un seul tenant et clairement délimitée (par exemple sur base des codes postaux), ainsi que répondre aux critères additionnels minimaux qui seraient prévus par les entités fédérées (cfr ci-après) ;
- elle doit concerner une population de minimum 75.000 habitants, étant entendu qu'il apparaît préférable de couvrir une zone de l'ordre de 100.000 à 150.000 habitants pour permettre de solidariser davantage les risques et de mettre en place une structure de gouvernance suffisamment large pour initier des actions susceptibles d'avoir un effet significatif ; ceci n'implique toutefois pas que les nouvelles initiatives ou les innovations en termes de soins doivent s'appliquer directement à toute la zone : elles peuvent être testées au sein de quartiers spécifiques et évaluées avant d'être progressivement implémentées à l'ensemble du territoire, l'intention étant que, au terme du processus, tous les patients chroniques ont la possibilité d'être inclus dans le projet ;
- une attention particulière sera accordée aux spécificités des zones rurales et les projets concernés devront, dans un second temps (phase de conceptualisation) préciser ce qu'ils entendent mettre en place pour les intégrer au mieux dans leur projet ; ces éléments doivent permettre, en fin de période, une évaluation par rapport au minimum de 75.000 habitants par zone ;
- la zone pilote ne devrait pas couvrir une population de plus de 200.000 à 300.000 habitants, car cela risquerait de rendre la gestion du projet trop complexe, sans générer de gains d'efficacité supplémentaires ;
- elle ne peut contenir qu'un seul projet pilote : si plusieurs initiateurs souhaitent proposer un projet dans la même zone géographique, ils doivent présenter une manifestation d'intérêt commune ou, à défaut, travailler ensemble durant la phase 2 (phase de conceptualisation du projet) pour présenter une candidature commune et cohérente (collaboration indispensable) ;
- il ne peut y avoir de superposition entre les zones définies dans différents projets même si, en pratique, le respect du libre choix du prestataire par le patient conduira nécessairement à certaines 'zones grises' au niveau des limites géographiques des projets
- pour éviter une plus grande fragmentation du paysage de l'aide et des soins, il sera prioritairement fait appel aux acteurs présents sur le territoire et à leurs compétences.

Conditions additionnelles selon la communauté ou région au sein de laquelle le projet sera implanté :

- en **Flandre** : tout projet-pilote doit correspondre avec les régions qui seront délimitées au sein du groupe de travail *afbakening van zorgregio's* dont les travaux se déroulent dans le cadre de la réforme du trajet de soins de première ligne en Flandre. En attendant le rapport final de ce groupe de travail, les limites correspondant aux 'kleinstedelijke zorgregio's' telles que définies dans le décret flamand sur les 'régions de soins' sont applicables, en respectant toutefois le minimum de 75.000 habitants.
- La **Wallonie** n'ajoute aucune condition additionnelle mais encourage les opérateurs de première ligne pour lesquels elle est compétente à œuvrer pour une réelle action en réseau qui favorise la multidisciplinarité et à mettre en place les différentes composantes des soins intégrés dans leurs prises en charges auprès des malades chroniques.
En effet, la plupart des opérateurs pourront donc contribuer au développement des projets pilotes en tenant compte de leurs objectifs et sans préjudice des missions qui leur sont assignés par la Région wallonne.
Par ailleurs, la Wallonie n'imposera pas de zones territoriales. C'est le rôle des opérateurs de s'organiser, dans le respect de la libre association et pour autant qu'il n'y ait pas de chevauchements d'activités
- à **Bruxelles** : pas de conditions additionnelles
- en **Communauté germanophone** : pas de conditions additionnelles.

4.3.3. Trouver un accord, au sein du consortium, sur la définition des groupes de patients qui constitueront le groupe-cible visé par le projet et son éventuelle évolution dans le temps.

Les projets définiront les groupes-cibles de patients auxquels ils souhaitent s'adresser parmi le large groupe de malades chroniques tel que défini ci-dessus (cfr point 2 – 'Objectifs des projets-pilotes'). A ce stade du processus (phase de préparation), les ressources et compétences présentes au sein du consortium de partenaires guideront principalement le choix des groupes-cibles du projet. Les acteurs autour de la table, en fonction de leur expérience et de leur expertise, seront invités à décrire le profil des malades chroniques pour lesquels ils souhaitent participer au développement de soins intégrés.

Les diverses composantes à développer pour parvenir à un système de soins intégrés (case-management, empowerment du patient, soutien des aidants proches, ... cfr 14 composantes citées au point 2) sont par nature indépendantes du type d'affections chroniques qui touchent les patients. La volonté est donc d'initier de nouveaux processus de soins qui présentent un caractère 'générique' et transposables (éventuellement avec une intensité variable) à l'ensemble des personnes souffrant de maladies chroniques.

Aussi, afin d'éviter le biais d'une approche trop centrée sur la maladie, le groupe-cible initial devra être composé de (groupes de) patients atteints d'affections chroniques de différents types, en ce compris les malades ayant développé au fil du temps certaines formes de comorbidités ou présentant un profil multipathologique.

Ce groupe-cible devra en outre être suffisamment important pour concerner de manière effective tous les partenaires et pour que l'objectif, les résultats et les modes de travail du

projet puissent être généralisables à l'ensemble de la population. En cours de projet déjà, les acteurs concernés peuvent prévoir un élargissement progressif de leur groupe-cible afin de permettre à leur projet de se déployer pour davantage de malades chroniques (à défaut de la totalité) mais aussi de pouvoir impliquer davantage (à défaut de la totalité) de prestataires de soins et d'aide (modèle générique).

En outre, les critères d'inclusion des malades chroniques dans le projet-pilote doivent être suffisamment précis pour permettre une estimation correcte du groupe-cible et de la consommation de soins de ce groupe : volume de patients potentiels, estimation correcte des budgets actuellement utilisés pour la prise en charge de ces patients et leur quote-part personnelle dans leurs soins de santé (par exemple, sur la base de codes de nomenclature, de consommation de médicaments spécifiques, ou encore de données sociodémographiques).

La logique des soins intégrés suppose par ailleurs une continuité des soins et un ajustement de la prise en charge aux différents stades de la maladie. Afin de rencontrer cet objectif, les projets-pilotes veilleront à offrir aux malades chroniques de leur groupe-cible l'ensemble des aides et soins qu'ils nécessitent à tous les stades de leur parcours et quelle que soit l'évolution de leurs problèmes de santé, éventuellement via des collaborations complémentaires avec des acteurs externes. Les critères d'inclusion des malades chroniques dans le projet ne peuvent donc conduire à évincer les patients qui présentent des risques plus élevés, susceptibles d'engendrer une charge en soins plus importante. Il sera attendu des projets qu'ils offrent des garanties dans ce sens..

Enfin, il est attendu des projets-pilotes qu'ils accordent une attention particulière aux groupes de population les plus fragiles (sur le plan socio-économique, culturel, ...).

La proposition formulée au terme de la phase de préparation des projets doit donc offrir une première définition des groupes de malades chroniques visés prioritairement par le projet qui tienne compte des critères suivants :

- il doit s'agir de malades chroniques , sans limitation liée à l'âge ou à d'éventuelles comorbidités ou polypathologies;
- pour éviter une approche trop centrée sur la maladie, le groupe-cible doit être composé de (groupes de) patients présentant des affections chroniques de différents types;
- le groupe-cible doit être suffisamment large de façon à impliquer réellement les différents partenaires du projet et que l'objectif, les résultats et les modalités de travail développés dans le cadre du projet soient ensuite généralisables à l'ensemble de la population ;
- compte tenu de la prévalence des affections chroniques au sein de la population et de la taille de la population au sein de la zone géographique visée par les projets-pilotes, le groupe-cible 'potentiel' (au sein de la zone géographique) tel que défini par les partenaires doit pouvoir se traduire en milliers de personnes ; ceci ne présuppose cependant pas que l'ensemble de ce groupe bénéficie d'emblée de toutes les initiatives innovantes développées par le projet, celles-ci pouvant être développées de façon graduelle

- une attention particulière doit être accordée aux groupes de population les plus fragiles et à la réduction des inégalités face au système de soins de santé
- la participation financière personnelle du patient ne peut dépasser la quote-part qui lui serait demandée en dehors du projet.

Conditions additionnelles selon la communauté ou région au sein de laquelle le projet sera implanté :

- en **Flandre** : pas de conditions additionnelles
- la **Wallonie** n'ajoute aucune condition additionnelle mais encourage les opérateurs de première ligne pour lesquels elle est compétente à œuvrer pour une réelle action en réseau qui favorise la multidisciplinarité et à mettre en place les différentes composantes des soins intégrés dans leurs prises en charges auprès des malades chroniques.
En effet, la plupart des opérateurs pourront donc contribuer au développement des projets pilotes en tenant compte de leurs objectifs et sans préjudice des missions qui leur sont assignés par la Région wallonne
- à **Bruxelles** : pas de conditions additionnelles
- en **Communauté germanophone** : pas de conditions additionnelles.

4.3.4. Rédiger et introduire en accord avec tous les partenaires du consortium local, une 'manifestation d'intérêt' auprès de la cellule inter-administrative 'maladies chroniques'

Cette manifestation d'intérêt sera élaborée sur la base du template mis à disposition des candidats sur le site www.chroniccare.be. Elle comprendra les éléments suivants :

- l'énumération des partenaires ayant (à ce stade) adhéré au consortium ainsi que les autres contacts déjà pris ou envisagés pour élargir le nombre de partenaires du projet; pour chacun d'entre eux, il sera précisé son secteur d'activité (secteur des soins ou de l'aide aux personnes, secteur associatif, autorités locales, ...), ainsi que le type d'activité qu'il offre au secteur de l'aide ou des soins
- une courte description du projet envisagé de laquelle il ressort que le projet envisagé répond aux objectifs généraux assignés aux projets (cfr point 2 : soins intégrés, Triple Aim, équité, en faveur de malades chroniques, au sein d'une zone pilote)
- une description de la zone géographique de travail du consortium avec indication du volume de population que cela représente, étant entendu que ceci n'implique en rien une moindre liberté pour le patient en termes de choix de son prestataire;
- une première définition des groupes-cibles de patients chroniques visés, ainsi que des critères et procédures d'inclusion envisagés ;
- un engagement des partenaires à construire un projet qui réponde au cadre proposé par le Plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé » et, en particulier, à adhérer aux principes suivants :
 - o à vouloir élaborer ensemble un projet visant le développement de soins intégrés en faveur de malades chroniques basé sur une stratification des risques présents au sein de leur population et sur un inventaire des ressources disponibles ;

- à développer progressivement dans leur projet futur l'ensemble des 14 composantes des soins intégrés assignées aux projets-pilotes, à savoir : case-management, empowerment du patient, soutien des aidants-proches, collaborations visant la (ré)insertion professionnelle, mesures de prévention, concertation autour du patient et entre acteurs, continuité extra-, intra- et transmurale des soins, travail multidisciplinaire sur la base de guidelines, mise en valeur de l'expertise des associations de patients, dossier patient intégré, culture de qualité, gestion du changement et développement de nouveaux systèmes de financement ;
- à prévoir une collaboration avec les structures existantes qui offrent une permanence 24h/24, pour les patients qui seraient inclus dans le projet ;
- à mettre en place une structure commune de gouvernance de leur projet, ainsi qu'une gestion concertée des moyens financiers associés au projet (ceci ne signifie cependant pas que toute recette – par exemple l'intervention des mutuelles – doive transiter par le projet) ;
- à accepter un coaching externe pour l'élaboration de leur projet (cfr phase 2 : phase de conceptualisation) ;
- à participer aux projets de formation qui seraient mis en place pour accompagner les projets pendant leur phase d'exécution (phase 3) : formation des coordinateurs de projets dans le domaine de la gestion du changement, de la collecte de données destinées à l'évaluation (interne et externe) du projet, de l'utilisation d'outils développés dans le cadre de l'e-Santé, ... ;
- à auto-évaluer de façon régulière leur projet ;
- à rassembler les données nécessaires à l'évaluation externe de leur projet ;
- à développer un projet suffisamment générique pour pouvoir être élargi à d'autres groupes de population ou être exporté vers d'autres zones d'activité ;
- à associer dans leur projet toute initiative ou projet existant qui serait concerné par le même groupe-cible tel que : structure de concertation entre professionnels, hôpital psychiatrique, maison de repos, structure de court-séjour, centre de jour, plate-forme de santé mentale, équipe de soins palliatifs, projet 107, projet P3, centre de revalidation, structure d'aide à domicile ou d'aide au logement, zorgproeftuinen « IWT », fonctions de liaison pédiatrique, fonction hospitalière spécifique, structure pour personne handicapées, trajets de soins, initiative communale, mutuelliste ou associative, structures d'enseignement, initiative privée... ;
- à utiliser les instruments développés à leur intention au niveau régional ou fédéral, par exemple dans le cadre de l'échange électronique de données ou du screening des patients (évaluation de ses capacités à gérer sa situation, évaluation de ses motivations, ...).

4.4. Accompagnement durant la phase de préparation

L'appel à candidature auprès des acteurs de terrain sera lancé le 2 février 2016 lors de la journée d'information nationale et marquera le début de la phase de préparation des projets. Il sera accompagné de l'organisation d'une journée d'information nationale à laquelle seront invités tous les prestataires de soins et d'aide, réseaux, initiatives de collaboration, organismes assureurs, communes, associations, compagnies d'assurance, ... qui sont intéressés. Cette journée présentera les objectifs, le contenu, les conditions de réalisation et les modalités d'accompagnement des projets-pilotes.

En fonction des demandes des acteurs locaux, des réunions complémentaires d'information pourront être organisées au niveau local avec le soutien de la cellule inter-administrative ou des autorités communautaires ou régionales.

Le présent guide, fil conducteur pour les acteurs souhaitant développer un projet-pilote de soins intégré, accompagnera l'appel à candidature et sera largement diffusé. En cours de processus de préparation des projets et, notamment, en fonction des questions complémentaires posées par les acteurs de terrain concernant les projets-pilotes ou l'interprétation du Guide, une rubrique « FAQ's » (Frequently Asked Questions) sera développée et tenue à jour à sur le site web www.chroniccare.be.

4.5. Evaluation et sélection des manifestations d'intérêt

Les 'manifestations d'intérêt' doivent être introduites dans le délai de 4 mois suivant l'appel à candidatures et, au plus tard, le 31 mai 2016. Elles seront rédigées selon le template mis à disposition sur le site www.chroniccare.be et feront l'objet d'une évaluation par la Cellule inter-administrative 'maladies chroniques' mise en place dans le giron du groupe de travail inter-cabinets 'maladies chroniques' de la Conférence interministérielle Santé publique. Les seuls critères d'évaluation seront le respect des critères formulés dans le présent chapitre en termes de :

- respect de la philosophie du Plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé » et, notamment, celle qui sous-tend le principe du Triple Aim
- respect des objectifs généraux assignés aux projets-pilotes
- composition du consortium
- respect des critères de définition de la zone géographique d'activité et du groupe-cible des projets-pilotes
- engagement des partenaires à respecter les règles et modalités de travail prévues pour les phases de conceptualisation et d'exécution des projets-pilotes.

Pour réaliser cette évaluation, la cellule inter-administrative pourra, si nécessaire, recueillir l'avis de la Plate-forme d'accompagnement du Plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé » mise en place dans le cadre de la ligne d'action 2 dudit Plan.

Les conclusions de cette évaluation seront présentées au groupe de travail Maladies chroniques de la Conférence interministérielle pour discussion et validation.

Les 'manifestations d'intérêt' qui répondent à l'ensemble des conditions précisées dans le présent chapitre entrent en considération pour la phase de conceptualisation des projets-pilotes (phase 2).

Les projets qui porteraient au moins partiellement sur une zone pilote commune seront invités à se regrouper ou à réajuster leur proposition.

La personne de contact désignée par le consortium sera informée par écrit de la décision. Toute décision négative sera dûment motivée. Le fait d'être admis à la phase 2 ne rend pas automatique l'admission pour la phase d'exécution du projet (phase 3).

5. PHASE 2 : PHASE DE CONCEPTUALISATION DES PROJETS-PILOTES

5.1. Objectif de la phase de conceptualisation

La phase de conceptualisation du projet doit aboutir à la rédaction d'un plan d'actions locorégional en vue du développement de soins intégrés en faveur des malades chroniques selon les principes du Triple Aim : trouver de nouvelles manières de rencontrer les besoins du patient (qui lui donnent davantage de satisfaction et le sentiment de meilleure qualité des soins), de maintenir la population en meilleure santé (et les malades chroniques en particulier), en utilisant les moyens financiers actuellement disponibles et en réduisant les inégalités d'accès à l'aide et aux soins et améliorant les conditions de travail en vue d'une meilleure qualité de vie des intervenants.

Au cours de cette phase de conceptualisation des projets-pilotes, les personnes et institutions ayant constitué un consortium et introduit une manifestation d'intérêt approuvée par les autorités seront invitées à élaborer un plan d'actions locorégional décrivant les initiatives qu'elles entendent mettre en œuvre au cours des 4 prochaines années.

Ce plan d'actions constituera donc le fil conducteur pour l'exécution ultérieure du projet. Il décrira les initiatives qui seront prises par les partenaires pour développer les différentes composantes des soins intégrés décrites en annexe et sera accompagné d'un plan financier, d'un timing, d'une structure de gestion/gouvernance, de modalités de répartition des responsabilités, d'un plan de communication, ... Il sera basé sur une analyse (stratification) des risques présents au sein de la population et des ressources disponibles au sein de la zone d'activité du projet. Ce plan d'actions constituera le dossier de candidature définitive pour le développement d'un projet de soins intégrés au sein de la zone pilote du projet.

5.2. Durée de la phase de conceptualisation

Une période de 7 mois est prévue pour cette phase de conceptualisation des projets : du 1^{er} juillet 2016 au 31 janvier 2017. Les consortiums candidats au développement d'un projet-pilote de soins intégrés sont donc informés que leur 'manifestation d'intérêt' a été retenue par le Groupe de travail Inter-cabinets 'Maladies chroniques' avant le 1^{er} juillet 2016.

5.3. Tâches à réaliser durant la phase de conceptualisation

Cette phase de conceptualisation des projets demandera aux partenaires une démarche rigoureuse d'analyse des besoins et des ressources disponibles avant d'élaborer un plan d'actions pour leur zone pilote. Afin de les aider dans la démarche, ils bénéficieront d'un coach externe qui les guidera,

leur proposera des outils méthodologiques d'analyse et les aidera dans la recherche de données nécessaires à réaliser cette phase de conceptualisation (voir aussi ci-dessous, point 5.4).

Au cours de ces 7 mois, les acteurs réunis en consortium devront :

5.3.1. Réaliser une analyse précise des besoins spécifiques au sein de leur zone pilote et, en particulier du groupe-cible

Il s'agira tout d'abord de réaliser une analyse précise des besoins de la population de la zone en termes de soins et d'aide, sur la base d'une « stratification des risques ». Ceci doit permettre de caractériser de façon précise la population présente au sein de la zone pilote ainsi que le groupe-cible de malades chroniques que le projet a défini lors de la phase de préparation du projet.

Cette analyse est destinée à mieux cerner les besoins au sein de la zone pilote, ainsi que pouvoir identifier les éléments concrets qui nécessitent d'être pris en considération de façon prioritaire au moment de la mise en place du projet. Une attention particulière devra être accordée aux zones rurales relevant de la zone pilote afin de faciliter leur intégration dans le projet.

Elle doit également permettre, le cas échéant, de définir de façon plus concrète le groupe-cible visé par le projet et d'identifier les critères qui serviront pour l'inclusion de patients dans le projet, sachant toutefois qu'une part des patients pourront choisir de s'adresser à d'autres prestataires de leur choix, pour trouver réponse à tout ou partie de leurs besoins.

5.3.2. Réaliser une analyse des ressources disponibles au sein de leur environnement et une identification des ressources manquantes

Il s'agira d'identifier, au sein de la zone pilote du projet, les ressources (structurelles, humaines et financières) présentes qui pourraient être mobilisées dans le cadre de la réalisation du plan d'actions. Ceci peut conduire à identifier des acteurs nouveaux à contacter : soit pour prendre part au consortium mis en place pour le développement du projet, soit avec lesquels des collaborations complémentaires pourraient utilement être développées. Il peut s'agir d'acteurs du monde de l'aide et des soins, mais également des secteurs tels que socioculturel, enseignement, autorités locales, monde associatif ou monde de l'entreprise.

Cette analyse doit également mener à identifier les ressources manquantes dans l'environnement, tout comme les éventuelles inefficiences ou redondances qui apparaissent au niveau du système en place. Celles-ci seront ensuite prises en considération au moment de fixer les actions spécifiques qui seront initiées par le projet.

Cette analyse sera réalisée avec le soutien méthodologique du coach et le soutien scientifique de la Plate-forme d'accompagnement prévue dans le Plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé » et tiendra compte des différentes composantes des soins intégrés (voir annexe) qu'il est demandé aux projets-pilotes de développer.

5.3.3. *Rédiger un plan d'actions locorégional visant le développement de soins intégrés en faveur des malades chroniques assorti d'indicateurs d'évaluation des actions*

Il convient de lister les innovations que le projet entend mettre progressivement en œuvre dans le but de réorganiser les soins offerts aux patients du groupe-cible et à la population en général afin de développer des soins intégrés respectant le principe du Triple Aim (meilleure qualité ressentie par le patient et par les différents prestataires, une population en meilleure santé, sans toutefois accroître les coûts dans leur ensemble, ni pour le patient individuel).

Vu la diversité des composantes des soins intégrés à prendre en considération (voir annexe), il conviendra, au sein du projet, d'innover à plusieurs niveaux : au niveau de la relation avec les malades chroniques et avec la population dans son ensemble, au niveau des modes de collaborations entre acteurs, au niveau de l'accompagnement du changement. Ces initiatives devront en outre être calibrées en fonction du profil des personnes du groupe-cible : leur degré d'autonomie, leur besoin de soins, les facteurs socio-économiques qui les caractérisent, leur connaissance de l'organisation de l'aide et des soins, leur projet de vie, etc. qui peuvent influencer leur besoin de soutien et d'accompagnement.

Chaque nouvelle initiative devra être accompagnée d'une identification :

- des procédures à mettre en place pour développer l'initiative
- des personnes/patients concernés
- des partenaires concernés
- de l'impact attendu (en termes de qualité des soins, qualité de vie, impact financier, effet sur l'organisation, ...) pour les patients ainsi que pour les acteurs impliqués
- d'indicateurs de mesure de l'impact qui seront utilisés dans le cadre de l'auto-évaluation du projet
- du timing de réalisation (à l'horizon de 4 ans)
- des moyens à y consacrer (humains, financiers, ...)
- de l'identification des acteurs (membres du consortium) qui seront responsables de la réalisation de l'initiative
- d'indicateurs permettant de mesurer le degré de réalisation ainsi que l'impact des initiatives.

Ces initiatives pourront être concrétisées par de (nouveaux) modèles de concertation (composante 6), modes de rétribution des acteurs (composante 12), modalités de collaboration multidisciplinaire (composantes 7 et 10), formes d'implication de la population et des patients et leur entourage (composantes 1 et 2), instruments d'échange de données (composante 9), indicateurs de suivi et d'évaluation de la qualité (composante 11), etc., une même initiative étant susceptible de répondre simultanément à plusieurs composantes à développer dans le cadre de soins intégrés.

Les initiatives proposées par le projet respecteront la réglementation, exception faite des règles faisant l'objet d'une exception explicite (cadre 'à l'abri des règles' – voir aussi le point 6.5.) dans le cadre des projets-pilotes. Les acteurs de terrain seront invités à identifier et signaler aux autorités les règles qui apparaissent comme entrave au développement de leur

projet. Les autorités concernées s'engagent à examiner ces demandes et à y donner suite dans la mesure du possible.

5.3.4. Etablir un planning de réalisation des actions contenues dans le plan locorégional

Les différentes initiatives innovantes identifiées par les membres du consortium ne devront cependant pas être toutes mises en place simultanément : l'analyse des priorités définies dans le cadre de la stratification des risques et les objectifs fixés par le principe du Triple Aim devront aider à planifier ces initiatives dans le temps.

Priorité sera donnée aux initiatives qui répondent à un besoin prioritaire au sein de la population ou du groupe-cible, mais également à celles qui permettront, à court terme, de dégager des moyens (humains, financiers, ...) qui pourront ensuite être alloués à d'autres nouvelles initiatives (« quick-wins »).

Le phasage des actions à mener tiendra également compte des partenaires qu'elles impliquent : éviter d'initier simultanément plusieurs actions qui font appel aux mêmes ressources, mais éviter aussi de trop tarder à impliquer l'ensemble des acteurs engagés dans le consortium.

5.3.5. Elaborer les principes de gestion de leur projet

Une réflexion approfondie devra aussi être menée entre les partenaires du consortium en matière de gestion de leur projet. Cette réflexion sera la base d'un futur accord de collaboration entre eux qui fixera, au minimum :

- les modalités de gestion/gouvernance du projet : structures de décision, leur composition et leur fonctionnement, statut juridique du projet, modalités de communication entre les partenaires...
- la désignation d'un coordinateur de projet, personne de référence à l'égard des autorités
- les modalités de collaboration avec les structures 'de garde' ou autres initiatives existantes afin d'assurer une permanence 24h/24 et 7j/7...
- les responsabilités des différents acteurs les uns vis-à-vis des autres, mais également à l'égard des autorités (notamment responsabilités financières)
- la gestion financière des moyens au sein du projet
- les modalités d'inclusion de patients : qui peut prendre l'initiative d'inclure un patient, selon quelles procédures d'information et de communication, etc.
- les modalités pour l'inclusion de nouveaux partenaires dans le consortium ou en cas de retrait d'un partenaire
- les procédures et responsabilités dans le cadre de l'auto-évaluation du projet
- des garanties visant à éviter l'exclusion de patients et de partenaires.

5.3.6. Conditions additionnelles selon la communauté ou région au sein de laquelle le projet sera implanté :

La **Communauté flamande** a elle-même mis en route diverses initiatives dans le domaine des soins.

- Une très importante évolution est celle qui porte sur la Protection sociale flamande (Vlaamse Sociale Bescherming). Une note conceptuelle décrivant les contours du système a été approuvée par le Gouvernement flamand. La Communauté flamande veut saisir l'occasion des projets-pilotes pour tester comment le financement des soins peut se concrétiser afin de définir le modèle de soins du futur pour les patients atteints de maladie chronique. Pour les soins qui tombent sous la compétence de la Flandre et qui sont couverts par la Protection sociale flamande, cela signifie qu'il conviendra de tenir compte des développements conceptuels orientés vers un financement attaché à la personne. Le point de départ central pour l'organisation future des soins est la demande de soins elle-même. Les projets doivent permettre d'expérimenter en termes d'incitants visant à transformer l'offre existante en soins intégrés autour de la personne nécessitant des soins et un soutien, si nécessaire sur la base d'un plan de soins, et où la personne elle-même est maître de la 'régie'. La personne nécessitant des soins et un soutien choisit dans ce cas elle-même les partenaires du réseau et ceux-ci s'engagent à la fois pour leurs propres activités et pour les activités du réseau qu'ils forment. L'introduction d'un financement attaché à la personne fera aussi l'objet de l'évaluation des projets à l'issue de leur phase d'exécution.

Afin de rencontrer les objectifs de la note conceptuelle en matière de Protection sociale flamande, l'utilisation du screener BelRAI (et si possible du BelRAI) sera une condition pour tous les acteurs de soins concernés pour lesquels cet instrument est pertinent. Un enregistrement des données pertinentes relatives au recours aux soins et à l'accès aux soins est également nécessaire pour l'implémentation des concepts de financement attaché à la personne. Les projets-pilotes devront dès lors également associer les caisses d'assurance dans ce cadre.

Dès lors qu'il s'agit de soins complexes, la réalisation d'un plan de soins approuvé est fortement recommandé (ceci sera concrétisé plus avant dans le cadre de la conférence 'Première ligne' (eerstelijnconferentie) en 2017.

Les nouvelles formes de soins doivent s'intégrer dans la politique flamande de soins et de bien-être et doivent donc pouvoir trouver une place dans la réglementation flamande.

- La Communauté flamande souhaite que les projets-pilotes s'intègrent également dans la politique de prévention de la Flandre pour toute initiative développée par les projets-pilotes en matière de promotion de la santé et prévention de la maladie.

Pour certains trajets qui ont été initiés par la Communauté flamande, les contours ne sont pas encore totalement définis. Il s'agit plus concrètement des notes conceptuelles portant sur la politique flamande de soins et de bien-être pour les personnes âgées, le plan 'aidants-proches', la conférence de prévention en matière de nutrition, activité physique, tabac, alcool et drogue de fin 2016, le plan global en soins de santé mentale, la réforme de la première ligne, la Conférence Première ligne de 2017, le planning stratégique en matière de soins hospitaliers, le projet 'revalidation', ... La Communauté flamande demande aux projets-pilotes de tenir compte de ces évolutions et de s'y inscrire. Une information sera transmise aux projets-pilotes par rapport à ces différents trajets afin de les accompagner, le cas échéant.

La **Wallonie** n'ajoute aucune condition additionnelle mais les opérateurs ne peuvent pas déroger aux missions qui leur sont assignées par la Région wallonne.

A **Bruxelles**, aucune condition complémentaire si ce n'est l'obligation de disposer d'un coordinateur bilingue.

En **Communauté germanophone** : pas de conditions additionnelles.

5.3.7. *Rédiger le dossier de candidature final du projet*

Le dossier de candidature sera établi sur la base des travaux préparatoires visés ci-dessus et suivra un template mis à disposition des projets avant le début de la phase de conceptualisation des projets.

Outre les éléments déjà prévus dans la 'manifestation d'intérêt' initiale en termes de partenaires du projet, de zone d'activité et de groupe-cible, il contiendra les conclusions issues de l'analyse des risques (au sein de la population et du groupe-cible) et des ressources (disponibles, à mobiliser ou manquantes), ainsi que les éléments concrets du plan d'actions locorégional.

Les critères spécifiques auxquels le dossier de candidature devra répondre sont précisés ci-après (voir point 5.6. : évaluation et sélection des candidatures).

5.4. **Accompagnement durant la phase de conceptualisation**

Pendant les 7 mois de conceptualisation des projets, les partenaires des projets seront accompagnés à différents niveaux :

- Un « **coach** » désigné par les autorités suite à un appel public assurera l'accompagnement méthodologique du processus de conceptualisation (business case) et aidera les acteurs à dresser le planning de construction de leurs collaborations. Les coaches travailleront en étroite collaboration avec les coordinateurs locaux des projets.
- Un soutien scientifique, technique et méthodologique sera également offert dans le cadre de la '**Plate-forme d'accompagnement**' prévue par le Plan conjoint « des soins intégrés pour une meilleure santé » (cfr ligne d'action 2 du Plan).
- Enfin, les administrations des entités fédérale et fédérées s'engagent à accompagner également le processus en vue de faciliter l'émergence des projets.

Pour accompagner ce processus, il est demandé à chaque consortium de désigner un **coordinateur de projet** qui sera libéré au moins à mi-temps et qui travaillera en étroite collaboration avec le coach.

L'accompagnement méthodologique offert par le coach sera organisé sur la base d'un plan de coaching couvrant toute la phase de conceptualisation du projet (7 mois). Il sera composé de deux grandes étapes et doit aider les partenaires du projet à parvenir à :

- une analyse de la situation existante au sein de la région :
 - stratification des risques au sein de la population locale
 - les besoins actuels, tant des malades chroniques que ceux des prestataires
 - les moyens (financiers) actuellement investis dans les soins aux patients relevant du groupe-cible (et provenant des autorités fédérales, communautaires ou régionales, les contributions des patients, les apports du privé,...)
 - les inefficiences dans l'offre de soins actuelle (séjours hospitaliers de longue durée, réadmissions évitables, polypharmacie, prestations dupliquées, ...) et les éventuels 'hiatus' dans le processus de continuité des soins
 - les initiatives à prendre, procédures à développer, etc. pour développer des soins intégrés
 - les priorités au sein de ces initiatives
 - la capacité à mobiliser les ressources nécessaires (financières, humaines, ...)

- l'élaboration de leur plan d'actions locorégional sur une première période de 4 ans (qui pourra ensuite être introduit comme candidature de projet) et, en particulier, la description des éléments suivants :
 - le groupe-cible visé (en fonction des besoins au sein de la population et des acteurs présents au sein du projet)
 - les objectifs stratégiques et opérationnels
 - les limitations ou freins identifiés par rapport au développement du projet (réglementation ou autres)
 - un plan financier (impact attendu, allocation des moyens, frais de transition, ...)
 - les possibilités d'étendre le groupe-cible en cours de développement du projet et après la première phase de projet
 - les indicateurs d'évaluation et de processus qui seront utilisés pour une auto-évaluation du projet
 - un plan concret des actions qui seront développées dans le cadre des projets (produits, services, modèles, ...) pour atteindre les objectifs 'Triple Aim' : timing, budget, modalités d'évaluation, responsable(s), ...
 - l'identification des données à enregistrer (+ le responsable des enregistrements) et l'utilisation d'instruments d'enregistrement
 - l'accompagnement et la gestion (structure de gouvernance) du projet
 - les éléments devant faire l'objet de la convention de collaboration entre les différents partenaires ('convention de réseau') : engagements des différents intervenants les uns vis-à-vis des autres
 - l'identification des besoins en matière de coordination au sein du projet
 - la gestion financière du projet
 - une analyse SWOT du plan locorégional de projet
 - ...

Le coach travaillera 'en duo' avec le coordinateur local désigné par les partenaires du projet. Le coordinateur bénéficiera donc d'un soutien étroit de la part du coach, tant pour ce qui concerne la récolte d'informations utiles que pour l'analyse de ces données ou la rédaction du plan d'actions.

Lors du choix de leur coordinateur local, les partenaires tiendront compte des objectifs de cette phase de conceptualisation. Il est recommandé d'orienter son choix vers une personne qui connaît relativement bien la zone pilote visée par le projet ainsi que les systèmes d'organisation et de financement de l'aide et des soins, mais également qui présente des capacités en termes de gestion de projet, de leadership, de gestion du changement, de présentations et d'animation de réunions, de rédaction de notes et rapports, d'écoute et de recherche de consensus.

5.5. Financement durant la phase de conceptualisation

Un financement forfaitaire de 40.000€ est prévu pendant cette phase de conceptualisation, en particulier pour le financement du coordinateur local de projet à mi-temps pendant 7 mois. Une partie de ce financement pourra également être utilisé pour le dédommagement des partenaires prenant part aux réunions de travail.

Ce financement sera accordé en 2 phases : 50% au démarrage de la phase de conceptualisation du projet et 50% au moment de l'introduction finale de la candidature de projet.

5.6. Introduction, évaluation et sélection des candidatures

La **candidature** du consortium présentant son plan d'action locorégional doit parvenir à l'administration (à l'attention de la cellule inter-administrative 'Maladies chroniques') au plus tard le 31 janvier 2017 au moyen du template qui sera mis à disposition dès le démarrage de la phase de conceptualisation.

L'**évaluation** des candidatures portera sur :

- la cohérence interne du projet, à savoir si les concepts et objectifs sont clairs (scope du projet, pertinence des objectifs), ainsi que le degré d'innovation apporté ;
- la pertinence, c'est-à-dire la cohérence par rapport au Plan conjoint « Des soins intégrés pour une meilleure santé » et les différentes composantes des soins intégrés mis en exergue par ce plan ;
- la cohérence du projet dans le cadre de la philosophie 'Triple Aim' et sa capacité à réduire les inégalités de santé, à intégrer les zones rurales, le cas échéant, et à améliorer le contexte de travail des intervenants.
- l'impact attendu, c'est-à-dire les bénéfices sociaux, économiques, etc. potentiels escomptés du projet, son degré d'ambition et la possibilité de généralisation des initiatives proposées (upscaling) ;
- le caractère réaliste du timing et du plan financier

- la présence d'un système de monitoring interne en soutien au processus d'auto-évaluation des projets.

Avant le début de la phase de conceptualisation des projets, ces critères seront affinés avec l'équipe scientifique qui sera chargée d'accompagner et évaluer les projets, ainsi qu'avec les coaches.

En particulier, de la présence des éléments suivants sera évaluée :

1. Zone géographique: le territoire doit être défini de façon précise, ne peut aller à l'encontre des options retenues par les communautés/régions en termes d'organisation des soins. Il ne peut y avoir qu'un seul projet sur un même territoire et ces territoires ne se superposent pas (cfr phase de préparation). La définition de cette zone géographique ne peut avoir pour effet de limiter la liberté du patient de choisir son prestataire.
2. Groupe-cible: le groupe-cible (volume de population directement atteinte par les interventions du projet) est suffisamment large pour permettre à chaque partenaire d'avoir un rôle actif dans le projet et permettre de tester si les nouvelles modalités de prise en charge pourront être étendues à l'ensemble des malades chroniques (cfr phase de préparation).
3. Les critères et modalités d'inclusion de patients sont suffisamment clairs et précis.
4. La présence d'un coordinateur de projet et de modalités lui garantissant un fonctionnement autonome et indépendant par rapport aux différents partenaires du réseau ;
5. Les travailleurs du monde de l'aide et de la santé participants doivent être suffisamment représentatifs des soins offerts à la population sur le territoire donné. Les structures de coordination existantes doivent prendre part au projet dès lors que les initiatives ont une assise suffisante.
6. La 1^e et la 2^e lignes de soins sont impliquées dans le projet (cfr point 4.3.1. ci-dessus)
7. Les associations de patients, aidants-proches, familles et les mutuelles sont impliquées de façon active dans le projet.
8. Des collaborations avec les structures du secteur de l'aide à domicile sont prévues par le projet.
9. Une collaboration est prévue avec les structures de garde ou autres initiatives existantes au sein de la zone pilote afin d'organiser une permanence 24/24 – 7/7.
10. Les projets innovants présents sur le territoire (tels que projets innovants en faveur des personnes âgées fragiles 'P3', projets visant la réorganisation des soins de santé mentale 'psy107', ...) et les conventions spécifiques visant des patients chroniques collaboreront avec le projet dès lors que leur groupe-cible fait partie du groupe-cible du projet-pilote; idem pour les autres structures ou organisations qui ont été développées dans le cadre de projets ou qui, à l'heure actuelle, ne sont pas encore repris, ou reconnus, ou financés dans un cadre réglementaire (exemples : zorghotel ou maisons de convalescence).
11. Une intégration minimale est prévue en termes de gestion, organisation et financement du projet et, au minimum, les ressources du projet et les moyens libérés et réinvestis sont gérés par une structure de gouvernance commune. Il convient également de montrer de quelle manière l'intégration au niveau des équipes sera organisée (entre les divers acteurs qui globalement dispensent des soins aux mêmes patients, par exemple parce qu'ils sont actifs dans le même quartier ou la même commune).

12. Le projet couvre l'ensemble du 'spectre' des soins aux patients du groupe-cible (depuis la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs), même si certains soins sont offerts par le biais de collaborations avec des acteurs externes à la zone-pilote.
13. Toutes les composantes (empowerment, case-management, soutien de l'entourage, stratification de la population et identification des ressources, réintégration socioprofessionnelle, prévention, concertation et coordination, continuité des soins extra-, intra- et transmurale, dossier patient électronique partage, mise en valeur de l'expertise des associations de patients, travail multidisciplinaire, développement d'une culture de qualité, développement d'un nouveau système de financement et gestion du changement) sont prises en considération dans le projet.
14. Les initiatives proposées dans le projet sont présentées dans le cadre d'un timing de 4 années et sont accompagnées d'indicateurs de mesure permettant une auto-évaluation du projet
15. La manière dont l'accessibilité financière aux aides et aux soins sera garantie aux patients est décrite dans le projet et les mesures envisagées pour garantir que la participation financière des patients n'augmente pas.
16. Le projet est introduit au moyen du template mis à disposition et celui-ci est correctement et entièrement complété.

Il sera en outre demandé aux partenaires qu'ils s'engagent à :

- se soumettre à une évaluation externe pour laquelle une équipe scientifique spécifique sera désignée (voir point 6.7)
- participer aux formations organisées à leur intention (voir point 6.4) et aux enregistrements requis dans le cadre de l'évaluation externe
- utiliser les instruments et méthodes qui seraient développés au niveau national ou des entités fédérées (exemples : dossier électronique multidisciplinaire, Vitalink- y compris 'patient viewer',...).

Conditions additionnelles selon la communauté ou région au sein de laquelle le projet sera implanté :

- en **Flandre** : répondre aux objectifs formulés au point 5.3.6. ci-dessus
- en **Wallonie** aucune condition additionnelle
- à **Bruxelles** : aucune condition additionnelle
- en **Communauté germanophone** : aucune condition additionnelle.

La **sélection** des candidatures sera organisée en deux temps.

Un premier screening des plans d'action des projets en regard des conditions formelles d'introduction d'une candidature sera réalisé par la cellule inter-administrative Maladies chroniques afin de vérifier la recevabilité des dossiers introduits.

La proposition de sélection finale sera confiée à un jury composé de représentants des diverses autorités et instances qui se sont engagées (en termes réglementaires et/ou financiers) à soutenir les projets-pilotes, à savoir

- membres du GTI maladies chroniques de la CIM (cabinets et administrations des entités fédérale et fédérées)
- représentants du Comité de l'Assurance de l'INAMI
- représentants des associations de patients présentes au sein de l'Observatoire des maladies chroniques (organisations de patients)

La procédure formelle de fonctionnement du jury et la définition finale des critères de sélection seront arrêtés en concertation entre les différentes autorités impliquées dans l'organisation et/ou le financement des projets-pilotes.

La proposition de sélection élaborée par le jury sera transmise aux ministres compétents et au Comité de l'Assurance de l'INAMI pour décision finale (cfr. cadre juridique des projets – point 6.5).

Le souhait des différentes autorités est de pouvoir accepter tous les projets qui répondent aux objectifs et conditions fixés dans l'appel à candidature.

Si le nombre de candidatures répondant à l'ensemble des critères ci-dessus dépasse le nombre de projets pouvant faire l'objet d'un financement, le jury établira un classement qui tiendra compte en priorité des critères suivants :

- la taille du groupe-cible
- la complémentarité entre les divers acteurs impliqués dans le projet et leur représentativité par rapport aux soins offerts sur le territoire (nombre et diversité des acteurs)
- la répartition géographique des projets sur le territoire belge (répartition équilibrée entre les différentes entités fédérées) .

Chaque candidature sera évaluée par au moins 4 membres du jury. Les candidatures retenues feront l'objet d'une convention qui sera conclue avec le Comité de l'Assurance de l'INAMI et avec l'autorité communautaire ou régionale compétente.

6. PHASE 3: PHASE D'EXECUTION

6.1. Objectif de la phase d'exécution

Au cours de cette phase, les projets-pilotes réaliseront leur plan d'actions locorégional en vue d'implémenter progressivement les différentes composantes des soins intégrés dans une approche qui répond aux 3 objectifs du 'Triple Aim' : une population en meilleure santé, des patients plus satisfaits des soins et de l'aide qui leur sont offerts, une meilleure qualité de vie pour les professionnels, dans le cadre des moyens financiers disponibles.

Cette phase d'implémentation des projets vise également à évaluer la performance des actions qu'ils auront entreprises au sein de leur zone pilote. Il s'agira d'évaluer :

- leur capacité à renforcer le caractère intégré des soins et, donc, à développer les différentes composantes de tels soins intégrés,
- les résultats produits par rapport aux 3 dimensions du Triple Aim (cfr point 2 ci-dessus),
- les effets en termes d'amélioration de l'équité et de l'accès aux soins et à l'aide pour les groupes les plus fragiles.

Cette évaluation sera réalisée à la fois par les acteurs prenant part à l'implémentation du projet (en regard des effets attendus de leurs actions et conformément à leur plan d'actions), ainsi que par une équipe scientifique mandatée à cet effet dans le cadre de l'accompagnement du Plan « Des soins intégrés pour une meilleure santé ».

6.2. Durée de la phase d'exécution

La phase d'exécution des projets-pilotes durera 4 années, étant entendu que :

- cette durée correspond à la durée du plan d'actions locorégional que les partenaires du projet auront défini lors de la phase de conceptualisation du projet
- ceci n'implique pas que, sur la zone des projets-pilotes, les soins intégrés soient développés au maximum dans toutes leur composantes ni pour toute la population de malades chroniques
- cette durée de 4 années doit permettre de tirer les premiers enseignements des projets mis en œuvre, sachant toutefois que certaines initiatives qui auraient été prises par les projets ne pourront avoir d'effet réellement significatif que sur une plus longue période
- ceci n'empêche pas de mettre fin prématurément à certains projets qui ne rencontreraient manifestement pas les objectifs essentiels assignés aux projets-pilotes (efficience, satisfaction des utilisateurs et des partenaires, équité dans l'accès aux aides et soins).

6.3. Tâches à réaliser durant la phase d'exécution

Pour les projets-pilotes, la principale tâche à réaliser au cours de cette phase d'exécution consiste à réaliser le plan d'actions locorégional développé au cours de la phase de conceptualisation. Ceci suppose donc :

6.3.1. *Mettre en œuvre les actions innovantes prévues dans le plan d'actions locorégional*

Cette mise en œuvre sera progressive et basée sur le planning décrit par les partenaires. Les différentes actions innovantes ne doivent donc pas être toutes entamées dès le début de la phase d'exécution

Une telle mise en œuvre suppose en outre de s'appuyer sur les partenaires désignés responsables des différentes actions, en veillant bien à ce que chaque action soit accompagnée

- d'un timing concret d'implémentation
- d'indicateurs concrets permettant l'évaluer son impact (qualitatif, financier, en regard des différentes composantes des soins intégrés, ...)
- d'un volet spécifique de communication vers les malades chroniques, voire l'ensemble de la population, et acteurs locaux concernés par l'initiative
- d'un suivi précis des coûts et financements associés à l'action.

6.3.2. *Coordonner les différentes actions mises en œuvre au niveau de la gestion/gouvernance du projet*

La coordination des différentes initiatives, tout comme de leur volet 'communication' vis-à-vis de la population et des acteurs en présence, sera confiée au coordinateur de projet.

Il lui appartient d'informer la structure de gestion/gouvernance du projet de l'état d'avancement des différentes actions entreprises ainsi que des éléments qui ressortent de l'évaluation de chacune d'entre elles, compte tenu des critères d'auto-évaluation prévus par le projet. Ces éléments permettront à la structure de gestion/gouvernance de se positionner par rapport à la poursuite des actions, leur élargissement éventuel au sein de la zone pilote, aux adaptations nécessaires pour garantir leur réussite ou aux aménagements à apporter au plan d'actions locorégional pour assurer la pérennité du projet.

6.3.3. *Assurer la cohérence du projet par une attention particulière à la gestion des changements et à l'adhésion des partenaires à la culture qualité*

La gestion des changements et une implémentation progressive d'une culture qualité parmi l'ensemble des partenaires du projet sont deux composantes essentielles de tout projet-pilote. Ces deux aspects devront faire partie des points d'attention spécifiques du coordinateur ainsi que de la structure de gouvernance, tant au niveau 'micro' (dans les relations interpersonnelles avec le patient ou entre prestataires individuels), qu'au niveau 'mésos' (dans les relations entre les partenaires, mais aussi en termes d'impact sur la zone d'activité du projet).

Il s'agit que les changements initiés localement et les enseignements qui s'en dégagent, puissent bénéficier à l'ensemble des patients et acteurs de la zone d'activité du projet (et des partenaires du projet en particulier). Ceci est une condition essentielle pour pouvoir reproduire certaines initiatives dans d'autres contextes ou pour d'autres patients, mais également pour éviter de reproduire certaines erreurs éventuelles.

Le coordinateur de projet sera donc explicitement chargé de relayer auprès de la structure de gouvernance du projet et de diffuser auprès des partenaires du projet toute information utile concernant les actions en développement au sein de la zone d'activité du projet.

6.3.4. Auto-évaluer les actions entreprises dans le cadre du projet-pilote

Il s'agit de mesurer l'impact des actions entreprises sur la base d'indicateurs concrets de structure, de processus et de résultats qui auront été définis dans le cadre du plan d'actions locorégional. Un maximum d'instruments génériques et spécifiques d'évaluation seront mis à disposition des projets pour les aider dans cette tâche. Ces indicateurs feront l'objet de mesures régulières qui seront comparées entre elles ainsi qu'à leur valeur avant le démarrage du projet. Ils viseront à évaluer dans quelle mesure les objectifs que le projet s'est fixés sont atteints.

Ces différents indicateurs traduiront également, au niveau du projet, l'évolution du développement des différentes composantes des soins intégrés ainsi que la situation du projet en regard des 3 dimensions du Triple Aim.

Les résultats de l'auto-évaluation seront examinés au niveau de la gouvernance du projet qui se prononcera sur :

- la nécessité ou non de réajuster le plan d'actions locorégional : en termes de timing, de plan financier, de répartition des responsabilités entre partenaires, ...
- la possibilité d'élargir le groupe-cible des actions entamées et/ou d'impliquer de nouveaux partenaires aux initiatives développées par le projet.

Ces différents éléments feront l'objet, annuellement, d'un rapport qui sera transmis aux autorités impliquées dans le projet.

6.4. Accompagnement durant la phase d'exécution

Au cours de la phase d'exécution, le coordinateur de projet est responsable de :

- l'accompagnement et le suivi de l'implémentation des interventions proposées. Le coordinateur fait fonction de premier point de contact du projet pour les autorités.
- l'identification d'éventuels problèmes et la communication de ces difficultés vers la Cellule Inter-administrative Maladies chroniques.
- l'identification des "bonnes pratiques" en vue d'implémenter les interventions et processus proposés
- la collecte de données complète et correcte en vue de mesurer les indicateurs convenus.

Pendant la phase d'exécution, les coordinateurs seront soutenus par des moments d'intervisions (rencontre avec d'autres projets) et des formations. Ces formations visent avant tout les coordinateurs de projets, mais seront également ouvertes à un plus large public (de prestataires de soins) en fonction des sujets abordés. Ces formations viseront à augmenter leurs capacités d'analyse et leur maîtrise des soins intégrés, ainsi que leur connaissance des systèmes d'aide et de soins et de leur évolution. Elles seront aussi destinées à les aider à se réappropriier, au sein de leur projet, les résultats d'études ou d'analyses réalisées par des acteurs scientifiques externes.

Une équipe scientifique spécifiquement chargée du soutien et de l'évaluation des projets sera notamment mise en place à brève échéance (cfr point 6.7 ci-dessous)

En parallèle, des travaux seront menés dans le cadre de la Plate-forme d'accompagnement scientifique, méthodologique et technique qui viseront notamment à offrir aux projets-pilotes de nouveaux instruments validés en soutien au développement de soins intégrés.

Enfin, tant le présent guide que le site web dédié aux projets de soins intégrés seront alimentés régulièrement (FAQ's, fiches pratiques, articles intéressants, ...) afin d'offrir aux coordinateurs de projets, mais aussi aux projets eux-mêmes, un maximum d'outils et instruments susceptibles de les soutenir dans le développement de soins intégrés au sein de leur zone pilote. Les projets eux-mêmes seront également invités à exprimer leurs besoins dans ce domaine.

6.5. Cadre juridique de la phase d'exécution

Le cadre juridique des projets-pilotes sera délimité par une convention liant les partenaires du projet aux différentes autorités impliquées.

Sur le plan fédéral, un **arrêté royal en exécution de l'article 56 de la loi INAMI** sera élaboré, précisant les conditions auxquelles les projets doivent répondre pour bénéficier d'une telle convention et, notamment : partenaires obligatoires et facultatifs, groupe-cible, collaboration avec des projets existants, zone d'activité, minimum de soins couverts par le projet, prestations éventuellement exclues des projets, composantes des soins intégrés à prendre en considération par les projets, principes de financement, de facturation et de paiement des projets, enregistrement de données et évaluation, etc.

Dans ce contexte, et afin de permettre aux projets-pilotes d'expérimenter de nouvelles organisations d'aide et de soins aux personnes admises dans les projets, certaines dérogations seront accordées aux projets par rapport aux règles traditionnelles. Il s'agira de créer **un cadre juridique souple ('regelluw')** par rapport aux exigences actuelles associées par exemple à la nomenclature des prestations de santé, aux accords requis de la part des médecins-conseils, aux conditions de prestations décrites par les conventions de revalidation, ...

Cet arrêté royal permettra la conclusion d'une **convention individuelle avec chacun des projets** et délimitera le cadre dans lequel le plan d'action locorégional pourra être implémenté.

Une **convention de collaboration entre partenaires du projet** visera à définir concrètement

- la structure de gestion et de gouvernance du projet et les responsabilités de chaque partie prenante
- le groupe-cible du projet et les critères et modalités d'inclusion de patients
- la zone d'activité du projet
- les modalités d'extension du groupe cible
- les modalités d'admission de partenaires supplémentaires
- les modalités de rétribution des prestations des différents partenaires du projet (prestations correspondant à un code de nomenclature et autres nouvelles prestations décidées dans le cadre du projet)
- les modalités d'auto-évaluation du projet
- ...

Les projets agiront en tant que **personnalité juridique** distincte. Une association de fait suffit, pour autant que, dans le cadre de la gestion/gouvernance du projet, les responsabilités des partenaires du projet soient précisément décrites.

Les projets seront invités à accorder une attention particulière à la **protection de la vie privée** dans le cadre de l'implémentation de leur plan d'action locorégional.

Le 'consentement du patient' ne doit donc pas formellement intervenir au moment de l'inclusion du patient dans le projet, mais il sera invité à 'consentir' ou refuser les nouvelles opportunités offertes par le projet : dans la mesure où le projet a développé de nouvelles formes de prise en charge, celles-ci pourront être proposées au patient en complément ou en remplacement de certaines modalités de soins 'classiques' si ces formes nouvelles de prise en charge semblent susceptibles de répondre à ses besoins. Le patient, bien qu'inclus dans le projet, reste cependant libre de profiter ou non de ces nouvelles opportunités

Par contre, pour pouvoir échanger des données relatives aux patients dans le cadre des projets, chaque projet devra s'assurer que le patient a donné son consentement au partage d'informations entre les professionnels de soins avec lesquels il entretient une relation thérapeutique.

En outre, pour le volet concernant l'enregistrement et l'analyse de données par une équipe d'évaluation externe (cfr ci-après), une demande d'avis sera introduite auprès du Comité sectoriel de la Commission de la Vie Privée. Si le volet 'recherche' qui accompagne les projets le nécessite, un avis sera également demandé auprès d'un Comité d'éthique. Ces avis seront sollicités au niveau global, dans le cadre des missions de l'équipe de recherche qui accompagnera et évaluera les projets.

6.6. Financement durant la phase d'exécution

6.6.1. Financement des frais de coordination des projets-pilotes

Au cours de la phase d'exécution, les projets bénéficient d'un financement complémentaire de 150.000€ en base annuelle. Ce budget est destiné à couvrir les frais du coordinateur de projet (1 ETP) et les frais de gestion de la coordination. Ce budget pourra donc être utilisé pour couvrir des

frais tels que frais de fonctionnement du coordinateur, frais administratifs divers, prestations d'une personne complémentaire en soutien aux tâches de coordination, etc.

6.6.2. *Financement des frais de prestations dispensées dans le cadre des projets-pilotes*

La philosophie de base des projets-pilotes est basée sur le principe du Triple Aim, c'est-à-dire réallouer les moyens financiers disponibles aujourd'hui pour offrir des soins qui :

- augmentent la qualité des soins au niveau individuel (le patient bénéficie de soins mieux adaptés à des besoins individuels)
- améliorent les conditions de travail et la qualité de vie des intervenants
- et améliorent l'état de santé de la population dans son ensemble (moins de malades chroniques mais aussi des malades chroniques plus autonomes et bénéficiant d'une meilleure qualité de vie).

Permettre aux projets-pilotes de « réallouer les moyens disponibles aujourd'hui » suppose de leur garantir que les moyens dont les partenaires du projet disposent aujourd'hui soient mis à leur disposition dans le cadre de leur projet-pilote. Il convient donc d'octroyer aux projets une 'garantie de budget' et de trouver de nouvelles façons de financer les projets pour leur permettre de bénéficier de cette garantie de budget.

Les principes décrits ci-dessous (garantie de budget, bundled payment, modalités de financement et de facturation, régularisation, préfinancement, ...). devront encore faire l'objet de clarifications et de précisions. Ils serviront cependant de base à la réflexion sur le financement des prestations offertes dans le cadre des projets-pilotes.

Leur application portera sur les prestations relevant du fédéral et pourra être étendue à d'autres prestations ou services relevant de l'autorité des entités fédérées (communauté ou région), selon des modalités qu'elles définiront.

Au niveau fédéral, un groupe de travail technique spécifique sera chargé de clarifier les modalités possibles et souhaitables afin de disposer d'un cadre clair avant le démarrage de la phase de conceptualisation des projets. Il associera des représentants des entités fédérées et pourra également être chargé d'examiner des questions spécifiques à l'une ou l'autre communauté/région, si celle-ci en fait la demande.

➤ **Garantie de budget**

La **garantie de budget** offerte au projet-pilote peut s'appliquer de différentes manières ::

- soit la garantie de budget est calculée sur un certain groupe de prestations qui concernent le groupe-cible du projet-pilote : il faut alors que ce groupe de prestations soit parfaitement identifiable dans les bases de données existantes. Le fait de tenir compte seulement d'un certain groupe de prestations a pour effet que l'impact des innovations sur les autres prestations ne sera pas pris en compte : soit les initiatives du projet-pilote permettent de réduire certaines autres consommations et le projet ne reçoit pas la garantie de pouvoir bénéficier de ces économies ; soit les initiatives du projet-pilote conduisent à un

accroissement de certaines autres consommations et cette augmentation de coût est mise à charge du système (en contradiction avec le principe du Triple Aim).

- soit la garantie budgétaire est calculée en fonction du groupe-cible du projet-pilote : cela suppose que, dans les banques de données existantes (IMA notamment), le groupe-cible puisse être identifié par sa consommation de soins (catégorie de médicaments par exemple) et par certaines caractéristiques sociodémographiques. Le fait de tenir compte des caractéristiques sociodémographiques permet de mieux approcher la réalité locale de la zone géographique au sein de laquelle le projet sera développé. Sur cette base, un coût moyen par patient, sur une période déterminée (un an par exemple), peut être calculé. Celui-ci représente alors le montant de la garantie de budget par personne prise en charge dans le cadre du projet-pilote. Le calcul d'un montant par patient permet d'éviter de devoir travailler sur la base d'enveloppes fermées qui ne tiendraient pas compte du nombre de patients inclus dans les projets.
- soit la garantie budgétaire est calculée sur la base de la population desservie par le projet-pilote : elle est calculée sur la base des dépenses historiques (éventuellement standardisées pour neutraliser l'influence de facteurs externes ou aléatoires) constatées sur cette zone géographique, en tenant compte de l'origine géographique des patients (et non de la localisation des prestataires). Cette approche signifie que les variations constatées (suite à la mise en œuvre du projet pilote) dans les dépenses de soins au niveau de la zone géographique considérée sont supposées être le résultat des initiatives prises par le projet-pilote.

La garantie de budget offerte par les autorités tient compte de l'ensemble des dépenses prévues par la réglementation. Dans le cadre du financement des soins de santé par le fédéral, ceci vise les montants prévus au titre de remboursement de prestations (par exemple remboursements des O.A.) et ceux réglementairement fixés au titre de quote-part des patients (par exemple les tickets modérateurs de soins de santé). Elle ne couvre donc pas :

- les prestations non remboursables (exemple : médicaments de catégorie D)
- les suppléments éventuels fixés par les prestataires eux-mêmes (suppléments de chambre en hôpital, suppléments d'honoraires, ...)
- les montants octroyés aux prestataires ou au patient et basés sur 'le statut' ou 'la situation particulière' des prestataires ou du patient (exemples : forfait incontinence ou intervention dans les frais de déplacement du patient, intervention pour les médecins accrédités, primes informatiques octroyées aux prestataires, ...) ; ces montants restent octroyés directement au patient ou au prestataire concerné
- les 'dépenses exceptionnelles' de soins, soit qu'elles soient particulièrement coûteuses et rares, soit qu'elles résultent d'un événement exceptionnel touchant une partie de la population visée par le projet et engendre des frais de soins significatifs
- les montants couverts par des assurances complémentaires (mutuelles ou assureurs privés) ; cette couverture doit cependant leur être garantie par les assureurs concernés ; des concertations entre le projet-pilote et les assureurs concernés seront donc éventuellement nécessaires.

Dans la mesure où la garantie de budget est déterminée sur la base de données historiques et 'à politique constante', elle doit également faire l'objet de corrections pour tenir compte de l'évolution

des montants de remboursements ou de l'évolution des tickets modérateurs : indexations, nouvelles prestations donnant droit à une intervention de l'autorité, nouvelles mesures d'économie, ...

➤ **Principe de 'regroupement de prestations' ('bundled payment')**

La logique de la garantie de budget (et du principe Triple Aim) suppose que les projets-pilotes offrent un ensemble de prestations d'aide et de soins, y compris des modalités de soins innovantes qui remplacent certaines prestations 'classiques' (actuelle nomenclature, en ce qui concerne l'assurance maladie obligatoire). Le nouveau 'paquet de soins' doit être réalisé pour un coût qui ne dépasse pas le coût de la prise en charge selon les modalités 'classiques' et ne peut entraîner un accroissement des coûts mis à charge du patient. Ce raisonnement suppose de comparer le coût des deux différents 'paquets de soins'.

Au sens strict, le paiement groupé (bundled payment) signifie la gestion globalisée du financement d'un certain nombre de soins. Il s'agit, par exemple, de financer en une fois l'ensemble des prestations des médecins, l'ensemble des médicaments, ... Ce financement peut être envisagé a priori, par un montant global prospectif, ou a posteriori, via un système de compensation entre le montant global prévu et la consommation réelle. Ceci suppose un calcul sur une période déterminée : le montant global représente le financement des soins 'groupés' sur une période de 1 mois, 1 année, ...

En pratique, le mécanisme de paiement groupé peut être envisagé de différentes manières, qui peuvent coexister au sein d'un même projet pour différents groupes de prestations :

- de façon purement comptable, par le suivi de l'évolution des dépenses liées aux soins 'groupés' et l'analyse de l'impact financier des nouvelles modalités de soins
- en 'solidarisant' au niveau du projet les financements correspondant aux prestations 'groupées' : le projet perçoit les financements attachés à ces prestations et les redistribue selon des modalités convenues entre prestataires
- en remplaçant le financement 'à l'acte' des prestations groupées par un paiement groupé.

La forme la plus avancée du paiement groupé est alors le groupement de toutes les prestations qui concernent un patient (du groupe-cible) assorti d'un financement global par patient (correspondant alors au montant de la garantie de budget pour autant que celle-ci ait été calculée en fonction du groupe-cible). Ceci suppose alors que la répartition du budget entre les prestataires intervenant auprès des patients soit gérée au niveau du projet, tout comme l'utilisation des moyens éventuellement libérés par l'introduction de nouvelles modalités de travail (share-savings).

➤ **Modalités de financement et de facturation**

Selon l'approche retenue pour le paiement groupé, les modalités de financement et de facturation varieront :

- si le 'groupement des prestations' est réalisé au niveau du projet de façon purement comptable, le financement des prestations et leur facturation se feront selon les règles traditionnelles (nomenclature, en ce qui concerne les soins de santé), chaque prestataire percevant ses propres honoraires ou financements

- si le 'groupement' est réalisé au niveau du projet en solidarisant certains financements, le financement des prestations suivra les règles traditionnelles, mais les prestations visées par le 'groupement' seront facturées par le projet lui-même qui percevra les honoraires ou autres remboursements pour les redistribuer ensuite selon les dispositions prévues au sein du projet
- si le 'groupement' de prestations conduit à un financement d'un montant global par patient (couvrant ou non l'ensemble de la prise en charge du patient), ce montant devra être facturé par le projet, perçu par le projet et, ensuite, redistribué selon les dispositions prévues au sein du projet ; il convient dans ce cas de prévoir quelle période de prise en charge est couverte par le montant global (par exemple : un mois) pour définir le rythme de facturation de ce montant par le projet.

Une combinaison des différents systèmes décrits ci-dessus est possible. Exemple : le financement d'un montant global pour l'ensemble des médicaments et le maintien d'une facturation à l'acte pour les autres prestations.

Les principes suivants devront en tout état de cause être respectés :

- tout financement par un paiement groupé sous la forme d'un montant global ne pourra être facturé que par le projet lui-même et devra également couvrir, le cas échéant, des prestations dispensées à un patient inclus dans le projet et réalisées par un prestataire qui ne fait pas partie du projet-pilote (liberté du patient de s'adresser à un prestataire externe au projet)
- tout montant facturé à l'INAMI ou à une autre autorité devra être liée à un patient identifiable pour permettre l'application de la garantie de budget et tout patient inclus dans le projet devra être connu de l'autorité (ou de la mutuelle, dans le cas de l'assurance-maladie obligatoire)
- dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire, le montant des tickets modérateurs portés charge du patient devront continuer à être comptabilisés par sa mutuelle afin de pouvoir continuer à lui faire bénéficier du régime du maximum à facturer (MAF).

➤ Régularisation

Dans l'hypothèse où la garantie de budget est calculée en fonction du groupe-cible du projet-pilote et où le financement des prestations du projet-pilote font l'objet d'un paiement groupé couvrant l'ensemble des prestations visées par la garantie de budget, aucune régularisation n'est nécessaire : le montant global faisant l'objet d'un paiement groupé coïncidera avec le montant de garantie budgétaire. Il s'agit donc d'un financement a priori par lequel le projet-pilote bénéficie directement des marges budgétaires qui seraient libérées par les modifications apportées dans le mode de prise en charge des patients. Le projet-pilote peut alors directement réinvestir ces moyens dans de nouvelles formes d'aide et de soins.

Dans toutes les autres situations (dès qu'une partie au moins des prestations couvertes par la garantie de budget sont facturées et financées selon les règles traditionnelles), il conviendra d'opérer un calcul de 'régularisation' en comparant les financements effectivement octroyés au projet-pilote et le montant de la garantie de budget.

Si la garantie de budget est calculée en fonction du groupe-cible du projet-pilote : il convient de comparer le montant de la garantie de budget (= montant garanti par patient multiplié par le nombre de patients inclus dans le projet) et le montant des financements octroyés au projet (via les règles classiques ou via certains paiements groupés partiels), ce qui suppose de disposer de données complètes relatives aux patients inclus dans le projet pour la période concernées (par exemple sur un an).

Si la garantie de budget est calculée sur l'ensemble de la population de la zone d'activité du projet, il conviendra de disposer de données complètes pour tous les patients de la zone géographique pour la période concernées (par exemple sur un an).

➤ **Préfinancement**

En cas de montant global, la garantie de budget est déjà incluse dans ce montant, puisqu'il est basé sur les dépenses attendues à politique inchangée. Cependant, pour démarrer, le projet peut avoir besoin d'une certaine forme d'investissement, qui pourra être récupérée plus tard. En cas de facturation selon les règles classiques, le solde ne peut être calculé qu'après traitement comptable, et donc, nécessairement après un certain intervalle de temps, requis pour la collecte de l'information nécessaire (en principe, auprès des mutuelles pour ce qui est de l'AMI). Les projets peuvent donc avoir besoin de formules de *préfinancement*, par exemple, sur la base des soldes attendus ou sous la forme de prêts remboursables.

Le risque financier des investissements et des préfinancements doit rester de la responsabilité du projet-pilote. Il est en tout cas attendu des projets-pilotes qu'ils fournissent eux-mêmes un effort dans ce sens. Pour réduire le coût des crédits offerts par le marché, on peut envisager la possibilité d'octroyer un 'microcrédit' à titre accessoire, dans le cadre du financement du projet (exprimé par ex. en pourcentage des dépenses groupées pour lesquelles le projet veut assumer la responsabilité financière, et limitée à un montant maximum encore à définir).

Les dépenses qui seraient financées de la sorte ne peuvent cependant pas être de nature structurelle (par exemple, pas d'investissements à long terme). Si, par la suite, il s'avère que les investissements ne sont pas remboursés dans le cadre de la garantie de budget, le projet récupérera la somme due auprès des acteurs qui se sont engagés dans le processus de paiement groupé.

➤ **Processus évolutif**

Bien qu'il soit peu réaliste de demander à tous les projets d'entrer dès le départ dans un système de paiement groupé qui couvre l'ensemble des prestations et qui tienne compte de la population dans son ensemble, les projets seront invités à examiner une telle possibilité, éventuellement de façon progressive. Un tel système offre en effet de nombreux avantages :

- pour le patient : soins de meilleure qualité
- pour les autorités : moins de risques de déplacement de coûts vers des prestations qui ne sont pas groupées
- pour les projets : possibilité de bénéficier plus rapidement des moyens libérés par les modifications apportées à l'organisation des soins et de les réinvestir dans les nouvelles formes de soins
- de façon générale : davantage de chances de rencontrer le principe du Triple Aim.

➤ **Gestion financière au niveau des projets-pilotes**

Afin de pouvoir évaluer dans quelle mesure les projets-pilotes rencontrent le principe du Triple Aim, il leur sera demandé de tenir à disposition les données financières et comptables de leur projet et, notamment :

- Ce qu'ils ont facturé aux diverses autorités, aux patients, ...
- Comment et à quel tarif ils ont rémunéré les partenaires du projet pour les prestations ne faisant pas l'objet d'une facturation 'à l'acte' par les prestataires eux-mêmes
- Quelles éventuelles recettes et dépenses ont-ils dégagé dans le cadre de leurs prestations innovantes
- Quels autres acteurs sont intervenus (et pour quels montants) pour le financement du projet (acteurs privés, autorités locales, assureurs, ...)
- ...

6.7. Evaluation des projets-pilotes pendant la phase d'exécution

Une équipe scientifique sera mandatée pour accompagner et évaluer les projets-pilotes en regard des objectifs qui leur sont assignés : principes 'Triple Aim' et développement des diverses composantes des soins intégrés en faveur des malades chroniques au sein de la zone d'activité des projets.

Cette évaluation externe vise à réaliser une évaluation transversale de l'ensemble des projets en vue d'examiner dans quelle mesure les objectifs du plan peuvent être rencontrés. Elle sera réalisée par le biais d'indicateurs de résultats associés à l'approche 'Triple Aim' et définis ex ante.

La plate-forme scientifique d'accompagnement prévue dans le cadre du Plan 'Des soins intégrés pour une meilleure santé' se chargera de sélectionner des indicateurs, en collaboration avec l'équipe scientifique chargée de l'évaluation des projets-pilotes.

L'appel à candidature pour cette équipe scientifique sera réalisé à court terme de manière à pouvoir communiquer, aux acteurs de terrain candidats au développement d'un projet, les modalités pratiques et critères d'évaluation concrets qui seront utilisés, et, ce, avant le début de la phase de conceptualisation des projets.

7. PHASE 4 : PLAN D'EXTENSION ET DEPLOIEMENT DES SOINS INTEGRES

Le plan 'Soins intégrés en faveur des malades chroniques' ne s'arrête pas à la phase de projets-pilotes. Il est important que les changements associés au succès perdurent et soient ancrés dans le système, qu'ils soient de nature structurelle ou culturelle.

Dès le démarrage des projets-pilotes, il est explicitement prévu que les projets ne peuvent pas se limiter à certaines pathologies, ni se limiter à développer seulement certaines dimensions des soins intégrés. Dès le début, les acteurs concernés doivent se préparer à un élargissement progressif de leur groupe-cible, à une transposition vers d'autres zones géographiques et à inclure plus, sinon tous les patients chroniques (modèle générique).

L'intention, après 4 ans de projets-pilotes et une évaluation approfondie (transversale et par projet) est de pouvoir identifier certaines « bonnes pratiques » et certains changements positifs (processus, résultats, ...), mais également les facteurs de succès et les causes d'échecs éventuels.

[Possibilité de poursuivre les projets-pilotes au-delà de la période de 4 ans moyennant un déploiement complet et un encadrement adéquat.]

Extrapoler les changements et innovations couronnés de succès vers une population plus large (ou groupe-cible plus large) et généraliser de nouvelles pratiques relève de la responsabilité des différents acteurs politiques du niveau macro et peuvent être initiées de différentes manières, comme par exemple via :

- un soutien politique (déclarations, protocoles, etc.)
- l'adaptation de certaines réglementations (ancrage dans les règles via adaptation de réglementations existantes ou nouvelles réglementations, normes, directives, etc.)
- l'adaptation des financements, subsides et/ou budgets
- de nouvelles formes ou formes adaptées de formations et d'enseignements
- des changements et/ou investissements en infrastructures (matériel, bâtiments, etc.)
- une prolongation temporaire du financement des projets moyennant élargissement à l'ensemble du groupe des malades chroniques et l'ensemble des processus
- ...

Par ailleurs, à côté de l'ancrage structurel, il convient aussi d'investir (et poursuivre l'action) en matière de changement culturel. Ce 'switch' de culture peut résulter de changements structurels réussis, mais n'offre pas de garantie d'une adaptation des mentalités et des pratiques des acteurs de terrains.

Il est dès lors important que les acteurs et stakeholders concernés restent constamment sollicités, y compris après implémentation, et que le '*sense of urgency*' et le soutien au niveau de la société dans son ensemble soient maintenus.

Tant la communication que les différents agents de changement ('*change agents*') ou ambassadeurs ont ici un rôle crucial à jouer :

- tenir les acteurs et stakeholders régulièrement informés par le biais de feedbacks périodiques
- informer et sensibiliser le grand public aux résultats obtenus (et changements à venir)
- maintenir les liens avec les agents de changement et ambassadeurs, en 'engager' d'autres et les envoyer sur le terrain.

Pour cette phase d'extension, une période supplémentaire de 4 ans minimum est prévue.

ANNEXE : 14 composantes des soins intégrés

Les projets seront mis en œuvre progressivement et devront, sur une période de quatre ans, mettre en œuvre différentes composantes des soins intégrés à leur niveau. Les changements testés à petite échelle (loco-régionale) pourront, après évaluation favorable, être implémentés à un niveau plus large (régional et national), par décision de l'autorité compétente.

Les 14 composantes à mettre en œuvre dans les projets pilotes sont brièvement décrites ci-dessous.

- 1) empowerment du patient : donner à chaque patient le soutien et l'information nécessaires pour lui permettre, dans la limite de ses capacités et en fonction de ses propres objectifs et motivations, de se prendre en charge et d'avoir un rôle actif dans son processus de soin et dans sa vie (self-management)
- 2) soutien des aidants-proches : une attention particulière doit être portée sur la charge physique et mentale/psychologique liée au rôle des aidants-proches, sur l'importance de pouvoir conserver un équilibre entre vie familiale, sociale (et professionnelle), sur le besoin d'encadrement pour assurer des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés, etc.
- 3) case management : il s'agit de la gestion et la coordination de tous les soins médicaux, paramédicaux ou de bien-être nécessaires pour rencontrer les besoins du patient ; dans de nombreux cas, le patient lui-même assure cette gestion, éventuellement soutenu par un aidant-proche ; dans d'autres situations, un professionnel de soins (souvent le généraliste, mais également d'autres professionnels de la santé) intervient à ce niveau
- 4) maintien au travail et réintégration socioprofessionnelle et socioéducative : la gestion d'une affection chronique est parfois difficile avec une participation sociale et/ou professionnelle (ou scolaire) classique et peut avoir pour conséquence une incapacité de travail, le sentiment de devenir inutile à la société, ... ; des mesures spécifiques (activation) sont nécessaires pour rompre ce cercle vicieux, pour lesquelles l'intervention de nombreux acteurs et une étroite collaboration entre eux sont nécessaires
- 5) prévention : La prévention recouvre différents domaines d'intervention : prévention des maladies, notamment par l'adoption de comportements adéquats (en matière de consommations, d'activités, ...), détection (dépistage) précoce et interventions précoces (traitement précoce) pour éviter les complications de certaines maladies, prévention des complications et/ou des récidives en cas de maladie
- 6) concertation et coordination : une approche intégrée des soins suppose de prendre la situation du patient comme point de départ et de lui fournir les soins les plus appropriés par la bonne personne au bon moment et durant le temps requis. Pour les malades chroniques ou de longue durée qui nécessitent l'intervention de différents acteurs (de différents secteurs, soins de santé, aide aux personnes, ...) une concertation doit avoir lieu et les différentes actions doivent être coordonnées au niveau micro, méso et macro

- 7) continuité des soins intra- et transmurale : pour assurer la continuité des soins, le patient ne doit pas ressentir de rupture entre les soins à domicile et les soins prodigués à l'hôpital (= « seamless care » = continuité des soins transmurale). En outre, lorsqu'au cours d'une hospitalisation, un patient est admis dans divers services hospitaliers, une coordination médicale efficace doit également être assurée entre les différents services de l'hôpital (=continuité des soins intramurale).
- 8) valorisation de l'expérience des organisations de patients : les associations de patients ont une expertise et une expérience qui peuvent s'avérer utiles pour évaluer, de leur point de vue, les soins de santé et la politique de santé, proposer de nouvelles orientations, relayer le point de vue et les attentes des patients auprès des professionnels de soins
- 9) dossier patient intégré : le développement d'un Dossier Patient (électronique) Intégré (DPI) doit permettre et améliorer le partage de données entre les prestataires (de soins) concernés par les soins intégrés en faveur de patients chroniques ; l'information disponible à tout moment permet une meilleure analyse des besoins du patient, et en particulier dans les situations complexes
- 10) guidelines multidisciplinaires : les soins chroniques sont, par nature, complexes, entre autres par l'apparition fréquente de multimorbidités; les soins pour les malades chroniques nécessitent donc une approche intégrée, avec des prestations basées sur des "preuves" (evidence based) ainsi que l'ajustement réciproque des différentes activités au sein de l'équipe multidisciplinaire
- 11) développement d'une culture qualité : dans le cadre d'un processus de transformation qui vise notamment des soins de qualité (Triple Aim), chaque nouvelle initiative doit être assortie d'objectifs précis et mesurables permettant leur évaluation
- 12) adaptation des systèmes de financement : un financement basé sur un ensemble de prestations individuelles reprises dans une nomenclature impose des limites aux possibilités d'implémentation des soins intégrés (multidisciplinaires, sur mesure et orientés vers les besoins bio-psycho-sociaux du malade chronique et de son entourage) ; un système davantage basé sur des 'bundled payment' (paiement groupé) offre plus de possibilités. Pour tester de nouveaux modèles, dans le cadre de projets-pilotes, les moyens financiers actuels seront mis à disposition des projets avec un maximum de latitudes au niveau de leur utilisation.
- 13) stratification des risques au sein de la population et cartographie des ressources : la démarche de stratification des risques au sein d'une population, sur un territoire bien délimité, doit permettre d'identifier les lacunes dans l'offre d'aide et de soins, compte tenu du profil de population, de repérer les initiatives à prendre et de se fixer des priorités ; l'analyse des ressources disponibles au niveau du territoire permet d'identifier celles qui peuvent être mobilisées (prestataires de soins, mais également autres sources d'aide formelles et informelles, structures et infrastructure locales, ...), mais aussi les éventuels chevauchements dans l'offre afin d'identifier les inefficiences ou gaspillages
- 14) gestion du changement (change management) : les soins intégrés supposent un changement dans la relation avec le patient (au niveau individuel, mais aussi collectif), dans le rôle attribué à chaque acteur, dans l'organisation du travail des acteurs de soins, dans leurs relations entre eux et avec les prestataires d'aide et autres acteurs présents dans l'environnement, dans les modes de prise de décisions au niveau politique, dans les modalités de financement, etc. ; les choses ne

changent vraiment que si quelque chose change dans le comportement quotidien des personnes ; afin de permettre à chacun d'y adhérer, d'éviter les freins aux collaborations et réflexes de repli sur soi de la part des différents acteurs (acteurs de terrain et acteurs politiques), il convient d'avoir une attention particulière à l'accompagnement de l'ensemble du processus de changement, tant au niveau micro, qu'aux niveaux méso et macro : ceci nécessite un processus par étapes pour mettre en place, ancrer et généraliser les changements tant structurels que culturels.