

Projets-pilotes Soins intégrés : conditions d'élaboration de l'« Annexe 6- Liste d'actions innovantes pour lesquelles une indemnisation des acteurs¹ sera prévue et/ou pour lesquelles il sera demandé une cotisation personnelle au bénéficiaire. »

Conditions relatives aux actions innovantes

Il doit s'agir d'actions innovantes au niveau du patient

- qui figurent dans le plan d'action du projet-pilote ;
- qui sont réalisées par des acteurs partenaires du projet-pilote ;
- pour lesquelles **les acteurs seront indemnisés** et/ou pour lesquelles il sera demandé une **cotisation personnelle** au bénéficiaire.

Il ne peut pas s'agir d'actions innovantes au niveau du patient

- qui **relèvent manifestement de la compétence des entités fédérées**
 - **Exemples** : indemnisation du court-séjour ou de l'accueil de jour en MRS, pour services d'aide familiale, pour la concertation SISD, SEL, CCSD, RLM, pour centres de santé mentale, MSP, IHP, pour ONE, pour personnes handicapées. S'il s'agit d'une de ces actions innovantes, un accord devra être trouvé avec l'entité fédérée concernée. Dans tous les cas, aucun gain d'efficacité issu de budgets fédéraux ne pourra être utilisé pour ces actions innovantes.
 - **Remarque** : dans le cadre des projets de soins intégrés, les entités fédérées n'ont pas encore développé leur propre système de garantie budgétaire, de gains d'efficacité et d'investissements pour leur(s) propre(s) compétence / dépenses. Dans ce contexte, l'autorité fédérale est néanmoins disposée à accepter, dans cet environnement-pilote, certains éléments dans le cadre de l'annexe 6 (et 7), sans toutefois que des conséquences de principe ou des décisions définitives n'en découlent, et sans présupposer que ces éléments seront transposés dans un cadre structurel à l'issue de la phase-pilote des projets. Dans ce contexte, des stratégies préventives secondaires et tertiaires et des stratégies liées à la désinstitutionnalisation ou favorisant un continuum de soins pourront quant à elles être acceptées.
 - Par des actions de prévention secondaire, il faut entendre : des actions dans le cadre desquelles des maladies ou des anomalies sont détectées à un stade précoce pour être traitées à un stade précoce (par exemple, des actions de détection précoce).
 - Par des actions de prévention tertiaire, il faut entendre : des actions visant à éviter les complications ou l'aggravation des maladies ou des anomalies (par exemple, l'adaptation du mode de vie des patients diabétiques).
 - Par des stratégies liées à la désinstitutionnalisation, il faut entendre: des alternatives locales à l'institutionnalisation, basées sur la communauté (par exemple, les actions de soins de proximité au sein d'un quartier).

¹ Par acteur, il faut entendre tout(e) personne/service/institution qui est repris(e) dans le plan d'action et qui fournit un service (acte) à un patient, un aidant-proche ou un groupe de patients et d'aidants-proches.

- Par des actions favorisant le continuum de soins, il faut entendre: les actions visant à promouvoir la continuité des soins extra, intra et transmurale par une meilleure coordination entre les différentes organisations et personnes ayant une mission de coordination spécifique (par exemple, les trajets de soins spécifiques).
- qui **sont contraires à la législation actuelle**, notamment en ce qui concerne l'exercice des professions des soins de santé (les prestations / actes réservés à certains acteurs en vertu de l'AR 78 ne peuvent être effectués par d'autres acteurs).
- pour lesquelles l'**absence de plus-value** a déjà été **prouvée**, ou pour lesquelles un risque d'effets secondaires indésirables a été démontré.

Cas spécifiques

S'il s'agit d'une action qui modifie le contenu (extension) d'une prestation/un service qui fait déjà l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, cette action devra être considérée comme une action innovante (attention : il ne peut y avoir de facturation par le biais des canaux existants si le contenu de la prestation/du service est adapté).

Un projet déjà en cours et financé par les instances publiques ou avec des prestations existantes ne doit pas être intégré à l'annexe 6, si aucune indemnisation supplémentaire pour l'acteur ou aucune cotisation supplémentaire du patient n'est prévue.

L'enregistrement d'un screener BelRAI pour un patient ne peut pas être considéré comme une action innovante à indemniser.

Conditions dans le cadre d'une demande de cotisation personnelle au bénéficiaire

L'**ampleur** du montant demandé doit être documentée :

- S'il existe aujourd'hui une prestation/un service semblable, la contribution demandée devra être d'un ordre de grandeur semblable.
- S'il n'existe pas de prestations/services semblables, le projet devra motiver la méthode de calcul du montant (sur quoi s'est-on basé ?). Au moment de déterminer les montants, le projet devra faire la distinction entre les patients bénéficiaires de l'intervention majorée et les patients ne bénéficiant pas de l'intervention majorée.

Le projet devra démontrer que, globalement, *il n'y a pas de surcoût pour le bénéficiaire* par rapport aux soins classiques pour les patients présentant son profil.

Conditions en matière de prévision d'une indemnisation pour les acteurs

L'**ampleur** de l'indemnisation pour les acteurs doit être documentée :

- S'il existe aujourd'hui une prestation/un service semblable, l'indemnisation devra être d'un ordre de grandeur semblable.
- S'il n'existe pas de prestations/services semblables, le projet devra motiver la méthode de calcul du montant (sur quoi s'est-on basé ?).

Chaque action innovante proposée prévoyant l'indemnisation d'un acteur devra être clairement motivée, et devra clairement renseigner les bénéficiaires finals de ces indemnisations.

L'indemnisation pour les prestataires conventionnés et non conventionnés est la même. Les prestataires non conventionnés ne peuvent pas facturer de **suppléments**.

Le projet devra démontrer que les indemnités pour les acteurs **ne** donnent **pas** lieu à un **double financement** des acteurs.