
Projets-pilotes Soins intégrés : cadre pour l'utilisation de l'intervention financière pour les actions d'un projet (annexe 7)

Le présent document décrit ci-après le cadre général pour l'utilisation de l'intervention financière de l'assurance maladie pour un certain nombre d'actions au sein des projets-pilotes soins intégrés. Ce cadre comprend plusieurs domaines et conditions sur la base desquels le groupe de travail permanent et le Comité de l'assurance de l'INAMI peuvent évaluer l'ajout des actions à l'annexe 7 des projets-pilotes.

Tous les postes et montants d'utilisation proposés dans le cadre de l'annexe 7 doivent être décrits et motivés de façon claire et suffisante et doivent également mentionner clairement les parties bénéficiaires.

Cette intervention financière ne peut être utilisée pour des prestations des services qui relèvent clairement de la compétence des entités fédérées. Il s'agit, par exemple, du remboursement des frais de séjour de courte durée ou de jour dans un centre d'hébergement, de soins familiaux, de consultation dans le cadre de SISD, SSP, CCSAD, RML, pour les centres de santé mentale, MSP, I.H.P, pour Child & Family, pour les personnes handicapées.

Toutefois, Le gouvernement fédéral est prêt 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 désinstitutionalisation 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 désinstitutionalisation, 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).*
- *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).*

On identifie **deux domaines** où les projets-pilotes peuvent utiliser cette intervention:

- | | |
|----|---|
| A. | <u>Niveau du projet</u> : utilisation pour les moyens affectés strictement liés à l'infrastructure et aux ressources opérationnelles pour le soutien administratif du projet. |
| B. | <u>Niveau de la population</u> : utilisation des gains d'efficacité réalisés pour les moyens affectés dans le cadre d'actions ayant un impact sur les soins menés au profit des patients ou de la |

population (ceci inclut également les actions visant à la réalisation des 14 composantes qui auront, à terme, un impact sur les soins et sur la satisfaction des prestataires de soins).
Le groupe de travail permanent et le comité de l'assurance veilleront à ce qu'il y ait un équilibre entre l'utilisation de l'intervention à ces deux niveaux.

Concernant le domaine « **niveau du projet** », un projet peut proposer des actions qui puissent être financés avec l'intervention, en plus du budget alloué au management d'intégration. Malgré qu'il soit possible de couvrir des coûts de la coordination générale du projet : ils doivent être couverts exclusivement par le budget destiné au management d'intégration (150 000 euros). Il s'agit concrètement du management d'intégration « au sens strict du terme » : tous les frais de fonctionnement et dépenses générales en lien avec la coordination générale du projet. Exemples : coût salarial du/des coordinateur(s), frais administratifs pour la coordination du projet, autres frais des organes de gestion du projet (p. ex. catering), jetons de présence, etc.

En ce qui concerne le **niveau de population**, les actions et initiatives énoncées dans le plan d'action, visant à améliorer l'organisation des systèmes de soins, à soutenir les soins, la prestation de soins, la coordination et la concertation autour du patient individuel ou la communication aux patients ou à la population. Exemples : éducation du patient par du personnel infirmier, télémonitoring, autogestion du patient, projet de soins personnalisés et anticipés, conseils médicaux pour sportifs, case manager, actions dans le cadre du développement au niveau méso de certaines composantes des soins intégrés (par exemple, développement de la culture qualité dans le projet, change management, ...), organisation des formations continues et journées d'étude pour les partenaires et les prestataires de soins, etc.

Conditions spécifiques

L'enregistrement du BelRAI-screener : pour l'enregistrement du BelRAI screener, aucune indemnisation financière ne peut être versée à partir de l'intervention financière.

Toutes les actions relatives à l'activité physique (APA, activité physique sur prescription...) doivent remplir les conditions suivantes :

- a. Respect du cadre légal général au niveau de la profession de celui ou celle qui exécute l'action
- b. Sécurité du patient : le projet veille à la sécurité du patient dans le cadre de l'exécution de l'action
- c. L'action est exécutée sur prescription d'un médecin
- d. L'action est exécutée sous la surveillance directe (en présence) d'une personne exerçant une profession de santé
- e. Évidence par rapport à la pathologie
- f. Élaboration d'un bilan, évaluation et correction éventuelle de l'action
- g. Rapport au médecin du résultat obtenu Chaque action innovante proposée prévoyant l'indemnisation d'un acteur devra être clairement motivée, et devra clairement renseigner les bénéficiaires finals de ces indemnisations.

Le remboursement des investissements : si des **moyens** ont été investis par des parties internes ou externes dans le cadre du projet-pilote, ceux-ci peuvent être **remboursés** par le biais de l'intervention financière, si :

- *Le remboursement des investissements : est proportionnel à l'investissement effectué (principe de proportionnalité)*
- Le remboursement est exclusivement prévu pour les parties qui ont investi de manière effective des moyens dans une/des action(s) : il n'est pas possible d'utiliser l'intervention financière pour rembourser des parties internes ou externes qui signaleraient avoir essuyé une perte suite à un glissement de moyens.



- Des frais supplémentaires à ces remboursements seront autorisés, mais ils ne pourront pas dépasser 2 % des fonds effectivement investis.

L'utilisation de cette intervention ne peut pas être utilisée pour l'indemnisation pour les actions effectuées par une maison médicale.

L'utilisation de cette intervention sera reflétée dans les déclarations de dépenses que soumettront les projets à l'INAMI. Ces dernières seront évaluées à la lumière des actions définies à l'annexe 7 de la convention relatif au projet en question.

Conditions dans le cadre d'une demande de cotisation personnelle au bénéficiaire (figurant également dans le document-cadre de l'annexe 6)

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.
- Il ne peut être dérogé aux interventions personnelles prévues des bénéficiaires. Cela signifie qu'un projet ne peut décider de réclamer à un bénéficiaire une intervention supérieure ou inférieure
- Quote-part personnelle égale à 0€ dans 2 cas :
 - a. Lorsque le projet s'est inspiré d'une action innovante concernant une prestation/action existante pour laquelle le bénéficiaire ne paie pas de ticket modérateur (par ex. éducation thérapeutique pour les malades chroniques).
 - b. Au début de l'implémentation de l'action innovante, aucun système de facturation n'a encore été développé (par le projet/le gouvernement).

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 (figurant également dans le cadre de l'annexe 6)

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 ?).
- Les indemnités convenues pour les acteurs sont des montants maximums. Cela signifie qu'un projet peut décider (en concertation avec les acteurs concernés) de payer un montant inférieur à celui convenu dans l'annexe 6.

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

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.