

Questions et remarques recueillies après concertation du 29/03/2017

SPF – INAMI – Membres du Comité de l'assurance

Thèmes :

1. Questions générales
2. Inclusion des patients
3. Gestion des données
4. Préfinancement
5. Cadre financier
6. Gouvernance

1. Questions générales

Question	Réponse (ou à répondre par)	Demandeur
1.1. Où en sont les projets en cours ?	Actuellement, 19 projets sont en phase de conceptualisation et bénéficient d'un accompagnement dans le cadre de l'élaboration d'une proposition de plan d'action locorégional se fondant sur l'évaluation des besoins et des nécessités dans leur région. Pour décrire les différentes actions, on étudie comment les partenaires vont pouvoir lancer les actions de manière concrète, ce dont ils ont besoin pour les réaliser, quand, etc. On regarde aussi les modalités selon lesquelles il vont mettre la gouvernance en place au sein de leur région. Un jury (dont la composition est fixée par l'AR relatif aux projets pilotes) évaluera les	CIN

	candidatures reçues, après quoi les projets pourront entrer dans la phase d'exécution.	
1.2. Comment évoluent les projets ? Se déroulent-ils bien ? Vont-ils pouvoir respecter le calendrier prévu ? Comment réagissent les professionnels de soins de santé à l'égard de ces projets ? Sont-ils prêts à y participer ?	Les plans d'action locorégionaux se concrétisent de plus en plus, grâce à l'élaboration de plus en plus approfondie des actions en interne, mais également par la détermination plus concrète des possibilités, en concertation avec l'autorité, en co-création. La date a été reportée ce qui donne plus de temps aux projets pour mettre les actions et la gouvernance au point et pour intensifier la participation des prestataires de soins individuels.	CIN
1.3. Les projets parviennent-ils à établir leur plan d'action locorégional ? Sait-on à présent quand l'« AR relatif aux projets pilotes » sera publié au Moniteur belge (et par conséquent quelle est la date butoir imposée aux projets pour déposer leur plan d'action locorégional) ?	Le projet d'AR a été soumis au Conseil d'État pour avis, la réponse est attendue pour le 29 mai 2017 au plus tard. L'AR sera publié alors autour du 7 juin 2017. Les candidatures doivent être introduites dans les 30 jours suivants à la publication au Moniteur belge de l'Arrêté royal. Dès qu'on aura une idée plus précise du calendrier, celui-ci sera communiqué aux coordinateurs de projet.	CIN
1.4. Quel est précisément le rôle du consortium FAITH ? Comment traitera-t-il les données ?	Consortium rassemblant 6 universités, FAITH.be est chargé de l'évaluation scientifique (évaluation externe/transversale) et de l'accompagnement des projets pilotes (dans le cadre de la mise en place d'une culture de la qualité au sein des projets et de la promotion et facilitation de l'autoévaluation). Les données seront récoltées via une banque de données constituée à l'aide de Healthdata, l'IMA, etc. Concernant l'évaluation transversale, on recourt autant que possible à l'extraction automatique à partir de données existantes. Il est demandé aux projets d'utiliser le BelRAI screener pour l'enregistrement. Les données nécessaires au contrôle du déploiement des actions par le projet lui-même figurent dans l'autoévaluation de chaque projet.	CIN
1.5. Comment harmonise-t-on le projet Chronic care avec celui flamand portant sur les soins de première ligne ? Actuellement, on ne tient compte que du volet fédéral et	Dans le cadre de la Conférence interministérielle de la santé publique, les diverses politiques et une éventuelle harmonisation ont été discutées au sein du groupe de travail intercabinets « Maladies chroniques / soins intégrés » avec les différentes autorités (fédéral –	CIN

<p>de l'assurance maladie fédérale, mais qu'en est-il des matières qui sont ou seront régionalisées ?</p>	<p>entités fédérées). Les entités fédérées sont étroitement associées aux projets mis en place sur leur territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concernant les projets sur le territoire flamand, des arrêtés ministériels prévoient un assouplissement de la réglementation et des engagements par projet. L'article 115 (chapitre 18) du décret du 15 juillet 2016 « houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin » autorise au gouvernement flamand de permettre des projets pilotes pour les soins intégrés pour les malades chroniques (publication au MB 19/08/2016). - L'autorité wallonne se concerte avec les projets pour cerner les besoins spécifiques ; - La Communauté germanophone est étroitement associée à la gouvernance du projet qui la concerne ; - L'autorité bruxelloise participe activement aux réunions des projets bruxellois. 	
<p>1.6. Comment seront évalués les projets dont le plan d'action locorégional a été approuvé ? Comment s'effectueront les évaluations intermédiaires ? Quels critères seront pris en considération pendant l'évaluation ? Quand peut-on interrompre un projet (uniquement pour des raisons financières ou bien parce que l'accord n'est plus respecté sur d'autres points) ?</p>	<p>L'évaluation transversale globale est prévue par le consortium FAITH.be qui propose des indicateurs transversaux et les mettra en œuvre. Ces indicateurs se baseront sur les objectifs Triple Aim, la satisfaction au travail et l'équité et seront communiqués aux projets avant leur lancement. Pour chaque projet, on déterminera en outre quels indicateurs spécifiques on va pouvoir reprendre. Le suivi de tous les indicateurs sera également à la disposition des projets pour assurer leur autoévaluation. On assurera au minimum une fois par an le suivi des indicateurs, certains devant même faire l'objet d'un suivi plus fréquent (tous les trimestres, tous les semestres, etc.). Chaque projet fera également l'objet d'un rapport annuel rédigé conformément au modèle établi par la CIA et FAITH.be. Vous trouverez plus d'informations sur le fonctionnement de l'équipe scientifique dans le protocole sur le site www.integreo.be.</p>	<p>CIN</p>

	<p>Un projet peut être interrompu si un ou plusieurs objectifs généraux du plan de soins intégrés (Triple Aim, équité et satisfaction au travail) ne sont absolument pas atteints. En fonction de la gravité de la situation, on permettra tout d’abord un ajustement du projet. S’il est donc possible d’interrompre le projet pour des motifs strictement financiers, il importera toutefois de prendre en compte l’évaluation complète.</p> <p>L’article 14, 17° de l’AR fixe les modalités de résiliation relatives à la convention du projet avec le Comité de l’assurance (ex. Manque d’implication de la part des partenaires, manque d’inclusion, objectifs non atteints, augmentation des dépenses, etc.).</p>	
<p>1.7. Par rapport aux critères d’évaluation, les projets savent-ils comment ils seront évalués ? Les projets et les partenaires doivent savoir en quoi l’évaluation va consister et ce, avant le lancement des projets.</p>	<p>(cf. question 1.6)</p>	<p>Pendant la concertation</p>
<p>1.8. Les hôpitaux ont tendance à moins s’intéresser à une participation active aux projets pilotes concernant les soins chroniques. Pour l’instant, ils se focalisent surtout sur leur propre positionnement au sein des réseaux hospitaliers locorégionaux (de référence). Ce processus requiert du temps et des efforts. La collaboration avec les autres acteurs est par conséquent reléguée au second plan.</p>	<p>Il est exact que certaines évolutions dans le paysage hospitalier s’effectuent simultanément aux projets de soins intégrés. La réforme du paysage hospitalier et des projets pilotes de soins intégrés suivent la même logique et les mêmes principes, par exemple l’optimisation, la collaboration et la coordination dans une région déterminée. Il incombera aux consortiums d’harmoniser la réforme du paysage hospitalier avec les plans de projet des projets pilotes pendant leur phase d’exécution.</p>	<p>Zorgnet-Icuro</p>
<p>1.9. Les hôpitaux consacrent du temps et de l’énergie dans ces projets alors qu’il reste beaucoup d’imprécision et d’inquiétude par rapport aux implications pour les hôpitaux. Le glissement des soins vers les soins à domicile ira aussi de pair avec une diminution des admissions et réadmissions hospitalières ainsi qu’une réduction de la durée de séjour. Les hôpitaux y sont déjà confrontés par toutes sortes de projets pilotes (cf. le projet Accouchement avec séjour hospitalier écourté,</p>	<p>En tant que partenaire des projets pilotes « Soins intégrés », c’est en effet l’hôpital qui devra s’attendre à l’impact financier le plus important (réduire progressivement la durée de l’hospitalisation, éviter les admissions inutiles, etc.). Dans le même temps, il y aura également une réduction partielle des coûts et on libérera une partie du temps presté par le personnel afin de l’investir différemment dans le projet dans le cadre de l’utilisation de gains d’efficacité. Ces gains sont alloués au projet pilote et leur utilisation relève donc de la gouvernance du projet pilote en question. Par conséquent, la discussion sur les risques</p>	

<p>Hospitalisation à domicile pour l'administration d'antibiotiques et pour la chimiothérapie). Parallèlement, le débat autour des économies et de la programmation dans le secteur hospitalier entraîne également une insécurité financière.</p>	<p>financiers doit s'effectuer en toute transparence dans le cadre de la gouvernance de projet. Les premières années, seule la partie variable subira des répercussions au niveau du BMF. On évaluera l'impact à long terme. Toutefois, les projets offrent aux hôpitaux l'occasion de contribuer en tant que innovateurs/pionniers à la réforme de l'organisation et du rôle de l'hôpital dans le paysage hospitalier afin de pouvoir répondre aux défis actuels dans le domaine des soins de santé. L'objectif est de profiter de la phase de préparation et de conceptualisation pour trouver une vision commune et une opportunité pour toutes les parties prenantes et y conjuguer le désir de collaborer.</p>	
<p>1.10. En tant qu'organisation coupole, nous n'avons aucune idée de la situation des projets en cours. L'autorité ne donne aucune information à ce sujet. Si nos structures nous posent une question, nous ne savons pas y répondre.</p>	<p>Vous trouverez toutes les informations pertinentes sur les projets pilotes sur le site integreo.be relatif au Plan « Soins intégrés », qui est régulièrement adapté en fonction de l'état d'avancement. En outre, la cellule interadministrative envoie régulièrement un bulletin d'information fournissant, entre autres, un aperçu de la concertation avec les coordinateurs ou les consortiums. Des présentations et documents « FAQ » sont publiés après chaque concertation. Vous pouvez toujours envoyer vos questions spécifiques sur les projets à la boîte mail générique chroniccare@health.belgium.be. Par ailleurs, les différents projets disposent de leur propre bulletin d'information ou site web. Si vous avez des questions spécifiques concernant le développement des actions dans les projets pilotes, ces derniers peuvent vous fournir eux-mêmes l'information. Un volet du plan d'action locorégional concerne la communication et les projets doivent indiquer leurs moyens de communication (avec toutes les parties prenantes, y compris les organismes, prestataires de soins, patients, ensemble de la population, etc.).</p>	Zorgnet-Icuro
<p>1.11. Quelle est la plus-value de la plate-forme d'accompagnement ? Qu'en est-il des autres comités, plates-formes de concertation, groupes de travail et de pilotage ? Que représentent-ils les uns par rapport aux</p>	<p>Toute la gouvernance du plan, dont fait partie la plate-forme d'accompagnement, est définie dans le plan « Soins intégrés » (www.integreo.be).</p>	Zorgnet-Icuro

<p>autres ? La plate-forme d'accompagnement n'est pas judicieuse dans sa composition et son fonctionnement actuels. Une concertation est nécessaire entre l'organisation coupole et les représentants des structures, de préférence avec des questions concrètes et des points de discussion.</p>	<p>La gestion du plan se situe au niveau de la Conférence interministérielle, qui réunit les ministres de la santé publique des différents niveaux de pouvoir, et du groupe de travail intercabinets « Maladies chroniques ». Le SPF Santé publique et l'INAMI ont créé la Cellule Interadministrative Soins chroniques (CIA) chargée de la mise en œuvre du plan et de la préparation des décisions politiques. La mise en œuvre concrète du plan est réalisée par la CIA et les administrations compétentes que ce soit au niveau fédéral (INAMI, SPF Santé publique) ou aux niveaux communautaire et régional. La CIA est supervisée par un comité de pilotage composé de représentants du SPF Santé publique, de l'INAMI et de la cellule stratégique de la ministre fédérale de la santé publique. Plusieurs structures participent au plan « Maladies chroniques » (parties prenantes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Observatoire des maladies chroniques au sein de l'INAMI, dont une de ses missions consiste à identifier les besoins des malades chroniques. Le fonctionnement et le rôle actuels de l'Observatoire font en ce moment-même l'objet d'une réflexion au sein de l'INAMI ; - Le comité d'assurance (dans lequel des organisations coupoles sont représentées) joue un rôle important pour les projets pilotes, que ce soit dans la préparation du cadre destiné aux projets, la sélection des projets, la conclusion des conventions et le suivi des projets. Les missions et les tâches du Comité d'assurance dans le cadre du plan « Soins intégrés » sont préparées par un groupe de travail permanent. - La plate-forme d'accompagnement : Dans le cadre de la ligne d'action 2 du Plan conjoint en faveur des malades chroniques: soutien méthodologique, scientifique et technique – une plate-forme d'accompagnement a été constituée en vue d'offrir un soutien méthodologique, scientifique et technique de l'ensemble des lots (<i>work packages - WP</i>) du plan. Lors des réunions de cette 	
---	--	--

	<p>plate-forme d'accompagnement, la CIA fait le point sur l'avancement des projets pilotes et demande aux membres d'apporter leur contribution par leur expertise méthodologique, scientifique ou technique (ex. input pour la rédaction de fiches pratiques). La plate-forme d'accompagnement a un rôle transversal, de soutien et de conseil à l'égard des différents volets du plan conjoint en faveur des malades chroniques. Elle se compose d'experts scientifiques, techniques et méthodologiques du secteur tant public que privé. Jusqu'à présent, quatre réunions ont été organisées et la mission de la plate-forme est en cours de réexamen, ce qui n'empêche pas les membres de la plate-forme de continuer à être invités si leur expertise est nécessaire au cours du processus, par exemple au sein du Comité d'accompagnement en vue d'assister l'équipe scientifique (FAITH.be).</p>	
<p>1.12. Peut-on encourager suffisamment tous les prestataires de soins (ex. médecins généralistes) à participer à ces projets ?</p>	<p>Actuellement, il n'y a aucune vue d'ensemble sur les actions et engagements des différents partenaires mais, à l'instar des hôpitaux, spécialistes, etc., le « médecin généraliste » est un partenaire obligatoire. Dans certains projets, il s'est avéré qu'un certain nombre d'acteurs, parfois les médecins généralistes, témoignent d'une certaine réticence. L'un des arguments qui a déjà rallié de nombreuses personnes tient en ce que l'un des objectifs de soins intégrés est la satisfaction des acteurs au travail. On veut que ce projet soit profitable à chaque prestataire de soins.</p>	Zorgnet-Icuro
<p>1.13. Que se passe-t-il si, dans une région pilote, certains prestataires de soins ou un groupe de prestataires ne sont pas prêts à se lancer dans le projet ?</p>	<p>Au moins un acteur de chaque type de partenaires obligatoires doit être présent pour passer à la phase d'exécution. S'ils ne s'engagent pas dans la candidature, le projet ne pourra pas entamer la phase d'exécution. Nous aimerions rappeler que l'autorité se montre tout à fait disposée à se concerter sur le terrain avec les acteurs « hésitants ». D'ailleurs, les fonctionnaires dirigeants du SPF et de l'INAMI se sont déjà entretenus avec différents projets, en comité de pilotage du projet ou d'une autre manière et cela a été bien perçu.</p>	Zorgnet-Icuro

1.14. Y a-t-il une harmonisation avec les propositions qui ont été formulées pendant la conférence sur les soins de première ligne ?	Si les informations provenant de la Flandre sont concrètes, il y a une harmonisation.	Zorgnet-Icuro
1.15. Des informations contradictoires circulent sur la plus-value de l'accompagnement par les coaches.	Le processus de coaching vise à offrir un accompagnement le plus uniforme possible. La réalité montre que les besoins des projets divergent. Une évaluation du processus est prévue par les coaches et les projets.	Zorgnet-Icuro
1.16. Facteur de temps : report des dates butoirs vs temps prévu en suffisance pour concrétiser le projet.	La procédure de publication de l'AR a un impact sur le calendrier et ne permet pas de déterminer pour l'instant une date fixe, ce qui peut entraîner des restrictions d'ordre pratique et permettre en même temps aux projets d'élaborer leurs actions de manière beaucoup plus concrète, de nouer davantage le dialogue avec les partenaires et, par conséquent, de parvenir à un plan solide.	Zorgnet-Icuro
1.17. Attention portée à la surcharge administrative des projets.	On saura clairement qui fait quoi une fois le projet entré dans la phase d'exécution et la convention conclue entre le projet et l'autorité. Effectuer un travail de qualité et fondé sur des données exigera dans un premier temps un investissement. Le budget annuel de 150 000 € peut être utilisé pour certains aspects. Chaque enregistrement ou opération administrative supplémentaire doit bénéficier au projet (autoévaluation dans le cadre de la culture de la qualité, suivi des dépenses dans les plans d'action par rapport aux gains d'efficience, etc.).	Zorgnet-Icuro
1.18. Quel est le planning ultérieur du consortium FAITH ? Y a-t-il un chevauchement avec l'accompagnement par les coaches ?	Il n'y a aucun chevauchement entre le coaching et FAITH.be concernant l'accompagnement. Les coaches étaient chargés de faciliter la concertation, la collaboration et la création du projet dans la région. Pendant les premiers mois de coaching, une méthodologie a été proposée pour stratifier les risques dans une région pilote et pour effectuer une cartographie des ressources (WP 2) afin que les partenaires puissent avoir une vision claire du projet sur leur territoire et comprendre les possibilités et besoins existants. Au cours de cette phase de coaching, l'accent a été également mis sur le processus de gestion du changement (<i>change management</i> – sous-point du WP 7). L'équipe scientifique est chargée de développer une méthodologie pour l'évaluation à deux niveaux :	Zorgnet-Icuro

	d'une part, l' autoévaluation au sein de chaque projet afin que ceux-ci puissent développer une culture de la qualité, d'autre part une méthodologie et l'exécution d'une évaluation transversale externe . Pendant la phase de conceptualisation, il y a eu des contacts avec les projets afin de connaître concrètement leurs attentes et de déjà donner des informations sur les indicateurs et le processus d'autoévaluation.	
1.19. Peut-on encourager suffisamment tous les prestataires de soins (ex. médecins généralistes) à participer à ces projets ?	Cf. Question 1.12	Zorgnet-Icuro
1.20. Que se passe-t-il si un projet ne démontre pas sa pertinence ou son intérêt ?	cf. Question 1.6 portant sur les modalités de résiliation.	GBO (Tanguy de Thier)

2. Inclusion des patients

Question	Réponse	Demandeur
2.1. Quels sont les critères d'inclusion des patients dans les projets ? Comment pouvons-nous savoir, en tant que OA, si l'inclusion s'est effectuée correctement et si le patient répond à tous les critères d'inclusion ?	Les projets pilotes déterminent le groupe cible pour lequel ils sont créés et les modalités d'inclusion des patients. Un système général de signalisation est prévu via MyCareNet, ce qui permettra aux OA de savoir qui a été inclus pour la région concernée et par qui. Les OA, le CIN, MyCareNet et e-Health se sont concertés le 17 mars et le 21 avril avec le service juridique et l'Actuariat de l'INAMI. Un aperçu de l'impact des projets sur les parties prenantes a été établi et les éléments dont le développement doit se poursuivre ont été déterminés.	CIN
2.2. Comment peut-on garantir que les projets n'effectuent aucune sélection des risques ?	Lors de la sélection des projets, il est examiné si aucun critère d'exclusion pouvant entraîner une sélection des risques n'est utilisé de manière explicite ou implicite. Éviter les risques au sein d'un groupe cible diminue fortement la capacité d'être efficace : les dépenses des patients à haut risque sont en effet insérées dans la	CIN

	garantie budgétaire. Pour l'évaluation annuelle, on examine dans quelle mesure les projets cherchent à atteindre les différents objectifs du plan « Soins intégrés », dont fait partie l'équité accrue. Si les objectifs ne sont pas atteints ou si les efforts ne sont pas suffisants pour les atteindre, un projet peut être adapté ou interrompu.	
2.3. Au moment où des accords en matière de soins sont conclus entre le projet et le patient, les patients doivent être « signalés ». Les patients ne sont pas obligés de participer à un projet et peuvent aussi se retirer du projet. On ne sait pas encore comment cela va s'organiser : ex. combien de fois les patients peuvent-ils s'insérer ou se retirer d'un projet ? Un patient peut-il sortir du projet à tout moment ou existe-t-il une période transitoire ? Les patients doivent-ils rester dans le projet pour une période bien déterminée ? (qu'en est-il par ex. des prestations pour lesquelles il y a un temps d'attente) ?	Le patient peut exercer à tout moment son libre choix. Être « signalé » n'implique pas en soi une participation du patient à toutes les actions du projet ni même l'obligation de participer à une action. Le patient qui est inclus dans un projet est libre de choisir s'il se rend chez les prestataires de soins du projet, ou bien de se faire soigner en dehors du projet. Être « signalé » signifie que le patient appartient au groupe cible et qu'il a affaire à un prestataire de soins participant au projet. Le patient est au cœur des projets de soins intégrés, il a son mot à dire sur les soins et l'aide médicale qu'il va recevoir. En ce sens, l'ambition est de parvenir à ce que le patient préfère rester dans le projet plutôt que d'en sortir.	CIN
2.4. Les prestataires de soins devront pouvoir inclure les patients dans le projet. Le CIN devra connaître la composition des projets (quels sont les prestataires participant au projet ? Quels en sont les patients ?). Le dispensateur de soins ne pourra inclure le patient que si le CIN sait que ce prestataire est impliqué dans le projet. Quelles informations recevra le CIN à ce sujet (ex. sur la composition du consortium) ?	L'INAMI se concerta avec les OA, le CIN, MyCareNet et e-Health pour discuter des modalités techniques de l'inclusion. Ce besoin d'information a fait l'objet d'une concertation le 17 mars et le 21 avril. Il est prévu que tous les acteurs adhérant à un projet soient repris dans l'outil qui est mis à disposition des projets (Tetrys). Les OA peuvent donc avoir accès à ces informations.	CIN

3. Gestion des données

Question	Réponse	Demandeur
3.1. Entre-temps, différents services sont déjà proposés dans le cadre de MyCareNet (ou le seront d'ici peu) : consultation de l'assurabilité, du	Les autorités fédérales se sont réunies (le 17/03, le 21/04 et le 24/05) avec les OA, le CIN, MyCareNet et e-Health afin de	CIN

<p>DMG, de l'inclusion d'un patient dans un projet, du statut « affection chronique », etc. Les projets n'ont pas toujours besoin de ces données dans leur facturation, mais elles peuvent éventuellement les intéresser dans le cadre de leur plan de soins.</p> <p>=> Le projet aura-t-il accès à un plus large éventail de données que le(s) prestataire(s) de soins individuel(s)? Bénéficiera-t-il par exemple d'un accès au DMG même s'il n'y a aucune relation thérapeutique ?</p>	<p>discuter entre autres des modalités techniques de l'accès à certaines données. Un point de départ important est de tenir compte des besoins des projets pilotes afin de déterminer ces modalités.</p> <p>Dans le cadre de la gestion du projet pilote, le consortium n'aura pas accès aux données nominatives des patients, mais il aura accès aux données codées et agrégées permettant le suivi des activités du projet.</p> <p>Les différents rôles en matière d'accès aux données seront définis et, à partir de là, des droits d'accès seront soumis à la plate-forme e-Health dans le cadre de la gestion des accès utilisateurs (<i>user access management</i>), conformément aux finalités et à la législation en vigueur. Le rôle du coordinateur de projet recouvrira d'autres besoins d'informations que ceux d'un coordinateur de soins.</p>	
<p>3.2. L'AIM a besoin de données pour pouvoir en extraire des chiffres. Quelles données les OA et l'AIM recevront-ils encore à l'avenir pour pouvoir accomplir les tâches suivantes dans le cadre du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion de l'information sur la patientèle (nécessité de données relatives aux patients pour pouvoir les signaler) ; - Gestion de l'information relative à la facturation et à la perception par les acteurs de soins (quelles données recevront encore les OA dans le cadre des forfaits au lieu du remboursement par prestation) ? ; - Gestion de l'information relative à la conversion des pseudocodes vers la nomenclature existante ; - Gestion de l'information relative à la gestion financière au sein des projets de soins ; 	<p>Ces points feront l'objet d'une discussion entre l'INAMI et le CIN et seront ensuite transposés en instructions formelles via les canaux appropriés (Commission pour le traitement de l'information et Comité de l'assurance). La direction RDQ et l'AIM collaboreront étroitement dans le cadre du calcul des gains d'efficience.</p>	CIN

<p>- Gestion de l'information relative au calcul d'éventuels gains d'efficience.</p>		
<p>3.3. Comment le dossier partagé du patient se présentera-t-il dans le cadre des projets individuels ? Un dossier uniforme est-il prévu ? Chaque projet doit-il l'élaborer lui-même ? Qui aura accès à ce dossier partagé du patient ? Quelles mesures seront prises pour protéger les données des patients et des prestataires ?</p>	<p>Les projets pilotes doivent être lancés rapidement, étant entendu qu'il faudra dès le départ, pour réaliser les soins multidisciplinaires intégrés et garantir la continuité des soins, un échange électronique de l'information afin de pouvoir harmoniser les soins entre les différents prestataires et les lignes de soins. En son point d'action 6, le plan d'action e-Santé prévoit la création d'un dossier multidisciplinaire. Toutefois, celui-ci ne sera pas encore en production. C'est pourquoi un outil de base est mis à disposition à court terme et progressivement en fonction des besoins : Tetrys, en accord étroit avec les projets et tous les acteurs pertinents (coffres-forts, fabricants de logiciels, etc.) et en complément des développements dans le cadre de e-Santé. De cette manière, les projets pilotes fonctionneront aussi comme un cadre de développement et de validation pour le déploiement du dossier multidisciplinaire.</p>	CIN
<p>3.4. Qu'en est-il du partage des données entre la première et la deuxième ligne de soins ?</p>		CIN
<p>3.5. Qu'en est-il des prestataires de soins hors INAMI : auront-ils accès au dossier partagé du patient ? Selon quelles modalités auront-ils accès au dossier partagé du patient ?</p>		CIN
<p>3.6. Quel est le rôle de Tetrys dans le partage des données ?</p>		CIN

<p>3.7. Échange d'information : comment s'organisera le partage des données entre la première et la deuxième ligne, y compris pour les groupes professionnels autres que les médecins généralistes et ce, dans le respect de la vie privée ?</p>	<p>Sur ce point, il sera examiné en interne et en collaboration avec le plan e-Santé ce qui peut être proposé en temps voulu.</p>	<p>Zorgnet-Icuro</p>
<p>3.8. Tout ce qui concerne l'enregistrement des données soit pour le traitement général soit pour l'autoenregistrement doit être clairement défini dès le lancement des projets afin de permettre le plus favorablement possible le processus/changement de mentalité et de garantir la qualité des données enregistrées.</p>	<p>Cf. protocole de FAITH.be sur le site. On communiquera les éléments à prévoir en termes d'enregistrement avant le lancement des projets. Actuellement, l'utilisation du BelRAI screener est prévue en tant qu'unique enregistrement supplémentaire pour l'évaluation transversale. En ce qui concerne l'enregistrement spécifique à un projet dans une perspective d'autoévaluation : cet élément étant susceptible de varier d'un projet à l'autre, on le définira une fois que l'on saura quels projets entreront dans la phase d'exécution.</p>	<p>Pendant la concertation</p>
<p>3.9. Comment la sécurité et la protection des données seront garanties lors du partage des données à tous les échelons ?</p>	<p>L'élaboration de Tetrys s'effectue au sein de la gouvernance de e-Santé, en utilisant les services de base de la plate-forme e-Health et de healthdata.be.</p>	<p>Pendant la concertation</p>
<p>3.10. Qu'est-il prévu par rapport au consentement éclairé du patient ? Entre-t-il dans le cadre de l'inclusion, du partage des données ? Qui se chargera de demander le consentement au patient ?</p>	<p>Différents types de consentement éclairé sont nécessaires dans les projets. Par exemple pour partager les données, par voie électronique, entre les prestataires de soins ayant une relation thérapeutique avec le patient, un consentement éclairé dans le cadre de e-Health est nécessaire. Le patient a la possibilité d'exclure les prestataires de soins afin d'éviter le partage de ses données. Un consentement éclairé est également requis pour le traitement des données de santé dans le cadre de la recherche scientifique (sauf en ce qui concerne les données anonymes). Healthdata.be préparera les consentements éclairés nécessaires au comité sectoriel en collaboration avec la CIA et l'équipe scientifique.</p>	<p>Pendant la concertation</p>

4. Préfinancement

Question	Réponse	Demandeur
<p>4.1. A-t-on une vue sur la manière dont les projets parviendront à préfinancer et à élaborer un plan financier? Comment répondra-t-on aux questions des projets concernant le cadre financier?</p>	<p>Les projets doivent tout d'abord avoir une idée précise de leurs besoins financiers pour mener à bien leurs actions. Actuellement en phase de conceptualisation, la plupart des projets sont occupés à rédiger leurs actions et font appel aux membres du consortium pour connaître les moyens (financiers ou autres) qu'ils pourraient mettre à disposition du projet. Un préfinancement sera nécessaire si certaines actions requièrent des moyens financiers que les partenaires ne sont pas en mesure de fournir et dans l'attente d'éventuels gains d'efficience. Le cadre financier est clair : l'autorité fédérale alloue une garantie budgétaire pour les projets. Ce cadre financier est décrit dans le projet d'arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'INAMI peut conclure des conventions en vue du financement des projets pilotes de soins intégrés. Le projet d'AR et la note d'accompagnement peuvent être consultés sur le site www.integreo.be.</p>	<p>CIN</p>
<p>4.2. L'autorité (tant fédérale que régionale) apportera-t-elle son soutien financier si les projets ne parviennent pas à trouver un préfinancement en suffisance ? Nous avons entendu dire qu'au sein de plusieurs projets, les partenaires menacent de se retirer du projet si l'autorité n'octroie pas de préfinancement ou si elle ne fournit aucune garantie d'un apport financier si les projets ne peuvent pourvoir eux-mêmes à la totalité de leur financement. Si l'autorité ne donne ni les moyens, ni les garanties, les projets doivent assumer tous les risques : est-ce réaliste ? Quel partenaire prendrait un tel risque ? Au sein de quel projet accepterait-on ces risques ?</p>	<p>L'autorité alloue une garantie budgétaire ce qui constitue une part non négligeable de financement et de garantie (pour connaître les modalités, consultez la note explicative de l'AR). Toutefois, les projets reçoivent ce financement avec 18 mois de « retard » (en raison de calculs) et, en ce sens, un préfinancement peut être nécessaire. C'est pourquoi plusieurs pistes sont actuellement à l'étude, que ce soit au niveau des autorités (fédéral et entités fédérées) ou au sein des projets. L'autorité désire continuer à soutenir financièrement les projets retenus dans la phase d'exécution. Ce soutien doit d'abord et avant tout se concevoir comme un accompagnement dans la recherche d'éventuels fonds, investissements, etc., l'administration pouvant servir d'intermédiaire avec les différentes sources.</p>	<p>CIN</p>

<p>4.3. La durée des projets est de quatre ans. Dans ce laps de temps, de plus en plus de compétences vont être régionalisées. Jusqu'à présent, on ne s'est penché que sur l'assurance maladie obligatoire. Existe-t-il également une garantie budgétaire pour les compétences régionales (maisons de repos et de soins, services d'aide aux familles, etc.) ? Imaginons que les régions fassent d'autres choix, qu'advient-il du financement ? de la garantie budgétaire ?</p>	<p>Le calcul de la garantie budgétaire est actuellement prévu pour l'assurance maladie obligatoire de 2017 concernant les compétences fédérales (les maisons de repos et de soins et les services d'aide aux familles ne sont donc pas inclus). Dans le cadre de leurs compétences, les entités fédérées détermineront avec les projets ce qu'elles prévoient en tant que garantie budgétaire.</p>	<p>CIN</p>
<p>4.4. Un problème se pose par rapport au manque de financement pour les premiers <i>case managers</i>. Un financement est-il prévu à cet effet ?</p>	<p>L'autorité n'a prévu aucun préfinancement à cet égard. Elle planche actuellement sur plusieurs pistes pour déterminer ce qui peut être fait à l'avenir.</p>	<p>CIN</p>
<p>4.5. Le modèle de financement reste très complexe. Le principe du préfinancement a été communiqué très tardivement dans la phase de conceptualisation, ce qui a suscité le mécontentement sein de plusieurs projets pilotes et certains ont même envisagé d'arrêter net le projet. Parviendra-t-on à ce système de préfinancement pour les projets et, si tel n'est pas le cas, l'autorité est-elle disposée à chercher une solution à cet égard ?</p>	<p>p.39 du guide : « Le risque financier des investissements et des préfinancements doit rester de la responsabilité du projet pilote. » En outre, l'autorité reconnaît avoir un rôle d'accompagnement et de soutien dans ce processus. La CIA poursuivra dès lors l'accompagnement des projets retenus pour la phase d'exécution et fournira un appui si nécessaire. Jusqu'à la fin de la phase de conceptualisation, la CIA continuera à chercher d'éventuelles alternatives.</p>	<p>Zorgnet- Icuro</p>

5. Cadre financier

Question	Réponse	Demandeur
<p>5.1. Dans le cadre du paiement groupé (<i>bundled payment</i>), comment pouvons-nous nous assurer d'avoir encore une idée des soins réalisés et de leur qualité ? L'objectif est double à cet égard : contrer la sous-consommation et la sélection des risques et pouvoir continuer à exécuter les contrôles nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fraude et soins efficaces ; 	<p>Les projets pourraient facturer les prestations aux organismes assureurs (pour les codes actuels de la nomenclature à 0 € et pour le paiement groupé via un pseudocode). Ainsi, on sait déjà quels sont les soins réalisés. La qualité des soins, quant à elle, devra être examinée via l'évaluation des projets ; il incombe donc à FAITH.be d'assurer ce contrôle de la qualité lors de paiements groupés.</p>	<p>CIN</p>

<ul style="list-style-type: none"> - contrôles <i>a priori/a posteriori</i> ; - monitoring + surveillance de l'accessibilité ; - informations politiques globales. 	<p>L'examen des différents aspects de la piste en matière de paiement groupé devra se poursuivre en 2017. Toutes les parties prenantes (y compris les organismes d'assurance) devront y être étroitement associées.</p>	
<p>5.2. Dans le cadre des projets, on peut aussi facturer des prestations alternatives – non remboursables au niveau de l'AMI – (le financement est à charge des gains d'efficience du projet ou du patient). Pour pouvoir avoir une vue d'ensemble de ces prestations, il faudrait en faire un relevé (y compris la méthode de financement et les montants qui peuvent être imputés au patient) au moins par projet, mais de préférence pour l'ensemble des projets.</p> <p>=> Qui va contrôler cette facturation de prestations alternatives et de quelle manière ? Qui vérifiera le respect des tarifs fixés et comment ?</p> <p>=> N'avons-nous pas besoin d'un tel rapportage dans le cadre de l'évaluation triple AIM ?</p>	<p>Les formes alternatives de remboursement doivent être déterminées par projet dans la convention entre le projet et le Comité de l'assurance de l'INAMI. Une liste globale sera dressée et la liste par projet sera publiée en mentionnant le montant à charge du projet et celui à charge du bénéficiaire. Le contrôle de la facturation de ces prestations est en effet un point prioritaire, dont les modalités sont actuellement encore à l'étude.</p>	CIN
<p>5.3. Les projets peuvent-ils inclure les prestations alternatives de soins dès leur lancement ?</p>	<p>L'ambition est de pouvoir directement les inclure dans les projets à condition que le projet et le Comité de l'assurance aient conclu la convention et que la liste par projet ait été publiée sur le site.</p>	CIN
<p>5.4. Si l'on souhaite toujours ne pas voir augmenter le prix des soins pour les patients, il faudra également reprendre dans cet exercice les droits dérivés.</p> <p>Droits dérivés : ex. MAF, droits au sein du trajet de soins, statut « affection chronique », forfaits de soins, etc.</p> <p>Comment évaluera-t-on tout ceci ?</p>	<p>Le groupe de travail permanent du Comité de l'assurance en évalue l'impact. Au vu de leur expertise, l'apport des organismes assureurs sera par conséquent très important.</p>	CIN
<p>5.5. Comment garantir l'équité afin que les mécanismes de protection mis en place comme le statut MAF ou celui sur les affections chroniques ne perdent pas non plus leur</p>		Pendant la concertation

protection dans les actions innovantes. Il faut d'avance des lignes directrices et des règles à cet égard.		
5.6. Comment vérifiera-t-on qu'à l'avenir les patients n'auront pas à payer de leur propre poche un montant plus élevé que ce n'est le cas actuellement (ex. suppléments) ? Comment les accords stipulant ce que doit payer le patient se traduiront-ils dans les projets et qui en exécutera le contrôle ?	Si le projet propose des formes de soins innovantes et réclame pour ce faire un apport financier au patient, le Comité de l'assurance en discutera et des accords seront conclus avec les projets qui seront repris dans la convention.	CIN
5.7. Comment garantir la neutralité du budget de ces projets au niveau macro ? Existe-t-il une volonté politique de prendre en charge d'éventuels dépassements comme facteurs exogènes et ne pas glisser vers l'assurance maladie en général ?	La responsabilité financière des organismes assureurs continue à s'appliquer et constitue, en ce sens, une part du partage des risques inhérent à l'évaluation de nouveaux modèles de soins qui doivent amener à long terme à une meilleure gestion des dépenses.	CIN
5.8. Que se passe-t-il s'il y a des dépassements budgétaires ? Existe-t-il un scénario de risque ? Qui devra en supporter les conséquences ?		Pendant la concertation
5.9. Est-il exact que la responsabilité financière personnelle des participants est engagée ? Concerne-t-elle le cercle ou l'administrateur en personne ?	Si un projet entraîne une hausse des dépenses pour l'assurance maladie, il peut être interrompu. Il n'y a toutefois aucune récupération de la hausse des dépenses auprès des projets. L'organisation de la responsabilité financière interne pour les choix effectués par le projet dépendra des choix internes et du cadre juridique de la gouvernance.	GBO (Tanguy de Thier)
5.10. Comment est répartie l'enveloppe fermée du forfait de soins ?	Il n'est nullement question d'une enveloppe financière fermée.	GBO (Tanguy de Thier)
5.11. Que se passe-t-il en cas de dépassement budgétaire sur base de coûts réels ? Devra-t-il être pris en charge par les budgets sectoriels ?	Si les projets entraînent une hausse des dépenses par rapport à ces certaines prestations, celle-ci sera en effet prise en charge par les budgets sectoriels. Dans la mesure où les bénéficiaires de soins entrant dans le cadre d'un projet pilote seront « signalés », il sera possible d'évaluer les dépenses par secteur.	CIN
5.12. Si un gain d'efficience doit être alloué à un projet, sera-t-il prélevé des budgets sectoriels ?	Non, ces dépenses seront comptabilisées dans une rubrique distincte (rubrique 42).	CIN

<p>5.13. Qu'en est-il de la responsabilité financière des mutuelles ? Quid si les projets coûtent plus cher au niveau macro, les mutuelles sont-elles responsables de ce budget alors qu'elles n'ont en soi rien à dire ?</p>	<p>Cf. question 5.7. Les organismes assureurs sont du reste impliqués à différents niveaux dans le processus décisionnel.</p>	<p>CIN</p>
<p>5.14. Comment l'INAMI conçoit-il le paiement par forfaits tant par rapport au développement de ce système que par rapport au planning ? Quel est actuellement le statut/la vision par rapport au paiement groupé : réfléchit-on simplement à sa mise en œuvre ou également à son application pendant la période des projets pilotes ?</p>	<p>La piste du paiement groupé doit faire l'objet d'une étude plus approfondie au cours de 2017. Toutes les parties prenantes (y compris les organismes assureurs) devront y être étroitement associées. Le paiement groupé est l'une des trois formes d'adaptations financières dans le cadre des projets.</p>	<p>CIN</p>
<p>5.15. Quel est l'impact financier pour les projets en sachant qu'ils seront lancés vers la mi-année ?</p>	<p>Les gains d'efficience seront également calculés pour la première année (2017) sur l'ensemble de l'année civile, mais il peut y avoir un effet limité par l'action des projets pilotes.</p>	<p>CIN</p>
<p>5.16. Comment sera organisé le calcul des gains d'efficience ? Quelle sera la méthodologie utilisée ? Quel sera le rôle de l'INAMI ?</p>	<p>La méthode de la garantie budgétaire (calculs, versements et affectations des gains d'efficience) est décrite aux articles 17 à 27 de l'arrêté royal. Cf. la réponse à la question 3.2.</p>	<p>CIN</p>
<p>5.17. Comment seront précisément calculés les gains d'efficience (ex. lorsque un groupe cible opérationnel dépasse en nombre le groupe cible administratif) ?</p>	<p>Le mécanisme de calcul des gains d'efficience est détaillé dans la note explicative de l'AR. Il a également été expliqué en détail aux projets pilotes de soins intégrés pendant l'une des séances plénières (le 6 décembre 2016).</p>	<p>CIN</p>
<p>5.18. Comment peut-on vraiment garantir que les gains d'efficience seront utilisés pour les activités de soins ou en lien avec les soins ?</p>	<p>Les projets doivent indiquer à l'avance comment ils affecteront d'éventuels gains d'efficience et ceci sera repris dans le contrat entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et le projet. L'utilisation des gains d'efficience sera également suivie dans le rapport annuel qui sera remis à l'INAMI.</p>	<p>CIN</p>
<p>5.19. On demande par rapport aux objectifs du projet la possibilité d'étendre le paquet de « soins groupés » par exemple aux honoraires psychiatriques, conventions.</p>	<p>Les soins groupés doivent en effet être étendus aux domaines où les projets prévoient un impact et désirent collaborer.</p>	<p>Zorgnet-Icuro</p>

	Le paiement groupé n'est en revanche pas possible pour le lancement des projets, mais il est prévu dans la période couvrant les projets. Le cadre y afférent doit encore être concrétisé.	
5.20. Incertitudes quant aux conséquences si les objectifs ne sont pas atteints.	<p>L'article 14, 17° de l'AR précise les modalités de résiliation : « il peut s'agir, entre autres, de l'absence ou d'un manque d'implication suffisante des partenaires obligatoires, d'un manque d'inclusion suffisante de bénéficiaires dans le projet, le fait de ne pas atteindre les objectifs tels que visés dans l'article 2, le non-respect des dispositions de la convention et s'il apparaît que les dépenses augmentent en conséquence du fonctionnement du projet».</p> <p>Aux termes de l'article 15 de l'AR, ces conventions sont conclues pour une durée de 4 ans. Le Comité de l'assurance peut proposer des modifications. Si le contractant refuse ces modifications, l'INAMI consigne le refus par écrit, le notifie au contractant et l'informe que la convention prendra fin le 1^{er} jour du sixième mois qui suit cette notification. Dans ce cas, le projet est tenu d'en informer les bénéficiaires inclus.</p>	Zorgnet-Icuro
5.21. Les régions où les hôpitaux ont un case mix plus élevé (troisième ligne) et un prix de la journée d'hospitalisation plus cher (ex. UZ Leuven) nous indiquent que 20 % de la partie variable du BMF (forfait par admission et forfait par journée d'hospitalisation) qui est prise en compte dans les projets pilotes peut différer de manière significative par rapport aux régions où le case mix est plus bas – de même pour le forfait médicaments, le forfait biologie clinique et celui imagerie médicale par admission. Ces forfaits sont aussi basés sur le case mix. Est-il possible d'affiner davantage le modèle ?	Il est vrai que des différences peuvent exister dans les dépenses prévues suite à des différences de prix qui ne sont pas liées aux caractéristiques de la population locorégionale. Pour l'instant, ce facteur ne fait pas l'objet d'une correction. Le calcul des gains d'efficacité se fonde en revanche sur une correction par rapport aux dépenses « normalisées » sur la base des dépenses observées en 2016.	Zorgnet-Icuro

<p>5.22. La proposition de financement se base provisoirement sur une liste de prestations de l'AMI et le BMF. Quel est l'engagement de la Flandre concernant l'assouplissement réglementaire et le financement par rapport à ses compétences ? A-t-elle déjà avancé plusieurs principes généraux ? Des décisions concrètes ont-elles déjà été prises à cet égard avec les projets pilotes ?</p>	<p>Concernant les projets flamands, un arrêté ministériel sera prévu par l'autorité flamande, pour chaque projet, afin de concrétiser l'éventuel assouplissement réglementaire et les engagements par projet. La Flandre s'est déjà entretenue plusieurs fois avec les projets. Une harmonisation continue est prévue tant dans la phase de conceptualisation que dans celle d'exécution.</p>	<p>Zorgnet-Icuro</p>
<p>5.23. La proposition actuelle sur le financement part du principe que les gains d'efficience auront lieu au niveau de l'AMI, mais il est important d'examiner aussi quels seront les coûts liés aux projets. Les projets représenteront en premier lieu un coût élevé dans d'autres domaines, ex. sur le plan administratif.</p>	<p>L'évaluation présentée par FAITH.be prévoit de prendre en compte les coûts relatifs à d'autres dépenses que celles de l'AMI (ex. coûts de lancement, de mise en œuvre, liés à d'autres compétences comme l'aide à domicile, la prévention, etc.).</p>	<p>Pendant la concertation</p>
<p>5.24. Le financement/les budgets au niveau de l'INAMI sont pour l'instant prévus selon une approche sectorielle, tandis qu'une garantie budgétaire au niveau transsectoriel est à présent proposée aux projets. Ne peut-on pas prévoir une garantie budgétaire au niveau sectoriel de manière à éviter aux projets de devoir engager une discussion financière pour chaque projet de manière individuelle ?</p>	<p>L'objectif des soins intégrés est justement de dépasser la pensée en silo. Il y aura inévitablement des déplacements dans les missions et donc en termes de temps entre les secteurs. Une garantie budgétaire sectorielle rendrait vraiment difficile l'objectif financier.</p>	<p>Pendant la concertation</p>

6. Gouvernance

Question	Réponse (ou à répondre par)	Demandeur
<p>6.1. De nombreux acteurs sont impliqués (plusieurs dizaines par projet). Comment ceci peut-il s'insérer dans un modèle de gouvernance ?</p>	<p>La gouvernance a été abordée au cours de différentes sessions d'information pour les projets (la séance plénière du 06/12, les journées d'intervision en janvier et février). La création d'un modèle de gouvernance adéquat est un défi auquel font face les projets pilotes et qui fera l'objet d'une évaluation par la suite. Au cours des séances, des concepts comme les structures de réseau et la gestion d'intégration sont discutés en profondeur et</p>	<p>Zorgnet-Icuro</p>

	<p>l'accent est mis sur la transparence, la communication, la confiance, etc. La manière dont la gouvernance s'insère dans un cadre juridique dépend fortement du consortium. Chaque projet est différent tout comme chaque consortium : certains projets ont besoin de créer immédiatement une asbl, d'autres se fondent sur la structure actuelle et s'organisent autour d'un des partenaires qui se charge des aspects plus administratifs. Il est également possible d'évoluer vers une structure juridique déterminée en cours de développement des projets.</p>	
--	---	--