

Questions-Réponses session plénière 10/02

1. Est-ce que c'est possible d'utiliser des indicateurs spécifiques pour le projet dès le début du projet (T₀)?

Les consortia peuvent prendre contact avec l'équipe scientifique FAITH.be afin de décider quels indicateurs spécifiques au projet, ils souhaitent utiliser. Il faut aussi vérifier dans quelle mesure ces indicateurs spécifiques se recoupent avec des indicateurs prévus par l'équipe scientifique de FAITH.be pour suivre les projets de manière transversale et ainsi éviter un double travail.

2. Dans le passé, l'utilisation de l'application BelRAI a été perçue comme chronophage et non conviviale. Comment pouvons-nous à présent convaincre nos partenaires d'utiliser le BelRAI-screener?

En termes de temps: le BelRAI-screener ne se compose que de cinq questions. Dans le cas où aucun de ces 5 problèmes n'est identifié, le screening peut être réalisé rapidement. Dans le cas contraire, si un problème est détecté, le BelRAI-screener prend maximum 20 à 30 minutes. Ces derniers mois un énorme travail a été fait pour rendre l'utilisation du BelRAI-screener plus conviviale. Les autorités vont le communiquer clairement aux acteurs des soins du terrain au cours de l'automne 2017. Nous réfléchissons également pour le moment à la manière dont la formation pourra être organisée. Enfin, avant la fin de l'année (2017), nous aurons une nouvelle application qui devrait être beaucoup plus performante.

Actuellement, des projets pilotes sont en cours (en Flandre) pour vérifier si toutes les conditions sont remplies pour implémenter cet instrument à plus grande échelle. Après évaluation de ces projets pilotes, la Flandre décidera à partir de quand, et sous quelles conditions, le système pourra être généralisé.

Voici quelques avantages de l'utilisation du BelRAI-screener:

- *Simplification administrative pour les prestataires de soins en remplaçant les instruments utilisés actuellement par un outil d'évaluation validé internationalement BelRAI ([Action 8 du plan eSanté](#)). Remarque: si on utilise le BelRAI à la place d'un autre outil d'évaluation, cela ne demandera pas plus de temps.*
- *La personne avec un besoin en soins ne doit faire l'objet que d'une seule évaluation.*
- *L'instrument et toute l'information sont disponibles de manière transmurale.*
- *Il promeut une approche multidisciplinaire.*
- *La stratification des patients est possible par l'intermédiaire du BelRAI-screener.*
- *Aperçu d'une image plus objective des besoins en soins d'une personne .*
- *Sur base des résultats du BelRAI, on peut réaliser une approche globale, une planification des soins de grande qualité et un monitoring de la qualité des soins.*
- *En Flandre, ce sera aussi (à terme) l'échelle de mesure pour déterminer le droit à l'assurance soins flamande dans le cadre de la Protection sociale flamande (VSB : Vlaamse sociale bescherming).*

Le BelRAI screener est disponible dans les 3 langues, sous l'onglet documentation, sur le site web www.integreo.be.

Pour plus d'informations: <https://www.ehealth.fgov.be/fr/application/applications/BELRAI.html>

3. Quand prendra place la mesure zéro par exemple pour les PROMS et PREMS ('Patient Reported Outcomes Measures' (**PROMs**) et 'Patient Reported Experience Measures' (**PREMs**)?)

La mesure zéro de l'évaluation scientifique devrait avoir lieu au moment de l'inclusion de la personne dans le projet.

4. Comment prendre en compte dans le système de garantie budgétaire, les groupes de personnes qui actuellement sont en sous-consommation de soins? Comment pouvons-nous éviter des effets indésirables, comme par exemple l'« écrémage » (cream skinning) ou la sélection des risques?

*Le coût attendu A est calculé sur la base de tous les bénéficiaires en Belgique qui remplissent les critères du groupe cible administratif du projet-pilote et ce au 31 décembre de chaque année civile. Lors de ce calcul, on réalise **une adaptation du coût national moyen** pour tenir compte des caractéristiques concrètes des bénéficiaires dans le groupe cible administratif dans la zone du projet-pilote, comme, par exemple, l'âge, l'isolement, les critères donnant droit au MAF ou à l'intervention majorée, le niveau d'urbanisation, etc. (la liste complète des paramètres se trouve en annexe de l'AR).*

***Plus grand sera le groupe cible administratif**, plus faible sera l'impact de la hausse des dépenses des personnes incluses (qui, avant l'inclusion dans le projet, avaient un recours insuffisant aux soins) sur le calcul global de la garantie budgétaire pour le projet.*

*En outre, **la réduction des inégalités de santé** constitue un des cinq objectifs principaux des projets de soins intégrés. L'atteinte de cet objectif et les efforts déployés pour y parvenir seront mesurés dans l'évaluation de l'équipe scientifique.*

Enfin, lors de l'évaluation des candidatures, on vérifiera si les critères d'inclusion proposés ne donnent lieu à l'exclusion de facto de groupes à haut risque.

5. Est-ce que toute la population de votre zone géographique peut faire partie de votre groupe cible ?

Oui, au niveau administratif (groupe cible administratif) vous pouvez compter toute la population.

6. Une cohérence entre le groupe cible administratif et opérationnel de votre projet est nécessaire, également en termes de nombre. Qu'est-ce que cela signifie si vous choisissez l'ensemble de la population comme groupe cible administratif?

La garantie budgétaire sera calculée en fonction de votre groupe cible d'administratif. Les effets de vos actions seront dès lors mesurés sur cette échelle de grandeur. Si votre groupe cible opérationnel diffère fortement du groupe cible administratif, il n'y aura aucun effet mesurable sur ce dernier.

Si vous choisissez toute la population comme groupe cible administratif et que vous œuvrez dans votre projet sur un groupe relativement restreint de votre population comme groupe cible opérationnel, vous courez le risque que les dépenses réelles pour le groupe cible administratif

soient plus élevées que les coûts attendus, puisque votre projet ne prend pas en charge ce groupe-cible.

C'est pourquoi il est important que le groupe pour lequel des actions sont mises en œuvre dans le projet (groupe cible opérationnel) concorde suffisamment avec le groupe de personnes pour lesquelles la garantie budgétaire est calculée (groupe cible administratif), tant en termes de nombre que de la concentration des dépenses de ce groupe-cible.

7. Pourquoi un système de réduction progressive est-t-il nécessaire dans le calcul des gains d'efficacité pour le groupe Z?

*Si le coût réel avant le début du projet est moins élevé que le coût attendu $A_{2016} - 5\%$, le projet fait partie du **groupe Z**. La différence entre le coût attendu $A_{2016} - 5\%$ et le coût réel = D_{2016} .*

Si un projet fait partie du groupe Z, le gain d'efficacité est calculé en faisant la différence entre :
a) le coût attendu $A_t - 5\%$ de l'exercice concerné, diminué en 2018, 2019, 2020 et 2021 de respectivement 25 %, 50 %, 75 % et 100 % de D_{2016} , et
b) le coût réel Z_t de l'exercice concerné.

La logique de « l'efficacité » dans l'approche Triple Aim est de faire mieux avec votre budget actuel. Les projets appartenant au groupe Z peuvent (mais pas nécessairement) être déjà très efficaces. Nous prévoyons alors quand même un « bonus » (dégressif) afin qu'ils puissent développer de nouvelles formes de soins: nous donnons aux projets le bénéfice du doute quant à la situation de départ.

La diminution progressive du seuil du niveau des coûts attendus $A_t - 5\%$ sur lequel est calculée la différence, est nécessaire afin d'inciter le projet à travailler de manière plus efficace après 4 ans, c'est-à-dire à un niveau de dépenses réelles inférieur à celui qu'il avait avant le début du projet.

8. Quand les gains d'efficacité seront-ils mis à disposition du projet ?

Les gains d'efficacité de l'année t seront mis à disposition du contractant, par l'INAMI, pour le nombre de bénéficiaires du groupe cible administratif du projet, en septembre de l'année $t + 1$. C'est-à-dire, par exemple, que le montant des gains d'efficacité pour l'année 2017 sera payé en septembre 2018.

9. Quand le financement de 150.000 euros/an sera-t-il mis à disposition du projet?

Chaque année, l'intégralité des 150.000 euros seront mis à disposition du projet pour couvrir les coûts du management d'intégration de l'année en cours. Les modalités précises (nombre de tranches et le moment précis du paiement) seront mentionnées dans la convention. Les projets ne devront donc pas attendre l'année suivante pour avoir ce montant.

10. N'y a-t-il pas un risque de voir certaines méthodes de (pré)financement compromettre le caractère solidaire de notre système de soins de santé?

Les projets de soins intégrés sont novateurs et révolutionnaires à bien des égards, ce qui nécessite une possibilité de nouveaux systèmes (de financement). Il y a beaucoup de projets qui, durant la

phase de conceptualisation, ont cherché d'autres sources qui pourraient éventuellement contribuer au pré-financement du projet de soins intégrés, comme, par exemple, via des fonds d'investissement (sociaux).

Au cours de la session plénière du 10 février, nous avons déjà dit que nous réfléchirons ensemble (projets, coaches et autorités) sur les différentes possibilités. En effet, nous devons sans nul doute veiller à ce que la santé publique et les intérêts du patient restent à l'avant plan dans tout nouveau système. On pourrait également envisager de réaliser cet objectif par des collaborations avec des systèmes d'investissement non-publics (sociaux), par exemple.

Lors de la session d'intervention du 16 mars, nous discuterons avec les coordinateurs de cette problématique. Entretemps, la CIA poursuit l'étude de ces possibilités. Si vous avez déjà des idées ou des informations à nous transmettre, nous les recevrons volontiers à l'adresse chroniccare@health.belgium.be.

11. Comment déterminer le poids d'une organisation partenaire, telle qu'un cercle de médecins généralistes, un hôpital, une organisation de soins à domicile ?

Cette discussion doit être menée au sein du projet, éventuellement avec l'aide du coach. Lors de la session plénière du 10 février, un projet a expliqué que, chez eux, chaque partie avait le même poids en voix. Vous pouvez aussi, par exemple, envisager un système de pondération, ou des coalitions minimales de partenaires qui doivent soutenir une décision.