

Questions session plénière 6 décembre 2016: partie 1

1. Quelle structure juridique doivent avoir les projets pilotes ?

Le Comité de l'Assurance conclura une convention avec une personne morale. Cette personne morale peut être le consortium et, dans ce cas, il faut une structure juridique avec personnalité juridique, p. ex. une ASBL. La convention peut aussi être conclue avec l'un des partenaires du projet doté d'une personnalité juridique, autorisé par les autres partenaires à conclure cette convention. Dans ce dernier cas, le consortium peut aussi adopter une structure juridique sans personnalité juridique, p. ex. une association de fait.

L'objectif est que les projets évoluent vers une structure juridique s'inscrivant au mieux dans l'esprit du projet, dans ses objectifs et activités. Le consortium est totalement libre de choisir la structure la plus indiquée à cet effet. Il est conseillé d'examiner avec les partenaires du consortium qui dispose déjà d'une expérience en matière de structures juridiques (p. ex. un projet P3, une structure de coordination, une structure de réseau, ...).

2. Est-il possible d'inclure des personnes sans e-ID dans un projet ?

*Ces patients peuvent être inclus dans le groupe cible **opérationnel** du projet. Pour le groupe cible administratif, l'inclusion de personnes ne disposant pas de l'assurance-maladie obligatoire ou d'une carte d'identité est impossible : lors du calcul de la garantie budgétaire, seules sont reprises les prestations pouvant être identifiées dans la base de données AIM. Les prestations en faveur de personnes sans assurance-maladie obligatoire ou sans carte d'identité ne sont pas enregistrées dans la base de données AIM. En conséquence, ces personnes peuvent uniquement être reprises dans le groupe cible opérationnel. Bien entendu, en ce qui concerne les personnes disposant d'un statut ou d'une allocation spécifique du CPAS, il est possible de conclure des conventions spécifiques avec les CPAS concernés.*

3. Les économies prévues en 2017 dans les soins de santé auront-elles un impact sur le financement des projets pilotes "soins intégrés" et sur les projets pilotes dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux (hospitalisation à domicile et accouchement avec court séjour) ?

Ces économies sont prévues et actuellement en exécution. Il n'y a aucun impact sur le financement des projets "soins intégrés" en phase de conceptualisation, ni sur les 150.000 EUR prévus pendant la phase de réalisation. En phase de réalisation, les budgets de coordination (150.000 EUR par an) pour les projets pilotes "soins intégrés" ne sont en outre pas financés via un contrat B4, mais via une convention conclue avec le Comité de l'Assurance de l'INAMI.

Par ailleurs, il n'y a aucun impact non plus sur le financement actuel des projets pilotes "hospitalisation à domicile" et "accouchement avec séjour hospitalier écourté" dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, puisque ce budget a déjà été prévu.

4. Un préfinancement est-il nécessaire ?

Un préfinancement peut s'avérer nécessaire si des coûts d'investissement doivent être engagés pour la mise en place de certaines actions d'innovation. Ceci pourrait être nécessaire en attendant les gains d'efficacité parce que les gains d'efficacité issus de l'assurance maladie-invalidité ne pourront être payés qu'à partir de septembre 2018 (passerelle de 15 mois au moins) ou dans le cas où vos coûts sont supérieurs à vos gains d'efficacité.

Il faut avant tout réfléchir aux actions que le consortium souhaite déployer et à quel moment. Vous n'êtes pas obligés de lancer toutes les actions dès le début du projet, il s'agit d'un processus progressif. En fonction des actions, il est possible de définir quels sont les moyens - humains et financiers - nécessaires. Votre planning est le meilleur instrument pour estimer le besoin de préfinancement.

Donnez priorité aux actions d'innovation susceptibles d'avoir un impact important à court terme. Vous pouvez aussi éviter les coûts d'investissement en utilisant et en faisant appel à des projets, formes de soins, réseaux, etc. existants. Lors de l'inventaire des moyens disponibles, vous en avez déjà obtenu un tableau plus précis et il est possible également d'identifier rapidement les inefficiences et d'y remédier.

Vous pouvez alors examiner au sein de votre consortium s'il existe des moyens que vous pourriez dégager à court terme (p. ex. en fusionnant/regroupant des activités similaires comme la permanence, en évitant la duplication de tâches, ...).

La problématique liée au préfinancement ne peut donc être identifiée que lorsqu'un planning et un calcul financier ont été réalisés au sein de votre consortium et que votre besoin de préfinancement a été chiffré.

La nécessité de prévoir des modalités de préfinancement de la part du gouvernement fédéral, par exemple sous la forme d'une avance sur les gains d'efficacité prévus, est en réflexion.

5. Comment se déroulera l'extension progressive du groupe cible opérationnel ? Quel est le trajet prévu à cet effet ?

Pour la fin de la première année de la phase de réalisation, l'objectif est qu'1% de la population au sein de la zone d'activité ait été inclus dans le projet. Pour l'extension progressive du groupe cible opérationnel, le trajet suivant est envisagé :

- *Pour la fin de l'année 1 de la phase de réalisation : 1% de la population*
- *Pour la fin de l'année 2 de la phase de réalisation : 3%*
- *Pour la fin de l'année 3 de la phase de réalisation : 6%*
- *Pour la fin de l'année 4 de la phase de réalisation : 10%*

Notez qu'un trajet spécifique a été défini pour l'extension progressive du groupe cible opérationnel (c.-à-d. les personnes qui seront visées par la mise en œuvre des actions du projet et pour lesquels des accords en matière de soins seront conclus). Par ailleurs, un projet peut aussi adapter / étendre chaque année son groupe cible administratif (dans le cadre de la garantie budgétaire).

6. Dans le cas d'un paiement groupé, des suppléments peuvent-ils être facturés par des prestataires de soins qui ne sont pas associés à un projet ?

Lorsque des prestations de soins de santé sont portées en compte auprès d'un patient, inclus dans un projet où un paiement groupé est d'application, par un médecin qui n'est pas associé au projet, le médecin doit les facturer au patient lui-même ou à la mutuelle. À cette fin, des accords complémentaires seront conclus en concertation avec les mutuelles.

En raison de sa complexité, la possibilité d'appliquer un paiement groupé ne sera pas possible dans un premier temps, mais sa mise en application est préparée pour le 01/01/2018.

7. Comment gérer les gains d'efficacité réalisés dans des domaines qui ne relèvent pas de la compétence de l'autorité fédérale, et qui donc restent "invisibles" dans le cadre des dépenses INAMI (p. ex. les admissions reportées en maison de repos et de soins) ?

Des précisions seront fournies prochainement par les entités fédérées quant aux gains d'efficacité réalisés sur des services et activités relevant de leur compétence.

8. Est-il possible que des patients soient exclus d'un projet (p. ex. lorsqu'un besoin de soins aigus se manifeste chez un patient, qui diffère du type de maladie pour laquelle ce patient a été inclus dans le projet) ?

Comme précisé dans le Guide des projets pilotes, aucune limitation ne peut être imposée quant à une éventuelle comorbidité ou polypathologie. Les soins aigus pour une autre maladie (p. ex. intervention chirurgicale en cas de fracture de la jambe) que la maladie chronique pour laquelle le patient a été admis dans le projet, sont inclus dans le calcul de la garantie budgétaire. Les soins aigus de ce genre entraîneront effectivement une augmentation du coût des soins pour les différents patients faisant partie du groupe cible administratif. La prise en compte d'un montant moyen dans le coût attendu permet de prendre en compte cette variation : le coût attendu est déterminé sur la base du coût national moyen pris en charge par l'assurance-maladie pour le même groupe cible (administratif) au niveau national (qui comprend aussi des patients chroniques confrontés à une problématique aiguë).

9. Qu'en est-il des patients souffrant d'une maladie pour laquelle des institutions/hôpitaux spécialisés n'existent qu'en dehors de la zone d'activité du projet ?

Comme exposé dans le Guide des projets pilotes (p.15), il n'est pas obligatoire d'offrir tous les types de soins dans la zone d'activité. En ce qui concerne les hôpitaux spécialisés situés en dehors de la zone, il est possible de conclure avec ces prestataires de soins une convention complémentaire (mais ce n'est pas une obligation). L'objectif est en effet d'inclure dans le groupe cible du projet la totalité du spectre des soins pour les bénéficiaires, même si certains aspects de soins non présents dans la zone pilote sont offerts par le biais de collaborations avec des partenaires externes en dehors de la zone pilote.

10. Dans le cadre financier actuel, les gains d'efficacité ne peuvent être payés qu'avec 2 ans de retard (+ temps de traitement). Est-il possible d'accélérer ce paiement ?

Il est effectivement exact que les gains d'efficacité seront payés au projet avec un certain retard. Cela est dû à la nécessité d'effectuer un traitement administratif des données. C'est pourquoi un préfinancement peut être nécessaire en attendant les gains d'efficacité (voir question 4).

11. Dans quel délai un feedback sur les résultats (financiers) est-il prévu au cours de la phase de réalisation du projet ?

Un premier feedback relatif au statut financier du projet (incluant le calcul des gains d'efficacité) est attendu en septembre 2018 et portera sur l'année calendrier 2017. Les possibilités d'obtenir pendant le déroulement du projet, et donc avant le paiement des éventuels gains d'efficacité, une idée/indication de la manière dont les actions ont un impact (système de monitoring financier) sont à l'étude avec l'AIM. Un autre feedback concernant les résultats et le suivi du plan de projet se fera sur la base de l'auto-évaluation, en collaboration avec l'équipe scientifique.

12. Qu'en est-il des personnes disposant d'une seconde résidence à l'intérieur de la zone d'activité d'un projet ? Est-il possible de les inclure également dans le groupe cible administratif ?

Ces personnes peuvent être incluses dans le groupe cible opérationnel, mais pas dans le groupe cible administratif. Pour le calcul de la garantie de budget, il sera uniquement tenu compte du groupe cible administratif (constitué des personnes domiciliées dans la zone d'activité). Dans le cas où le projet opte pour un paiement groupé, cette problématique fera l'objet d'une étude complémentaire.

13. Est-il possible d'inclure dans le groupe cible (administratif – opérationnel) des patients qui ne disposent pas d'un statut de maladie chronique ?

Chaque consortium est libre de définir un groupe cible de son choix, pour autant que les conditions définies dans le Guide soient respectées (p. ex. pas de groupe cible focalisé sur une seule maladie chronique). Le groupe cible ne doit donc pas nécessairement inclure des personnes disposant du "statut de maladie chronique".

La définition d'un groupe cible est demandée afin que le projet reste gérable en phase initiale et que l'on puisse lancer les initiatives prévues de façon ciblée. Parce qu'il n'est pas toujours possible de transposer en pratique les critères de l'AIM, la possibilité est prévue de définir, d'une part, un groupe cible administratif basé sur les critères de l'AIM et, d'autre part, un groupe cible opérationnel avec lequel démarrer en pratique.

Cette subdivision (administratif – opérationnel) n'implique nullement que l'action du projet doit se limiter à ces groupes cibles : on attend d'un projet qu'il s'adresse à toute la population de sa zone d'activité (notamment sur le plan de la prévention, de la gestion du changement, de l'empowerment, ...).

14. Comment gérer les personnes incluses qui ont recours à des soins en dehors de la zone d'activité ? Y a-t-il un impact financier ?

La garantie budgétaire est calculée sur la base de l'ensemble des bénéficiaires inclus dans le groupe cible administratif et domiciliés dans la zone d'activité. Si un de ces bénéficiaires décide de recourir à des soins en dehors de la zone d'activité (les habitants de la zone ne sont pas obligés de faire appel exclusivement à des prestataires de soins situés dans la zone d'activité, voir Guide p. 15), le projet est effectivement dans l'impossibilité d'agir sur les coûts de soins qui y sont liés. Ceux-ci sont toutefois pris en compte dans le calcul des coûts réels pour le groupe cible administratif du projet.

15. L'efficacité sera-t-elle examinée par type ou (sous-)groupe de soins ? Comment fera-t-on le calcul pour les pratiques travaillant sur une base forfaitaire ?

Dans le cadre des projets "soins intégrés", on examinera le projet dans son ensemble sur le plan des dépenses AMI. En ce qui concerne les dépenses relatives à des services relevant de la compétence des entités fédérées, on attend prochainement de plus amples informations.

Les dépenses de pratiques forfaitaires sont prises en compte dans le calcul de la garantie budgétaire (en particulier dans le cadre des 16 groupes de prestations).

16. Est-il réellement possible d'obtenir des gains d'efficacité endéans les quatre ans ?

Pour certaines initiatives, il est effectivement exact que l'efficacité ne peut apparaître qu'à plus long terme (p. ex. dans le cas des actions de prévention). D'autres actions d'innovation, en revanche, mènent à l'obtention de "quick wins" (gains d'efficacité à court terme), comme p. ex. l'évitement des doubles prestations, l'investissement dans des formes de soins alternatives (moins

coûteuses, mais de qualité égale ou supérieure), les actions innovantes au niveau de composantes comme le soutien des aidants-proches, etc.

Des exemples de soins intégrés à l'étranger ont démontré que des gains d'efficience dans un délai de quatre ans sont possibles :

- *L'Alternative Quality Contract de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts: par comparaison avec des populations comparables dans d'autres états, la population incluse dans le projet a enregistré une moindre croissance de ses dépenses médicales de 5,8% à 9,1% après quatre ans¹.*
- *Gesundes Kinzigtal : entre 2006 et 2010, les coûts ont diminué de 16,9% pour la population incluse dans le projet par comparaison avec la population d'autres régions en Allemagne².*

17. Comment gérer la problématique des "outliers" (p. ex. patients avec frais de santé exceptionnellement élevés) dans le calcul de la garantie budgétaire ?

Les "outliers" seront définis par l'INAMI selon une méthodologie statistique standard (encore à l'étude actuellement).

¹ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1404026#t=abstract>

² <https://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems/gesundes-kinzigtal-germany>