

DEUXIÈME APPEL À CANDIDATURES :
PROJET PILOTES « HOSPITALISATION À
DOMICILE »

Bruxelles, 20 mai 2016

Table des matières

| | |
|--|----|
| 1. Introduction - contexte et objectif | 4 |
| 2. Objectif et caractérisation des projets pilotes « hospitalisation à domicile » | 5 |
| 3. Eléments qui doivent être présentés dans la description de chaque proposition de projet pilote | 7 |
| 3.1. Motivation et objectifs visés | 7 |
| 3.2. Description du ou des épisodes de soins visés par l'HAD | 7 |
| 3.3. Partenaires, offre de soins et plan de soins | 8 |
| 3.4. Population-cible, inclusion et sortie des patients | 9 |
| 3.5. Implication du patient et de son entourage..... | 11 |
| 3.6. Populations fragiles..... | 11 |
| 3.7. Formation des professionnels | 11 |
| 3.8. Gouvernance et coordination du projet-pilote..... | 11 |
| 3.9. Organisation de la continuité des soins et permanence 7j/7, 24h/24, plan d'urgence | 12 |
| 3.10. Dossier patient - transmission et partage d'information entre prestataires | 12 |
| 3.11. Mise en place de guidelines, protocoles, outils d'information et outils de screening visant des soins de qualité | 13 |
| 3.12. Autoévaluation des projets-pilotes | 13 |
| 3.13. Utilisation des moyens financiers | 16 |
| 4. Cadre financier des projets pilotes | 16 |
| 4.1. Mise en commun du financement..... | 16 |
| 4.2. Neutralité budgétaire pour le financement des soins..... | 16 |
| 4.3. Garantie budgétaire..... | 17 |
| 4.4. Règles de facturation et décompte budgétaire | 18 |
| 4.5. Budget de coordination | 19 |
| 4.6. Pas de coût supplémentaire pour le patient..... | 19 |
| 5. Eléments juridiques | 19 |
| 5.1 Convention de projet | 19 |
| 5.2 Convention B4 | 20 |
| 5.3 Statut du patient et application des droits du patient | 20 |

| | |
|---|----|
| 5.4 Dérogations possibles à la réglementation..... | 20 |
| 6. Perspectives en cas d'implémentation à grande échelle | 21 |
| 7. Procédure et critères de sélection des candidatures de projets | 21 |
| 8. Critères d'évaluation des projets retenus, en cours de projet..... | 22 |
| 9. Introduction d'un dossier de candidature..... | 24 |
| Annexe : Protocoles de soins..... | 25 |

L'accord de gouvernement fédéral prévoit des mesures visant à « éviter de longs séjours hospitaliers inutiles, en combinaison avec une offre de formes de soins alternatives moins coûteuses ». Plus concrètement, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique exposait le 28 avril 2015 dans son « Plan d'approche de la Réforme du financement des hôpitaux » qu'il convenait de viser une bonne adéquation et coordination entre les soins ambulants et hospitaliers, et entre les hôpitaux, en raison du nombre croissant de patients atteints de pathologies chroniques : les soins doivent se dérouler de façon plus intégrée et les soins transmuraux doivent être stimulés. Dans le cas d'affections aiguës, une bonne coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires est également primordiale.

Ce Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux prévoit une mise en œuvre prudente et pragmatique de nouveaux modèles d'organisation et de financement pour les soins hospitaliers. L'objectif consiste à tester, en étroite concertation avec le secteur et les entités fédérées, de nouvelles modalités à petite échelle dans un premier temps et de ne les implémenter à plus grande échelle qu'après une évaluation objective et positive. Cette approche permettra de gérer et d'adapter plus facilement les effets secondaires défavorables et inattendus et d'éviter le chaos. Simultanément, une marge sera donnée à différents acteurs des soins de santé pour lancer des initiatives créatives et innovantes, dans le cadre de projets pilote. En effet, le terrain possède une expertise reconnue et une vaste expérience pour déterminer quelles formes de collaboration, quels autres modèles d'organisation... peuvent bien fonctionner dans la pratique et lesquels offrent peu de perspectives. Les autorités souhaitent consulter le terrain et tirer les enseignements de ces expériences avant d'entreprendre des réformes substantielles à grande échelle.

Les projets pilotes fonctionnent donc comme des bancs d'essais pour tester certains mécanismes de politique utiles pour la réforme du financement des hôpitaux quant à leur faisabilité pratique. Le Plan d'approche indique clairement que la réforme du financement des hôpitaux vise essentiellement :

- à utiliser plus efficacement les budgets disponibles pour les soins hospitaliers (de sorte que le sous-financement dans le budget des moyens financiers puisse être éliminé et que l'on puisse faire face à l'avenir aux besoins de soins en hausse avec une croissance budgétaire plus faible que par le passé) ;
- sans toucher à la qualité des soins et à la satisfaction des patients - au contraire, à améliorer encore, autant que possible, la qualité des soins ainsi que la satisfaction des patients.

En juillet 2015, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique a lancé un appel à introduire des thèmes de projets pilotes dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux et du paysage hospitalier. Le premier thème pour les projets pilote a fait l'objet d'un premier appel. Il portait sur les "accouchements avec séjour hospitalier écourté". Les projets ont été sélectionnés en février 2016. Le deuxième thème vise les hospitalisations à domicile. Les conditions d'implémentation de projets-pilotes portant sur ce thème sont décrites dans présent document.

Le KCE a été chargé d'établir un état des lieux de l'hospitalisation à domicile (HAD) et de présenter les premières pistes de réflexion. Dans son rapport « *L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge* » (rapport 250), le KCE propose des orientations pour un modèle belge, après avoir analysé la littérature internationale et consulté les acteurs sur le terrain. Une partie de l'étude porte sur les expériences d'HAD à l'étranger et la possibilité de transférabilité à la Belgique. Cinq pays et régions ont été examinés dont l'état australien, Victoria, qui a démarré l'HAD par des projets pilotes dans des conditions semblables à celles du modèle belge. Face à la complexité de la problématique liée d'une part à l'hétérogénéité des modèles existants et d'autre part à l'absence d'un modèle préférentiel aussi bien à l'étranger que sur le terrain en Belgique, les experts préconisent de commencer par le lancement de projets pilote qui testeront et évalueront les différents modèles possibles. Cette étude du KCE aborde brièvement deux points importants que les projets pilote devront prendre en considération : le coût qui dépend du modèle d'organisation et les conditions nécessaires à la prise en charge de pathologies spécifiques.

Vu la diversité et la complexité de la thématique, il a été décidé de proposer deux variantes de projets-pilotes 'hospitalisation à domicile' :

- des projets-pilotes centrés sur l'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile
- des projets-pilotes visant d'autres types de soins dispensés à domicile sur la base de modalités d'organisation innovantes et qui, en l'absence d'hospitalisation à domicile, nécessiteraient un séjour hospitalier, sous la forme d'une hospitalisation classique ou de jour.

2. OBJECTIF ET CARACTERISATION DES PROJETS PILOTES « HOSPITALISATION A DOMICILE »

L'objectif des projets pilotes étant d'affecter avec plus d'efficacité les budgets disponibles pour les soins hospitaliers, la priorité sera donnée aux projets qui peuvent potentiellement dégager les gains d'efficacité les plus importants. Tant le gain dégagé par le mode de prise en charge que le volume potentiel en cas de généralisation sont visés, tout en garantissant le maintien ou l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des patients.

Dans ce contexte, les caractéristiques principales retenues pour les projets « hospitalisation à domicile » sont les suivantes :

1. Les projets pilotes portent sur des soins qui, en **l'absence d'hospitalisation à domicile, nécessitent un séjour hospitalier**, sous la forme d'une hospitalisation classique ou (d'une série d'hospitalisations) de jour.
2. Les soins sont dispensés **au domicile du patient** ou dans son lieu de résidence habituel (y compris en institution résidentielle).

3. Le **patient** est un partenaire actif du processus de décision concernant le suivi de son trajet de traitement. Son entourage y est également étroitement associé. Une attention particulière est accordée à "l'empowerment" du patient afin de lui permettre de jouer ce rôle actif dans la prise de décision.
4. Les projets pilotes génèrent une diminution de la durée d'hospitalisation ou permettent d'éviter des admissions hospitalières et, par là, réduisent **l'utilisation de l'infrastructure hospitalière** aigüe coûteuse.
5. L'offre de soins est pilotée par une **équipe multidisciplinaire** de prestataires de soins, avec des tâches et des responsabilités attribuées clairement et au sein de laquelle les dispensateurs de soins hospitaliers et extramuraux collaborent sur pied d'égalité. Les soins aux patients, basés un plan de soins fondé sur des données probantes, sont structurellement et systématiquement **coordonnés**.
6. Une attention et un temps suffisants sont consacrés à la **formation** et au partage de l'expertise.
7. Pour la coordination des soins, il est conseillé d'utiliser un **dossier de patients électronique intégré** / un échange de données électroniques qui (à terme) pourrait être utilisé par tous les prestataires de soins (et pas uniquement par les hôpitaux) et auquel le patient aurait accès à terme.
L'utilisation d'applications 'mobile health' connectées au dossier patient électronique est encouragée.
8. Les **résultats** des soins font l'objet d'un **monitoring** et d'un suivi au niveau du patient :
 - a. Il est indiqué qui assure le suivi et la coordination des soins au niveau du patient (coordinateur des soins)
 - b. Une attention particulière est accordée aux paramètres de performance concrets en ce qui concerne l'outcome.
9. Il est clairement défini quel prestataire est **responsable du patient** dans quelle phase. Une information proactive vers le patient et son entourage est organisée afin qu'ils sachent à tout moment à qui s'adresser.
10. Vers une **implémentation à plus grande échelle**
L'organisation modifiée des soins qui est développée par les projets doit également pouvoir être appliquée dans d'autres « settings » (autres villes, autres régions). Les résultats des projets évalués positivement (après 2 ans de fonctionnement) doivent permettre de développer des « trajets de soins » qui constitueront la base de nouvelles modalités de financement et d'organisation des soins et pourront ensuite être implémentées à plus grande échelle.

3. ELEMENTS QUI DOIVENT ETRE PRESENTES DANS LA DESCRIPTION DE CHAQUE PROPOSITION DE PROJET PILOTE

3.1. MOTIVATION ET OBJECTIFS VISES

La proposition de projet indique clairement la définition et la motivation de l'HAD, basée sur des éléments scientifiquement validés, et notamment les éléments suivants :

- Pourquoi l'HAD est-elle préférée à l'hospitalisation classique ou de jour ?
- En quoi la prise en charge HAD se distingue d'une prise en charge ambulatoire de type soins à domicile ?
- Quels sont les objectifs visés ?
- Quelle est la plus-value attendue au niveau de la qualité, de l'organisation, financière, ... ?
- Par rapport à une hospitalisation (de jour), quels sont les impacts positifs attendus et les inconvénients possibles pour le patient (et son entourage), les prestataires de soins... en termes de coût, qualité, satisfaction..., exprimé en termes d'hypothèses vérifiables ? (démontrer dans la pratique ou sur la base de preuves scientifiques étrangères que, dans d'autres contextes, le modèle organisationnel alternatif proposé génère des effets positifs)
- S'agit-il d'un projet existant ou d'un nouveau projet ?

Par conséquent, il ne s'agit pas de prolonger un séjour en hôpital (de jour) et de lui donner, grâce à ces projets pilotes, la structure de l'HAD. De même, l'HAD ne vient pas en remplacement de l'organisation de soins à domicile. L'intention n'est pas non plus d'élargir les indications pour l'HAD aux patients auxquels les soins étaient jusqu'à présent administrés en ambulatoire ou à domicile.

La motivation de l'HAD est importante car la réponse détermine si la portée du projet introduit rentre bien dans les critères de sélection prédéfinis.

3.2. DESCRIPTION DU OU DES EPISODES DE SOINS VISES PAR L'HAD

Il conviendra ici de préciser si le projet-pilote opte pour la **variante 1** 'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile' ou la **variante 2** 'autres types de soins dispensés à domicile sur la base de modalités d'organisation innovantes'. Il est également possible d'inclure l'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile dans un projet plus large introduit dans le cadre de la variante 2.

Chaque projet d'HAD doit définir ses propres critères d'éligibilité, définis en termes de complexité (minimale /maximale) des soins, de fréquence et durée de soins requis chaque jour, de compétences et d'équipements requis, et de zone géographique desservie :

- contenu du ou des épisodes de soins : prestations comprises dans le projet et prestations exclues du projet
- durée du ou des épisodes de soins couverte par le projet

- de quelle manière souhaite-t-on organiser les soins différemment ?
- prise en charge médicale et non médicale liée à l'HAD, donc en plus des soins dispensés dans le cadre de l'HAD

Il doit être précisé comment l'utilisation de l'infrastructure hospitalière sera réduite en termes de nombre moyen de journées de séjour (réduction de durée de séjour ? hospitalisations (de jour) évitées ?), d'utilisation de moyens d'intervention médicaux et de médicaments.

Tous les éléments nécessaires à une prise en charge à domicile doivent être pris en considération : prestations médicales, prestations paramédicales, médicaments, fournitures d'équipements / matériel (lit médicalisé, autre équipement spécifique), transports, aide familiale ...

Il convient de préciser le cas échéant pourquoi ils ne sont pas relevant dans le projet visé.

3.3. PARTENAIRES, OFFRE DE SOINS ET PLAN DE SOINS

Les propositions de projets sont introduites par des groupes de prestataires de soins et d'éventuels autres prestataires de services et au minimum un hôpital : on vise une collaboration entre soins infirmiers à domicile, prestataires indépendants, médecins généralistes, spécialistes, hôpitaux, kinésithérapeutes, pharmaciens, assureurs privés, fournisseurs d'équipement ou de matériel, services d'aide aux familles,... ou autres types de prestataires. L'implication des différents prestataires de soins et d'aide dans le projet, dans un climat de respect réciproque pour toutes les expertises, tâches et responsabilités, est essentielle. Etant donné que les projets-pilotes se situent dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, au moins un hôpital doit être partenaire du projet. Chaque initiateur ou groupe de prestataires peut proposer au maximum une candidature de type 'variante 1' et une candidature de type 'variante 2'.

Il est évident que les chances de réussite augmentent parallèlement à la hausse de la portée des projets parmi les différents types de prestataires de soins, ayant un impact suffisant sur le groupe de patients visé. La connaissance de la méthode de développement, de l'implémentation et de l'évaluation des trajets de soins par les partenaires du projet est un avantage.

Lors de la définition de l'offre de soins impliquée et de l'épisode de soins, il faut également indiquer comment les soins seront organisés, qui se chargera de quelle tâche et comment la formation des partenaires sera assurée.

Une équipe multidisciplinaire, partageant un plan de prise en charge répondant aux besoins du patient et adapté à la situation locale doit être mise en place. Le rôle et les responsabilités de chaque professionnel de santé et autre intervenant impliqués dans la prise en charge – ainsi que ceux du patient et de son entourage – doivent être clairement décrits dans ce plan de prise en charge. Ce plan doit entre autres déterminer qui coordonne les activités entre les différents services de santé d'une part, et entre les services de santé et les services sociaux d'autre part, qui est le médecin responsable du suivi médical et quelles sont les responsabilités de chacun en ce qui concerne la mise à jour du dossier du patient.

Le patient doit être suivi par un médecin, généraliste ou spécialiste, désigné par le projet et impliqué dans les soins et qui reste en contact avec le coordinateur de soins (dans l'hypothèse où ce médecin n'assure pas lui-même cette fonction).

Le coordinateur de soins est un professionnel de santé qui veille à la cohérence et au suivi du plan de soins des patients. La coordination des soins ne doit pas nécessairement être assurée par la même personne pour l'ensemble des patients admis dans le projet. On peut par exemple prévoir un coordinateur de soins pour chaque sous-groupe de patients ayant un trajet de soins semblable.

Le coordinateur de soins se distingue du coordinateur de projet dont les responsabilités se situent au niveau de la collaboration entre les partenaires du projet (voir aussi point 3.8).

Les accords de collaboration entre ces différents partenaires doivent être expliqués concrètement dans le dossier de candidature. Le dossier doit expliciter quels sont les engagements et les tâches de chaque partenaire, comment la communication entre les partenaires se fera, quelles sont les responsabilités, quels sont les accords relatifs au financement, comment la continuité des soins sera garantie, ce qui doit se passer en cas de complications (sévères), qui est le coordinateur du projet, qui est responsable du patient pendant quelle phase, où le patient peut s'adresser en cas de questions ou de plaintes...

Il convient également d'expliquer les modalités et critères prévus pour la transition vers la prise en charge du patient en milieu ambulatoire après l'HAD, les soins nécessaires comme par exemple la consommation de médicaments, les séances de kiné, ...

Il convient de mentionner les différents partenaires du projet, ainsi que le rôle et les responsabilités de chacun dans le projet :

- prestataires infirmiers et paramédicaux ambulatoires (infirmiers à domicile, kinésithérapeutes,...)
- médecins généralistes, le cas échéant via les cercles de généralistes (le projet doit être rendu public auprès du cercle des généralistes)
- hôpital
- structures de coordination au niveau du patient (micro) ou au niveau des prestataires (méso). (structures existantes)
- service(s) aide aux familles
- délivrance produits pharmaceutiques et collaboration entre pharmacie hospitalière et officines ouvertes au public
- fournitures d'équipement / matériel médical
- autres : télémédecine, télévigilance, services sociaux, assureurs (privés)...

3.4. POPULATION-CIBLE, INCLUSION ET SORTIE DES PATIENTS D'HAD

La proposition d'HAD émane de l'hôpital et le médecin spécialiste de l'hôpital évalue son patient sur le plan clinique (histoire, examen). Il s'assure qu'il n'y a pas de contre-indication et il lui propose l'HAD. Ceci ne signifie pas que l'HAD doit nécessairement être précédée par une

période d'hospitalisation classique ou de jour, mais bien que l'HAD est proposée comme alternative à une telle hospitalisation classique ou (à une série d'hospitalisations) de jour.

En toute transparence, le médecin spécialiste donne au patient candidat à l'HAD toute l'information nécessaire. Le patient doit donner son consentement explicite à une prise en charge en HAD, selon une procédure comparable à la déclaration d'admission prévue en cas d'hospitalisation classique ou de jour.

Le projet doit décrire de façon concrète les critères d'inclusion des patients dans le projet HAD. Quels sont les critères minimums pour débiter l'HAD et à quel moment débute-t-elle ? Quels outils sont utilisés pour le screening du patient (le BELRAI screener permet par exemple d'identifier des personnes 'fragiles') afin d'identifier les patients qui peuvent être hospitalisés à domicile ?...

Cette procédure devra impliquer le patient et son entourage. Ces critères d'inclusion peuvent être définis en fonction de différents paramètres :

- critères médicaux : pathologie, état général, ...
- critères sociaux : environnement social et familial favorable, autonomie, ...
- autres : proximité géographique de l'hôpital...

Le projet décrira également les critères qui amènent à exclure un patient du projet HAD ainsi que les critères qui sont pris en considération pour mettre fin à l'HAD

Il convient également de décrire avec précision la procédure pour déterminer si les critères d'éligibilité et de sortie de l'HAD sont satisfaits : les étapes de la procédure et les différents acteurs intervenant au cours de cette procédure, la fréquence d'évaluation des critères de sortie de l'HAD, ... Cette procédure précisera, tant pour l'admission en HAD que pour la sortie de l'HAD :

- les démarches faites vis-à-vis du patient et de son entourage (information, screening, consentement,...),
- celles qui concernent les contacts et échanges d'information avec les prestataires du domicile, le médecin généraliste du patient, ...
- les mentions spécifiques à prévoir dans le dossier du patient
- les aspects administratifs visant à l'identification précise des patients en HAD et de la durée de l'HAD, tant au sein du projet qu'au niveau des organismes assureurs,
- les accords concernant la délivrance des médicaments : en principe, la délivrance des médicaments est assurée par l'officine ouverte au public pour les patients pris en charge hors de l'hôpital ; pour les médicaments qui ne sont pas disponibles via l'officine ouverte au public, la délivrance par l'officine hospitalière peut être prévue. Dans ce dernier cas, l'hôpital facturera les médicaments comme si le patient était pris en charge en hospitalisation de jour (tarif (*)). A cet effet, des contacts préalables, au cours de la phase de préparation du projet-pilote et via hospfin-pilot@minsoc.fed.be, sont souhaitables, afin d'examiner si les dispositions nécessaires peuvent être prises au sein du cadre réglementaire actuel.

Sur la base des critères d'inclusion/d'exclusion ainsi décrits, le projet devra donner une estimation du volume du groupe cible attendu en cas de réalisation du projet. Les objectifs visés

lors de la première année et lors de la deuxième année du projet pilote doivent être déterminés en termes de nombre de jours d'hospitalisation à domicile et en termes de nombre de journées d'hospitalisation (de jour) épargnées. Les hypothèses retenues pour fixer ces objectifs doivent être explicitées.

Le volume potentiel en cas de généralisation, sur base de données relatives à la fréquence de tels traitements, sera également mentionné dans la proposition de projet (citer la source des données).

3.5. IMPLICATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

Le patient (avec son entourage) doit être impliqué dans son plan de prise en charge. Une attention particulière doit également être portée à l'éducation du patient et de son entourage. En outre, il faut veiller à soutenir l'entourage afin de prévenir son épuisement.

Cette HAD ne peut a priori pas lui être imposée. Le patient conserve le droit de refuser l'HAD dès le début ou ultérieurement.

Le projet précisera la communication qui sera faite vis-à-vis du patient et de son entourage ainsi que les professionnels qui interviennent à ce niveau.

Le consentement écrit du patient est en outre requis pour son entrée en HAD, sous une forme comparable à la déclaration d'admission prévue lors d'une hospitalisation classique ou de jour.

L'accord du patient stipule que ses données personnelles sont nécessaires au suivi du plan de soins. Pour l'évaluation du projet, ces données ne seront utilisées qu'en cas de nécessité et bien sûr toujours après anonymisation.

3.6. POPULATIONS FRAGILES

Chaque projet doit décrire les mesures spécifiques mises en place dans le cadre de l'HAD de patients fragiles ou économiquement faibles

3.7. FORMATION DES PROFESSIONNELS

Le projet doit décrire comment la formation des partenaires sera assurée.

3.8. GOUVERNANCE ET COORDINATION DU PROJET-PILOTE

Le modèle de gouvernance qui sera utilisé au cours de la période du projet est décrit dans la convention de projet qui lie les partenaires du projet. Plus précisément, les organes de gestion, les partenaires qui les composent, ainsi que la manière dont la prise de décision a lieu doivent

être décrits. Les partenaires déterminent qui constitue le point de contact vis-à-vis de tiers. Les fonds libérés par la modification de la façon de travailler doivent être réinvestis dans les soins de santé et gérés collectivement.

Pour la coordination administrative et organisationnelle du projet, il est recommandé de travailler avec un coordinateur de projet. Ce coordinateur constitue le pivot dans la mise en œuvre du projet. Le coordinateur est responsable des éléments suivants :

- Mise en œuvre et suivi du projet
- Ajustement des accords de collaboration
- Mise au point de la communication entre les prestataires de soins et intégration d'un maximum de partenaires
- Gestion de la collaboration entre les différents prestataires de soins
- Contacts entre le projet et l'INAMI, le SPF Santé Publique, l'entité fédérée...
- Enregistrement d'informations pour le suivi et l'autoévaluation du projet,
- ...

3.9. ORGANISATION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ET PERMANENCE 7J/7, 24H/24, PLAN D'URGENCE

Pour assurer la continuité des soins, il convient de se concerter au sein du projet avec d'autres prestataires et services de soins, tant en amont (hôpitaux) qu'en aval (première ligne) de l'HAD doit être privilégié.

Pour chaque programme d'HAD, un plan d'urgence détaillé doit être conçu. Il doit mentionner le rôle et les responsabilités de chaque intervenant en cas d'urgence, avec garantie d'accessibilité 24h/24 et 7jours/7.

Le plan de soin précisera pour chaque patient qui donne l'alerte si le patient est seul et incapable, les exigences en matière de présence régulière et de suivi, de surveillance par téléphone, caméra, autre système de détection, ...

Pour les situations justifiant une (ré)admission du patient à l'hôpital, une procédure de (ré)admission doit être décrite, avec un enregistrement des plaintes/symptômes et de la prise en charge à l'hôpital : la (ré)admission a-t-elle un lien avec la pathologie traitée dans le cadre de l'HAD ou fait-elle partie d'une autre problématique ? Dans quel hôpital se fait la (ré)admission ?
...

3.10. DOSSIER PATIENT - TRANSMISSION ET PARTAGE D'INFORMATION ENTRE PRESTATAIRES

Les données du patient sont des données sensibles. Or la réussite de ce projet nécessite un partage des données et des transmissions de celles-ci. Il est nécessaire de décrire le processus d'échange de l'information et de garantir le respect de la vie privée.

Avant tout partage d'information, il conviendra de s'assurer que le patient a donné son consentement (voir également points 3.5 et 5.3).

3.11. MISE EN PLACE DE GUIDELINES, PROTOCOLES, OUTILS D'INFORMATION ET OUTILS DE SCREENING VISANT DES SOINS DE QUALITE

La proposition de projet doit se baser sur des guidelines de bonne pratique et faire état des protocoles qui seront mis en place et des outils proposés pour garantir la qualité des soins.

Ceux-ci viseront les différentes étapes de l'HAD : critères et procédures liés

- au screening préalable à l'HAD,
- à l'entrée en HAD,
- à l'élaboration et au suivi du plan de soins,
- à la vérification que toutes les conditions restent remplies en cours d'HAD,
- aux modalités d'éventuelle réadmission en hospitalisation classique ou de jour,
- aux conditions de sortie de l'HAD,
- à la continuité des soins lors de la sortie de l'HAD.

Il s'agira de décrire les critères cliniques d'admission du patient, les critères associés à l'environnement au domicile du patient, les modalités d'information du patient et procédure de consentement, la communication vers les professionnels susceptibles d'intervenir au domicile du patient, les procédures administratives, les instruments de screening, l'élaboration du plan de soins avec identification des différents intervenants et les modalités de révision du plan de soins, les résultats attendus de l'HAD, les données à collecter, à intégrer au dossier (électronique) du patient ou à communiquer à d'autres intervenants, les modalités d'évaluation en cours d'HAD, ...

Par ailleurs, comme l'hospitalisation se déroule à domicile, et que les normes hospitalières n'y sont pas d'application, les initiateurs doivent décrire comment ils pourront rencontrer les exigences de qualité en matière de gestion des déchets, sécurité, hygiène, manipulation de médicaments, traçabilité, enregistrement des incidents et presque-incidents...

Voir également l'annexe au présent document.

3.12. AUTOEVALUATION DES PROJETS-PILOTES

La proposition de projet doit contenir des **critères** clairs sur lesquels le projet peut être et sera évalué après deux années de fonctionnement.

Les critères d'évaluation, qui sont basés sur les objectifs que le projet pilote concret veut atteindre, comprennent :

- **des indicateurs de résultat** (renvoient au résultat final/objectif des soins) : impact sur la santé du patient

- **des indicateurs de processus** (renvoient aux soins effectivement prestés, y compris la communication à ce sujet) : par exemple, raccourcissement de la durée du séjour, nombre de contacts, suivi, ...
- **des indicateurs financiers** (coût) : à cet égard, il convient de prêter attention aux points suivants :
 - Les coûts (= moyens utilisés) au sein des services de soins et pour les prestataires de soins
 - Les coûts pour les patients (tickets modérateurs, suppléments, interventions personnelles, coûts non couverts par l'assurance maladie)
 - Les coûts pour les autorités publiques/l'assurance maladie

Pouvoir démontrer sur la base de preuves scientifiques que des indicateurs de qualité valides et fiables, critères de mesures des résultats, ... sont déjà disponibles constitue un avantage.

⇒ **Evaluation de la qualité (critères, indicateurs)**

Les critères de qualité et indicateurs permettant d'évaluer ces critères doivent concerner au minimum :

- a) Concernant la qualité des soins :
 - Les réadmissions en hospitalisation classique ou de jour
 - Les recours aux services d'urgence
 - Les arrêts prématurés d'HAD
 - Les prolongations d'HAD (durée réelle supérieure à la durée initialement prévue)
 - Le nombre d'interventions initialement non prévues (par jour et pour la période d'HAD)
 - Les pathologies connexes
 - Les infections
 - Les incidents et presque-incidents
- b) Concernant la satisfaction des patients et de son entourage :
 - enquête de satisfaction du patient
 - enquête de satisfaction auprès de l'entourage du patient
 - nombre d'abandons à la demande du patient ou de son entourage
 - nombre de refus des patients ou de l'entourage et raisons de ces refus
- c) Concernant la satisfaction des prestataires :
 - Enquête de satisfaction des prestataires
 - Nombre d'abandons des prestataires (prestataires qui se retirent du projet)
 - Nombre de refus des prestataires et raisons de ces refus (prestataires qui refusent d'intervenir dans le cadre de l'HAD d'un patient particulier)

⇒ **Evaluation économique du projet**

La façon dont sera réalisée l'évaluation économique du projet doit être définie au moment de l'introduction du projet afin de déterminer la plus-value de l'HAD. Quel est le coût total de l'épisode de soins relatif à l'HAD pour le patient par rapport à un élément de comparaison ou mesure de référence ?

La proposition soumise comprend donc également une '**mesure de référence**' : les résultats d'avant le début du projet pour les critères d'évaluation proposés. Il peut s'agir par exemple d'une description de la situation 'as is' avant le début du projet, basée sur les critères d'évaluation proposés.

Les données financières des séjours HAD sont à comparer aux données financières relatives à un séjour témoin correspondant aux séjours en hospitalisation classique ou de jour dans le même hôpital, au cours de l'année précédente. Ce séjour témoin présentera les mêmes caractéristiques (pathologie, lourdeur, catégorie d'âge...) que les séjours cibles pour lesquels il est proposé de développer une alternative sous la forme d'HAD.

La période prise en compte dans l'analyse financière doit être identique pour les séjours cibles et les séjours témoins, y compris éventuellement un certain nombre de jours avant l'admission à l'hôpital ou en HAD et/ou après la clôture du séjour hospitalier et/ou séjour HAD.

Les items comparés portent au minimum sur les prestations suivantes, qu'elles soient administrées à l'hôpital ou en-dehors de l'hôpital, qu'ils soient remboursables ou non :

a. Dépenses AMI

Via vérification pré et post sur la base des données de facturation avec 1ère estimation dans un délai de X mois (à déterminer par le projet en fonction du groupe-cible) après la sortie du patient.

b. Dépenses à charge des entités fédérées

Le cas échéant, à collecter par le coordinateur du projet.

c. Dépenses à charge des patients :

Questionnaire prédéterminé que le coordinateur du projet fait compléter par le patient, comportant au minimum les items suivants :

Dépense à charge patient (montant payé dont remboursement par la mutuelle) pour :

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Soins à domicile ?
- Autre prestataire de soins ?
- Aide familiale
- Médicaments et autres produits pharmaceutiques
- Équipement spécifique
- aménagement du domicile (préciser)
- autres : à préciser

d. Autres coûts pris en charge par le projet : à collecter par le coordinateur du projet

- Personnel (coordinateur, travailleur administratif, travailleur social, ...)
- Transports (du patient, des prestataires)
- Équipements, ...

3.13. UTILISATION DES MOYENS FINANCIERS

L'objectif des projets-pilotes est que les moyens disponibles soient utilisés autrement que dans le passé : que ce budget permette d'autres formes de soins plus efficaces/soins de meilleure qualité. La proposition de projet doit donc développer concrètement ces propositions d'utilisation alternative des fonds.

A cet effet, la proposition de projet sera accompagnée d'un modèle de calcul présentant les montants concernés avant et après mise en route du projet.

Voir également points 4.2 et 4.3 ci-dessous.

4. CADRE FINANCIER DES PROJETS PILOTES

Pour les projets pilotes, le point de départ consiste à rechercher dans le secteur de l'inspiration pour des modalités organisationnelles et financières alternatives en matière de soins, permettant une utilisation plus intelligente des budgets disponibles. L'utilisation concrète des moyens, le budget, son origine et son affectation doivent être définis dans un plan financier faisant partie du dossier de candidature.

4.1. MISE EN COMMUN DU FINANCEMENT

Le financement actuel des soins à la population de patients concernée par l'épisode de soins inclus dans le projet pilote est mis en commun. La proposition de projet décrit ce que comprend précisément le financement actuel pour l'offre de soins incluse au cours de l'épisode de soins concerné, et comment celui-ci a été calculé (par ex. sur la base de l'activité réelle il y a deux ans (année t-2)). Ces fonds mis en commun sont les ressources financières disponibles pendant la durée du projet pour les soins au groupe cible de patients, mais ils peuvent être utilisés d'une manière différente. Cette mise en commun des flux de financement existants, au niveau du projet, vise une collaboration plus étroite et une meilleure coordination transmurale des soins. Les partenaires sont égaux dans le projet et décrivent comment ils vont utiliser les fonds et réinvestir les éventuels bénéfices dans les soins. Ils s'engagent à établir un budget commun pour les moyens mis en commun.

4.2. NEUTRALITE BUDGETAIRE POUR LE FINANCEMENT DES SOINS

Le projet est **budgetairement neutre**. En d'autres termes, les autorités prévoient un budget identique pour les patients pris en charge en HAD et pour les patients qui présenteraient un profil comparable mais seraient restés ou admis en hospitalisation classique ou de jour. En cas d'HAD, ce budget couvre tant les soins donnés au sein de l'hôpital que les soins donnés par d'autres partenaires.

Un financement additionnel forfaitaire visant à soutenir la coordination du projet est en outre prévu (cfr point 4.5).

L'intention de ces projets n'est pas de réaliser des économies, mais bien d'utiliser différemment les fonds libérés. La condition essentielle est que les fonds libérés soient réinvestis dans les soins. En d'autres termes, l'objectif est que pendant le projet pilote, le budget soit utilisé autrement que dans le passé : que ce budget permette d'autres formes de soins plus efficaces/soins de meilleure qualité. La proposition de projet doit développer concrètement ces propositions d'utilisation alternative des fonds. Ces propositions d'affectation alternative sont élaborées par les différents partenaires de soins ensemble et en concertation.

Au sein du projet, les fonds libérés peuvent également, par exemple, être utilisés en partie pour l'élaboration d'un plan d'accompagnement et de soins accessible par voie électronique, pour répondre aux besoins spécifiques d'une certaine catégorie de patients (à définir par le projet).

Dans tous les cas, il doit être indiqué de manière transparente, pour tous les partenaires du projet, comment les moyens libérés seront réaffectés. Cette proposition de réaffectation constitue également un élément de la convention de projet. Il est important qu'elle soit formulée par les partenaires du projet, dans une relation d'égalité.

4.3. GARANTIE BUDGETAIRE

Il existe en outre une garantie budgétaire : globalement, les partenaires du projet ont la garantie de percevoir un financement pour le patient hospitalisé à domicile identique à la somme des différentes recettes qu'ils auraient perçues s'il avait été hospitalisé (de jour) en institution. Ce budget par patient des activités de soins incluses dans le projet est conservé pendant une période maximale de 3 ans (soit la durée maximale du projet pilote).

Le montant du budget garanti par patient dépend de la nature et de l'étendue des prestations de soins couvertes par le projet pilote.

Chaque proposition de projet pilote soumise comprend une identification du budget moyen (frais facturés à l'assurance maladie obligatoire, tickets modérateurs, interventions personnelles et suppléments, ...) pour les patients concernés, sur la base des chiffres des années précédentes.

Dans la candidature, les candidats fournissent leur propre calcul du budget concerné sur la base du modèle de calcul mis à disposition. Il permettra de calculer le budget concerné pour chaque partenaire intéressé exactement de la même manière.

Pour les propositions de projet approuvées, un budget transparent garanti par patient sera déterminé, ajusté aux règles de l'indice en vigueur, sur la base du modèle de calcul.

Les autorités publiques s'engagent à payer ce montant dans une convention, basée sur l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et conclue avec un des hôpitaux participant au projet (voir ci-dessous, point 5.2). Le projet reçoit la garantie que les moyens disponibles à ce jour resteront garantis pendant la durée du projet, sauf s'il est constaté lors du suivi intermédiaire que les

objectifs ne sont manifestement pas atteints. La date de début et la date de fin exactes sont fixées dans la convention, étant entendu qu'une période de fonctionnement de deux ans est prévue. Pour les projets évalués positivement à l'issue de ces deux années, une 3^{ème} année de fonctionnement peut être octroyée s'il s'agit de projets que les autorités publiques envisagent de déployer à plus grande échelle.

4.4. REGLES DE FACTURATION ET DECOMPTE BUDGETAIRE

Tant le ou les hôpitaux que les autres partenaires (par exemple de première ligne) participant au projet continuent à être payés pendant le projet en vertu des règles de financement et de facturation en vigueur.

Pendant la durée du projet, les règles de facturation habituelles sont d'application pour la population de patients concernée afin de pouvoir lancer rapidement les projets pilotes. Le patient pris en charge en hospitalisation à domicile sera bien entendu considéré comme patient ambulant, comme le prévoient les règles actuelle de facturation, et les règles relatives aux tickets modérateurs lui seront applicables. L'intention est bien que la participation d'un patient au projet HAD ne s'accompagne pas de coûts supplémentaires pour lui. Si le patient séjournait précédemment en hôpital (en hospitalisation classique), il devra faire face à des tickets modérateurs plus élevés qui devront être compensés par le projet. Si le patient était pris en charge en hospitalisation de jour avant l'HAD, ses tickets modérateurs pour les médicaments restent les mêmes. Ceci doit également apparaître dans le modèle de calcul.

La compensation de la différence entre « ce qui a été effectivement versé par le biais de la facturation régulière » et le budget auquel les partenaires de projet ont droit (cf. garantie de budget par patient) a lieu annuellement selon les règles prévues par la convention B4. Ce budget doit ensuite être réparti entre les différents partenaires du projet selon les modalités convenues entre elles dans leur convention de projet. Il est attendu des partenaires de projet qui participent qu'ils souscrivent à la technique de financement décrite ci-dessus.

Chaque année, une comparaison est effectuée entre les revenus réels des partenaires pour les prestations inhérentes au projet (revenus via l'assurance maladie obligatoire et participation financière des patients) et le montant auquel les autorités publiques se sont engagées.

Si le projet a reçu moins (par l'assurance maladie et/ou les patients) que la somme fixée par patient pour la période correspondante, le gain d'efficience (attribué sous la forme d'un budget supplémentaire dans la sous-partie B4 de l'hôpital participant avec lequel la convention B4 a été signée) revient aux partenaires du projet (shared savings) et, en concertation mutuelle, sera réinvesti dans les soins de santé, après remboursement au patient des éventuels surcoûts mis à charge du patient (tickets modérateurs et autres coûts supplémentaires liés aux soins qu'il n'aurait pas dû supporter en cas d'hospitalisation classique ou (d'une série d'hospitalisations) de jour) – *cf point 4.6*. Le projet ne doit pas générer d'économies, mais les montants libérés doivent être réinvestis dans les soins. La décision concernant l'affectation de ces moyens doit faire l'objet d'un consensus, sur pied d'égalité, entre partenaires du projet.

Si les partenaires du projet ont été financés (par l'assurance maladie et/ou les patients) pour un montant supérieur à la somme fixée par patient pour la période correspondante, l'excédent perçu doit être remboursé sous la forme d'un montant de rattrapage négatif dans le BMF de l'hôpital avec lequel la convention B4 a été conclue et selon les modalités précisées dans cette convention.

4.5. BUDGET DE COORDINATION

Le projet est budgétairement neutre : aucun budget supplémentaire n'est prévu par les autorités publiques pour le financement des soins prestés. Un budget supplémentaire est toutefois prévu pour coordonner les projets approuvés pendant la durée de ces projets.

Pour encourager les projets pilotes, un budget forfaitaire est prévu pour la coordination à concurrence de maximum 40.000€ par année et par projet. Ce budget doit permettre d'engager un collaborateur supplémentaire à temps partiel pour coordonner le projet et en assurer le suivi et l'évaluation durant ses années de fonctionnement.

Le montant du budget de coordination accordé au projet sera fixé dans la convention B4 dont question ci-dessus. Le montant de maximum 40.000€ par an et par projet retenu peut être réduit en cas de projet visant un très petit nombre de patients.

Si un même groupe de prestataires introduit deux propositions de projet (une dans chaque 'variante' telles que prévues au point 3.2) et que ces deux propositions sont retenues, le budget de coordination global qui lui sera octroyé ne dépassera en aucun cas le montant de 40.000€.

4.6. PAS DE COUT SUPPLEMENTAIRE POUR LE PATIENT

La participation aux projets pilotes ne peut impliquer aucun coût supplémentaire pour les patients par rapport aux soins « classiques » dont ils auraient bénéficié s'ils avaient été traités en dehors du projet pilote.

5. ELEMENTS JURIDIQUES

5.1 CONVENTION DE PROJET

Tous les partenaires du projet doivent acter leurs accords mutuels dans une convention de projet et signer ce document. Cette convention de projet doit contenir un nombre minimum d'éléments : les modalités de gouvernance du projet, les responsabilités des différents partenaires, les modalités de transmission d'informations entre eux, les critères et modalités d'admission et de sortie de patients, l'organisation de la prise en charge en cas d'urgence, ...

Cette convention de projet régit également la façon dont les gains d'efficience ou le montant à récupérer sont réinvestis dans les soins par les partenaires du projet (cfr point 4.2. ci-dessus).

Au titre de source d'inspiration pour rédiger leur propre convention de projet, un certain nombre d'éléments sont mis à disposition.

5.2 CONVENTION B4

Pour les projets retenus, un contrat est conclu entre la Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales et un hôpital participant au projet. Il s'agit d'une convention qui précise les engagements des partenaires du projet, l'identification du groupe-cible de patients, le montant du financement garanti par patient pris en charge en HAD, les soins hors hôpital couverts par le projet, l'identification des moyens 'épargnés', le financement du budget de coordination (forfait de maximum 40.000€ par an – cfr point 4.5 ci-dessus) ainsi que les modalités d'évaluation des projets au cours de leur réalisation.

Si des modalités spécifiques concernant la facturation des prestations sont d'application, elles sont également précisées dans cette convention.

5.3 STATUT DU PATIENT ET APPLICATION DES DROITS DU PATIENT

Le patient ne garde pas son statut de patient hospitalisé pendant la durée de l'HAD : il est considéré comme patient ambulancier. Ce choix a un impact sur la réglementation et la tarification applicable, pour la délivrance et la facturation des médicaments notamment (cfr supra).

Il sera cependant veillé à ne pas accroître la charge financière pour le patient par rapport aux coûts à sa charge dans l'organisation actuelle. Des dispositions spécifiques pourront être précisées dans la convention B4 conclue avec la Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales.

Par ailleurs, tant en ce qui concerne les soins qu'en ce qui concerne la mise en œuvre et l'évaluation du projet, le projet doit respecter l'ensemble des dispositions relatives aux droits du patient, au respect de sa vie privée et à la protection des données à caractère personnel. Avant tout partage de données entre prestataires intervenants auprès du patient, il sera vérifié que le patient a donné son consentement. L'usage de systèmes électroniques de suivi ou de surveillance des patients devra également s'accompagner de dispositions de sécurité de l'information et de protection de la vie privée.

5.4 DEROGATIONS POSSIBLES A LA REGLEMENTATION

Chaque proposition de projet pilote doit aussi indiquer quelle réglementation peut éventuellement constituer un obstacle à l'organisation innovante de la prestation de soins que l'on veut réaliser. Des propositions en vue de supprimer ce genre d'« obstacles » sont souhaitables, l'objectif étant d'adapter les réglementations pour permettre les soins au domicile.

Comme indiqué ci-dessus (voir points 3.4 et 4.4), des concertations sont possible pour – lorsque la délivrance des médicaments n’est pas possible via l’officine ouverte au public – organiser la délivrance et la facturation des médicaments au patient ambulatoire via la pharmacie hospitalière. L’intention est que les concertations nécessaires aient lieu lors de l’élaboration du trajet de soins au sein du projet-pilote.

La proposition de projet devra également mentionner explicitement si certaines dérogations souhaitées concernent les réglementations ou modalités de financement des soins ou de l’assistance relevant de la compétence d’une entité fédérée.

Les dérogations qui seraient approuvées par l’autorité feront l’objet d’une mention explicite dans le cadre de la convention B4 signée entre le projet (via un hôpital prenant part au projet) et la Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales.

6. PERSPECTIVES EN CAS D’IMPLEMENTATION A GRANDE ECHELLE

Dans le cas où le projet pilote pourra apporter la preuve de son efficience, il pourra être reproduit à plus grande échelle. Les perspectives d’implémentation à grande échelle doivent être explicitées sur la base de données probantes et des taux de prévalence des pathologies traitées. Il convient à cet effet d’estimer le volume potentiel à l’échelle nationale et de mesurer les implications sur l’activité des hôpitaux (tenant compte de la répartition des cas au sein du secteur) : exemple : réduction du nombre de lits, fermeture d’unités de soins, ...

Lors de la soumission, des propositions sont également formulées sur la façon dont le financement/l’organisation pourraient être optimisés à l’avenir et comment, après évaluation favorable, la mise en œuvre à plus large échelle pourrait être organisée.

L’accent est mis sur les points suivants:

- promeut davantage l’efficience.
- plus de transparence
- moins lié aux prestations
- moins de complexité et d’administration/enregistrement
- promeut davantage la qualité, axé sur la valeur (orienté résultat)

7. PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES CANDIDATURES DE PROJETS

Les projets soumis seront tout d’abord évalués d’un point de vue administratif. Il s’agira de s’assurer que le dossier de candidature :

- contient tous les éléments requis (et sous la forme requise) : template de candidature entièrement complété, modèle de calcul en format Excel, avis du Conseil médical des hôpitaux concernés et des organes consultatifs syndicaux des différentes structures impliquées dans le projet, ...
- répond à la notion d’HAD,

- prévoit une collaboration effective entre les hôpitaux et la première ligne,
- présente des modalités innovantes pour l'organisation des soins,
- vise un nombre de patients suffisamment important pour permettre une évaluation correcte des gains d'efficience à l'horizon de deux ans,
- offre un potentiel d'extension à grande échelle, ...

Les propositions de projets ayant obtenu un résultat positif à l'issue de ce screening administratif seront ensuite soumis à un comité d'évaluation et de sélection.

Le comité d'évaluation et de sélection est composé de deux groupes d'experts :

- Un groupe d'experts qui évalue tous les projets (également pour les autres thèmes de projets pilotes restant à définir) quant à leur faisabilité organisationnelle et financière, en tenant compte de la réglementation fédérale et régionale (ce groupe d'experts est composé de manière uniforme pour tous les projets et comprend principalement des collaborateurs des administrations publiques concernées)
- Un groupe d'experts qui évalue les projets quant à leur faisabilité concernant le contenu des soins et aux dispositions prévues pour garantir l'équité et la qualité des soins (ce groupe d'experts est spécifique au thème des projets pilotes relatifs à l'hospitalisation à domicile).

Si le comité d'évaluation et de sélection émet un avis favorable pour plus de propositions de projet que ce qui peut être financé par les budgets de coordination disponibles, une priorisation supplémentaire des projets sera approuvée, tout en visant une représentativité suffisante (quant aux thèmes de soins proposés en HAD, aux formes transmurales de soins, à la distribution géographique,...).

Chaque proposition de projet peut également suggérer quelques noms d'experts indépendants qui pourraient évaluer le projet quant au contenu. La composition définitive du comité d'évaluation et de sélection est effectuée par la cellule stratégique, en concertation avec les administrations.

8. CRITERES D'EVALUATION DES PROJETS RETENUS, EN COURS DE PROJET

La proposition de projet doit contenir des critères clairs sur lesquels le projet peut être et sera évalué après deux années de fonctionnement.

Avant de pouvoir évaluer le projet et définir des critères d'évaluation, il est nécessaire de prévoir un enregistrement de l'ensemble des données. Ces données ont trait aux prestations prises en charge par l'assurance maladie, mais ce sont également les frais et les prestations non remboursées ainsi que les tickets modérateurs et suppléments non remboursés.

Un autre enregistrement de nature qualitative est également requis : qualité des soins, satisfaction du patient et de son entourage, satisfaction des prestataires.

Les critères d'évaluation découlent en partie des objectifs et caractéristiques susmentionnés (critères d'évaluation imposés) et sont en partie définis conjointement par les partenaires du

projet (= critères électifs). Tous les critères sont finalement définis en objectifs quantitatifs à réaliser.

Après un an de fonctionnement, les projets approuvés établissent **un rapport de suivi** intermédiaire (objectif : présenter la situation actuelle en termes de réalisation des objectifs mesurés sur la base des critères d'évaluation et refléter le degré de progression dans la mise en œuvre) : le modèle organisationnel proposé est-il suivi, ou des ajustements dans la pratique sont-ils souhaitables ? et pourquoi ?

Après deux années de fonctionnement, **un rapport final** est établi, avec une auto-évaluation par les partenaires sur la base des critères d'évaluation décrits ci-dessus, et d'autre part, des propositions adaptées/actualisées de financement approprié en cas de mise en œuvre à plus large échelle (cfr point 3.12 ci-dessus).

Les auto-évaluations sont accompagnées d'un rapport destiné au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Outre un bilan avec les résultats positifs et négatifs, le suivi intermédiaire comporte également des mesures permettant d'ajuster le projet le cas échéant. Le rapport final indique de quelle manière le projet pilote pourrait être déployé dans le pays, et quelles doivent être les modalités à cette fin. Les partenaires de la convention de projet s'engagent à effectuer une mesure de référence au début du projet afin de permettre de déterminer l'évolution lors de l'évaluation.

Ces rapports (rapport de suivi et rapport final) sont d'abord préparés par les partenaires du projet. Ensuite, une évaluation critique du projet et du rapport sera faite par des experts indépendants.

Les accords nécessaires sont préparés avec les administrations concernant la mise en œuvre pratique de ce suivi/cette évaluation.

Les projets qui sont évalués positivement après 2 années de fonctionnement, et dont les autorités publiques souhaitent mettre en œuvre le modèle organisationnel à plus grande échelle, continuent encore un an en mode projet. Pendant ce temps, les modalités pour un déploiement à plus grande échelle sont élaborées.

En cas d'évaluation négative ou si les autorités publiques jugent la mise en œuvre à plus grande échelle inappropriée ou irréalisable, le projet sera arrêté après deux années de fonctionnement.

Enfin, la possibilité est prévue qu'en cas d'évaluation incomplète ou modérément favorable, une troisième année de fonctionnement puisse être octroyée à un projet pilote, en mode projet adapté. Vient ensuite l'évaluation finale (après la troisième année de fonctionnement, le financement du budget de coordination n'est plus possible).

En cours de projet, les partenaires acceptent tout contrôle et inspection par les autorités publiques et suivront les directives qui seront formulées concernant le projet par le comité d'accompagnement qui sera mis en place par les autorités publiques pour le suivi des projets.

Les partenaires acceptent qu'en cas de constatation d'utilisation incorrecte des fonds (c.-à-d. pas compatible avec la convention de projet ou avec la convention B4), les autorités publiques

puissent récupérer les moyens supplémentaires octroyés et mettre fin au projet pilote avec un délai de préavis de trois mois.

9. INTRODUCTION D'UN DOSSIER DE CANDIDATURE

Il est attendu des candidats intéressés qu'ils transmettent leurs candidatures par e-mail pour le vendredi 16/09/2016 à midi au plus tard à l'adresse **hospfin-pilot@minsoc.fed.be**. Cette candidature doit contenir au minimum :

- un dossier complet suivant le modèle standard de candidature (en format Word)
- un modèle de calcul précisant le schéma financier du projet envisagé en regard de la situation actuelle (en format Excel).

Ces deux documents seront présentés selon les modèles disponibles sur les sites web de la cellule stratégique de la ministre De Block, du SPF Santé publique et de l'INAMI et contenant les informations minimales attendues des partenaires du projet afin d'évaluer la candidature.

Le modèle de calcul reprendra en particulier le coût et la répartition entre les différents partenaires pour :

- les frais de séjour : Nombre de journées d'hospitalisation, Forfaits d'hospitalisation de jour (y compris douleur chronique, salle de plâtre, port-à-cathéter, dialyse), Rééducation fonctionnelle, rééducation postcure...
- les montants forfaitaires facturés (indépendamment des prestations réelles) : Imagerie médicale, Biologie clinique (par journée, par admission) ; Honoraire de surveillance ; Médicament (forfait par admission, quote-part personnelle par jour)
- les honoraires médicaux (médecins spécialiste, médecins généraliste,...) et honoraires des autres prestataires (infirmiers, kinés, , etc...)
- les autres frais de personnel (tous les autres intervenants doivent être pris en compte): coordinateurs, aide familiale, travailleur social, personnel administratif, ...
- la pharmacie : médicaments, implants, dispositifs médicaux, autres...
- autre matériel / équipement / ...

Le dossier de candidature doit également contenir la preuve que le projet est également supportée par le conseil médical des hôpitaux concernés et les organes consultatifs syndicaux des institutions concernées.

Tout dossier introduit au-delà de la date limite, ou incomplet ou introduit selon un autre schéma ou modèle ne sera pas pris en considération.

Ce protocole de soins est cité, à titre d'exemple, mais il peut être adapté par les partenaires du projet pour tenir compte des spécificités du projet. La proposition ci-dessous émane du Department of Human Services, en Australie, suite à un audit confié à la société de conseil KPMG qui a chapeauté le processus d'appel à projet dans le cadre de l'hospitalisation à domicile HITH (hospital in the home).

Patient care protocols and management

1.Admission/transfer criteria and assessment and consent protocols and their application

From project documentation and site interviews:

- admission criteria and consent protocols with the following features:

Admission criteria: the audit tool

Clinical criteria

- Clear diagnosis, stable condition, evident prognosis
- Patient's treatment regimen is, or can be immediately, established
- Nature of care is appropriate for HITH delivery
- Patient, and carer, understand condition and, with assistance of carer, condition can be managed within the home

Social/home criteria

- Patient's home environment is appropriate for home care
- Carer is available
- A telephone is connected or accessible
- Patient can communicate effectively or through an interpreter

Patient's and carer's lifestyle is compatible with home care

Process issues

- Written patient consent is obtained
- Written carer consent is obtained
- Patient is resident in area determined for HITH care
- Medical responsibility assigned
- After hours referral (assessment and checking)
- Independent assessment for HITH eligibility where referring doctor is sole HITH treating doctor
- Procedure for confirming after hours assessments
- Referrals to community services completed

- Patients are eligible for HITH treatment (ie acute and public or compensable (Work Care, DVA, TAC, etc))
- No duplication of alternative services

Consent protocols: the audit tool

- Nature of consent achieved
 - agreement by the patient to the transfer into HITH care, either by specific consent to the HITH transfer or initial consent in the patient admission form covering the possibility of a HITH transfer
 - agreement by the carer to the transfer into HITH care
 - recognition that the hospital can withdraw the option of home treatment if the medical condition or social situation of the patient changes to be inconsistent with HITH care and requiring patient disclosure of any such changes
 - recognition that the patient maintains the rights of an inpatient and can withdraw consent to HITH care
 - agreement by patient to measures necessary to facilitate HITH care (for example, ensuring access to the home and the patient, agreeing to information being made available to other service providers, and enabling the medical record to be kept and accessible at the home and surrendered on discharge)
- Availability of consent form in community languages and/or provision for interpreter;
- Evidence of appropriate methods for ensuring adherence to criteria, including documentation and staff training, validation of assessments/consent by another person and internal checking of sample of patient records;
- Evidence of process for regular review and updating of criteria and protocols;
- Availability of information for patients and carers including:
 - explanation of the concept of HITH care for both patients and carers
 - reiteration that participation is voluntary and can be terminated on the patient's request or at the discretion of HITH staff
 - details of the nature and requirements of the treatment to be undertaken, particularly that which requires action by the patient/carers
 - information to recognise and deal with emergencies, including provision of contact details
- Appropriate training available to patients and / or carers including provision of information and training to deal with emergencies and appropriate content and level of detail in information provided.

From sample patient medical record review:

- evidence that admission criteria are applied;

- evidence of written or verbal consent from patient and/or carer;
- evidence of provision of patient/carer information;
- evidence of provision of patient/carer training.

2.Location of provision of care

From documentation review and site interview:

- estimated proportions of care in the categories of type of care (medical, nursing, physiotherapy, occupational therapy, social work, pathology sampling and other) by location of care (home, nursing home, special accommodation/hostel, infusion centre, OPD, verbal advice, other);
- explanations as to why any care is not provided in the home.
- From sample patient medical record review:
- type of care (medical, nursing, physiotherapy, occupational therapy, social work, pathology sampling or other) by location of care (home, nursing home, special accommodation/hostel, infusion centre, OPD, verbal advice, other).

3.Care plans and case management protocols, application and variations

From project documentation and site interviews:

- availability of standardised model care plans/case management protocols for major conditions/treatments applied in HITH with the following features:

Contents of model care plan

- expected outcomes
- expected progress of treatment or assessments
- identified medication regimen
- communication procedures between HITH nurse and treating doctor
- processes for medical review
- criteria for transfer to hospital (see below)
- education for patient and carer

Criteria for return to hospital (not discharge to other services)

- patient's medical condition becomes unstable or requires repeated emergency interventions
- patient declines to remain in HITH care
- patient, or carer, becomes unwilling/unable to follow instructions of HITH staff

From sample patient medical record review:

- evidence of existence of specific care management plan;
- evidence that the care plan was followed;
- evidence that variations are made to standardised care plans to cope with specific patient needs;
- where variations to care plans occur, evidence that these variations reflect expected treatment approaches.

4. Adverse incidents

From documentation review and site interview:

- appropriate process for dealing with adverse incidents;
- analysis of number of adverse incidents recorded in 1997/98 by type by action taken by post-implementation evaluation of action taken.

5. Discharge plans and procedures

From documentation review and site interviews:

- process for review of discharge (such as estimated date of discharge and how this is integrated with medical review and length of stay indicators);
- process for ensuring follow-up with referral services following discharge;
- availability of model discharge plans/procedures for major conditions/treatments applied in HITH with the following features:

Contents of discharge plan/ procedures

- patient education
- carer education
- discharge medicines arranged
- advice to patient's GP
- referral to medical/health services
- referral to community services
- provision of appropriate information to service providers
- checklist for return of records/equipment
- discharge on hospital records
- procedures for follow-up on service delivery

From sample patient medical record review:

- evidence of existence of discharge plan or appropriate procedures;
- evidence that discharge plan or procedures are followed.

6. Relationships with, and referrals to community health providers

From documentation review and site interview:

- analysis of relationships with, and referral protocols to, community health providers, in particular post-acute care options;
- if provision of Post Acute care programs (PAC), consider proportion of patients discharged to PAC.

From sample patient medical record review:

- nature of referrals made on discharge (GP, domiciliary nursing, allied health, palliative care, pharmacy, home help, meals on wheels, institutional or respite day care, or other);
- evidence of follow-up on whether discharge services were delivered.