

Éléments relatifs à la convention entre les partenaires de réseaux pour la réalisation d'un trajet de soins multidisciplinaire en vue des tests des projets pilotes concernant le renouvellement des mécanismes de financement et de soins dans le cadre de la réforme du financement hospitalier

Article 1. Objectif de la convention

§1. L'objectif de la présente convention est de réaliser l'un des objectifs du nouveau financement des hôpitaux, qui consiste à tester, par le biais de projets pilotes à petite échelle, une mise en œuvre prudente et pragmatique de nouveaux modèles financiers et organisationnels pour les patients qui présentent des pathologies traitées dans des lits hospitaliers aigus, pas uniquement pour les soins dispensés durant l'hospitalisation, mais également pour les soins dispensés avant et après l'hospitalisation.

Après évaluation favorable de ces projets pilotes, les modèles financiers et organisationnels devront être appliqués à plus grande échelle.

La vision de la réforme des soins de santé est caractérisée par l'intégration des moyens des hôpitaux et des prestataires de soins extramuros.

§2. Les partenaires s'engagent à développer des stratégies en vue de rencontrer les besoins de la population, et ce dans le cadre du groupe cible de patients visé.

§3. Afin de développer et de perpétuer ce nouveau modèle, les partenaires réalisent des formes de soins dans le contexte d'une collaboration structurée et, le cas échéant, créent des formes de soins alternatives.

§4. L'objectif principal est que, par la mise en œuvre de trajets de soins multidisciplinaires individualisés, dans le cadre du plan de soins et d'encadrement, les personnes puissent être soignées dans le cadre de leur forme de soins alternative ou dans leur milieu de vie après une hospitalisation écourtée.

§5. Le projet soutient la collaboration multidisciplinaire d'une part, entre les hôpitaux et, d'autre part, entre un ou plusieurs hôpital(-aux) et d'autres formes de soins, et est caractérisé par des possibilités d'intervention flexible.

Article 2. Identification des partenaires de projet participants

§1. Le projet porte sur une collaboration systématique entre :

a) un ou plusieurs hôpitaux, avec mention de l'identité de chaque hôpital et de l'hôpital qui en assure la coordination pour la convention B4 ;

b) d'autres prestataires de soins, en mentionnant le rôle au sein du secteur de soins, ainsi que la personne de contact et sa fonction ;

c) éventuellement d'autres partenaires qui soutiennent le projet pilote, en décrivant leur rôle social et en indiquant la personne de contact et sa fonction.

§2. Les partenaires du projet s'engagent à collaborer de façon constructive, dans le respect mutuel, avec l'expertise spécifique de chaque prestataire de soins, et avec pour objectif de mieux veiller aux intérêts et aux souhaits du patient.

§3. La convention indique les responsables du projet.

Article 3. Le groupe de patients visé

§1. La collaboration transmurale au sein du projet vise un groupe cible particulier de patients suffisamment large et/ou nécessitant un déploiement de moyens important, où une optimisation substantielle des soins est réalisée dans le cadre d'une implémentation plus large du projet pilote.

§2. Il s'agit d'une ou de plusieurs pathologie(s) pour laquelle (lesquelles) le traitement en lits hospitaliers aigus est finalisé sur une période de maximum 6 mois. Pour cette (ces) pathologie(s), une partie importante des soins est actuellement réalisée à l'hôpital ; cependant, cela peut être réduit de façon significative moyennant une offre suffisante en soins extramurales.

§3. Le groupe cible est défini comme suit :

1° caractéristiques spécifiques du groupe cible

2° critères d'inclusion/d'exclusion/de sortie

3° procédures en vue de la réalisation de 2°

4° évaluation du nombre de patients qui entrent en ligne de compte sur une base annuelle.

Article 4. Plan de soins et d'encadrement avec un trajet de soins standardisé

§1. Pour le groupe de patients visé à l'article 3, il existe un plan de soins et d'encadrement multidisciplinaire, qui englobe un trajet de soins transmurales standardisé ou un trajet de soins dont la standardisation est en cours.

§2. Le contenu des soins est défini comme suit :

1° la durée d'un épisode de soins intégré dans le projet pilote, tant pour les soins pré-hospitaliers, les soins hospitaliers que les soins post-hospitaliers ;

2° la description du trajet de soins actuel, avec les données complémentaires suivantes :

- a) la façon dont le trajet de soins, étayé scientifiquement, sera appliqué pendant toute la durée du projet pilote ;
- b) la continuité des soins sera garantie ;

3° les accords/procédures en cas de complications sérieuses ou de développements inattendus ;

4° les protocoles de soins existants, qui sont d'application pour le suivi du patient, l'adressage, etc.

§3. Dans le cadre du plan de soins et d'encadrement, une série d'accords sont conclus en matière de soins, conformément à la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé actuellement en vigueur. Les accords portent également sur des mécanismes visant à éviter les (ré)hospitalisations et l'aggravation des symptômes et à assurer le suivi des soins au niveau du patient.

§4. Sans préjudice de la réglementation actuelle en matière de responsabilité médicale, les prestataires de soins travailleront, dans le cadre du plan de soins et d'encadrement, selon les principes de la pratique « evidence based », laquelle est coordonnée de façon structurelle et systématique. Les normes de réalisation de la pratique « evidence based », seront précisées dans la convention de réseau.

§5. Un coordinateur responsable du plan de soins et d'encadrement est désigné ; il veille aux aspects de contenu des soins. Les partenaires définissent l'identité du coordinateur : nom, prénom, employeur, profil, contenu de la tâche, etc.

§6. Une formation, à préciser ultérieurement, ainsi qu'un partage de l'expertise seront prévus dans le cadre du projet pilote, en vue de la réalisation du plan de soins et d'encadrement multidisciplinaire.

Article 5. Implication du patient

§1. Le patient est un partenaire actif dans la prise de décisions et le suivi de son trajet de soins, notamment grâce à l'accès aux données qui sont tenues à jour à son sujet. Une attention est accordée à la responsabilisation du patient, notamment par la préparation de la phase post-hospitalisation, ce qui doit permettre de raccourcir la durée de l'hospitalisation. Les partenaires du projet décrivent brièvement comment ils vont réaliser l'implication et la responsabilisation du patient.

§2. Les partenaires élaborent un plan indiquant à qui le patient peut s'adresser à tout moment et quels prestataires de soins sont responsables à quelle phase.

§3. Les partenaires décrivent de quelle façon le droit de plainte des patients et la médiation sont garantis ainsi que la façon dont le droit au consentement éclairé sera réalisé, compte tenu du contexte du projet pilote dans le cadre duquel le patient est traité.

§4. Les partenaires s'engagent à accorder une attention particulière aux groupes plus vulnérables. Les partenaires décrivent en quoi consiste cette attention particulière.

Article 6. Modalités de collaboration entre les différents partenaires

§1. Les différents partenaires du projet se répartissent les tâches entre eux. Les engagements, les tâches et les responsabilités sont convenus par partenaire.

§2. Une coordination est organisée entre les partenaires en ce qui concerne la dispensation des soins. A cet égard, des accords sont convenus à propos des aspects suivants :

1° le mode de communication entre les partenaires ;

2° les accords sur le plan de l'utilisation des applications électroniques, et en particulier l'utilisation du dossier de patient électronique et l'échange électronique de données, ainsi que l'utilisation éventuelle des applications m-Health ;

3° la communication entre le patient et les prestataires de soins.

§3. Plusieurs accords sont conclus entre les différents partenaires sur le plan organisationnel, en particulier en ce qui concerne les éléments suivants :

1° l'organisation de l'administration du projet, et notamment le mode de collaboration des partenaires, la mise en place d'un groupe de pilotage, la composition de ce groupe de pilotage, les tâches à réaliser par ce groupe de pilotage, la présidence, etc.

2° la façon dont la participation au projet a été mise au point avec le conseil médical pour l'hôpital/les hôpitaux concerné(s) ;

3° la façon dont la participation au projet a été mise au point avec les organes de concertation syndicale locaux des partenaires impliqués.

Article 7. Aspects financiers

En ce qui concerne les aspects financiers, les partenaires concluent les types d'accords suivants :

1° la description des financements actuels solidarisés – en ce compris les financements éventuels de tiers– par catégorie de revenu ;

2° le financement actuel sous la forme d'un montant moyen par patient, pour les soins intégrés dans le projet pilote, avec une description de la méthode de calcul ;

3° une description quantitative de la façon dont le recours à l'infrastructure de l'hôpital aigu (entre autres appareil de diagnostic) sera réduit dans le cadre du projet ;

4° les moyens épargnés, par rapport aux dépenses pour l'assurance maladie et des tickets modérateurs à charge des patients, et la façon dont ils seront réinvestis, d'une façon alternative, dans l'hôpital ou dans des formes de soins extramurales. Les moyens financiers épargnés seront précisés par type d'entrée : le budget des moyens financiers, les

honoraires, la médication, d'autres activités telles que les urgences, le laboratoire, l'imagerie médicale, des économies éventuelles sur les moyens financés par une entité fédérée, autre ;

5° les mesures prises afin que le patient n'encoure pas de frais supplémentaires significatives pour les soins suite à sa participation au projet pilote, par rapport aux modalités de travail avant le début du projet pilote ;

6° la façon dont le budget sera géré de façon conjointe, en indiquant l'organisation de l'enregistrement des données, telles que les revenus réels du projet par patient, les coûts à charge du patient etc.

7° la façon dont le budget supplémentaire octroyé par l'autorité au projet sera utilisé (pour un coordinateur de projet).

8° la façon dont les corrections par rapport à la garantie budgétaire (c.-à-d. une compensation supplémentaire dans le cas où les dépenses réelles seraient inférieures aux montants budgétisés / recouverts dans le cas contraire) seront supportées par les partenaires de projet respectifs.

Article 8. Effets attendus

§1. Faisant suite aux économies financières, tel que visé à l'article 7,5°, il est précisé comment le recours à l'infrastructure hospitalière sera réduit en termes de nombre moyen de journées d'hospitalisation, de nombre d'admissions, de substitution éventuelle par l'hospitalisation de jour, d'utilisation de moyens d'intervention médicale et de médication, de recours au service des urgences et, le cas échéant, de la façon dont les soins hospitaliers sont transférés à d'autres formes de soins.

§2. Les partenaires démontrent que la nouvelle organisation génère un gain d'efficacité, dont l'objectif est d'améliorer autant que possible la qualité des soins et d'utiliser les moyens octroyés de la façon la plus efficiente possible. Les partenaires indiquent quels sont les effets attendus en termes de complexité administrative, de transparence, de qualité de vie des patients à améliorer, d'efficience et de satisfaction des patients et des collaborateurs.

Article 9. Monitoring des soins et de la performance

§1. Tant la qualité des soins que la performance de l'organisation sont mesurées au moyen d'indicateurs objectivement mesurables, notamment sur le plan des outcomes des processus de soins ou des résultats financiers. A cet égard, il est fait mention des éléments suivants : quels paramètres, qui les enregistre et sur la base de quelles données.

§2. Les partenaires tiennent les données rassemblées à disposition de l'autorité en vue de l'évaluation du projet. Ils s'engagent à autoriser les visites du projet en vue de la bonne utilisation des moyens engagés et à apporter leur collaboration à cet égard.

Article 10. Evaluation du projet

§1. Dans le cadre de la convention, et en partie sur la base du monitoring visé à l'article 9, les critères sur la base desquels une auto-évaluation du projet pilote sera réalisée seront définis et la personne chargée de réaliser cette évaluation sera désignée, étant entendu qu'une évaluation intermédiaire aura lieu un an après le lancement du projet et qu'une évaluation finale sera réalisée au terme de la deuxième année de fonctionnement.

§2. Les parties s'engagent à effectuer une mesure zéro dès le début du projet de façon à permettre une évaluation de l'évolution.

§3. L'évaluation doit être basée sur les objectifs, en indiquant les coûts respectifs des équipements de soins et des prestataires de soins, des patients et de l'autorité.

§4. Les auto-évaluations vont de pair avec le rapportage à l'intention de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. L'évaluation intermédiaire comporte, outre un bilan des constats positifs et négatifs, les mesures éventuelles en vue du pilotage du projet. Le rapport final indique la façon dont le projet doit se dérouler au niveau national et sous quelles modalités.

Article 11. Propositions en vue de l'élimination des obstacles relatifs à la législation connexe

§1. Les partenaires s'engagent ensemble à décrire quelle réglementation constitue un obstacle potentiel à la réalisation du projet.

§2. Les partenaires s'engagent également à proposer des solutions pratiques afin de résoudre les difficultés éventuelles qui surviendraient déjà au cours du projet et à définir les solutions structurelles nécessaires en vue de résoudre les problèmes de façon permanente.

Article 12. Phase de démarrage et timing

Les partenaires indiquent comment est planifiée la phase de démarrage du projet et à quels moments le suivi intermédiaire et l'évaluation finale sont prévus.

Article 13. Dispositions finales

§1. Les partenaires s'engagent à bien utiliser les moyens acquis par l'autorité en vue de la réalisation des objectifs du projet pilote.

§2. Les partenaires acceptent les contrôles et l'inspection de l'autorité et suivent les directives formulées au sujet du projet pilote par le groupe de pilotage constitué par l'autorité.

§3. Les partenaires acceptent qu'en cas de constat de l'utilisation inefficace des moyens, l'autorité pourra réclamer les moyens supplémentaires octroyés pour le financement du coordinateur, et mettre un terme au projet pilote avec un préavis de 3 mois.