



Observatoire des maladies chroniques

Réflexions de l'Observatoire sur le financement des projets pilotes du Plan "Des soins intégrés pour une meilleure santé"

Mai 2016

L'Observatoire des maladies chroniques a été informé de la mise en place d'un groupe de travail technique ayant pour objectif d'opérationnaliser concrètement les principes du financement des projets pilotes dans le cadre du Plan "Des soins intégrés pour une meilleure santé".

Le Bureau de l'Observatoire qui s'est réuni le vendredi 22 avril a analysé la question de savoir si l'Observatoire pouvait répondre dans les délais à la demande de traiter spécifiquement certaines questions de la note du 21 avril 2016, transmise aux membres de ce groupe de travail.

Vu la complexité de la problématique et les délais trop brefs par rapport au mode de fonctionnement de l'Observatoire, il a paru plus sage d'informer les membres de l'Observatoire lors de sa réunion plénière du 10 mai 2016 et de choisir une thématique de la note à titre d'exemple. Le choix s'est porté sur la question de l'intervention personnelle des patients dans les prestations alternatives / innovantes, les inclure dans le calcul du MAF (c'est-à-dire les considérer comme des tickets modérateurs) et comment les déterminer.

Lors de la réunion plénière du 10 mai 2016, certains membres de l'Observatoire ont exprimé leur insatisfaction de limiter la réflexion de l'Observatoire à cette seule question des « tickets modérateurs ». D'autres membres cependant trouvaient inefficace de discuter d'une note qui n'avait pas été transmise à l'ensemble des membres et de dupliquer un travail technique qui se faisait ailleurs.

L'option retenue fut de **faire part au groupe de travail technique des grands principes qui font l'unanimité des membres et qui doivent sous-tendre les décisions techniques.**

1. Problème de l'inclusion dans les projets pilotes.

L'inclusion se fait-elle de manière implicite ou explicite ? Pour l'Observatoire le choix du patient dûment informé doit être explicite (pas de qui ne dit mot consent). L'inclusion se fait de manière explicite et le patient garde le libre choix d'être inclus ou non dans le projet.

L'information doit clairement mettre en lumière **tous** les aspects spécifiques du projet pilote.

Le patient doit, de toute façon, pouvoir, s'il le souhaite, continuer à être soigné au minimum comme il le serait sans le projet pilote. Il doit garder le libre choix de son mode de traitement et son consentement véritablement éclairé doit être garanti selon une procédure explicite obligatoire pour tous les projets pilotes.

Le projet ne peut refuser un patient qui entre dans ses critères afin d'éviter la sélection des risques.

Le projet pilote doit prendre le patient en charge dans sa globalité aussi bien du point de vue des soins et services que du point de vue des coûts afférents.

2. Intervention personnelle du patient

La facture totale pour le patient ne peut augmenter après inclusion dans le projet pilote. Le focus doit être mis sur le patient individuel en gardant comme principe que **cela ne peut pas coûter plus cher au patient que dans le système actuel en ce compris les coûts non pris en charge par l'Assurance Maladie**. La possibilité de solidariser ou non les tickets modérateurs n'a pas reçu de réponse univoque. Il faut aussi tenir pour principe que la part à charge du patient ne peut augmenter **même si son état de santé se dégrade**.

Une prestation innovante ne peut être facturée avec une marge bénéficiaire mais bien au prix coûtant et au meilleur rapport prix-qualité. **Le principe est ici celui d'interdire que le projet ne fasse du profit: les soldes éventuels doivent être intégralement réinvestis** pour améliorer les soins et services et la durabilité du projet.

Pour éviter que le patient ne doive avancer des sommes importantes pour des prestations innovantes, utiliser un système de « tiers-payant » : **la charge financière doit être portée par le projet pas par le patient**.

3. Accessibilité financière.

Tous les frais à charge du patient (soins et services de santé, services d'aide, transport,... liés aux soins et services) –y inclus les prestations innovantes - **doivent être enregistrés** pour une évaluation correcte des coûts. Il ne faut pas qu'il y ait des glissements de financement qui feraient porter la charge financière sur d'autres acteurs, en particulier sur le patient, sa famille ou ses proches.

Les patients doivent garder le choix d'être soigné au tarif de la convention.

4. Qualité des soins et des services

La recherche de gains d'efficience ne peut mettre en péril la qualité des soins et des services. La qualité des projets doit être **monitorée de près** (contrôle qualité, indicateurs de qualité).

5. Prévoir une procédure spécifique pour l'introduction de plaintes.

En cas de délégation de tâches, la responsabilité doit être clairement définie.

Il y a également lieu de prévoir pour chaque projet un point unique de contact concernant la gestion des plaintes.