

CIM Santé publique du 8 avril 2020

Principes liés au financement des soins dans les structures intermédiaires par l'INAMI

1. Groupe cible ¹

1.1. En temps normal, le patient vit dans son propre logement

Le patient, en temps normal, vit dans son propre logement : si le patient est détecté COVID+ et n'a pas ou plus besoin d'être hospitalisé, la règle veut qu'il retourne à son domicile en respectant des règles strictes d'isolement, d'hygiène et de prise de distance vis-à-vis de personnes à haut risque (personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie respiratoire chronique, personnes immunodéprimées).

Si ces règles ne peuvent être rencontrées, la structure intermédiaire peut offrir une prise en charge de 1 à 3 semaines.

Cela est possible dans les situations suivantes :

- a) le logement est trop exigü pour permettre l'isolement du patient par rapport aux personnes avec lesquelles il cohabite ;
- b) des personnes âgées, immunodéprimées ou souffrant d'une maladie chronique respiratoire cohabitent avec le patient et aucun logement alternatif temporaire ne peut être trouvé pour les héberger ;
- c) les conditions d'hygiène au sein du logement ne permettent pas de respecter correctement les recommandations ;
- d) le patient manque d'autonomie – sans toutefois présenter de problèmes de type psychiatriques ou de démence etc. - et n'est pas capable de respecter les règles d'isolement ou d'hygiène recommandées.

C'est le service social de l'hôpital qui constate si le patient se trouve dans une ou plusieurs de ces situations, en concertation avec le patient et les personnes/structures de la première ligne qui peuvent confirmer cette situation (par ex. le service social des mutualités, les services d'aide à domicile, les SISD, les centres de coordination de soins à domicile...).

S'il s'agit d'un patient qui a été examiné dans un poste de triage des médecins généralistes/services d'urgences, le renvoi peut être décidé sur la base d'une interview du patient et éventuellement de son accompagnateur/aidant proche sur la base d'un questionnaire.

¹ La répartition entre ces 2 types a été approuvée par la CIM le 1^{er} avril 2020.

1.2. En temps normal, le patient séjourne dans une structure collective/résidentielle

Le patient séjourne, en temps normal, dans une structure collective/résidentielle : dans ce cas, le patient doit, à sa sortie d'hôpital, être renvoyé vers le logement résidentiel où il doit pouvoir séjourner dans le respect strict des conditions imposées et où la continuité des soins peut être garantie.

Si cela ne peut être garanti et si cela a été constaté par l'autorité d'agrément, un accueil temporaire peut être décidé au sein d'une structure intermédiaire. Cet accueil ne peut en principe jamais durer plus de 1 semaine.

2. Besoins en soins de ce groupe cible ²

Les structures intermédiaires doivent être capables d'accueillir les patients suivants :

2.1. Pour un patient qui ne présente aucune pathologie chronique

Pour un patient qui ne présente aucune pathologie chronique et est généralement autonome dans sa vie journalière, seule une surveillance quotidienne de certains paramètres (pour détecter toute aggravation éventuelle de son état) est nécessaire :

- a) Prise de température 2 fois par jour, détection de signes de fièvre (frissons...)
- b) Observation de la fonction respiratoire (rythme de respiration, état d'essoufflement, oxymétrie de pouls, toux éventuelle...)
- c) Evaluation de la fonction cardiovasculaire (pression artérielle, pouls, apparition de marbrures ou cyanose...)
- d) Évaluation de l'état général du patient : signes de déshydratation (pli cutané, langue sèche, sensation de soif...), état de conscience (sommolence, confusion...).

2.2. Pour un patient généralement peu autonome dans la vie journalière

Pour un patient généralement peu autonome dans la vie journalière (désorienté, gériatrique, souffrant d'un handicap, soins infirmiers à domicile échelle de Katz A, B ou C...) ou nécessitant des soins chroniques (soins de plaies, insuline...), il convient d'assurer un encadrement qui, outre la surveillance quotidienne de certains paramètres (pour détecter

² La description des besoins en soins pour les catégories de patients qui relèvent des points 2.1 et 2.2 a été approuvée par la CIM le 1^{er} avril. La description de la troisième catégorie a été ajoutée le 6 avril 2020 après concertation avec les acteurs.

toute aggravation éventuelle de son état), permettra de lui administrer les soins que son état de dépendance requiert.

2.3. Pour des patients qui, en temps normal, sont autonomes mais qui, en raison de leur hospitalisation à la suite du COVID-19 et de leur séjour aux soins intensifs, ont encore besoin de soins spécifiques

Pour les patient qui sont généralement autonomes mais qui, en raison d'une hospitalisation dans un service de soins intensifs, nécessitent encore temporairement des soins ou une rééducation fonctionnelle, il convient d'offrir un encadrement leur permettant, outre la surveillance quotidienne de certains paramètres (pour détecter toute aggravation éventuelle de leur état de santé), de bénéficier des soins que leur état de dépendance requiert.

3. Intervention dans les coûts liés au suivi et aux soins des patients du groupe cible

3.1. En ce qui concerne la coordination, le suivi, la surveillance et les soins par un médecin

3.1.1. Missions

- a) Surveillance médicale, soins médicaux et coordination par un groupe de médecins ;
- b) Un suivi clinique du patient doit être possible. Du matériel de protection doit être disponible ;
- c) Désignation par un appel aux médecins intéressés (en concertation avec les cercles de médecins généralistes) ;
- d) Pour le suivi des patients, la coordination des soins et l'administration de soins médicaux pour 30 patients : en fonction de la charge de soins des patients dans le centre, la présence physique d'un médecin peut être financée pour un maximum de 8 heures par jour ;
- e) À partir de 45, 75, 105... patients, 1 médecin supplémentaire peut à chaque fois être prévu ;
- f) 4 à 5 médecins qui s'accordent sur la disponibilité pendant la soirée et la nuit (17 h – 8 h le lendemain) ;
- g) En cas d'admission d'un patient de l'hôpital : le médecin rattaché au centre reçoit une lettre de sortie de l'hôpital. Celle-ci doit démontrer que les conditions du groupe cible ont été remplies ;
- h) En cas d'admission d'un patient à partir du poste de triage ou du service des urgences : le médecin rattaché au centre reçoit une lettre de renvoi du poste de triage /service des urgences. Celle-ci doit démontrer que les conditions du groupe

- cible ont été remplies. Au besoin, le médecin du centre prendra contact avec le médecin généraliste du patient ;
- i) Prescription de soins ;
 - j) Décision de faire à nouveau hospitaliser un patient ;
 - k) Prendre la décision de sortie, en concertation avec le patient/le médecin généraliste/d'autres structures qui disposent d'informations sur le retour éventuel du patient dans sa situation à domicile. Ce faisant, le médecin tient également compte des critères de sortie qui seront établis par Sciensano ;
 - l) En cas de sortie : envoi de la lettre de sortie au médecin généraliste.

3.1.2. Rétribution

- a) Pour les heures où un médecin peut être de garde avant 8 heures du matin et à partir de 17 heures et la nuit : honoraires de disponibilité : 6,51 euros par heure, pas d'enregistrement dans MEDEGA. Cette rétribution couvre également le temps pour des consultations par téléphone. À payer sur la base de la liste d'heures.
- b) En ce qui concerne la rétribution de la présence physique pendant la journée et/ou après demande de consultation sur place entre 17 h et 8 h le lendemain : 80 euros par heure prestée dans le centre.
- c) La facture relative à ces honoraires sera transmise par le responsable de la structure intermédiaire à l'INAMI. Le versement sera effectué sur le numéro de compte communiqué par le centre.
- d) Consultations ou honoraires de surveillance de la nomenclature : pas possible.
- e) Pas de ticket modérateur pour le patient pour ces prestations.

3.2. En ce qui concerne les praticiens de l'art infirmier – aides-soignants

3.2.1. Missions

- a) Suivi des paramètres dans le cadre du COVID-19 – 24 heures sur 24 – 7 jours sur 7
- b) Soins aux patients – 24 heures sur 24 – 7 jours sur 7
- c) Désignation d'une équipe de praticiens de l'art infirmier/d'aides-soignants en fonction des disponibilités dans la région, y compris des bénévoles (en principe pas des hôpitaux).
- d) Équipe de maximum 6 personnes/30 patients : 4 praticiens de l'art infirmier et 2 aides-soignants avec le soutien du personnel logistique, par exemple, pour administrer les repas.
- e) Un responsable est désigné au sein de cette équipe.
- f) À partir de 45, 75, 105... patients, une équipe supplémentaire de 6 personnes peut à chaque fois être ajoutée par tranche de 30.

3.2.2. Rétribution

- a) Charge salariale totale annuelle d'un praticien de l'art infirmier : 18 ans d'ancienneté – barème IFIC 14 – prestations irrégulières comprises : 77 209 euros. Sur la base de 1 634 heures par an = 47,25 euros par heure.
- b) Charge salariale totale annuelle d'un aide-soignant : 18 ans d'ancienneté – barème IFIC 11 – prestations irrégulières comprises : 57 130 euros. Sur la base de 1 634 heures par an = 34,96 euros par heure.
- c) Facturation par le responsable du centre à l'INAMI sur la base des ETP prestés effectués en fonction des besoins en soins, et ce, avec un maximum de 6 ETP/30. Le versement sera effectué par l'INAMI sur le numéro de compte communiqué par le centre.
- d) Application de la nomenclature : pas possible.
- e) Pas de ticket modérateur pour le patient pour ces prestations.

3.3. Autres soins

- a) Médicaments : délivrance et tarification via un hôpital (le centre se concerte avec 1 hôpital).
- b) Soins kiné : application de la nomenclature : pour l'application de la nomenclature pour les kinésithérapeutes, la structure intermédiaire est assimilée à un domicile ou une résidence communautaire temporaire ou définitif de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires qui y séjournent.
- c) Soins de santé mentale : il est possible d'avoir recours à toutes les structures possibles, y compris à la nomenclature exceptionnelle pour les psychiatres et pour les soins de psychologie de première ligne.

3.4. Principe général :

- a) S'il s'agit de praticiens de l'art infirmier/d'aides-soignants/de médecins à qui l'on fait appel en tant que bénévoles (par ex. de la Croix-Rouge), en dispense de service auprès d'un autre employeur... les tarifs ne sont pas d'application.
- b) Afin que les organismes assureurs puissent contrôler les principes énoncés dans la présente note, les centres concernés doivent informer les organismes assureurs des dates d'entrée et de sortie des patients dans ces centres.

4. Dispositif juridique

Ces principes seront inclus dans un arrêté ministériel en exécution d'un arrêté de pouvoirs spéciaux de l'INAMI.

La prise en charge des autres coûts que ceux prévus dans ce règlement relève de la responsabilité des entités fédérées.