



Agence de santé de la défense

INSTRUCTION PROCÉDURALE

NUMÉRO 6025.10
9 octobre 2018

Opérations de soins de santé

SUJET : Processus standard, lignes directrices et responsabilités de la charte des droits et responsabilités du patient du département de la défense (DoD) dans les installations de traitement médical militaire (MTF) du système de santé militaire (MHS)

RÉFÉRENCES : Voir l'annexe 1.

1. **OBJECTIF.** La présente instruction de procédure de l'Agence de santé de la défense (DHA-PI), fondée sur l'autorité des références (a) à (d) et conformément aux orientations des références (e) à (t), établit les procédures de l'Agence de santé de la défense (DHA) visant à mettre en place des processus standard et des lignes directrices pour la Charte des droits et responsabilités du patient (référence (e)), dans les MTF.

2. **APPLICABILITÉ.** La présente DHA-PI s'applique :

a. Au Bureau du secrétaire à la défense (OSD), aux départements militaires, au bureau du président des chefs d'état-major interarmées et à l'état-major interarmées, au bureau de l'inspecteur général du département de la défense (DoD), aux agences de défense et à toutes les autres entités organisationnelles au sein du DoD (dénommées collectivement « composantes du DoD » dans la présente DHA-PI).

b. Aux MTF du DoD financés par le programme de santé de la défense impliquées dans la prestation de services de santé aux bénéficiaires éligibles.

3. **MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE.** Conformément aux références (d) à (t), le DAH donne des instructions :

a. Les patients du MHS ont des droits explicites concernant la divulgation d'informations, le choix des prestataires, les plans de santé, l'accès aux services d'urgence, la participation aux décisions de traitement, le respect et la non-discrimination, la confidentialité et la sécurité des informations personnelles identifiables et des informations de santé protégées, les plaintes et les recours, ainsi que des responsabilités spécifiques pour participer à leurs propres décisions en matière de santé.

b. La présente DHA-PI n'élargit pas l'étendue des prestations et ne crée aucun droit incompatible avec les références (a) et (k), ou toute autre loi ou réglementation applicable. En outre, tout écart par rapport aux lignes directrices de la présente DHA-PI ne donne pas lieu à une action en justice. Le non-respect par un patient des responsabilités énumérées dans la pièce jointe 2 n'entraînera pas en soi une perte de prestations ou d'autres mesures défavorables.

c. Les MTF mettent en œuvre des procédures et des lignes directrices standard pour s'assurer que les patients et le personnel connaissent la charte des droits et responsabilités des patients du DoD (référence (e)), identifiée dans la présente DHA-PI.

4. RESPONSABILITÉS. Voir l'annexe 2.

5. PROCÉDURES. Voir l'annexe 3.

6. DIVULGATION. **Autorisé pour la diffusion publique**. La présente DHA-PI est disponible sur Internet à partir du site Health.mil à l'adresse www.health.mil/DHAPublications.

7. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR. La présente DHA-PI :

a. Prend effet dès sa signature.

b. Elle expire 10 ans après la date de signature si elle n'a pas été émise de nouveau ou annulée avant cette date conformément à la DHA-PI 5025.01 (référence (d)).



R. C. BONO
VADM, MC, USN
Director

Annexes

1. Références
 2. Responsabilités
 3. Glossaire
- des procédures

ANNEXE 3RÉFÉRENCES

- (a) Code des États-Unis, Titre 10
- (b) Directive du DoD 5136.01, « Secrétaire adjoint à la Défense pour les affaires de santé (ASD(HA)) » 30 septembre 2013, tel que modifié
- (c) Directive du DoD 5136.13, « Agence de santé de la Défense (DHA) », 30 septembre 2013
- (d) Instruction procédurale de la DHA 5025.01, « Système de publication », 21 août 2015, tel que modifié
- (e) Instruction du DoD 6000.14, « Charte des droits et responsabilités des patients du DoD dans le système de santé militaire (MHS) », 26 septembre 2011, tel que modifié
- (f) Politique des affaires de santé 11-005, « Politique TRICARE pour l'accès aux soins », 23 février 2011
- (g) Politique des affaires de santé 09-015, « Note de politique concernant la mise en œuvre du modèle de soins primaires « Maison médicale axée sur le patient » dans les MTF », 18 septembre 2009
- (h) Loi d'autorisation de la défense nationale pour l'exercice fiscal 2017, Section 731
- (i) Mémoire des procédures intérimaires de la DHA 18-001, « Processus, procédures, heures d'ouverture, productivité, mesures de performance et types de rendez-vous standard dans les soins primaires, spécialisés et de santé comportementale dans les établissements de traitement médical (MTF) », 26 janvier 2018
- (j) Instruction procédurale de la DHA 6025.03, « Processus et critères standard pour l'établissement des services de soins urgents (UC) et des heures étendues ainsi que la disponibilité des rendez-vous dans les soins primaires dans les établissements de traitement médical (MTF) pour soutenir un système de soins de santé intégré (IHCS) », 30 janvier 2018
- (k) Instruction procédurale de la DHA 6025.06, « Modèles standardisés pour la documentation des rencontres cliniques en soins primaires », 16 mai 2018
- (l) Code des règlements fédéraux, Titre 32, Partie 199
- (m) Directive du DoD 5400.11, « Programme de confidentialité du DoD », 29 octobre 2014
- (n) Loi publique 104-191, « Loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie de 1996 » 21 août 1996
- (o) Décret présidentiel 13410, « Promotion de la qualité et de l'efficacité des soins de santé dans les programmes de soins de santé administrés ou sponsorisés par le gouvernement fédéral », 22 août 2006
- (p) Mémoire des procédures intérimaires de la DHA 17-009, « Guide des opérations du programme Nurse Advice Line (NAL) », 11 décembre 2017
- (q) DoD 6025.18-R, « Réglementation sur la confidentialité des informations de santé du DoD », 24 janvier 2003
- (r) Code des règlements fédéraux, Titre 45, Parties 160 et 164
- (s) Instruction du DoD 8500.2, « Mise en œuvre de la garantie de l'information (IA) » 6 février 2003
- (t) Manuel des opérations TRICARE 6010.56-M, 1er février 2008, tel que modifié

ANNEXE 2

RESPONSABILITÉS

1. DIRECTEUR, DHA. Sous l'autorité, la direction et le contrôle du sous-secrétaire à la défense chargé du personnel et de la préparation et du secrétaire adjoint à la défense chargé des affaires sanitaires (ASD(HA)) ou du représentant désigné par l'ASD(HA), et conformément à la référence (c), le directeur de la DHA devra :

a. Attribuer la responsabilité du suivi de la conformité aux processus et aux lignes directrices standard énoncés dans cette instruction de la DHA au directeur adjoint des opérations de santé (DAD), Opérations de santé (HCO).

b. Soutenir les marchés et les MTF en veillant à ce que des systèmes soient en place pour collecter des données et mesurer la conformité à cette instruction de la DHA.

c. Exercer l'autorité, comme indiqué dans la référence (c), sur la région de la capitale nationale et les autres MTF identifiés comme étant sous le contrôle administratif du Directeur de la DHA.

2. DAD, HCO. Le DAD, HCO, devra :

a. Surveiller la conformité aux directives énoncées dans cette instruction de la DHA par l'intermédiaire du responsable des opérations commerciales cliniques de la DHA (CBO).

b. Coordonner avec le DAD, Affaires médicales, la mise en œuvre des processus et lignes directrices standard des MTF identifiés dans cette instruction de la DHA et les processus visant à améliorer la conformité.

c. Veiller à ce que les capacités d'inscription électronique soient disponibles sur le portail TRICARE Beneficiary Web Enrollment (BWE) : [https:// www.dmdc.osd.mil/appj/bwe/index.Action.do?jsessionid=6eizvV5rHM4ALldiw5sj2Bnmf_o07Ua2aQVLtprQSE7LUhvSeDCfR!-1438455144](https://www.dmdc.osd.mil/appj/bwe/index.Action.do?jsessionid=6eizvV5rHM4ALldiw5sj2Bnmf_o07Ua2aQVLtprQSE7LUhvSeDCfR!-1438455144).

d. Veiller à ce que les contractants régionaux de TRICARE mettent en place des processus permettant aux bénéficiaires de demander un changement de gestionnaire de soins primaires (PCM).

e. Veiller à ce que des procédures d'appel TRICARE soient mises en place.

3. Responsable CBO de la DHA. Le responsable des opérations commerciales cliniques (CBO) de la DHA, devra :

a. Surveiller la conformité aux normes et processus standard établis dans cette instruction de la DHA (DHA-PI).

b. Coordonner les recommandations visant à améliorer les processus standard avec le Conseil des opérations axées sur les soins centrés sur le patient (PCCOB).

c. Faire rapport au Directeur adjoint des opérations sanitaires (DAD, HCO) et au Conseil des solutions d'entreprise sur la conformité à cette instruction de la DHA (DHA-PI) ainsi que sur les recommandations visant à améliorer les processus standard.

4. PCCOB. Le PCCOB devra :

a. Évaluer et examiner la conformité aux processus définis dans cette instruction de la DHA (DHA-PI) par l'intermédiaire du Groupe de travail sur l'expérience des patients (PEWG).

b. Élaborer des recommandations d'amélioration des processus pour améliorer les processus standard dans la mise en œuvre et la communication des droits et responsabilités des patients aux établissements de traitement médical (MTF) et aux bénéficiaires.

c. Recommander des processus standard supplémentaires et des lignes directrices au responsable du bureau central des opérations (CBO) de la DHA, pour approbation et inclusion dans les mises à jour de cette DHA-PI, en soutien aux principes d'amélioration continue et de haute fiabilité.

5. PEWG. Le PEWG devra :

a. Revoir les mesures de conformité avec cette instruction de la DHA (DHA-PI) et fournir une évaluation au PCCOB au moins une fois par an.

b. Identifier et recommander des mesures supplémentaires ou des questions d'enquête pour évaluer la conformité avec cette instruction de la DHA (DHA-PI) au PCCOB.

6. COMMANDANTS ET DIRECTEURS DES MTF. Les commandants et directeurs des MTF devraient :

a. Établir des processus standard pour garantir que les bénéficiaires et le personnel des établissements de traitement médical (MTF) soient informés des droits et responsabilités des patients dans le système de santé militaire (MHS).

b. Respecter les processus standard et les lignes directrices énoncés dans cette instruction de la DHA (DHA-PI).

c. Veiller à ce que les préférences des bénéficiaires en matière de gestionnaire de soins primaires (PCM) soient prises en compte lors de l'assignation des bénéficiaires, dans la mesure où cela est cliniquement approprié.

ANNEXE 3PROCÉDURES

1. VUE D'ENSEMBLE. Cette instruction de la DHA (DHA-PI) établit des processus standard et guide la mise en œuvre de la Charte des droits et responsabilités des patients du DoD (Référence (e)) dans les établissements de traitement médical (MTF) du système de santé militaire (MHS). La Charte des droits et responsabilités des patients du DoD (Référence (e)) renforce la confiance des patients en garantissant que le système de santé est équitable et réactif aux besoins des patients, en offrant aux patients des mécanismes crédibles et efficaces pour exprimer leurs préoccupations, et en les encourageant à jouer un rôle actif dans l'amélioration et le maintien de leur santé. La Charte des droits et responsabilités des patients du DoD (Référence (e)) réaffirme l'importance d'une relation solide entre les patients et leurs professionnels de santé, ainsi que le rôle essentiel que jouent les patients dans la protection de leur propre santé.

2. ÉCHÉANCE. La conformité totale avec cette DHA-PI est exigée 6 mois après la signature pour tous les MTF.

3. LA CHARTE DES DROITS ET RESPONSABILITÉS DES PATIENTS DU DoD (RÉFÉRENCE (E)) DANS LES MTF DU MHS

a. Droits des patients

(1) Soins médicaux. Les patients ont droit à des soins et des traitements de qualité, conformes aux ressources disponibles et aux normes généralement acceptées, y compris un accès en temps utile à des soins spécialisés et à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

(2) Traitement respectueux. Les patients ont droit à des soins attentionnés et respectueux, qui tiennent compte de leur dignité personnelle, de leurs valeurs psychosociales, spirituelles et culturelles et de leurs systèmes de croyance.

(3) Protection de la vie privée et sécurité

(a) Les patients ont des droits, définis par la loi fédérale, conformément aux références (m) à (n), à des garanties raisonnables pour la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité de leurs informations de santé protégées, et des droits similaires pour d'autres informations personnellement identifiables, sous forme électronique, écrite et orale. Ces droits comprennent le droit d'être informé en cas de violation de la vie privée, dans la mesure où la loi fédérale l'exige.

(b) Limites de la confidentialité. Les patients ont le droit d'être informés avant de faire une divulgation sensible au cours d'un entretien avec un prestataire de soins de santé que, dans certaines circonstances, ce dernier est tenu de notifier une personne, une agence ou un service, sans avoir besoin de l'autorisation ou du consentement du patient. Par exemple, les types de divulgations sensibles peuvent inclure, sans s'y limiter, l'agression ou le harcèlement sexuel, la violence domestique, la toxicomanie ou l'abus de substances, ou l'intention de se faire du mal ou de faire du mal à d'autres personnes.

(4) Informations sur le prestataire. Les patients ont le droit de recevoir des informations sur la ou les personnes responsables de leurs soins, traitements et services, ainsi que sur celles qui les fournissent. Le MTF informe le patient du nom et, sur demande, des qualifications professionnelles de la ou des personnes qui assument la responsabilité principale de ses soins, traitements et services, ainsi que de celles qui les lui fournissent.

(5) Explication de la prise en charge. Les patients ont le droit de recevoir des explications concernant leur diagnostic, les options thérapeutiques, les procédures et le pronostic dans des termes facilement compréhensibles par le patient ou le soignant responsable. Les besoins spécifiques des populations vulnérables sont pris en compte, le cas échéant, dans l'élaboration du plan de traitement du patient. Ces populations vulnérables comprennent toute personne dont la capacité de prise de décision autonome peut être affectée. Lorsqu'il n'est pas souhaitable, d'un point de vue médical, de communiquer ces informations au patient en raison de sa vulnérabilité ou d'autres circonstances, les informations doivent être communiquées à un représentant désigné.

(6) Consentement éclairé. Les patients ont le droit de recevoir toutes les informations nécessaires en termes non cliniques pour prendre des décisions en connaissance de cause sur le consentement ou le refus de traitements, ou la participation à des essais cliniques ou à d'autres recherches, le cas échéant. Ces informations doivent inclure toutes les complications, les risques, les bénéfices, les questions éthiques et les traitements alternatifs disponibles. Les patients seront informés que des informations sur les services couverts par TRICARE, y compris les essais cliniques, disponibles sur le site TRICARE.mil à l'adresse suivante: www.tricare.mil.

(7) Dépôt de plaintes. Les patients ont le droit de faire des recommandations, de poser des questions ou de déposer des plaintes auprès du représentant des relations avec les patients du MTF ou du bureau des relations avec les patients. Si les problèmes ne sont pas résolus de manière adéquate, les patients ont le droit de contacter la Commission mixte (TJC) au 1-800-994-6610, ou de soumettre un problème ou une plainte en ligne à l'adresse https://www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx.

(8) Projets de recherche. Les patients ont le droit de savoir si le MTF se propose d'entreprendre ou de réaliser des recherches liées à leurs soins ou à leur traitement. Le patient a le droit de refuser de participer à tout projet de recherche et de retirer son consentement à tout moment.

(9) Un environnement sûr. Les patients ont le droit d'être soignés et traités dans un environnement sûr.

(10) Règles et règlements du MTF. Les patients ont le droit d'être informés des règles et règlements du MTF relatifs à la conduite des patients ou des visiteurs.

(11) Transfert et continuité des soins. Lorsque cela est médicalement possible, un patient ne peut être transféré vers un autre MTF ou un établissement/prestataire du secteur privé qu'après avoir reçu des informations complètes et une explication concernant les besoins et les solutions de remplacement d'un tel transfert.

(12) Frais de prise en charge. Les patients ont le droit de comprendre les frais liés à leur prise en charge et leurs obligations de paiement.

(13) Directive anticipée. Les patients ont le droit de s'assurer que leurs souhaits concernant leurs soins de santé sont connus, même s'ils ne sont plus en mesure de communiquer ou de prendre des décisions pour eux-mêmes.

(14) Limites de la confidentialité. Les patients ont le droit d'être informés avant de faire une divulgation sensible au cours d'un entretien avec un prestataire de soins de santé que, dans certaines circonstances, ce dernier est tenu de notifier une personne, une agence ou un service, sans avoir besoin de l'autorisation ou du consentement du patient. Par exemple, les types de divulgations sensibles peuvent inclure, sans s'y limiter, l'agression ou le harcèlement sexuel, la violence domestique, la toxicomanie ou l'abus de substances, ou l'intention de se faire du mal ou de faire du mal à d'autres personnes.

b. Responsabilités du patient

(1) Fournir des informations. Les patients sont tenus de fournir des informations exactes, complètes et à jour sur leurs plaintes, leurs antécédents médicaux, leurs hospitalisations, leurs médicaments et toute autre question relative à leur santé, au mieux de leurs connaissances. Il incombe aux patients d'indiquer à leur prestataire de soins s'ils comprennent le diagnostic, le plan de traitement et le pronostic.

(2) Respect et considération. Les patients sont tenus de respecter les droits des autres patients et du personnel de santé du MTF. Les patients sont tenus de respecter les biens d'autrui et du MTF.

(3) Adhésion aux soins médicaux. Les patients sont tenus de respecter le plan de traitement médical et infirmier, y compris les soins de suivi, recommandé par les prestataires de soins de santé. Il s'agit notamment de respecter l'horaire des rendez-vous et d'informer le MTF en cas d'impossibilité.

(4) Dossiers médicaux. Les patients sont tenus de renvoyer rapidement les dossiers médicaux au MTF pour qu'ils soient correctement classés et conservés si les dossiers sont transportés par les patients à l'occasion de rendez-vous médicaux, de consultations ou de changements de lieu de travail. Tous les dossiers médicaux documentant les soins prodigués par un MTF sont la propriété des États-Unis. Gouvernement fédéral.

(5) Règles et règlements du MTF. Les patients sont tenus de respecter les règles et règlements du MTF concernant les soins et la conduite des patients.

(6) Refus de traitement. Les patients sont responsables de leurs actes s'ils refusent le traitement ou ne suivent pas les instructions du praticien.

(7) Frais de santé. Les patients sont tenus de s'acquitter le plus rapidement possible des obligations financières liées à leurs soins de santé.

4. PROCESSUS ET LIGNES DIRECTRICES DU MTF

a. Diffusion de la charte des droits et responsabilités des patients du département de la défense. Les MTF veilleront à ce que la charte des droits et responsabilités des patients du département de la défense soit diffusée aux bénéficiaires en anglais, ainsi que dans toutes les autres langues couramment parlées au sein de la population locale, en utilisant les services de traduction existants des MTF, comme suit :

(1) Le MTF affiche et met à disposition la charte des droits et responsabilités des patients du département de la défense dans au moins un endroit très fréquenté de l'établissement, tel que l'entrée, la pharmacie, le laboratoire ou les salles d'attente des soins primaires, sans s'y limiter.

(2) Le MTF affichera la charte des droits et responsabilités des patients du département de la défense sur son site web.

(3) Le MTF fournit aux patients admis pour des procédures hospitalières ou ambulatoires une copie de la charte des droits et responsabilités des patients du département de la défense (référence (e)), si elle est applicable au champ de services du MTF.

b. Partage d'information. Chaque MTF fournit aux patients des informations précises et facilement compréhensibles et les aide à prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé concernant les procédures standard du MHS et du MTF, les heures d'ouverture, les prestataires et d'autres informations applicables, le cas échéant. Les MTF favorisent la qualité et l'efficacité des soins de santé grâce à l'utilisation des technologies de l'information sur la santé, à la transparence en matière de qualité et de prix des soins de santé et à de meilleures incitations pour les patients et les prestataires, conformément à la référence (o) et aux spécifications établies par l'ASD(HA) ou le représentant désigné par l'ASD(HA).

(1) Chaque MTF doit fournir aux patients des informations précises, compréhensibles et à un moment opportun sur le programme TRICARE conformément à la référence (f), y compris des détails sur les prestations de santé couvertes, les normes d'accès, les différentes options de plan de santé et les accords de partage des coûts applicables. Toute information concernant le programme TRICARE liée aux soins du secteur privé sera soit extraite du site web TRICARE.mil, soit présentée par un représentant du plan de santé TRICARE, l'un des entrepreneurs de soutien à la gestion des soins de TRICARE (MCSC).

(2) Chaque MTF fait tout ce qui est raisonnablement possible pour respecter les rendez-vous fixés. Il s'agit notamment pour les prestataires d'honorer les rendez-vous à temps et d'informer le patient lorsque les rendez-vous ne peuvent pas être honorés conformément aux processus standardisés de la référence (i).

(3) Afin de promouvoir la qualité et l'efficacité des soins de santé, chaque MTF fournit aux bénéficiaires des informations sur la manière d'accéder aux données publiques relatives aux performances des établissements, qui peuvent être consultées sur le site <https://health.mil>.

(4) Lors de leur inscription au MTF, les patients sont informés de la manière d'accéder aux données de conformité de l'établissement sur le site web Quality Check® de la TJC, à l'adresse <https://www.jointcommission.org>. Ces données incluent les objectifs de qualité, les objectifs de sécurité des patients, ainsi que le statut d'accréditation de la TJC, conformément à la référence (k). Les MTF doivent publier l'adresse du site web TJC Quality Check® dans leurs documents de communication ou de marketing destinés aux bénéficiaires.

(5) La DHA publiera les performances approuvées et d'autres informations sur les MTF sur le site web de transparence de MHS à l'adresse <https://health.mil>.

(6) Les MTF accrédités par des organismes autres que le TJC doivent fournir aux bénéficiaires des informations similaires à celles décrites au point 3.a. de la présente annexe, tant dans la documentation imprimée que sur les sites Internet des établissements, selon le cas.

(7) La DHA disposera de coordinateurs de conseil et d'assistance aux bénéficiaires (BCAC) à plein temps, tandis que les MTF auront des postes de BCAC soit à plein temps, soit en tant que fonctions collatérales. Les BCAC sont des experts disponibles pour expliquer le plan de santé TRICARE et les options disponibles afin d'aider les bénéficiaires à prendre leurs décisions en matière de soins de santé.

(8) Le MTF met en place des procédures visant à garantir une communication soutenue, efficace et réciproque entre la structure médicale et sa population bénéficiaire, par le biais de réunions, de publications et de divers autres médias, le cas échéant. Le MTF au niveau des parents mettra également en place des conseils de partenariat avec les patients et les familles, conformément à la référence (h).

(9) Le MTF tient les bénéficiaires informés des problèmes d'accès aux soins, des heures d'ouverture, des interruptions de service ou des modifications des heures d'ouverture, des nouveaux programmes et d'autres aspects des opérations médicales.

(10) Le MTF établira des procédures standard pour fournir des informations sur demande (par exemple, les références des prestataires, la satisfaction des patients, les résultats des enquêtes d'accréditation et les procédures d'enregistrement des plaintes).

c. Choix des prestataires et des plans. Chaque MTF offre aux bénéficiaires le droit à un choix de prestataires de soins de santé suffisant pour garantir l'accès à des soins de santé appropriés et de haute qualité.

(1) Les réseaux de fournisseurs TRICARE Prime, associés aux capacités des MTF, doivent permettre d'accéder à un nombre et à des types de fournisseurs suffisants pour garantir que tous les services couverts sont accessibles dans le cadre des normes d'accès TRICARE Prime.

(2) Les normes d'accès à TRICARE Prime comprennent les soins d'urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les soins urgents généralement dans les 24 heures, les soins primaires de routine dans les 7 jours et les soins spécialisés dans les 28 jours, conformément à la référence (f).

(3) Tous les membres du service actif (ADSM) et les personnes enrôlées dans le programme Prime seront affectés à un PCM par leur nom. Les bénéficiaires peuvent s'inscrire à Prime, se désinscrire de Prime, choisir un autre PCM et mettre à jour leur adresse personnelle par l'une des méthodes suivantes :

(a) Par voie électronique via le portail TRICARE BWE ; ou

(b) En soumettant le formulaire DD 2876, le formulaire d'inscription, de désinscription et de changement de PCM pour TRICARE Prime, au contractant régional de TRICARE.

(4) Les demandes de changement de PCM des bénéficiaires seront honorées si le commandant ou le directeur du MTF détermine qu'il existe une capacité, si le PCM demandé est en mesure de répondre aux besoins médicaux du bénéficiaire et si un changement de PCM ne nuit pas inutilement à la continuité des soins. Le commandant ou le directeur du MTF veille à ce que les patients soient informés des recours dont ils disposent s'ils ne sont pas d'accord avec l'affectation du PCM.

(5) Le MHS a mis en œuvre le modèle de Maison de soins primaires centré sur le patient (PCMH) dans les MTF. Afin d'éliminer les soins fragmentés et épisodiques et de mettre l'accent sur la prévention et la coordination des soins, les MTF veilleront à ce que des procédures standardisées soient mises en place pour orienter les ADSM et les autres bénéficiaires du programme PRIME vers le PCM, l'équipe PCMH à laquelle le bénéficiaire est rattaché, ou vers d'autres prestataires vers lesquels le bénéficiaire pourrait être orienté.

(a) Le PCM et l'équipe PCMH coordonnent et intègrent les soins des assurés en les orientant de manière appropriée vers les soins spécialisés nécessaires et les soins hospitaliers non urgents.

(b) Le MTF mettra en place des heures d'ouverture étendues dans les PCMH en fonction de l'analyse de la demande des patients ou établira une clinique de soins urgents (UCC) si la demande est suffisamment élevée pour justifier une analyse de rentabilité positive ou si d'autres critères sont remplis. De plus, il informera les bénéficiaires non-ADSM qu'ils ont droit à des visites illimitées autoréférées dans les UCC du réseau, conformément à la référence (j).

(c) Le MTF encouragera les bénéficiaires assignés aux MTF à contacter la ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) pour obtenir des conseils fondés sur des preuves concernant les soins les plus cliniquement appropriés ou pour obtenir des conseils d'auto-soins. La ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) fournira des services supplémentaires en fonction du statut d'inscription des bénéficiaires. La ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) aidera les bénéficiaires assignés à un prestataire de soins primaires (PCM) d'un MTF à obtenir les soins nécessaires, y compris les soins offerts par le MTF dans les délais requis. La ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) fournira également une documentation à l'équipe PCMH du bénéficiaire assigné pour aider à la coordination des soins conformément à la référence (p).

1. Inscrits au programme Prime assignés au MTF. La ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) fournira des conseils sur le niveau de soins le plus cliniquement approprié, coordonnera les soins nécessaires, y compris la prise de rendez-vous dans le PCMH du bénéficiaire dans les délais requis, ou aidera le bénéficiaire à trouver une clinique UCC du réseau ou hors réseau. La ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) fournira également une documentation à l'équipe PCMH du bénéficiaire pour aider à la coordination des soins conformément à la référence (p). La ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) effectuera une demande de référence pour une clinique UCC du réseau, si nécessaire, pour les membres des services actifs (ADSM).

2. Inscrits auprès des MCSC et bénéficiaires de TRICARE Select. La ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) fournira des conseils sur le niveau de soins le plus cliniquement approprié et proposera aux bénéficiaires des services de localisation de prestataires si nécessaire.

(6) Les bénéficiaires en cours de traitement pour une condition chronique ou invalidante, ou ceux qui sont dans le deuxième ou le troisième trimestre de leur grossesse au moment d'un changement involontaire dans la couverture des services spécialisés, devront, dans la mesure du possible et légalement permis, pouvoir continuer à consulter leur prestataire spécialisé actuel pendant une période allant jusqu'à 90 jours (ou jusqu'à la fin des soins postnataux), afin de préserver la continuité des soins et de permettre la transition des soins.

(7) En cas de perte involontaire d'éligibilité pour le MHS, l'accès transitoire continu aux soins de santé se fera par le biais du Programme d'assistance à la transition (Transition Assistance Management Program) ou du Programme de continuation des prestations de santé (Continued Health Benefit Program) conformément à la référence (f). Le programme de soins de santé continus requiert le paiement de frais d'inscription. Ils peuvent également demander des soins continus conformément aux procédures applicables au Programme de désignation du Secrétaire (Secretarial Designee Program).

(8) En cas de perte involontaire d'une autre couverture d'assurance maladie coïncidant avec la continuation ou l'initiation de l'éligibilité au MHS, la couverture transitoire continue des soins spécialisés sera assurée par TRICARE, conformément à la section 199.17 de la référence (f).

(9) En cas de résiliation du prestataire concerné ou de changement dans le MCSC applicable affectant un inscrit à TRICARE Prime, la couverture transitoire continue des soins spécialisés sera conforme aux politiques et procédures TRICARE appropriées (si le bénéficiaire reste inscrit à TRICARE Prime), avec application des montants de partage des coûts de TRICARE Prime applicables.

d. Accès aux services d'urgence. Chaque MTF doit fournir aux bénéficiaires du MHS des informations concernant leur droit d'accéder aux services de soins d'urgence lorsque le besoin se fait sentir. Les services d'urgence sont couverts lorsque les symptômes aigus sont suffisamment graves pour qu'un « profane avisé » puisse raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de soins médicaux entraîne des risques graves pour la santé ou le décès.

(1) Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour les services d'urgence.

(2) Les prestataires et les établissements sont soumis à des plafonds de paiement en raison d'accords de réseau ou de réglementations relatives à la facturation du solde.

(3) Chaque MTF doit fournir aux bénéficiaires du MHS des informations sur l'emplacement, la disponibilité et l'utilisation appropriée des services d'urgence, le partage des coûts, les dispositions pour les services d'urgence civils, et la disponibilité des soins en dehors d'un service d'urgence.

e. Accès aux soins urgents. Chaque MTF doit fournir aux bénéficiaires du MHS des informations concernant leur droit d'accéder aux services de soins urgents. Conformément à la référence (j), les bénéficiaires Prime non-ADSM ont droit à un nombre illimité de visites en libre accès dans les cliniques UCC du réseau pour des besoins urgents et aigus nécessitant une évaluation clinique des symptômes dans les 24 heures.

(1) Il n'y a pas d'exigence de préautorisation pour les soins urgents ; cependant, un co-paiement est requis pour les retraités et les membres de leur famille inscrits à TRICARE Prime.

(2) Les prestataires et les établissements sont soumis à des plafonds de paiement en raison d'accords de réseau ou de réglementations relatives à la facturation du solde.

(3) Chaque MTF doit fournir aux bénéficiaires du MHS des informations sur l'emplacement, la disponibilité, les heures d'ouverture et l'utilisation appropriée des services de soins urgents, y compris la disponibilité des soins dans le MTF, la ligne de conseils infirmiers du MHS (NAL) et les cliniques UCC du réseau.

f. Participation aux décisions de traitement. Chaque MTF doit veiller à ce que les bénéficiaires du MHS aient le droit et la possibilité de participer pleinement à toutes les décisions concernant leur santé, sous réserve des exigences de préparation pour les membres des services actifs (ADSM).

(1) Dans la mesure du possible, les MTF doivent :

(a) Fournir aux patients des informations facilement compréhensibles et leur offrir la possibilité de choisir parmi les options de traitement conformément au processus de consentement éclairé.

(b) Fournir aux patients des informations écrites et/ou verbales en fonction de la manière préférée par les patients pour recevoir les informations.

(c) Discuter de toutes les options de traitement, y compris l'option de ne pas suivre de traitement, avec le patient de manière culturellement et linguistiquement sensible.

(d) Évaluer la littératie en santé du patient et sa capacité à comprendre les informations médicales en se basant sur le Questionnaire de littératie en santé des formulaires de base du flux de travail interservices, conformément à la référence (k).

(e) Veiller à ce que les patients en situation de handicap puissent communiquer efficacement avec les membres du système de santé lors de la prise de telles décisions.

(f) Discuter de tous les traitements en cours que le patient peut suivre, y compris les soins complémentaires/alternatifs et les soins auto-administrés.

(g) Discuter de tous les risques, avantages et conséquences du traitement ou de l'absence de traitement.

(h) Donner aux patients compétents la possibilité de refuser le traitement et d'exprimer leurs préférences concernant les traitements futurs. Si les patients ne sont pas en mesure de prendre des décisions pour eux-mêmes, le personnel du MTF donne au représentant désigné par le patient la possibilité de refuser le traitement et d'exprimer ses préférences quant au traitement futur.

(i) Discuter de l'utilisation des directives anticipées, y compris les testaments de vie et les procurations médicales durables, avec les patients et leurs représentants désignés, et respecter toutes les décisions prises par les patients ou leurs représentants désignés. Un prestataire qui n'est pas d'accord avec les souhaits d'un patient pour une question de conscience doit organiser le transfert des soins à un autre prestataire qualifié désireux de respecter les souhaits du patient dans les limites de la loi et de l'éthique médicale. Les directives anticipées signées doivent faire partie du dossier médical du patient.

(2) Les prestataires et les établissements médicaux du MTF et du MCSC doivent divulguer à leurs patients tous les arrangements financiers, restrictions contractuelles, intérêts ou propriété dans les établissements de santé, questions de conscience ou autres facteurs susceptibles d'influencer les conseils médicaux ou les décisions de traitement. Les contrats MCSC ne doivent contenir aucun mécanisme contractuel qui restreint la capacité du prestataire de soins de santé à communiquer avec les patients et à les conseiller sur les options de traitement médicalement nécessaires.

(3) Le MHS ne doit pas pénaliser ni chercher à se venger des professionnels de santé ou autres travailleurs de la santé qui défendent les intérêts de leurs patients.

(4) Pour les ADSM, les droits mentionnés au paragraphe 3.a. de cette annexe sont soumis aux responsabilités de l'ADSM de se conformer aux exigences du Service en matière de préparation militaire et au chapitre 47 de la Référence (e).

g. Respect et Non-discrimination. Chaque MTF doit fournir des soins attentionnés et respectueux de la part de tous les membres du MHS en tout temps et en toutes circonstances, dans un environnement de respect mutuel et exempt de discrimination. Sous réserve des conditions d'éligibilité et des autres exigences de la loi et des règlements du département de la défense (DoD), y compris le chapitre 55 de la référence (e) et la référence (f), le MHS ne pratique aucune discrimination dans la prestation des services de santé ou dans les pratiques d'information et d'inscription fondée sur la race, l'origine ethnique, l'origine nationale, la religion, le sexe, l'âge, le handicap mental ou physique, l'information génétique, l'orientation sexuelle ou la source de paiement.

h. Confidentialité et sécurité des informations de santé.

(1) Chaque MTF doit offrir aux bénéficiaires du MHS le droit de communiquer en toute confidentialité avec les prestataires de soins de santé ; de maintenir la confidentialité et la sécurité de leurs informations de santé protégées, de consulter et de copier leurs propres dossiers médicaux, et de demander des modifications à leurs dossiers, sous réserve d'exceptions limitées justifiées par une base légale claire.

(2) Les patients doivent être informés à l'avance de la divulgation d'informations sensibles lors de la rencontre médicale que les prestataires sont tenus de notifier à d'autres agences, individus ou services dans certaines circonstances. Ces circonstances incluraient, sans s'y limiter, les divulgations lors de la rencontre médicale concernant les agressions ou harcèlements sexuels, la violence domestique, l'abus ou la consommation de substances, ou l'intention de se faire du mal ou de faire du mal à d'autres personnes.

i. Réclamations et appels. Chaque MTF doit offrir aux bénéficiaires du MHS le droit à un processus équitable et efficace pour résoudre les différends avec leurs prestataires de soins de santé du MTF, incluant un système rigoureux d'examen interne et un système indépendant d'examen externe. Les contractants régionaux de TRICARE sont chargés d'établir et de garantir une procédure équitable et efficace pour résoudre les différends avec les fournisseurs du réseau, conformément à la référence (t).

(1) Lorsque des services de santé sont refusés par un MTF, qui n'autorisera pas le paiement TRICARE pour le service, sur la base d'une détermination que les services ne sont pas médicalement nécessaires, le bénéficiaire a le droit de faire des appels internes et externes.

(2) Les appels auprès du MTF doivent suivre les procédures d'appel conformément à la version la plus récente de la référence (m). Les appels internes pour les soins achetés doivent suivre les procédures de réexamen conformément aux paragraphes (f) à (h) de la section 199.15 de la référence (l), et les procédures d'appel appropriées des manuels TRICARE au MTF doivent inclure une notification écrite de la décision, les raisons de la décision et les procédures d'appel ; une résolution rapide, y compris une considération accélérée pour les décisions impliquant un examen concurrent et des cas de pré-admission ou de pré-procédure ; l'utilisation de prestataires accrédités non impliqués dans la décision initiale ; et une notification écrite de la décision de réexamen, les raisons de cette décision, et les procédures d'appel externes.

(3) Les appels externes TRICARE régionaux pour les soins achetés suivent lorsque tous les niveaux d'appels internes ont été épuisés. Les appels externes doivent suivre les procédures établies conformément aux paragraphes (f) à (i) de la section 199.15 de la référence (f) et aux manuels TRICARE appropriés.

(4) Les bénéficiaires de TRICARE ayant des plaintes concernant un traitement spécifique ou des décisions de couverture doivent avoir l'opportunité de rechercher une résolution par le biais des procédures établies par le MTF ou le MCSC.

(5) Les contractants régionaux de TRICARE sont chargés d'établir et de garantir une procédure équitable et efficace pour résoudre les différends avec les prestataires du réseau conformément à la référence (t) et aux paragraphes (f) à (h) de la section 199.15 de la référence (l), ainsi qu'aux procédures d'appel appropriées des manuels de TRICARE.

(6) Les processus d'appels et de plaintes ne s'appliquent pas aux désaccords des bénéficiaires concernant les critères d'éligibilité ou d'autres questions établies par la loi ou les règlements, ni aux décisions des MTF concernant les soins en fonction des places disponibles (y compris la disponibilité des services, des produits pharmaceutiques, des équipements ou d'autres éléments dans un MTF).

j. Responsabilités du patient. Chaque MTF doit faciliter, promouvoir et encourager les patients du MHS à assumer une responsabilité raisonnable pour leur santé. Cela augmente la probabilité d'obtenir les meilleurs résultats et favorise l'amélioration de la qualité et un environnement soucieux des coûts. Ces responsabilités comprennent :

(1) Maximiser les habitudes saines, telles que faire de l'exercice, ne pas consommer de tabac, adopter une alimentation saine, et ne pas propager sciemment des maladies.

(2) Participer à des décisions spécifiques en matière de soins de santé, travailler en collaboration avec les prestataires de soins de santé à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de traitement convenus, divulguer des informations pertinentes et communiquer clairement ses souhaits et ses besoins.

(3) Reconnaître les risques et les limites de la science des soins médicaux et la faillibilité humaine des professionnels de la santé et être conscient de l'obligation d'un prestataire de soins de santé d'être raisonnablement efficace et équitable dans la fourniture de soins à d'autres patients.

(4) Être informé sur la couverture, les options et les règles du MHS et de TRICARE, et respecter les procédures applicables.

(5) Faire preuve de courtoisie à l'égard des autres patients et du personnel de santé et s'efforcer de bonne foi d'honorer ses obligations financières.

(6) Signaler les actes répréhensibles, les fraudes et les gaspillages aux autorités compétentes.

5. MESURE DE CONFORMITÉ, RAPPORTS ET ÉVALUATION

a. Sources de données standard. Le système de santé militaire (MHS) mesurera la conformité aux processus standard identifiés dans cette instruction de la DHA (DHA-PI) en utilisant les sources de données standard suivantes :

(1) Site web de l'enquête conjointe sur l'expérience des patients externes. Question 26 « L'équipe soignante tient compte de mes valeurs et de mes opinions lorsqu'elle prend des décisions concernant mes soins de santé », à l'adresse : <https://joesreports.com>

(2) Enquête sur la satisfaction des patients hospitalisés TRICARE (si applicable) à l'adresse suivante : <https://trissreports.com>, questions 5, 6 et 7 sur la « Communication avec les médecins ».

(3) Site web du contrôle de qualité du TJC : <https://www.jointcomission.com>

(4) Autres sources de données, le cas échéant.

b. Suivi et évaluations

(1) Le PEWG surveillera la sensibilisation des patients à la Charte des droits et responsabilités des patients du DoD au moins une fois par an, à l'aide des processus d'enquête de la DHA.

(2) Le PEWG fournira un résumé de la conformité et des recommandations pour l'amélioration, tant globalement que par établissement de traitement médical (MTF), à la DHA HCO par l'intermédiaire du PCCOB, au moins une fois par an.

GLOSSAIREPARTIE I. ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ADSM	Membre du service actif
ASD(HA)	Secrétaire adjoint à la Défense pour les affaires de santé
BCAC	Coordinateur des conseils et de l'assistance aux bénéficiaires
BWE	Portail d'inscription en ligne des bénéficiaires
CBO	Opérations commerciales cliniques
DAD	Directeur adjoint
DHA	Agence de santé de la défense
DHA-PI	Instruction procédurale de l'Agence de santé de la Défense
HCO	Opérations de soins de santé
MCSC	Entrepreneur de soutien à la gestion des soins
MHS	Système de santé militaire
MTF	Centre de soins médicaux militaires
NAL	Ligne de conseils infirmiers
PCCOB	Conseil des opérations axées sur les soins centrés sur le patient
PCM	Gestionnaire de soins primaires
PCMH	Maison médicale centrée sur le patient
PEWG	Groupe de travail sur l'expérience des patients
TJC	La commission mixte
UCC	Clinique de soins urgents

PARTIE II. DÉFINITIONS

ADSM. Les ADSM sont des membres des composantes d'active ou de réserve en service actif.

Soins directs. Les soins directs se réfèrent aux soins de santé fournis dans un MTF.

Attribution. Les bénéficiaires de TRICARE Prime ou Plus sont attribués à un PCM dans un MTF.

Capacité d'attribution. La capacité d'attribution est la capacité totale d'un MTF à attribuer des bénéficiaires de TRICARE à des PCM dans le MTF.

Inscription. L'inscription est le terme utilisé par le MHS pour décrire le plan TRICARE (Prime ou Plus) auquel un bénéficiaire de TRICARE est inscrit.

Conseil des solutions d'entreprise. Un groupe de gouvernance de niveau général comprenant des membres votants de la DHA et des services, chargé de la supervision des opérations cliniques et commerciales des soins de santé ainsi que des communautés cliniques.

Parent MTF. Le système de santé militaire (MHS) identifie ses principaux établissements de traitement médical (MTF), qui effectuent la facturation et les activités associées, comme des « MTF parentaux ». Un MTF parental peut avoir une ou plusieurs cliniques subordonnées, appelées MTF enfants.

PCCOB. Un conseil dirigé par la DHA avec des représentants votants des services pour les soins primaires et spécialisés. Le PCCOB est soutenu par des représentants des services provenant des domaines suivants : accès aux soins, gestion médicale/santé de la population, télésanté, gestion des références, codage/dossiers médicaux, et d'autres groupes de travail clés.

PCM. PCM est le terme utilisé par le système de santé militaire (MHS) pour désigner les médecins, les infirmiers praticiens et les assistants médicaux formés dans les spécialités de soins primaires et auxquels les bénéficiaires de TRICARE Prime sont attribués.

PCMH. Le modèle de soins primaires du MHS comprend la médecine familiale, la pédiatrie, la médecine interne, la médecine opérationnelle, et les cliniques de soins primaires multidisciplinaires. Les opérations des PCMH sont guidées par des processus et procédures standardisés des trois services, avec des variations justifiées dans le type de soins supplémentaires disponibles en fonction des besoins de la population de patients.

Soins du secteur privé. Les soins de santé fournis dans le système de soins du secteur privé civil par l'intermédiaire des contrats de soutien à la gestion des soins TRICARE.

Profane avisé. Une personne possédant une connaissance moyenne de la médecine et de la santé.

TJC. Organisation américaine à but non lucratif qui établit des normes et accrédite plus de 21 000 organisations et programmes de soins de santé aux États-Unis.

Contractants régionaux de TRICARE. Le MHS passe des contrats avec des contractants régionaux de TRICARE pour administrer les prestations de santé TRICARE dans le réseau de soins achetés.

UCC. Un MTF ou une clinique du réseau fournissant des soins urgents.