



Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
MAGGIE DE BLOCK

PLAN D'APPROCHE RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

28 AVRIL 2015

Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Finance Tower / Bd du Jardin Botanique 50 boîte 175 / B-1000 Bruxelles / Belgique
tél. +32 2 528 69 00 / info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

.be

PLAN D'APPROCHE

RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Maggie De Block,
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

L'un des objectifs prioritaires de l'accord de gouvernement et de ma politique consiste à garantir à tous les citoyens de ce pays des soins de santé payables, accessibles et de haute qualité. Dans ce cadre, le patient et ses besoins en matière de soins de santé constituent l'élément central.

Notre système actuel de soins de santé présente des points forts et des qualités reconnus internationalement. Mais il ne s'agit pas de nous endormir sur nos lauriers. De nouveaux défis s'annoncent, notamment en ce qui concerne l'évolution des besoins du patient, la durabilité budgétaire du système, l'intégration des innovations dans notre système de soins, ou encore la numérisation du système.

Si nous voulons faire en sorte que les générations futures disposent, elles aussi, de soins de santé de qualité, nous devons oser jeter un regard critique sur notre système actuel et opérer les réformes ciblées qui s'imposent. L'un des principaux chantiers de réformes identifiés par l'accord de gouvernement concerne le financement des hôpitaux. Outre ce financement, du reste, l'organisation des hôpitaux et leur place dans le paysage des soins de santé devront également être adaptés aux évolutions dans le domaine de la santé.

La nécessité de réformer le financement des hôpitaux n'est pas une nouveauté. Lors de mon entrée en fonction en tant que ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, un travail de préparation de la politique était déjà mené, entre autres par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), lequel avait ouvert un dialogue à ce sujet avec les différentes parties prenantes. Le rapport du KCE invitait ces parties prenantes à développer plus en détail et à affiner leurs propres idées et propositions en ce qui concerne cette réforme.

J'entends réaliser cette réforme, tout comme les autres chantiers de réformes dans le domaine des soins de santé, en étroite collaboration avec le terrain et l'ensemble des parties prenantes. Notre système se caractérise par des parties prenantes fortement engagées qui assument, conjointement avec les responsables politiques, la responsabilité de l'élaboration et de l'exécution de la politique. Comme annoncé lors de la présentation de ma Déclaration de politique et de ma Note de politique Soins de santé 2015, j'ai organisé ces derniers mois un ensemble de consultations avec les représentants des hôpitaux, les médecins et les mutuelles. Ces consultations, ainsi que l'abondante documentation qui m'a été fournie à cette occasion, m'ont permis de mieux apprécier les attentes, les propositions et les sensibilités des différents intervenants. Je tiens une fois encore à remercier toutes les personnes concernées pour leur collaboration constructive, leur ouverture d'esprit et leur discrétion.

Le présent Plan d'Approche décrit ma vision et constitue la « boussole » qui doit orienter le vaste projet de réforme du financement des hôpitaux. Le Plan prend pour point de départ les objectifs

qui figurent dans l'accord de gouvernement fédéral. Il tient compte des points de vue essentiels mis en avant au cours des larges consultations qui ont été organisées. Une concertation intensive a été menée avec les services publics concernés sur les points qu'ils jugent prioritaires. Je tiens également à les remercier pour leur aide et leur compétence.

Mon Plan d'Approche comporte une méthodologie par étapes. De l'anamnèse au diagnostic et du diagnostic au remède. Le Plan d'Approche décrit ainsi le cadre général et les motivations et précise les objectifs et les grands axes de la réforme du financement des hôpitaux. Un planning de travail concret avec des jalons pour 2015-2016 est également prévu. Ce planning et ces jalons seront actualisés et complétés dans les notes de politique des années à venir (en concordance avec les chantiers parallèles en matière de politique, comme l'A.R. n° 78, la nomenclature, eSanté, etc.).

Dans tous les aspects de ma politique de soins de santé, le patient est au centre. Il en va donc de même dans ce Plan d'Approche. Dans le futur, les hôpitaux collaboreront entre eux et avec d'autres partenaires de soins d'une manière beaucoup plus systématique, ceci sous la forme de réseaux *care & cure* de différents types. Les hôpitaux constitueront l'un des maillons de l'ensemble de la chaîne de soins (transmuraux) centrée sur les besoins du patient. Cette collaboration se traduira par une amélioration de la qualité des soins. L'innovation sera encouragée et les soins justifiés seront financés d'une manière correcte. L'une des préoccupations est également de garantir l'accessibilité des soins et d'offrir en permanence à la population une médecine "*state of the art*". Les hôpitaux, de leur côté, bénéficieront avec cette réforme d'une perspective pluriannuelle stable et d'un cadre réglementaire apportant une réponse aux défis auxquels ils sont confrontés au quotidien.

La réforme veut contribuer à une utilisation plus intelligente des budgets de soins, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins croissants et nouveaux en matière de soins de santé. Le but n'est certainement pas de réduire les budgets des soins de santé, ni de réaliser des économies pures et simples. De même, une diminution de l'emploi dans le secteur des soins n'est pas à craindre, bien au contraire : vu les besoins croissants dans ce domaine, on peut s'attendre à une progression de l'emploi. Il y aura par contre des glissements d'emplois de l'intérieur des hôpitaux vers l'extérieur.

Mon Plan d'Approche pour la réforme du financement des hôpitaux tient lieu de « boussole ». Il dispose les balises pour une réforme qui s'étendra au-delà de la législature actuelle. Il s'agit d'une réforme dans laquelle de nombreuses parties prenantes sont impliquées sur le terrain et qui, en outre, concerne non seulement le niveau de pouvoir fédéral, mais aussi les entités fédérées. La poursuite des efforts en vue de conceptualiser, rendre opérationnel et mettre à exécution ce plan ambitieux exige dès lors une concertation étroite et permanente avec tous ces acteurs. Ces derniers mois, durant mes nombreux contacts formels et informels, j'ai pu constater qu'il existait chez tous ces intervenants une réelle volonté de mettre cette réforme sur les rails et de la mener à bon terme. Il me tarde de travailler avec tous ces acteurs à la mise en œuvre de cet important processus de réforme.

28 avril 2015

Maggie De Block
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

1.	CADRE GÉNÉRAL : UN CONTEXTE QUI A ÉVOLUÉ	1
2.	RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX : POINTS DE DÉPART	4
3.	OBJECTIFS DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX	6
4.	RÉORGANISATION DU PAYSAGE DES SOINS DE SANTÉ / NOUVEAU CONCEPT D'HÔPITAL	7
4.1.	Le paysage hospitalier actuel	7
4.2.	Le paysage des soins de santé 2025 souhaité, avec réseaux	9
4.3.	Un concept d'hôpital adapté	13
4.4.	Instruments politiques	15
5.	RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX	15
5.1.	Points de départ et principes de base	15
5.2.	Délimitation des clusters de financement:soins à haute, basse & moyenne variabilité	19
5.3.	Soins à basse variabilité	20
5.3.1.	1 ^{re} étape : Vers des montants de référence prospectifs pour les honoraires	20
5.3.2.	2 ^e étape : Extension vers davantage de groupes de pathologies / de prestations médicales	22
5.3.3.	3 ^e étape : Vers un financement fixe par hospitalisation (deux parties)	22
5.3.4.	4 ^e étape : Identification de la partie des frais de fonctionnement des honoraires	23
5.3.5.	5 ^e étape : Financement forfaitaire (plus large que les soins hospitaliers)	23
5.4.	Soins à moyenne variabilité / moyennement complexes	24
5.4.1.	1 ^{re} étape : Simplification BMF	24
5.4.2.	2 ^e étape : Intégration BMF, hôpital de jour et médicaments forfaitisés	25
5.4.3.	3 ^e étape : Identification de la partie des frais de fonctionnement des honoraires	26
5.4.4.	4 ^e étape : Financement forfaitaire (plus large que les soins hospitaliers)	26
5.5.	Soins très complexes, non standardisables	26
5.6.	Financement isolé transparent pour des tâches et missions spécifiques	27
5.7.	Informations transparentes sur les coûts par groupe de pathologies	29
5.8.	Proj. pilotes pour une intégration entre soins hospitaliers et autres formes de soins	30
5.8.1.	Projets pilotes : méthodes	31
5.8.2.	Propositions concrètes	32
5.9.	<i>Value based care / Pay for performance</i>	33
5.10.	Réformes à court terme	34
5.10.1.	Simplification des enregistrements obligatoires	34
5.10.2.	Lourdeur des soins infirmiers dans le BMF : le modèle de financement des hôpitaux sur la base des NRG	35
5.10.3.	Financement des services des urgences et des postes de garde	36
6.	STRUCTURE DE GOUVERNANCE POUR LE PROJET	37
6.1.	Task force	38
6.2.	Phase conceptuelle : groupe de concertation sur le financement des hôpitaux	38
6.3.	Phase d'implémentation : organes consultatifs réguliers	39
6.4.	Intégration en un seul domaine politique et réforme des organes consultatifs	39
7.	CHANTIERS PARALLELES	40
8.	CONSIDÉRATIONS FINALES	41

1. CADRE GÉNÉRAL : UN CONTEXTE QUI A ÉVOLUÉ

Les grands défis qui s'annoncent pour les soins de santé sont bien connus. Le profil du patient moyen dans les soins de santé connaît de profonds changements. La population vieillit et le nombre de patients atteints de maladies non transmissibles (MNT) chroniques est en augmentation. Le nombre de patients souffrant d'affections multiples (multimorbidité) croît également, les traitements pour les différentes maladies pouvant alors interagir. D'un autre côté, les patients se montrent plus assertifs et souhaitent, à juste titre, jouer un rôle plus actif dans la gestion de leurs pathologies.

Ces changements nécessitent une adaptation de l'organisation des soins. À l'heure actuelle, l'offre de soins est encore très fragmentée. Toutes les structures travaillent indépendamment les unes des autres et l'expertise, tant sur le plan de la médecine que des soins infirmiers, devient de plus en plus ultra-spécialisée. Une coordination et une intégration bien plus poussées des soins s'imposent : tous les services et prestataires de soins devront établir entre eux, et en étroite concertation avec le patient, les dispositions nécessaires afin d'assurer un suivi systématique et continu de ce patient souffrant d'affections chroniques. Le but est de garder les problèmes de santé le plus possible sous contrôle et de prévenir autant que possible une aggravation des troubles. Par ailleurs, nous avons de plus en plus conscience que l'état de santé des citoyens est influencé non seulement par les soins de santé, mais aussi par d'autres facteurs (mode de vie, enseignement, ...) qui, si l'on agit correctement à ce niveau, peuvent contribuer à éviter bien des problèmes de santé. Tout cela implique que l'axe des soins doit être déplacé du patient avec ses maladies (les soins de santé curatifs) vers la santé (curative et préventive) de tous les citoyens (et pas uniquement les patients) considérée sous l'angle de la population.

Parallèlement aux besoins croissants, nous voyons aussi croître les possibilités scientifiques et technologiques pour la prévention, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé. Les évolutions technologiques créent une foule d'opportunités dans les domaines *e-health* et *m-health*.

Un changement de paradigme s'opère peu à peu dans l'organisation des soins (voir le tableau 1) et le gouvernement souhaite accompagner activement ce glissement afin de l'orienter dans la bonne direction.

Tableau 1 : changement de paradigme progressif dans le modèle de soins

	Modèle de soin actuel	Nouveau modèle de soin
Groupe ciblé	Les maladies (axé sur la maladie)	Population (axé sur la personne)
	Une seule maladie	Pathologie multiple chronique
Rôle du patient	Receveur passif	Partenaire actif (<i>selfmanagement, shared decision making, patient empowerment</i>)
Axe des soins	Soins de santé, curatif	Santé publique prévention, promouvoir les soins de santé, bien-être, ...
	<i>One size fits all</i>	<i>Personalised medicine</i> – choix personnalisé
Organisation des soins	Axée sur l'offre	Axée sur la demande (patient-centered)
	Silo, morcèlement	Intégration, continuum, coordination
Prestataires de soins	Spécialiste / hôpital est centrale	<i>Community care</i> / soins proximaux
	Médecin individuel	Equipe (médecins et autres)
Rôle des dispensateurs de soins	Episodes isolés	Continuum des soins
Objectif	Procédure	Résultats
	Guérir	Meilleur qualité de vie, confort, autonomie
Information	Rétrospectif	<i>Real time</i> / prédictive
	Dossier à part sous forme papier	EPR intégré
Financement	Volume	Valeur (<i>value</i>)
	Par prestation	<i>Bundled payment</i>
Axe politique	Réaliser des économies	<i>Value based health care</i>

Une organisation adaptée des soins ne peut fonctionner correctement que si le financement des prestataires et établissements de soins est réajusté, de manière à favoriser les accords sur la répartition des tâches et la coordination des soins et ce faisant, à répondre plus efficacement aux nouveaux besoins. Dans le même temps, le but est aussi de remédier à certains inconvénients du financement actuel. Ces défauts sont bien connus (9) :

- Le financement actuel est très complexe et peu transparent.
- Le financement s'accompagne d'une surcharge administrative, tant pour les établissements que pour les services publics, et le secteur n'est pas informatisé de façon adéquate pour assurer la mise à jour et le traitement efficace de toutes les données.
- Le financement est fortement axé sur les prestations, ce qui entraîne des volumes de soins importants (notamment pour certaines opérations chirurgicales, les CT, etc. (6)), avec il est vrai un prix unitaire réduit comparativement à d'autres pays.
- Le financement à la prestation n'incite pas à une utilisation efficiente des ressources, ni à la collaboration. La mauvaise qualité n'est pas pénalisée financièrement. La bonne qualité n'est pas toujours récompensée financièrement.
- Les services BMF (budget des moyens financiers) sont structurellement sous-financés, ce qui a comme conséquence qu'un subventionnement croisé via les honoraires est nécessaire en permanence. Ceci peut engendrer des effets pervers : les administrateurs souhaitent augmenter les retenues sur honoraires, ce qui incite à augmenter les prestations ou les suppléments d'honoraires dans le chef des médecins.

- Le financement actuel est très fragmenté et divisé en « silos » avec peu d'interactions.
- Sur le plan du financement des prestations médicales, les honoraires font l'objet, en moyenne, d'une sous-estimation relative des prestations (purement) soi-disant "intellectuelles" au profit des prestations médico-techniques (qui, outre l'apport en termes de contenu médical, nécessitent également une infrastructure coûteuse ou l'utilisation d'équipements coûteux).
- En Belgique, les soins de santé innovants (p. ex. équipements, nouveaux appareils) ne sont pas toujours repris assez rapidement dans le remboursement par l'assurance-maladie obligatoire, ce qui comporte un risque de médecine à deux vitesses.

Bon nombre de ces défauts forment, depuis longtemps déjà, des caractéristiques propres au modèle de financement belge, mais à cela s'est encore ajoutée, récemment, la dégradation de la situation financière d'un nombre croissant d'hôpitaux. En 2013, 40 des 92 hôpitaux généraux de Belgique clôturaient leurs comptes annuels avec un résultat courant (= résultat d'exploitation + résultat financier) déficitaire, alors qu'en 2012 et 2011, "seuls" 28 et 23 – respectivement – sur 92 étaient dans ce cas (2). On peut donc s'attendre, à politique inchangée et sans perspectives de croissance budgétaire importante, à ce que la situation financière des hôpitaux continue de se détériorer. Il s'impose d'apporter à temps les correctifs nécessaires en vue d'une rationalisation et d'une consolidation contrôlées, avant que les problèmes s'aggravent encore. On ne peut se permettre d'observer passivement un certain nombre d'hôpitaux se diriger tout droit vers la faillite. Des réformes fondamentales permettant une affectation plus intelligente des moyens disponibles pour les soins de santé – qui ne sont pas négligeables, mais qui ne sont pas non plus illimités – s'imposent (4, p. 59). Ceci permettra de garantir à tous les citoyens un accès permanent aux soins de qualité dont ils ont besoin.

Des réformes fondamentales sont indispensables, même si les citoyens sont largement satisfaits du système actuel (6). À cet égard, les éléments favorables de notre système de soins doivent être préservés au maximum. Ces éléments sont entre autres (9) :

- la grande accessibilité des soins (à la fois au niveau géographique, en termes de délais d'attente réduits ou inexistants, et sur le plan financier), avec un accès direct aux soins spécialisés ;
- l'assurance maladie obligatoire, universelle et solidaire (la part de la population non couverte par l'assurance maladie obligatoire est inférieure à 1%), avec des cotisations personnelles raisonnables et des corrections sociales adéquates ;
- une offre de soins particulièrement large ;
- une solide présence de prestataires professionnels compétents, motivés et dynamiques, avec toutefois un risque de pénurie dans certaines disciplines médicales et dans les soins infirmiers ;
- la participation de toutes les parties prenantes à la gestion ;
- une qualité de soins (perçue comme) élevée, même si le citoyen-patient assimile parfois à tort la proximité des soins à des soins de qualité ;
- un degré très élevé de satisfaction des patients ;
- un prix relativement bas par intervention comparativement aux pays limitrophes ;
- une sécurité tarifaire globale pour le patient, même si celle-ci est de plus en plus mise à mal. Les suppléments d'honoraires très importants dans certains établissements constituent à cet égard un point particulièrement problématique ;
- une grande liberté de choix tant pour les patients (choix du prestataire de soins et de l'établissement) que pour les prestataires (médecine en tant que profession libérale) ;

- une politique de soins de santé élaborée par le biais d'un modèle de concertation caractérisé par une forte implication de toutes les parties prenantes et par le "réalisme pragmatique" des mesures adoptées.

2. RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX : POINTS DE DÉPART

1. Des **réformes assez fondamentales** s'imposent, malgré les caractéristiques favorables du système belge de soins de santé. La génération actuelle de décideurs politiques doit assumer la responsabilité de réformes fondamentales, indispensables si nous voulons préserver à long terme la viabilité et les nombreuses caractéristiques positives de notre système de soins. Sans réformes, il deviendra de plus en plus difficile de maintenir ces caractéristiques positives compte tenu de la forte croissance des besoins en matière de soins (vieillesse, pathologies chroniques et multimorbidité) et de l'accroissement des possibilités scientifiques et technologiques, alors que les budgets de soins de santé ne peuvent croître dans la même proportion.
2. Il est de la **responsabilité commune** de tous les acteurs – prestataires de soins, mutuelles, partenaires sociaux, services publics (fédéraux, régionaux, INAMI), patients, industrie, assureurs, ... – de faire en sorte que nos soins de santé continuent à fonctionner correctement et soient armés pour faire face aux défis qui s'annoncent (4, p. 59). Sur le plan de la politique, le choix fondamental est le suivant :
 - a. soit nous nous limitons à des réformes limitées, auquel cas aucun changement majeur n'est opéré et nous évitons également de fortes résistances ou la crainte du changement née de l'incertitude quant aux conséquences, mais alors dans 10 ans, nos soins de santé seront sérieusement à la traîne par rapport à d'autres pays ;
 - b. soit nous mettons en chantier dès à présent une série de réformes substantielles, avec à la clé quelques années délicates marquées par des changements et donc aussi des résistances, ou à tout le moins des réticences, mais dans 10 ans, notre système de soins de santé sera alors équipé pour faire face aux nouveaux grands défis qui se préparent.
3. La réforme du financement des hôpitaux est élaborée de manière pluraliste sous la forme du présent **Plan d'Approche global**, ceci **en concertation systématique et en harmonisation** avec toutes les parties prenantes. Des consultations étendues sont menées afin de mieux cerner la vision qui se dégage autour des principales propositions et des préoccupations des différentes parties prenantes. Dans un premier temps, le KCE a organisé une large consultation dans le cadre de son rapport. À partir de décembre 2014, la ministre et sa cellule stratégique ont lancé une nouvelle phase de consultations. La préparation des réformes se poursuivra en étroite concertation avec toutes les administrations concernées (Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, INAMI, KCE, ...), les entités fédérées et tous les acteurs sur le terrain.
4. Chaque proposition de réforme sera confrontée aux **principes politiques** énoncés dans l'accord de gouvernement fédéral (4). Les besoins du patient constitueront ici, bien entendu,

l'élément central : soins de qualité, accessibles et abordables financièrement, adaptés aux besoins et aux souhaits du patient, lequel assume un rôle plus actif, ceci en respectant la liberté de choix et la vie privée des patients et des prestataires de soins. D'autre part, l'*evidence-based practice* constitue toujours un fil conducteur très important dans l'élaboration de ce Plan d'Approche, tout comme le souhait d'une plus grande transparence dans la réglementation. Le développement d'une gestion financière durable de l'assurance maladie à l'intérieur d'un cadre pluriannuel stable est également un objectif essentiel de l'accord de gouvernement.

5. La réforme du financement des hôpitaux vise **une évolution, pas une révolution**. Autrement dit, un changement graduel mais néanmoins profond. Les nombreuses caractéristiques positives du système actuel doivent être conservées. Et une réforme fondamentale du financement est trop complexe pour être menée dans la précipitation et en un seul mouvement. Une mise en œuvre graduelle permet d'éviter les effets secondaires inattendus et involontaires ou d'y remédier. Mais les réformes auront malgré tout des implications plus importantes que les changements incrémentiels classiques ("petits ajustements marginaux") qui ont trop souvent caractérisé la politique belge de soins de santé dans le passé.
6. Les **projets pilotes** sont un instrument très utile pour faire jaillir sur le terrain des propositions de réformes concrètes et soutenir pleinement le dynamisme et l'initiative des acteurs sur le terrain. Les projets pilotes permettent d'essayer des solutions créatives et innovantes dans un cadre sécurisé. Après une évaluation positive, la nouvelle procédure peut alors être déployée plus largement en termes d'organisation et de financement.
7. En soi, une réforme du financement des hôpitaux est vouée à l'échec si, dans le même temps, **l'organisation du paysage hospitalier** – et même, plus largement, de tout le **paysage des soins de santé** – n'est pas adapté en conséquence afin de pouvoir répondre aux nouveaux besoins. Ceci inclut également l'élaboration d'un nouveau **concept d'hôpital**, adapté au 21^e siècle (concept d'hôpital 2025). Ces aspects nécessitent une concertation étroite entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées.
8. Entre-temps, la terre continue de tourner. Dans l'attente de la finalisation des réformes globales, une série d'**adaptations** doivent aussi être apportées **à court terme** au modèle de financement actuel. Bien entendu, il sera fait en sorte que ces propositions d'adaptation à court terme soient compatibles avec les réformes globales.
9. Les grands axes pour la réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé et pour la réforme du financement des hôpitaux sont avant tout synthétisés dans le **plan global** qui est présenté ici. Ce plan sera traduit en une série de **modules de travail** maniables, avec un **timing** concret. Le KCE souligne à juste titre que les différents aspects de la réforme doivent être envisagés et mis en œuvre ensemble et dans leur intégralité, ceci afin d'éviter des déséquilibres (9). Par ailleurs, une attention suffisante doit être accordée aux **interactions** avec les autres grandes priorités en matière de politique à savoir, entre autres, la révision de la nomenclature, la révision de l'A.R. n° 78, le plan de soins chroniques

intégrés, ainsi que la *Roadmap* eSanté (4).

10. Pour la réforme du financement des hôpitaux, une gouvernance et une **structure de projet** spécifiques sont prévues. Dans ce cadre, une distinction est faite entre la phase de conceptualisation et la phase de mise en œuvre. Durant la phase de conceptualisation, les grands axes sont traduits en propositions concrètes. Ces propositions sont élaborées en étroite collaboration avec les parties prenantes, par le biais de la *task force* et d'un groupe de concertation. Pendant la phase de mise en œuvre, les propositions concrètes sont traduites en une réglementation, laquelle est soumise pour avis aux organes consultatifs officiels.
11. Enfin, il a été décidé de maintenir provisoirement une série de composantes des soins de santé **en dehors du champ d'application** de ce processus de réforme. Bien entendu, il y a toujours des zones de contact avec la réforme du financement des hôpitaux, et des ajustements doivent aussi être opérés sur les 'terrains attenants'. Mais tous les problèmes / segments ne peuvent pas être traités en profondeur simultanément. Si 'tout est lié', on risque l'immobilisme. La réforme prévue vise avant tout les hôpitaux généraux, avec leurs soins médicaux spécialisés. D'autres segments, comme les soins de santé mentale, les soins de rééducation de longue durée¹, les soins de première ligne, les soins aux personnes âgées et l'aide sociale, n'entrent en ligne de compte que dans la mesure où ils présentent des points de contact en ce qui concerne la réforme des hôpitaux et de leur financement, et cela bien entendu en étroite concertation avec les entités fédérées.

3. OBJECTIFS DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Les besoins en matière de soins de santé ne cesseront de croître ces prochaines années compte tenu du vieillissement de la population, du nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques et de la multimorbidité croissante. Mais les budgets publics pour les soins de santé ne peuvent suivre indéfiniment cette croissance. C'est pourquoi il convient de miser avant tout sur des stratégies qui permettent d'affecter les moyens d'une manière plus intelligente, de créer plus de valeur avec les budgets disponibles (*value based care*). Ceci passe par une réorganisation du paysage des soins de santé, en accordant une place plus large aux soins transmuraux et en mettant plus en avant les soins de première de ligne afin de pouvoir éviter des (ré)hospitalisations, et par une réorientation du rôle des hôpitaux (4). Cette réorientation comporte plusieurs aspects.

Dans les hôpitaux, des "lits aigus" peuvent être supprimés, parce qu'il y a aujourd'hui déjà des lits vides et parce que la durée de séjour dans les hôpitaux peut encore être raccourcie, comme le montrent des comparaisons internationales. La suppression de lits non utilisés engendre des économies nettes limitées (uniquement sur l'infrastructure et son entretien). La réduction de la durée de séjour dégage de la marge pour affecter ailleurs les moyens en personnel ainsi libérés, p. ex. en augmentant les normes d'encadrement pour les autres lits aigus ou en opérant des glissements vers des soins moins aigus (centres de convalescence, lits chroniques, soins à domicile) qui requièrent un budget par lit moins élevé. Cette réduction du nombre de lits (aigus)

¹ Les soins aigus en rééducation qui sont effectués également dans les hôpitaux généraux, font dès lors partie du présent plan.

nécessitera bien entendu une collaboration plus poussée entre hôpitaux, via des réseaux (voir 4.2).

Des moyens peuvent également être libérés par une collaboration sur le plan des infrastructures coûteuses, et en particulier des équipements médicaux lourds : pour autant que la disponibilité des équipements soit suffisante, même s'ils sont disponibles à moins d'endroits, il y a ainsi moins de frais fixes à couvrir et le risque d'une utilisation non indiquée des équipements diminue. Du reste, une telle concentration peut aussi être bénéfique à la qualité des soins prodigués. Pour que les soins nécessaires restent accessibles en suffisance pour tous les patients, il convient que les hôpitaux concluent des partenariats et des accords de répartition des tâches quant à l'utilisation de ces infrastructures onéreuses.

Enfin, la coordination et l'intégration entre différentes structures de soins (hôpitaux, mais aussi d'autres types d'établissements) doivent être encouragées afin de pouvoir prodiguer au groupe grandissant des patients atteints de maladies chroniques les soins adéquats en temps voulu et dans un cadre adapté.

La réforme du financement des hôpitaux veillera également à préserver les nombreuses caractéristiques positives du système belge des soins de santé, à savoir le degré élevé de satisfaction des patients, une offre de soins étendue et largement accessible (que ce soit sur le plan financier ou géographique ou en termes d'heures d'ouverture), une qualité de soins (perçue comme) élevée et une solide présence de prestataires professionnels compétents, dynamiques et motivés.

Outre une utilisation plus efficiente/intelligente des budgets de soins disponibles, la réforme du financement des hôpitaux vise à favoriser une amélioration constante de la qualité, à promouvoir la collaboration et les accords de répartition des tâches entre hôpitaux et avec d'autres structures de soins, et à financer d'une manière correcte les soins justifiés. La réforme du financement des hôpitaux n'a donc pas pour but de réduire les budgets de soins de santé, et encore moins de réaliser des économies nettes. La réforme dans son ensemble n'ira donc pas de pair avec une réduction de l'emploi dans les soins de santé, dont une partie se situera, il est vrai, dans d'autres structures que les hôpitaux. Au contraire, avec les besoins croissants en matière de soins, l'emploi ne fera que croître.

4. RÉORGANISATION DU PAYSAGE DES SOINS DE SANTÉ / NOUVEAU CONCEPT D'HÔPITAL

Une réforme du financement des hôpitaux est vouée à l'échec si, dans le même temps, l'organisation du paysage hospitalier – et même, plus largement, de tout le paysage des soins de santé – n'est pas adaptée en conséquence, afin de répondre aux nouveaux besoins. La définition d'un nouveau concept d'hôpital, adapté au 21^e siècle, en fait également partie.

4.1. Le paysage hospitalier actuel

Les chiffres sont suffisamment connus (7). La Belgique dispose d'un nombre relativement plus élevé de lits d'hôpital aigus par rapport à bien d'autres pays de l'OCDE (fig. 1), les patients sont plus fréquemment admis dans un hôpital (fig. 2), la durée moyenne de séjour est aussi plus

longue (fig. 3) et il y a relativement moins d'interventions en hôpital de jour (6, 7, 9).² Il ressort en outre des chiffres relatifs au financement des hôpitaux belges que le nombre de « lits agréés » (= le nombre de lits pour lesquels les hôpitaux ont l'autorisation d'exploitation) est beaucoup plus élevé que le nombre de « lits justifiés » (= le nombre de lits financés par les autorités, tenant compte du *case-mix* de chaque hôpital et sur la base de la durée moyenne nationale de séjour pour chaque type de patients). Cette différence se situe essentiellement dans les lits aigus pour la chirurgie et la médecine interne, mais également dans les maternités et les services de pédiatrie. Il apparaît par ailleurs qu'on utilise en Belgique davantage de lits de gériatrie que ceux agréés par les autorités (fig. 4).

Fig. 1 : nombre lits aigus/1 000 habitants

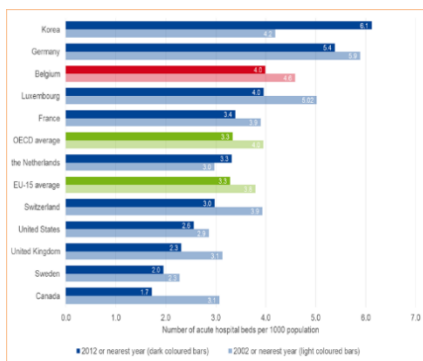


Fig. 2 : nombre hospitalisations/1 000 hab.

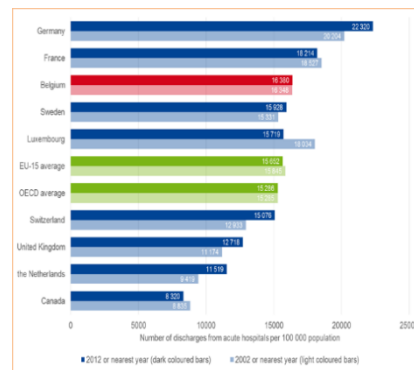


Fig. 3 : durée moyenne de séjour

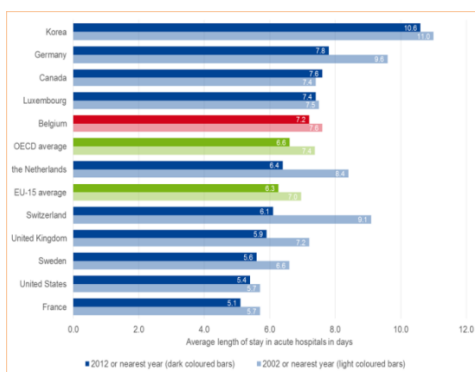
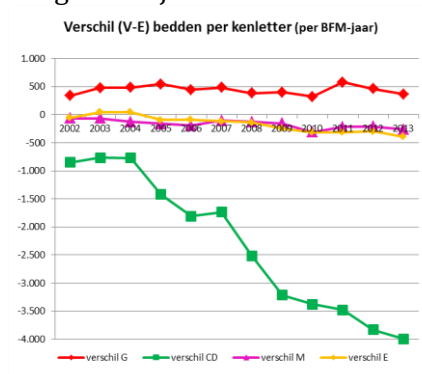


Fig. 4 : évolution de la différence entre lits agréés et justifiés



La Belgique connaît aussi une densité et une utilisation élevées d'appareils de diagnostic ou d'équipements onéreux (par ex. CT, endoprothèses, valvules cardiaques transartérielles) et une fragmentation des soins complexes (les 446 œsophagectomies en 2011 ont p. ex. été réalisées dans 64 hôpitaux en Belgique). Par contre, la Belgique affiche de moins bons scores dans des

² Il convient de remarquer ici que les chiffres ne sont pas toujours parfaitement comparables sur le plan international (9).

comparaisons internationales portant sur la qualité, surtout au niveau du résultat (par ex. BPCO, mortalité après une hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde) (5, 7, 9).

Ces chiffres permettent d'affirmer avec suffisamment de certitude qu'il y a encore de la marge en Belgique pour un raccourcissement du séjour à l'hôpital, une diminution du nombre d'hospitalisations (et ainsi une réduction de l'infrastructure hospitalière aiguë), une transition vers des admissions en hôpital de jour et une réduction du recours aux équipements de haute technologie (4, p. 64), à condition évidemment qu'il y ait suffisamment de possibilités d'accueil en dehors des murs de l'hôpital.

4.2. Le paysage des soins de santé 2025 souhaité, avec réseaux

Une des missions consistera à définir le futur paysage des soins de santé prévu et souhaité, baptisé « paysage des soins de santé 2025 », sur la base des changements attendus au niveau des besoins, des possibilités médico-technologiques pour répondre à ces besoins et de la marge budgétaire (4, p. 58). La référence à 2025 n'implique pas que les premières restructurations dans le paysage des soins de santé n'auront lieu que dans 10 ans, mais découle du fait que l'on considère que si l'on peut démarrer les adaptations structurelles dans le paysage des soins (par ex. plus de rénovation ou de construction de sites qui ne s'inscrivent pas dans ce nouveau cadre) à partir de 2016, il faudra probablement attendre jusqu'en 2025 avant qu'il en résulte un impact substantiel sur le paysage des soins de santé. Les mesures politiques qui sont mises en route à partir de maintenant ne produiront par conséquent leur plein effet qu'à partir de la prochaine législature.

Il va de soi – en fonction de la réforme du financement des hôpitaux – que l'accent est mis sur la place de l'hôpital en tant que maillon dans ce paysage des soins de santé, mais cela ne peut évidemment pas être envisagé indépendamment du rôle et des missions des autres acteurs des soins de santé. Ceux-ci sont abordés dans le cadre d'autres priorités politiques du gouvernement fédéral (par ex. les soins intégrés et chroniques, l'AR n° 78, les soins de première ligne, le plan de soins de santé mentale) (4) et des gouvernements des entités fédérées.

En ce qui concerne la réorganisation du paysage des soins de santé, les notions clés sont les suivantes :

- Les besoins en matière de soins hospitaliers nécessaires pour les prochaines années doivent être estimés, en tenant compte des évolutions attendues dans les groupes de pathologies (entre autres via les données épidémiologiques) et dans les modalités de diagnostic et de traitement (à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux), ainsi que des évolutions technologiques. Les besoins estimés en termes de capacité hospitalière (lits, équipements, répartition géographique, ...) doivent être convertis en une programmation d'équipements, de lits, de services hospitaliers et de programmes de soins de base et spécialisés. La conversion en normes d'agrément relève des entités fédérées (4, p. 58).
- Les hôpitaux doivent collaborer plus fréquemment et plus étroitement entre eux et avec d'autres institutions de soins, afin de mieux coordonner les soins pour les patients de façon transmurale, par-delà les murs des institutions. Les hôpitaux deviennent des maillons dans un réseau de soins qui est au service des patients (4, p. 64-65, p. 68).
- Au lieu des formes de collaboration classiques qui sont déjà prévues juridiquement (groupement, fusion et association), un autre concept s'impose, plus précisément une

formation de réseau entre les structures de soins. Dans ce contexte, plusieurs types de réseaux sont pertinents (4, p. 64, 9) :

- Entre hôpitaux, on distingue les réseaux suivants :
 - Pour les soins cliniques (via l'envoi de patients ou des prestataires de soins qui se déplacent) → afin de pouvoir toujours garantir aux patients, d'une manière socialement efficiente, l'accès à la meilleure expertise disponible
 - Pour les services médicaux de soutien (laboratoire, anatomopathologie, pharmacie, stérilisation centrale – dans le cadre desquels les échantillons ou le matériel se déplacent) → afin de pouvoir toujours utiliser ces équipements et infrastructures onéreux de la manière la plus efficiente possible, et d'éviter la surcapacité (par ex. salles blanches)
 - Pour les services de soutien (dossier électronique du patient, groupement d'achat, tarification-facturation, environnement et prévention, ...) → essentiellement en vue de partager l'expertise et de réaliser des économies d'échelle
- Entre les hôpitaux et d'autres structures, des accords de coopération locale³ sont nécessaires pour l'aspect *cure* (avec p. ex. les médecins généralistes, les soins infirmiers à domicile) et pour l'aspect *care* (avec p. ex. aussi les maisons de repos et de soins, l'aide à domicile, ...) – le tout évidemment en étroite concertation avec les entités fédérées → afin de garantir la continuité des soins, surtout pour les patients souffrant de maladies chroniques.

À l'avenir, l'autorisation d'exécuter certaines activités hospitalières, ainsi que leur financement, ne seront plus octroyés à des hôpitaux individuellement, mais à des réseaux d'hôpitaux ou de services hospitaliers. L'attribution d'une activité déterminée à un réseau n'implique évidemment pas que chaque hôpital qui est membre de ce réseau obtient l'autorisation d'exploiter cette activité sur son propre site.

Dans ce contexte, on examinera pour quels types de réseaux une structure formelle, avec une personnalité juridique propre, s'avère souhaitable. En fonction de la nature des soins dispensés (soins de base versus soins spécialisés), un hôpital peut également être membre de plusieurs réseaux.

Enfin, lors de la définition du cadre juridique pour ces réseaux, il faut aussi veiller à ce que la 'réglementation connexe' ne complique pas la collaboration entre ces structures de soins (p. ex. la législation du travail et le droit social sur le détachement de personnel, l'exonération de la TVA sur la dispense de soins doit s'appliquer à toutes les formes légalement prévues de collaboration via le réseautage).

- Les hôpitaux doivent non seulement collaborer entre eux, mais ils doivent également conclure des accords sur la répartition des tâches, sous diverses formes :
 - Des accords sur l'envoi et le renvoi entre hôpitaux pour les patients au sein d'un même groupe de pathologies
 - La répartition des groupes de pathologies entre les hôpitaux

Quant aux formes de soins qui devront être proposées de façon plus concentrée (= à moins d'endroits) à l'avenir, ou qui pourront au contraire rester très dispersées, elles doivent faire l'objet d'une évaluation sur la base de données *evidence-based*, en tenant compte notamment

³ Il convient d'examiner s'il est utile d'utiliser également, dans ce cas-ci, le terme 'réseau' ou si cela prête plutôt à confusion.

de la prévalence et de l'incidence des affections, des technologies disponibles, du besoin de continuité, de l'évidence d'une relation entre volume et résultat, ...) (4, p. 76). On attend des hôpitaux, tant généraux qu'universitaires, qu'ils passent entre eux de tels accords sur la répartition des tâches, en se basant sur les compétences et les expertises déjà présentes (4, p. 58, p. 64-65).

- Ces formes d'accords sur la répartition des tâches, de réseaux et de concentration de l'équipement et de l'expertise n'impliquent pas que les hôpitaux doivent être de plus grande envergure. On ne vise pas la concentration d'un plus grand nombre de lits au même endroit.
- La collaboration entre les structures de soins doit être soutenue via le développement du dossier électronique intégré du patient (DEP) qui, à l'avenir, pourra être utilisé par tous les prestataires de soins (et pas seulement par l'hôpital ou le médecin généraliste) – et qui sera aussi rendu plus accessible pour le patient (4, p. 61) – cf. *roadmap* eSanté. Ce DEP permettra non seulement de mieux coordonner les soins, mais également de réaliser des économies (moins d'exams en double, moins d'administration), de mieux garantir la qualité et la sécurité des patients (p. ex. enregistrement unique d'une allergie à certains médicaments) (4, p. 68), et il permettra aussi au patient d'acquiescer plus d'autonomie et de prendre activement en main la gestion de ses soins.

Ce nouveau paysage des soins de santé sera réalisé autant que possible sur un mode « *bottom-up* », via des initiatives émanant des institutions de soins proprement dites (entrepreneuriat social, même avec une certaine concurrence, afin de stimuler la qualité). Dans le même temps, les autorités fixeront sur un mode « *top-down* » le cadre et les règles du jeu auxquelles le réseautage doit satisfaire, ceci pour garantir la réalisation de la rationalisation.

Les modalités et leviers concrets ci-dessous peuvent être utilisés pour encourager les hôpitaux à collaborer et à passer des accords sur la répartition des tâches dans ce nouveau paysage des soins de santé :

- La réduction du nombre de lits d'hôpital aigus, avec des possibilités de reconversion de lits aigus en lits chroniques ou en formes de soins alternatives (lits pour soins chroniques, centres de convalescence, hospitalisation à domicile, hôtel de soins, ...).

Il va de soi que les reconversions sans conséquences budgétaires négatives au niveau macro ont la préférence.

Les chiffres disponibles démontrent clairement que la capacité en lits d'hôpital aigus disponibles en Belgique est loin d'être pleinement utilisée en permanence : il y a donc des possibilités de réduction, mais cela doit se faire de manière judicieuse :

- La suppression d'un nombre restreint de lits par hôpital/site n'entraînera pas d'économies. Des économies réelles ne sont réalisables que si des services ou des sites hospitaliers *entiers* peuvent être supprimés (ou convertis en lits pour soins chroniques).
- Chaque hiver, il y a une période pendant laquelle les lits d'hôpital aigus sont surchargés. Cela ne changera pas dans le futur. Afin d'éviter des problèmes d'admission pour les pathologies aiguës pendant la période de l'épidémie de grippe, par ex., une adaptation rapide des autres hospitalisations planifiées dans chaque hôpital s'avérera donc indispensable. En d'autres termes, il faudra créer une capacité tampon « virtuelle » via une planification adaptée des interventions optionnelles, plutôt que de laisser vides une partie de l'année des lits physiques. Le recrutement de personnel devrait aussi pouvoir être adapté en fonction de la saison.

- Une politique plus stricte en ce qui concerne la programmation de l'équipement médical lourd et des services et programmes de soins spécialisés, ainsi que leur application et leur maintien.
- Les nouvelles initiatives des hôpitaux visant à une collaboration poussée sous la forme de réseaux, où l'offre de soins est en même temps rationalisée, ont la priorité sur les initiatives qui ne rationalisent pas l'offre.
- De plus, il convient d'examiner s'il est utile pour les autorités d'utiliser un planning purement géographique du paysage des soins de santé.⁴ Si le paysage des soins pouvait être dessiné aujourd'hui à partir d'une feuille blanche, il ne serait pas illogique de définir l'offre de soins sur une base entièrement géographique, mais la réorientation ne part évidemment pas d'une feuille blanche. Il faut par ailleurs examiner si un tel planning stratégique des soins (*top-down*) est utilisable pour l'ensemble de la Belgique, notamment pour éviter les « points aveugles », et en tenant compte de la présence d'une série d'initiatives en matière de réseau qui fonctionnent déjà bien. Et ce concept convient-il avant tout pour planifier les soins (suprarégionaux) rares et complexes (c.-à-d. une répartition géographique suffisante des soins spécialisés, qui ne sont proposés que dans un nombre limité de centres en Belgique) ? Ou les zones de soins – cf. les soins de première ligne – permettent-elles surtout de mieux planifier les soins disponibles localement ?
Si ce concept est utilisé par la suite, il convient aussi de développer la relation entre les zones de soins (délimitées géographiquement) et les réseaux (accords de coopération entre hôpitaux/services hospitaliers et éventuellement avec d'autres structures de soins).
- Il faut aussi intégrer dans le financement des éléments incitant à proposer des activités hospitalières dans le cadre d'un réseau entre hôpitaux, et le développement indépendant (= sans concertation ni collaboration avec d'autres hôpitaux) de toutes sortes d'activités par chaque hôpital individuellement doit être enrayé plus énergiquement que par le passé (voir ci-après).

Une concertation sera menée avec les entités fédérées pour examiner la possibilité d'un « **contrôle de conformité** » préalable systématique des dossiers/normes d'agrément et de programmation dans l'attente du développement et du déploiement des nouveaux concepts. On pourrait ainsi garantir que dans des dossiers concrets, les entités fédérées ne prendraient aucune décision qui serait en porte-à-faux avec les nouveaux concepts et le paysage des soins de santé souhaité. Une concertation sera également menée avec les entités fédérées pour lier de futures subventions d'investissement pour des travaux d'infrastructure dans des hôpitaux à des initiatives de rationalisation et pour ne plus approuver la construction de nouveaux sites ou des rénovations majeures pour des travaux d'infrastructure qui ne correspondent pas au paysage des soins de santé 2025 souhaité.

PLAN DE TRAVAIL :

Le paysage des soins de santé 2025 souhaité sera défini fin 2016. À ce moment les lignes de force de la recherche KCE en ce qui concerne cette matière seront connus (besoins en structures

⁴ Le KCE déclare « qu'une reconfiguration du paysage hospitalier s'impose, en termes de lits aigus, de services, de fonctions et de programmes de soins, qui doivent être adaptés aux besoins des groupes de la population dans des zones de soins définies géographiquement, et ce dans le cadre d'un plan de réseau de soins stratégique pluriannuel et complet, qui comprend tous les niveaux et aspects du secteur des soins et du bien-être pour la population donnée » (9).

hospitalières aiguës, remplacement d'hospitalisations classiques par des traitements de jour et des formes alternatives de soins, gouvernance via des réseaux). Ce paysage des soins de santé souhaité sera élaboré en étroite concertation entre l'autorité fédérale (qui reste compétente pour la programmation et les caractéristiques de base des hôpitaux) et les entités fédérées (qui sont compétentes pour les agréments). La concertation avec les parties prenantes sera abordée ci-après.

4.3. Un concept d'hôpital adapté

À la lumière du paysage des soins de santé en pleine évolution, un concept d'hôpital adapté est aussi à l'ordre du jour. Le concept d'hôpital actuel (fixé dans l'AR du 30 janvier 1989) décrit l'hôpital sur la base de caractéristiques structurelles :

- un nombre de lits minimum requis (150)
- 3 services minimum : un service de chirurgie (C) et un service de médecine interne (D), avec en outre un service de gériatrie (G) ou une maternité (M) ou un service de pédiatrie (E) ou un service de neuropsychiatrie pour l'observation ou le traitement (A)
- une série de fonctions (anesthésie, radiologie, activités de base en biologie clinique, rééducation et activités de base en officine hospitalière)
- un programme de soins de base en oncologie (sauf si l'hôpital dispose d'un programme de soins d'oncologie agréé)
- la présence permanente d'un médecin
- ...

Les hôpitaux ont entre-temps évolué : autrefois « maisons de lits », ils forment aujourd'hui des centres d'expertise médico-technologique avec des plateformes de diagnostic et de traitement, où le nombre de lits n'est plus un bon indicateur de leur capacité globale, ni de leur mix d'activités. Par conséquent, le nouveau concept d'hôpital doit avant tout indiquer quelles sont les missions de l'hôpital plutôt que de décrire ses caractéristiques structurelles. À cet égard, il convient de faire une distinction entre les missions (4, p. 64-65, 11, 14) :

- de soins de base / soins proximaux ;
- de soins spécialisés / soins de référence qui seront limités dans le cadre des réseaux.

Les soins de base ou proximaux comprennent la partie plus générale et plus fréquente de la gamme des soins. Il s'agit de soins qui doivent pouvoir être proposés à une distance raisonnable du domicile de chaque patient, en raison p. ex. de la nécessité d'intervenir rapidement (secours urgent) ou parce que le patient doit recevoir très fréquemment des soins, ou parce qu'il s'agit de soins de routine fréquents qui ne nécessitent pas d'infrastructure onéreuse (qui peuvent donc être proposés efficacement dans de nombreux endroits). Ces soins de base sont proposés dans de nombreux hôpitaux, mais ils ne doivent pas nécessairement être disponibles dans chaque établissement (voir ci-après).

Les « soins de référence » par contre sont, par définition, proposés dans un nombre d'endroits plus limité, en raison de considérations financières ou relatives à la qualité. Pour ces soins de référence, les hôpitaux doivent collaborer entre eux et entre réseaux. Les raisons de la concentration des soins dans un nombre d'endroits plus limité concernent par ex. le caractère (très) rare ou complexe de la pathologie, le besoin d'une expertise très spécialisée et/ou multidisciplinaire rare, ou l'utilisation d'équipements onéreux, qui ne sont utiles que pour un nombre limité de patients. Pour les soins de référence, les hôpitaux devront certainement collaborer au sein du réseau et entre réseaux.

Tant pour les soins proximaux que pour les soins de référence, il faut veiller à une répartition géographique adéquate, en tenant compte de la répartition des habitants et des possibilités budgétaires. La télémédecine peut soutenir la collaboration entre les institutions et constitue un instrument utile pour garantir des soins proches du patient. Le financement doit aussi tenir compte de la télémédecine (4, p. 68).

Avec l'évolution des demandes sur le plan du confort du patient (par ex. diminution de la demande de chambres communes, demande accrue d'intimité), la réglementation relative à la fonction hôtelière, comme la définition des chambres individuelles, nécessite aussi une actualisation. Dans ce contexte, il faudra aussi examiner ce que cela implique par rapport à la facturation de suppléments d'honoraires et à l'accessibilité financière pour le patient.

Une partie des soins se déplace toutefois vers des institutions extramurales. Cela vaut notamment pour ce qu'on appelle la chirurgie de cabinet (« *office surgery* » & « *office anesthesia* »). Ces soins ne sont aujourd'hui cependant pas adéquatement réglementés. Il règne une certaine confusion quant à la réglementation applicable. Quelles règles doivent s'appliquer quant aux exigences en matière de qualité, de sécurité, de continuité des soins, de permanence, ... ? La qualité des soins et du cadre dans lequel les soins sont dispensés devrait, en fonction de la sécurité des patients et de la qualité, être identiques (avec un financement uniforme des prestations médicales), indépendamment du type de structure. Afin d'offrir des garanties à cet égard, un avant-projet de « loi relative à la pratique des soins de santé » sera préparé. Ce projet de loi, basé sur la compétence fédérale concernant l'exercice de la médecine, imposera à chaque prestataire de soins, quel que soit l'endroit où il exerce la médecine, des exigences quant à un niveau de qualité minimal, l'assurance de la continuité des soins, l'organisation de permanences, l'infrastructure, l'encadrement du personnel requis, ... afin de combler ainsi une lacune importante dans la législation relative aux soins de santé (10). Cette initiative se situe à la frontière entre ce chantier et le chantier de la révision de l'AR n° 78. C'est la raison pour laquelle l'avant-projet de loi mentionné ci-dessus ne fait pas partie du plan de travail. L'intention est de soumettre le projet au Parlement dans le courant de cette année.

Pour terminer, et ce n'est pas le moins important, le modèle de gouvernance des hôpitaux doit aussi être actualisé. D'une part, le rôle et la place de l'hôpital, ainsi que le rôle du conseil médical, dans les réseaux d'hôpitaux doivent être explicités (9). D'autre part, la relation entre les médecins et l'administration doit être actualisée, afin de garantir une implication suffisante, mais aussi la responsabilité des médecins dans la gestion de l'hôpital. Une adaptation du modèle de gouvernance à l'égard des médecins s'impose certainement, dès lors (voir ci-après) que les flux d'honoraires pour le financement des hôpitaux viennent à être modifiés (4, p. 72).

PLAN DE TRAVAIL :

Le cadre réglementaire pour un concept adapté d'« hôpital général » et pour le concept de « réseau » sera préparé dans le courant de l'année 2016.

Sur la base des conclusions (provisaires) quant au paysage hospitalier souhaité, ce projet sera finalisé d'ici l'automne 2017 dans une proposition de modification de la Loi sur les Hôpitaux et de l'AR du 30 janvier 1989, sur le plan du concept d'hôpital (y compris les lits, services, fonctions, programmes de soins, ...) et du concept de réseau.

Par ailleurs, la réglementation concernant le modèle de gouvernance de l'hôpital général sera aussi actualisée, à deux niveaux :

- adaptation au fait que les hôpitaux fonctionnent davantage en réseaux (à réaliser dans le courant de 2016-2017),
- adaptation aux réformes relatives au financement des honoraires, en lien avec la révision de la nomenclature (à réaliser à partir de 2018).

4.4. Instruments politiques

Les autorités peuvent recourir à divers instruments politiques pour favoriser les bons développements, dans le sens du « paysage des soins de santé 2025 » souhaité.

Certains de ces instruments ont déjà prouvé leur légitimité par le passé et doivent seulement être actualisés. Cela vaut par exemple pour les règles de reconversion pour les lits hospitaliers, afin de favoriser la suppression progressive des lits aigus au profit d'autres types d'équipements.

D'autres instruments politiques doivent être évalués quant à leur utilité/opportunité dans le contexte actuel et doivent éventuellement être ajustés. Ainsi, des dédommagements (uniques) et des primes de recyclage (récurrentes) avaient été octroyés par le passé pour stimuler la réduction du nombre de lits. Il convient d'examiner si de tels incitants sont encore à l'ordre du jour et s'ils restent viables sur le plan budgétaire.

D'autres encore ont été conçus pour d'autres sous-secteurs (par ex. l'art. 107 pour les soins de santé mentale, les conventions INAMI) et doivent être adaptés là où cela s'avère nécessaire en fonction de leur utilité pour les hôpitaux généraux.

Et peut-être faudra-t-il encore développer des incitants et instruments supplémentaires afin d'accélérer les évolutions souhaitées.

PLAN DE TRAVAIL :

À partir de juillet 2015, les instruments politiques (règles de reconversion, dédommagement, art. 107, ...) pour encourager les hôpitaux à aller dans le sens du paysage des soins de santé souhaité, seront évalués d'un œil critique et développés en étroite concertation avec le secteur et avec les entités fédérées.

L'objectif, dès que le contenu du nouveau paysage des soins de santé aura été clairement défini (été 2017), est que le cadre réglementaire permette de commencer immédiatement le déploiement de ce paysage des soins de santé, concrètement à partir de l'automne 2017 – début 2018.

5. RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

5.1. Points de départ et principes de base

1. La population de patients bénéficiant de soins hospitaliers est divisée, de manière conceptuelle, en un nombre limité de *clusters* qui peuvent être abordés de manière

homogène sur le plan du financement. En guise de première approche, un **clustering** en trois groupes est prévu :

- les soins de routine de basse complexité standardisables ;
- les soins de moyenne complexité, qui sont assez standardisables mais moins que les soins à basse variabilité ;
- les soins de haute complexité qui ne sont pas ou peu standardisables.

Différentes modalités de financement sont prévues pour chacun de ces trois groupes, en fonction de l'étalement du risque financier qui va de pair avec la dispense des soins entre les institutions de soins et les autorités de financement. Des critères et des règles de responsabilité doivent être fixés pour la délimitation de ces groupes. La surveillance de l'application correcte doit être développée.

La classification dans ces groupes est du reste liée à l'organisation des soins dans différents types de services hospitaliers, telle que développée par Christensen et al. (3).

Les soins planifiables et (relativement) standardisables doivent être organisés dans le cadre d'un modèle d'entreprise « *value adding* », axé sur une standardisation poussée, une amélioration permanente des processus (éventuellement via des « *focused factories* », concentrées sur un nombre limité de groupes de pathologies).⁵ Les soins complexes non standardisables sont organisés de préférence selon un modèle « *solution shop* », avec une intégration cohérente d'expertise et de moyens au sein d'une équipe soudée.⁶

Selon Christensen et al. (3), ces activités peuvent être intégrées dans un seul hôpital, mais elles doivent être pilotées selon une autre logique d'entreprise (services distincts). Le problème est que dans la pratique, de nombreux hôpitaux s'adressent aux deux groupes de patients, dans le cadre d'un modèle « *solution shop* » où l'on essaie « de tout faire pour le patient » dans l'hôpital même, alors qu'une grande partie des patients pourraient être traités d'une manière plus qualitative, plus sûre et plus efficace dans le cadre d'un modèle « *value adding* ».

Soins à basse variabilité (soins peu complexes à faible risque) :

Les soins administrés sont parfaitement prévisibles et varient peu entre les différents patients. Pour le financement de ces patients, le prix est fixé d'avance et il est indépendant du processus de soins réel pour le patient individuellement. S'il faut dispenser davantage de soins par patient que ce qui est prévu normalement, le risque est assumé par l'hôpital.

Soins à moyenne variabilité (soins moyennement complexes) :

⁵ Dans un modèle d'entreprise « *value adding* », le diagnostic du patient est déjà connu et le parcours de traitement est clair. Tous les processus d'entreprise sont axés sur des soins de qualité, efficaces et sûrs pour le patient. L'accent est mis sur la création d'une valeur ajoutée via la standardisation et l'amélioration permanente des processus. Un tel modèle peut travailler avec des prix fixes par patient, liés à des garanties de qualité. Une « *focused factory* » est une forme spécifique d'hôpital « *value adding* » parce qu'elle se focalise sur un nombre très limité, voire un seul groupe de patients (par ex. clinique de la prostate, hernie inguinale, opération de la cataracte).

⁶ Un modèle « *solution shop* » est requis pour les patients pour lesquels il faut encore établir un diagnostic et pour lesquels le traitement (avec un résultat incertain) doit encore être défini. Un tel modèle d'entreprise requiert l'accès à un vaste arsenal diagnostique. Vu les nombreuses incertitudes, un tel modèle ne peut pas être financé via des prix fixes par patient : il convient ici de tenir compte des soins réellement dispensés.

Ce groupe de patients reçoit des soins qui varient, d'une manière justifiée médicalement et dans des limites reconnaissables et définissables.

Une marge, dans laquelle les soins réellement dispensés peuvent varier (de façon justifiée) et peuvent donc être financés, est déterminée de manière prospective pour chaque groupe de pathologies et en tenant compte de la gravité des soins.

Le risque financier pour ce groupe est réparti entre les autorités et l'hôpital.

Soins à haute variabilité :

Ce groupe comprend des hospitalisations dans le cadre desquelles les soins ne sont pas prévisibles d'avance, mais doivent être adaptés au patient individuellement. Il s'agit ici de soins sur mesure pour le groupe de patients concerné. Les soins réellement dispensés et justifiés doivent être remboursés.

Le risque financier pour ce groupe repose avant tout sur les autorités, plus que sur les hôpitaux et les prestataires de soins.

La part de ce groupe de patients dans le budget total est limitée par sa nature même et peut fortement varier d'un hôpital à l'autre. La demande de soins concernée doit être à chaque fois documentée de façon univoque.

En fonction de la nature des soins, le risque financier lié à la dispense de soins est essentiellement supporté soit par les autorités, soit par les hôpitaux. Pour les soins à basse variabilité, le risque financier concernant les soins administrés par patient repose sur l'hôpital, mais le risque financier concernant le nombre total de patients repose sur les autorités de financement. Pour les patients dans le segment à moyenne variabilité, le risque financier, si l'on dispense plus de soins ou d'autres soins que ceux prévus normalement, est en grande partie réparti entre les différentes institutions de soins (c.-à-d. redistribution du budget national fermé). Le risque financier repose uniquement sur les autorités pour ces composants des soins qui ne sont pas (encore) repris dans le budget national fermé. Le risque financier pour les soins à haute variabilité doit être assumé dans une mesure beaucoup plus grande (que pour les soins à basse et à moyenne variabilité) par les autorités, en raison de l'imprévisibilité des soins nécessaires.

2. Le financement de **tâches et missions spécifiques** qui ne sont pas réalisées dans tous les hôpitaux et/ou qui ne font pas partie des soins standard aux patients **est isolé** du financement des soins, qui s'appliquent à tous les patients d'un groupe. C'est le cas notamment des frais supplémentaires dans le cas de nombreux patients présentant un faible profil socio-économique, des missions académiques des hôpitaux universitaires et des services d'urgences. En considérant séparément le financement de ces différents éléments, on obtient une plus grande transparence et un financement lié à une description claire de ces tâches et missions spécifiques.
3. Les divers flux financiers pour les activités hospitalières doivent être plus fortement **intégrés** (4, p.72). Les hospitalisations classiques (BMF) et les activités non chirurgicales en hospitalisation de jour (forfaits hôpital de jour) doivent être financées de façon plus intégrée, afin qu'il y ait un incitant supplémentaire à traiter, si possible, les patients en hôpital de jour. Par ailleurs, le financement des médicaments (non forfaitisés) peut également être intégré dans le financement du séjour à l'hôpital.
La poursuite de l'intégration des flux financiers ne débouchera pas sur un financement *all-in* intégral, et ce pour deux raisons :

- le financement des investissements a été entièrement déplacé vers les entités fédérées en exécution de l'« accord papillon » ;
- les activités médicales restent en grande partie financées par le biais d'une rémunération à l'acte médicale. Cette rémunération peut être, en ce qui concerne la partie des frais de fonctionnement couplée des autres flux financiers (cf. infra), mais une intégration n'est pas prévue.

Outre l'intégration au sein du financement hospitalier, les sources de financement des soins hospitaliers et **d'autres formes de soins doivent également être davantage intégrées**, du moins en ce qui concerne les groupes de pathologies spécifiques présentant des trajets de soins clairement définissables. On assiste alors à la formation de *bundled payments* (financements forfaitaires), permettant de répartir plus efficacement les moyens disponibles entre tous les prestataires de soins impliqués. Les économies éventuelles résultant de la réorganisation des trajets de soins peuvent alors être conservées par les prestataires de soins concernés (*shared savings*) afin de répondre aux nouveaux besoins en matière de soins.

4. Le **sous-financement actuel dans le BMF** des soins justifiés est redressé (4, p.72). Cela se fait de deux façons : d'une part, la réorientation de l'hôpital dans le paysage des soins libérera des moyens pour le réinvestissement (cf. supra). D'autre part, la révision de la nomenclature créera la transparence quant à l'importance de la partie professionnelle et de la partie frais de fonctionnement dans les honoraires pour chaque prestation médicale. Cette transparence peut, à court terme déjà, faciliter les négociations relatives au règlement des frais et au système de redevances dans chaque hôpital. À plus long terme, sur la base d'une meilleure connaissance de la partie des frais de fonctionnement dans les honoraires, il sera possible d'évoluer vers une plus grande homogénéité dans les régimes de coûts - et, si nécessaire, d'établir une liaison entre la partie frais de fonctionnement des prestations médicales et le budget hospitalier global (ceci est bien entendu indissociable de l'adaptation du modèle de gouvernance, en fonction des garanties quant à la participation et la responsabilité des médecins dans la gestion de l'hôpital). Dans tous les cas, les médecins doivent avoir et conserver leur mot à dire quant à l'affectation de la partie frais de fonctionnement de leurs honoraires.
5. L'amélioration permanente de la qualité des soins reste un objectif majeur. Diverses expériences nous apprennent que les initiatives P4P (**pay for performance**), si elles ne récoltent pas un succès unanime, peuvent néanmoins constituer un levier utile si elles sont implémentées correctement, étape par étape. Un début prudent, avec une approche à petite échelle, en tirant pas à pas les leçons des expériences pratiques réussies, permettra de continuer à évoluer vers des soins de santé **value based**, où les prestataires et les établissements de soins prendront pleinement leur responsabilité en étroite collaboration, afin de dispenser des soins de qualité dans le respect des budgets alloués (réseaux *accountable care*).⁷

⁷ Une organisation *accountable care* (ACO) est un groupe de prestataires (auparavant indépendants) qui collaborent pour dispenser et coordonner des soins pour une population spécifique de patients. Les prestataires assument collectivement la responsabilité de la dispense de soins corrects au moment

6. Les **projets pilotes** sont un instrument très utile pour faire jaillir sur le terrain des propositions de réformes concrètes et soutenir pleinement le dynamisme et l'initiative des acteurs sur le terrain. Au terme d'une évaluation positive, la nouvelle méthode pilote peut être déployée plus largement en termes de financement (et d'impact sur l'organisation).
7. La mise en pratique concrète des réformes dans le financement des hôpitaux prendra un peu de temps (cf. modules de travail et planning infra). Dans l'intervalle, la résolution de certaines anomalies dans le financement actuel des hôpitaux ne peut pas être reportée jusqu'à ce que le Plan d'Approche soit entièrement terminé. Bien entendu, il faut veiller à ce que ces **réformes à court terme** continuent à respecter les principes de base établis pour les réformes à long terme.
8. Enfin, il faut veiller à ce que la réforme du financement des hôpitaux reste en ligne avec les **autres priorités politiques** et les chantiers parallèles de cet accord de gouvernement. Il faut veiller, en particulier, à ce qu'il y ait une harmonisation suffisante avec les chantiers relatifs à la réforme de l'AR n° 78 et à la révision de la nomenclature, au plan des soins chroniques intégrés et à la *roadmap* eSanté. La demande des hôpitaux pour un plan budgétaire pluriannuel stable doit également être examinée en rapport avec les propositions relatives à un plan pluriannuel pour le budget INAMI global.

5.2. Délimitation des clusters de financement : soins à haute, basse et moyenne variabilité

Un premier thème important est la répartition des patients des hôpitaux en plusieurs clusters qui peuvent être approchés selon des modalités distinctes sur le plan du financement. On examinera au cours des prochains mois, sur la base des données disponibles, comment une telle délimitation sera réalisable. Voici quelques critères envisageables pour cette délimitation :

- Les groupes de pathologies (délimités sur la base des APR-DRG et/ou MDC⁸, DBC (combinaisons diagnostic-traitement), HRG (*health care resource groups*)), en tenant compte de la gravité de l'affection (*severity of illness - Sol*)
- Soins aigus versus soins chroniques
- Âge
- Programmes de soins et trajets de soins
- Etc.

Dans ce cadre, il faut accorder une attention à la question de savoir comment les patients peuvent être identifiés dès le début de leur séjour à l'hôpital comme faisant partie d'un de ces groupes - ou si la délimitation ne peut avoir lieu que par la suite (par ex. au moment de la facturation, voire encore plus tard). Par ailleurs, on doit également examiner si et dans quelle mesure il existe un risque de surcodage (*upcoding*), à savoir le classement de patients dans un autre cluster de financement (avec moins de risques financiers pour l'hôpital).

opportun, pour obtenir ainsi de meilleurs résultats. Les ACO visent des soins mieux coordonnés (et par conséquent une qualité plus élevée à moindres coûts), via une collaboration étroite.

⁸ MDC = major diagnostic category

PLAN DE TRAVAIL :

Ces clusters de financement seront identifiés et délimités dans le courant de l'année prochaine.

Cette analyse se déroulera simultanément au développement des modalités de financement pour les différents clusters - voir infra.

Le but est d'isoler des budgets habituels, dès 2017, une partie des flux financiers actuels pour des groupes de patients spécifiques, afin de pouvoir les remplacer par le nouveau financement hospitalier.

Nous décrivons ci-dessous les grands axes des modalités de financement pour ces trois clusters conceptuels de soins aux patients. Bien entendu, certains de ces grands axes s'appliquent à toutes les composantes du financement (par ex. simplification des règles BMF, charge d'enregistrement réduite), mais ils ne sont pas (encore) entièrement développés dans la phase actuelle de la préparation de politique, ou ils ne sont pas repris pour chaque cluster financier.

5.3. Soins à basse variabilité

Les soins à basse variabilité sont ceux qui entrent le plus facilement en ligne de compte pour un financement sur la base d'un montant fixe par hospitalisation, ce montant variant uniquement sur la base de la pathologie (et pas entre les hôpitaux), étant donné que les soins administrés sont, dans une grande mesure, prévisibles et varient peu entre les patients. Le prix est déterminé au préalable (sur la base de l'anamnèse et des soins fondés sur les données probantes) et est indépendant du processus de soins réel pour le patient individuel. Si davantage de soins que ceux prévu normalement sont administrés, le risque est supporté par l'hôpital. Un tel système prospectif est introduit pas à pas pour les soins à basse variabilité.

Les différentes étapes sont décrites brièvement ci-dessous. Elles ne doivent toutefois pas être réalisées de façon séquentielle. Les différentes étapes peuvent aussi être préparées et réalisées simultanément.

5.3.1. 1^{re} étape : Vers des montants de référence prospectifs pour les honoraires

Pour une trentaine de groupes de pathologies (et pour les patients présentant les degrés de gravité les plus faibles), il existe depuis 2009 en Belgique un système de montants de référence pour une partie des honoraires, mais de façon rétrospective. Pour ces groupes de pathologies, les médecins sont rémunérés pour les prestations médicales réalisées, mais par la suite (3 ans après la date), un décompte est réalisé : si les honoraires par hospitalisation par groupe de pathologies sont supérieurs de 10 % à la moyenne nationale des honoraires pour ce groupe de pathologies, la différence est récupérée par le biais de l'hôpital. De ce fait, le financement est plafonné, a posteriori donc, à la moyenne nationale plus 10 %.

Ce système pourrait être transformé en un système prospectif. Dans une *première phase*, ce système prospectif peut se limiter aux honoraires : les médecins ne sont alors plus payés pour leurs prestations prises séparément, avec une récupération possible par la suite, mais ils reçoivent directement des honoraires forfaitaires, à savoir un montant pour l'ensemble des prestations médicales incluses, indépendamment des soins réellement dispensés. Ce montant

peut être déterminé via un calcul *evidence-based* et pourrait se fonder dans un premier temps sur la moyenne nationale historique des dépenses. Ce faisant, on obtient une plus grande sécurité budgétaire pour les médecins et l'hôpital, une diminution du travail administratif pour les services publics concernés et les hôpitaux et un incitant important pour la collaboration entre les médecins, dans la mesure où ils devront se mettre d'accord à l'avance sur les soins et la façon de les administrer, ainsi que sur la répartition du financement de ces soins entre eux.

Il reste encore une série de difficultés pratiques à résoudre pour l'opérationnalisation de ce système :

- Il faut déterminer comment sera établi le montant total du ticket modérateur des prestations médicales concernées pour les patients (car le ticket modérateur ne peut plus être facturé, lui non plus, par prestation médicale distincte). Cela vaut aussi pour les éventuels suppléments d'honoraires.
- Lors d'une application prospective, il faut, pendant le séjour du patient à l'hôpital - ou au plus tard au moment où il quitte l'hôpital - établir si le patient concerné relève du système de financement de référence prospectif. (Dans la variante rétrospective, c'est seulement le cas de nombreux mois après la date, lors de l'analyse du RHM (Résumé hospitalier minimal)). Il faut convenir de la façon dont cette délimitation peut déjà avoir lieu pendant l'hospitalisation. Il est probable que cela puisse se faire, pour les patients chirurgicaux, en grande partie sur la base des prestations médicales (codes de nomenclature), mais il faut également déterminer dans ce cas comment les patients présentant un degré de gravité plus élevé (degré typique de gravité 3 et 4) peuvent être ignorés. À terme, on pourra probablement faire appel à SNOMED CT (*systematic nomenclature of medicine – clinical terms*), dont l'introduction est également en chantier – cf. *roadmap* eSanté.
- Par ailleurs, il faut également décider comment réagir face à la période de carence (par exemple les prestations médicales réalisées dans la période immédiatement préalable et succédant à l'hospitalisation).
- Pour terminer, il faut se demander si, lors du passage à des honoraires globaux pour ces hospitalisations, un enregistrement des prestations médicales distinctes est encore souhaitable (avec facturation à zéro), ou si d'autres mécanismes (par ex. via des échantillons - cf. infra) doivent être appliqués pour pouvoir contrôler périodiquement les coûts des prestations médicales à l'aune de la couverture par l'assurance soins de santé obligatoire.

PLAN DE TRAVAIL :

À partir de l'été 2015, les groupes de diagnostic actuels (APR-DRG)⁹, auxquels les montants de référence sont appliqués, seront analysés quant à leur possibilité d'utilisation sous une variante prospective. On tiendra compte ici, bien entendu, des analyses déjà réalisées à ce sujet.

Les points d'attention sont :

- La conversion des tarifs INAMI pour les honoraires par prestation médicale en honoraires prospectifs pour les prestations médicales (biologie clinique, imagerie médicale et prestations technico-médicales) pour les patients concernés.

⁹ APR-DRG = *all patient refined diagnosis related group*

- La fixation des montants des tickets modérateurs, des règles pour les suppléments d'honoraires par hospitalisation et de la période de carence.
- La délimitation du groupe de patients entrant en ligne de compte pour ce financement des honoraires prospectifs (voir aussi le module de travail relatif aux clusters de financement).

L'objectif est de terminer l'analyse des données l'année prochaine et de préparer la réglementation nécessaire, afin que les honoraires prospectifs, pour un groupe limité d'affections, puissent déjà être implémentés à partir de janvier 2017.

Dès que ces problèmes pratiques seront résolus, nous pourrons passer à la vitesse supérieure.

5.3.2. 2^e étape : Extension vers davantage de groupes de pathologies / de prestations médicales

Dans une *deuxième phase*, on peut examiner si d'autres groupes de pathologies, outre la trentaine d'APR-DRG qui relèvent à présent des montants de référence, entrent également en ligne de compte pour cette forme de financement. Par ailleurs, le système peut être élargi à tous les honoraires (et pas uniquement aux honoraires relevant pour l'instant du système des montants de référence, à savoir les honoraires de prestations de biologie clinique et d'imagerie médicale et les honoraires de prestations technico-médicales). Il faut que les soins médicaux pour le patient et les groupes concernés présentent une assez grande homogénéité (peu de variabilité) ou puissent, en d'autres termes, être standardisés et que le groupe de patients puisse déjà être identifié avec certitude lors du séjour hospitalier. Les analyses nécessaires seront rapidement mises sur pied pour identifier de tels groupes de patients. Il sera demandé aux personnes sur le terrain de faire des suggestions.

PLAN DE TRAVAIL :

À partir de l'automne 2015, on étudiera dans quelle mesure un financement prospectif de référence des honoraires pourra également s'appliquer à d'autres groupes de pathologies et/ou aux honoraires pour les autres groupes de prestations médicales.

L'application initiale, qui est censée démarrer le 1^{er} janvier 2017 (voir supra), pourrait être élargie à partir de juillet 2017 ou janvier 2018.

5.3.3. 3^e étape : Vers un financement fixe par hospitalisation (deux parties)

Dans une *troisième phase*, les autres sources de financement seront également « traduites » en un prix uniforme par patient. Dans un premier temps, sera pris en compte le budget pour les médicaments financés de façon forfaitaire, car ici, un montant par hospitalisation est déjà prévu actuellement. Les possibilités d'extension vers d'autres médicaments doivent faire l'objet d'études plus approfondies. Par ailleurs, le financement BMF (financement des frais de fonctionnement pendant l'hospitalisation) et le financement des hospitalisations de jour peuvent également être intégrés. Pour le financement BMF, il est possible de travailler en deux phases (pour éviter que l'implémentation ne doive être reportée trop longtemps) : dans une première phase, seul le financement B2 est intégré dans le financement prospectif par groupe de

pathologies. Dans une phase ultérieure, les autres composantes BMF seront également intégrées autant que possible - une méthode de travail envisageable est abordée plus en détail dans le cas des soins à moyenne variabilité (par exemple après simplification BMF) - cf. infra. Les forfaits pour hospitalisation de jour doivent également être intégrés dans le financement par patient (pour les groupes de patients qui sont traités tant en hôpital de jour que via une hospitalisation classique) afin de promouvoir, dans une plus grande mesure, un glissement vers les hospitalisations de jour. Ces montants forment, de façon intégrée, la deuxième source de financement pour ces groupes de patients qui ont besoin de soins à basse variabilité. Avec les honoraires prospectifs, relevant du pouvoir des médecins, ces deux flux de financement forment ensemble un montant fixe par hospitalisation, composé de deux parties.

5.3.4. 4^e étape : Identification de la partie des frais de fonctionnement des honoraires

Dès que le thème de politique « révision de la nomenclature » de l'accord gouvernemental sera davantage développé (*quatrième phase*), ces honoraires prospectifs pourront en outre être subdivisés en une « partie professionnelle », qui englobe les indemnités pour le travail, l'expertise... du médecin et une « partie frais de fonctionnement » qui comprend l'indemnité pour l'emploi de personnel, l'utilisation de l'infrastructure et du matériel pour pouvoir réaliser des prestations médicales (à savoir les frais directs et indirects). Selon les pistes retenues pour la révision de la nomenclature, la partie « frais de fonctionnement » entrera en ligne de compte pour la liaison éventuelle au flux de financement destiné à l'hôpital (cf. supra).

5.3.5. 5^e étape : Financement forfaitaire (plus large que les soins hospitaliers)

La *cinquième phase*, qui peut par ailleurs être réalisée simultanément à la quatrième phase, ou indépendamment de celle-ci, intégrera de façon structurelle dans le financement davantage d'incitants explicites visant une collaboration entre les hôpitaux et entre les hôpitaux et d'autres structures de soins. Le financement destiné aux soins hospitaliers est regroupé avec le financement des autres formes de soins (*bundled payments*), afin que des épisodes de soins complets (peu importe l'établissement où les soins sont dispensés) soient financés. Le développement de ces pistes sera préparé dès l'été sous la forme de projets pilotes qui seront mis sur pied pour encourager un tel financement intégré - cf. infra.

PLAN DE TRAVAIL :

Les travaux seront initiés le plus rapidement possible pour attribuer correctement le budget des médicaments forfaitisés, des activités en hôpital de jour et des moyens financiers aux groupes spécifiques de pathologies au sein du segment de soins à basse variabilité. Certaines parties de ce travail d'étude devront probablement être sous-traitées.

Outre les analyses financières et quantitatives (en fonction d'une attribution correcte des sources de financement aux différents groupes de pathologies), le cadre réglementaire devra aussi être préparé en 2017. Cette intégration des flux financiers sera en effet source de modifications importantes pour les organes consultatifs et les pouvoirs publics qui étaient, jusqu'à présent, compétents en la matière.

Les analyses financières et quantitatives doivent commencer immédiatement et peuvent se dérouler simultanément aux modules de travail précédents. Ce faisant, on peut garantir qu'après l'implémentation des honoraires prospectifs en 2017, on pourra lancer dès 2018 la mise en place de ce financement hospitalier intégré.

5.4. Soins à moyenne variabilité / moyennement complexes

Pour les soins un peu moins standardisés, on vise un financement par groupe de pathologies, qui varie partiellement en fonction des soins réellement apportés. Comme c'est le cas dans le système actuel, cet objectif doit être réalisé à l'intérieur d'un budget national fermé (cf. BMF actuel, budget médicaments forfaitisés, budget forfaits hospitalisation de jour, honoraires budgets partiels...), avec, il est vrai, une simplification des règles existantes et une intégration plus importante entre les différents flux de financement. Pour ce groupe de patients, le nouveau modèle de financement est également développé en plusieurs phases.

Toutes les étapes ne doivent pas, ici aussi, être nécessairement parcourues de façon entièrement séquentielle.

5.4.1. 1^{re} étape : Simplification BMF

Dans une *première phase*, on vise une simplification importante des règles BMF actuelles (4, p.72). Le but étant que le BMF national (fermé) pour les patients concernés soit réparti entre les hôpitaux sur la base de critères corrects et transparents. Les points de départ pour la réforme du financement sont ici que les soins nécessaires et justifiés doivent être financés. Autant que possible, le financement se fonde sur les moyennes par groupe de patients et si nécessaire, on tient compte du biais dans la répartition des coûts pour les soins justifiés. La charge d'enregistrement découlant de ce financement doit aussi être fortement réduite (4, p.72). Les éléments suivants doivent être davantage développés :

- On continue à utiliser la méthode de travail avec une répartition du budget national sur la base des lits justifiés. Pour le calcul des lits justifiés, il faut toutefois examiner s'il demeure utile de recalculer chaque année la durée nationale moyenne du séjour par groupe de pathologies, ou si une actualisation périodique (par ex. tous les 3 ou 5 ans) pourrait être suffisante. Cette actualisation périodique ne devrait pas uniquement se fonder sur la durée de séjour réelle moyenne en Belgique, mais également sur les durées de séjour *evidence-based*, normatives ou convenues, en fonction des expériences dans d'autres pays.
- Au cours des dernières années, voire décennies, le nombre de règles de financement a augmenté de façon exubérante dans le BMF.

Il faut dès lors examiner si et de quelle manière la norme en matière de personnel, financée actuellement via la partie B4 du BMF et en vigueur dans tous les hôpitaux, peut être intégrée dans le financement B2. De ce fait, le nombre de règles de financement distinctes sera fortement réduit.

Il en va de même pour le personnel supplémentaire (et les frais supplémentaires du personnel B2, par ex. les prestations supplémentaires) attribué dans les derniers accords sociaux et actuellement mentionné dans la partie B9.¹⁰ Si ces budgets sont intégrés dans la partie B2, pour arriver à un financement uniforme (et forfaitisé) de tous les hôpitaux, les hôpitaux devraient supporter individuellement un plus grand risque financier pour les fluctuations de coûts réelles au fil des ans dans ces postes de frais. De ce fait,

¹⁰ À cet égard, une répartition supplémentaire est en outre nécessaire, car le financement B9 concerne en partie le personnel des services d'honoraires.

parallèlement à cette piste, il faut également examiner si cela ne peut pas être conditionné à une plus grande liberté dans la répartition des moyens au sein des hôpitaux, bien entendu sans perte de qualité dans les prestations de soins.

- Pour pouvoir mettre en œuvre le principe « un prix pour un produit », il convient que le financement d'infrastructures onéreuses, présentes uniquement dans un nombre limité d'hôpitaux (par ex. radiothérapie, caméra TEP, SMUR et certaines activités qui sont financées via B4, comme par ex. la fertilité) soit isolé du financement lié aux patients - cf. aussi 5.6.

D'autres propositions de simplification dans le BMF restent les bienvenues et seront également étudiées plus en détail.

PLAN DE TRAVAIL :

En concertation avec le monde hospitalier, les initiatives nécessaires sont immédiatement entreprises pour simplifier les règles du BMF.

- Des propositions de simplification sont rapidement introduites.
- Le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement étudie ces modifications en ce qui concerne leur faisabilité au niveau du contenu et de l'aspect technique et soumet des propositions réalisables pour avis au CNEH, département financement.
- Ces modifications seront, si elles sont techniquement réalisables, déjà implémentées à partir du prochain recalcul BMF (juillet 2016).
- Les modifications techniques plus complexes seront seulement introduites dans le BMF en juillet 2017.

5.4.2. 2^e étape : Intégration BMF, hôpital de jour et médicaments forfaitisés

Durant la *deuxième phase*, d'autres flux de financement seront intégrés dans ce financement BMF. Dans un premier temps, on travaillera ici à l'intégration du budget pour les médicaments forfaitisés (et éventuellement d'autres médicaments) et aux forfaits pour les activités (non chirurgicales) en hôpital de jour. Grâce à l'intégration du financement pour l'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour, les hôpitaux sont davantage encouragés à réaliser le plus possible d'activités en hôpital de jour, avec des séjours plus courts au sein de l'infrastructure hospitalière (plus chère). Ceci n'est évidemment réalisable que s'il y a suffisamment de possibilités d'accueil et de convalescence en dehors de l'enceinte de l'hôpital - des pistes qui sont prévues dans la réorientation du paysage des soins.

PLAN DE TRAVAIL :

Les travaux seront initiés le plus rapidement possible pour attribuer correctement le budget des médicaments forfaitisés et des activités en hôpital de jour aux groupes de pathologies spécifiques au sein du segment des soins à moyenne variabilité. Certaines parties de ce travail d'étude devront probablement être sous-traitées.

Outre les analyses financières et quantitatives (en fonction d'une attribution correcte des sources de financement aux différents groupes de pathologies), le cadre réglementaire devra aussi être préparé en 2017, car cette intégration des flux financiers sera source de modifications importantes pour les organes consultatifs et les pouvoirs publics qui étaient, jusqu'à présent, compétents en la matière (cf. soins à basse variabilité). Le but est d'intégrer progressivement ces flux financiers distincts actuels (médicaments, hospitalisation de jour) à partir de juillet 2017 dans le budget hospitalier.

5.4.3. 3^e étape : Identification de la partie des frais de fonctionnement des honoraires

Dans une *troisième phase*, la partie « frais de fonctionnement » pourra même être couplée - dès que le thème « révision de la nomenclature » sera davantage développé - dans ce budget hospitalier pour les soins à moyenne variabilité (cf. 5.3.4.).

5.4.4. 4^e étape : Financement forfaitaire (plus large que les soins hospitaliers)

Dans une *quatrième phase*, des incitants à la collaboration entre hôpitaux et entre les hôpitaux et d'autres structures de soins seront intégrés dans le financement (cf. 5.3.5.).

5.5. Soins très complexes, non standardisables

Pour le groupe de patients nécessitant des soins très complexes, difficiles à standardiser, on part du principe que les soins corrects nécessaires ne peuvent être prévus d'avance et doivent être déterminés en fonction de chaque patient individuellement. Pour ce groupe de patients, il s'agit de soins sur mesure, organisés en « *solution shops* ». Le risque financier pour ce groupe ne peut donc pas reposer uniquement sur les hôpitaux. En raison du caractère imprévisible des coûts, les hôpitaux essaieraient alors d'éviter au maximum ces patients - ou de les envoyer dans d'autres centres.

En raison de la nature des soins, il s'agit ici, en principe, d'un nombre réduit de patients, qui peuvent, il est vrai, représenter une grande partie des maigres budgets de soins.

Au cours des mois suivants, on étudiera quelles modalités de financement conviennent le mieux pour ce groupe de patients, en tenant compte à la fois des risques financiers pour les hôpitaux et des limites budgétaires de l'État. Deux variantes seront étudiées :

- Au début de chaque année, une partie du budget hospitalier national est isolé et spécifiquement réservé à ces soins à haute variabilité. Le budget disponible est réparti entre l'ensemble des hôpitaux accueillant des patients de ce groupe, sur la base des activités réelles pour ces patients dans le passé (par ex. année t-2). Pour ce faire, on tient partiellement compte des moyens réellement employés (par ex. durée du séjour, séjour aux soins intensifs, médicaments, prestations médicales...) et des moyens justifiés (pour éviter l'utilisation excessive de moyens). La première étape d'une étude de faisabilité peut se composer d'une analyse approfondie du profil de ce que l'on appelle les « *outliers* » dans le financement BMF actuel au fil des ans.

Un inconvénient de la première piste est le fait que le risque est (exclusivement) partagé entre les institutions de soins impliquées, ce qui peut entraîner un risque de sélection inadaptée.

- Une autre piste possible consiste à cataloguer les patients ayant besoin de soins lourds dans des « programmes de soins » distincts. Seul un nombre limité d'hôpitaux (ou de réseaux) obtient l'autorisation de traiter ces patients. Il s'agit d'une sorte de financement par mission (cf. convention INAMI). Le financement pourrait se composer d'un financement fixe partiel, en liaison avec l'agrément et d'un financement variable partiel (par type de patient). Selon qu'une partie limitée du financement est liée au nombre de patients, il y a également une réduction du risque de surconsommation de ce cluster de soins à haute variabilité par les hôpitaux.

Dans la deuxième piste, le risque financier effectif est réparti entre l'autorité de financement et les institutions de soins. Le risque financier pour les autorités se limite à la partie variable du financement.

Pour les soins à haute variabilité, il est possible, dès que le modèle de base pour le financement est établi, d'entreprendre des étapes semblables pour la suite de l'intégration (médicaments, hospitalisation de jour) ou la liaison (éventuellement partie exploitation des honoraires et financement des formes de soins en dehors de l'enceinte de l'hôpital), par analogie avec les soins à basse et moyenne variabilité - cf. ci-dessus.

PLAN DE TRAVAIL :

Dans un premier temps, les différentes pistes de réflexion pour le financement des soins à haute variabilité sont étudiées plus en détail, notamment sur la base d'expériences étrangères.

À partir de 2017, les observations et les recommandations seront converties en modalités de financement concrètes et en réglementation nécessaire, afin que, dès 2018, la mise en place d'un système de financement adapté pour les soins à haute variabilité puisse être lancée.

5.6. Financement isolé transparent pour des tâches et missions spécifiques

Le financement lié à des tâches et missions spécifiques, qui ne sont pas présentes dans tous les hôpitaux, est isolé du financement par groupe de pathologies (en fonction du caractère standardisable des soins). Cette méthode apporte une réponse à deux préoccupations : ce financement isolé permet d'appliquer au financement des soins à basse, moyenne et haute variabilité par groupe de pathologies le principe d'« un seul prix uniforme pour un seul produit » et d'augmenter la transparence du financement hospitalier (4, p.60). Ce financement isolé est notamment prévu pour les fonctions et missions suivantes :

- Les « facteurs sociaux », c'est-à-dire l'impact sur les frais d'hospitalisation des patients à profil socio-économique faible :

Le financement des frais supplémentaires pour cette population de patients de faible niveau socio-économique est aujourd'hui principalement réglé par la composante B8 du BMF (et en partie par la composante B2). Il importe qu'un budget distinct reste disponible pour continuer à couvrir ces frais supplémentaires, qui sont en effet inégalement répartis entre les hôpitaux. Il est également utile que ce financement ne soit pas intégré au financement régulier des soins aux patients, parce que cette façon d'agir est moins transparente et donnerait à nouveau l'impression, à tort, que les soins réguliers sont 'mieux' financés dans

certains hôpitaux que dans d'autres.

- Les missions académiques des hôpitaux universitaires :
Le financement des missions académiques des hôpitaux universitaires est actuellement (en majeure partie) réglé par la composante B7 du BMF et (encore de façon limitée) par des forfaits. Cette méthode prête à confusion, car le financement est actuellement intégré au financement des soins réguliers, et donne par conséquent toujours l'impression que les hôpitaux universitaires bénéficient pour les mêmes activités d'un financement plus élevé que les hôpitaux généraux. Signalons à cet égard que le législateur a également confié aux hôpitaux universitaires, en plus des soins aux patients (cf. hôpitaux généraux), des missions académiques dans le domaine de la formation, de la recherche scientifique clinique et du développement de nouvelles technologies médicales.
- Les services des urgences :
Le financement des services des urgences est actuellement intégré à la composante B2 du BMF. On peut également affirmer ici qu'un financement isolé augmenterait la transparence. Des pistes de réflexion plus concrètes sont abordées dans le cadre des réformes prévues à court terme (voyez 5.10.3). La relation avec la première ligne et, plus particulièrement, avec les postes de garde des médecins généralistes sont également abordés dans ce cadre.
- Innovation dans le secteur des soins :
L'innovation et la recherche scientifique dans le secteur des soins de santé, demeurent nécessaires. Des techniques destinées à améliorer la qualité permettant réellement de réduire les coûts, doivent rapidement être propagées. Un grand nombre de nouvelles techniques entraînent toutefois des coûts supplémentaires. Il convient toutefois de surveiller l'accessibilité des nouvelles formes de soins, y compris pour les plus défavorisés ayant des besoins importants en matière de soins.
Le développement et l'évaluation des nouvelles technologies doivent dès lors faire l'objet d'un suivi systématique, en tenant compte de l'accessibilité et d'un cadre générant l'évidence scientifique, sur la base d'évaluations précoces et de systèmes d'alerte rapide en ce qui concerne les nouvelles technologies en cours de développement. De telles évaluations peuvent être réalisées par des établissements de soins (hôpitaux, cabinets médicaux, services de soins à domicile, etc.) en collaboration avec l'entreprise / le groupe de recherche qui a développé la nouvelle technique, et soutenues par le KCE, le SPF Santé publique et/ou l'INAMI (p. ex. définition des modalités de l'étude par des chercheurs en collaboration avec le KCE, aide financière temporaire par le biais de l'assurance maladie, fonds de recherche et/ou entreprise qui innove). Les résultats de l'évaluation servent de base à la formulation d'un avis sur le remboursement ou non + indication (*meaningful use*). Cette méthode est actuellement déjà prévue dans la législation et a récemment été mise en œuvre, à petite échelle, notamment dans le cadre de techniques novatrices dans le domaine de la radiothérapie. Une extension à d'autres applications est souhaitable.

On peut affirmer qu'un financement isolé est également souhaitable pour un certain nombre d'autres fonctions et missions, qui ne sont reprises que par un nombre limité d'hôpitaux (p. ex. service de radiothérapie, caméra TEP) et ce, en vue d'une plus grande transparence.

PLAN DE TRAVAIL :

En ce qui concerne la correction pour facteurs sociaux, les expériences internationales en la matière sont examinées en premier. Des propositions de financement adapté en Belgique sont formulées sur la base d'une analyse des informations disponibles sur la nature / les critères du financement supplémentaire des hôpitaux qui ont un nombre relativement élevé de groupes de patients de faible statut socio-économique dans d'autres pays.

La même méthode est appliquée au financement distinct, adapté, des missions universitaires des hôpitaux universitaires. Des propositions de financement adapté en Belgique sont formulées sur la base d'une analyse des informations disponibles sur la nature / les critères du financement des hôpitaux universitaires dans d'autres pays.

Pour les deux thèmes ci-dessus, le timing concret de l'implémentation d'un financement adapté est défini par la rapidité avec laquelle les analyses des expériences internationales peuvent être traduites en recommandations concrètes pour les hôpitaux belges.

Le plan de travail pour un financement adapté des services des urgences est abordé dans le cadre des propositions de réforme à court terme.

En ce qui concerne le soutien des techniques innovatrices dans le domaine des soins, on part du principe que les demandes de remboursement des nouvelles techniques suivent la méthodologie d'évaluation proposée et que les établissements prennent par conséquent l'initiative d'une telle approche.

5.7. Informations transparentes sur les coûts par groupe de pathologies

Pour de multiples raisons, des informations sur les coûts par groupe de pathologies sont nécessaires :

- Pour les soins à basse variabilité, il convient de fixer des tarifs par patient et par hospitalisation (et, dans une phase ultérieure, par épisode de soins) et ce, aussi bien pour les soins hospitaliers que pour les activités médicales.
- Il doit être possible de vérifier périodiquement pour toutes les activités hospitalières si, compte tenu du mix de patients, le financement suffit pour couvrir les coûts des soins justifiés. Il doit également pouvoir être possible à cet égard de déterminer de quelle manière les coûts sont répartis entre les hôpitaux en fonction du mix de patients, étant donné qu'il ressort de nombreuses études que les coûts ne sont certainement pas répartis proportionnellement au nombre de patients, d'hospitalisations ou de jours d'hospitalisation. Il ressort ainsi d'une étude du KCE que les moyens réels (= coûts) par groupe de patients varient en fonction de la durée du séjour¹¹, mais aussi que le coût par jour d'hospitalisation varie lui aussi amplement en fonction du degré de gravité de l'affection¹², du risque de mortalité du patient¹³ et de l'âge du patient.¹⁴

¹¹ Cette variabilité en fonction de la durée du séjour est prise en compte dans le financement de base dans le budget moyens financiers, où le nombre de lits financés (= « justifiés ») est en effet fixé sur la base de la durée de séjour moyenne nationale par groupe de pathologies.

¹² Selon l'étude KCE, le coût par journée d'hospitalisation serait, pour les patients présentant le degré de gravité le plus élevé (techniquement : degré de gravité de classe 4), jusqu'à onze fois plus élevé que pour les patients présentant le degré de gravité le plus faible (classe 1) (9).

- Pour finir, la réglementation européenne requiert qu'il soit possible de démontrer, pour les services d'intérêt économique général (SIEG), que le « subventionnement » est proportionnel au coût de l'activité.

Il existe par conséquent un besoin d'informations précises sur les coûts par groupe de pathologies. Il ne s'agit pas là d'un besoin unique pouvant être comblé par le biais d'un seul projet de recherche. Il est nécessaire de développer une méthodologie permettant d'actualiser les informations sur les coûts sur base périodique, sans imposer constamment des obligations d'enregistrement supplémentaires aux hôpitaux.

Il convient tout d'abord d'examiner à cet égard si les méthodologies qui sont déjà disponibles dans le contexte belge, et qui ont été développées dans le cadre d'autres objectifs, peuvent être utilisées à cet effet. Il s'agit notamment de la méthodologie PACHA, développé à l'ULB, ou de la méthodologie CA-PS (centres d'activité-programmes de soins), déjà utilisée dans des études antérieures du SPF SPAE et du KCE. Il est également possible d'examiner les expériences menées à l'étranger, p. ex. le projet EuroDRG et les trajets *evidence-based*, documentés dans la littérature. Il convient également de déterminer de quelle manière ces données peuvent être actualisées sur base périodique (voyez aussi plus loin : par le biais d'un enregistrement permanent ou périodique dans tous les hôpitaux, ou dans un échantillonnage représentatif d'hôpitaux). Il convient également d'examiner si une adaptation du plan comptable des hôpitaux est nécessaire à cet effet.

PLAN DE TRAVAIL :

On examine comment, et pour quelles applications, les méthodologies déjà développées pour fixer le coût par groupe de pathologies, pourraient être utilisées pour une application élargie dans le contexte belge.

Le timing et l'interprétation concrète de ce module de travail sont encore en cours d'harmonisation avec les modules de travail relatifs à la révision de la nomenclature. Une analyse comparative des méthodologies existantes sera effectuée à très court terme (c.-à-d. encore en 2015).

5.8. Projets pilotes pour une intégration entre soins hospitaliers et autres formes de soins

La réforme du financement des hôpitaux est notamment basée sur le principe suivant : « une évolution, et non une révolution ». Il n'y aura pas de modification hâtive et irréfléchie du financement, mais une implémentation échelonnée, réfléchie et ciblée.

Suite au nombre croissant de patients atteints d'affections chroniques, il convient en outre de viser une bonne harmonisation et coordination entre les soins ambulatoires et les soins

¹³ Selon cette même étude KCE (9), le coût par journée d'hospitalisation serait, pour les patients présentant le risque de mortalité le plus élevé (classe 4), jusqu'à huit fois plus élevé que pour les patients présentant le risque de mortalité le plus faible (classe 1).

¹⁴ L'étude KCE (9) a fait apparaître que les coûts hospitaliers par journée d'hospitalisation sont en moyenne les plus bas pour les « jeunes adultes » (18-39 ans). Tant les patients plus jeunes que plus vieux paient un coût plus élevé par journée d'hospitalisation. Pour les personnes de plus 80 ans, le coût par journée d'hospitalisation s'élève à plus du double de celui facturé aux 18-39ans.

hospitaliers, et entre les hôpitaux entre eux : les soins doivent être prodigués de façon plus intégrée et les soins transmuraux doivent être encouragés. On vise à ce niveau également une étroite harmonisation avec les entités fédérées. Cet engagement a d'ailleurs déjà été défini lors de la conférence interministérielle du 30 mars 2015 en ce qui concerne le modèle de soins chroniques intégrés.

5.8.1. Projets pilotes : méthodes

Les projets pilotes visant à tester des formes d'organisation et de financement alternatives offrent une réponse intéressante à ces deux défis. Avant d'apporter des modifications majeures au financement des différents « silos de soins », il est utile que le secteur encourage l'entrepreneuriat social et ce, de la même manière que celle prévue dans le modèle de soins chroniques intégrés. Les parties prenantes sont, sur la base de leur expertise et de leur connaissance du secteur, elles-mêmes bien placées pour développer des alternatives. Le secteur a dès lors l'opportunité de formuler lui-même des propositions.

- Sur la base des dépenses (publiques et privées) actuelles pour les groupes de patients concernés, réparties entre divers silos de financement, des projets pilotes budgétairement neutres sont proposés, dans le cadre desquels les soins sont organisés et financés autrement, en tenant compte de la stimulation des soins transmuraux.
- Dans le cadre des projets pilotes, les prestataires de soins concluent des accords, de préférence de leur propre initiative et en étroite concertation, sur qui prodiguera quels soins, de façon intégrée, à des groupes de patients spécifiques, tout ceci dans le cadre d'un réseau.

À cet égard, les prestataires de soins concernés bénéficient d'une garantie budgétaire pour une période limitée dans le temps (p. ex. maximum 4 ans), et se voient simultanément confier une mission d'optimisation des soins, traduite dans des objectifs concrets (p. ex. réduire la durée des hospitalisations, faire baisser le nombre de réadmissions, assurer un suivi, éviter la sélection de patients, mettre l'accent sur le besoin de coordination et d'intégration).

- Les propositions de projet soumises sont évaluées au niveau de leur contenu par une commission qui sera composée d'experts (qui évaluent correctement le contenu du modèle de soins) et de décideurs politiques (qui évaluent l'applicabilité du modèle dans la réglementation régulière). Les modalités précises doivent encore être définies.
- Des critères d'évaluation clairs devant permettre d'évaluer après 2 ans (provisoirement) si la nouvelle méthodologie d'organisation et de financement a atteint les résultats attendus, sont définis pour les projets pilotes approuvés. Après une évaluation favorable, une implémentation à grande échelle peut ensuite être préparée. Si l'évaluation est négative, il sera mis un terme au projet pilote.
- Dans une phase ultérieure (au cours de la prochaine législature), les projets pilotes peuvent être élargis à une perspective de population dans le cadre de laquelle les établissements de soins, de même que les établissements de bien-être et sociaux, opèrent également de manière intégrée, et sont soutenus par le financement groupé des activités concernées par le biais d'un réseau. Le développement de tels projets pilotes requiert une étroite collaboration avec les entités fédérées.

Dans le contexte belge, les instruments de gestion nécessaires pour ces projets pilotes sont en principe déjà disponibles. La réglementation qui prévoit des projets article 107 dans le secteur des soins de santé mentale (via le SPF SPAE) et les conventions (de revalidation), ainsi que les

projets article 56 pouvant être soutenus par l'INAMI, sont des instruments de gestion susceptibles d'être utilisés à cet effet. Ces instruments politiques doivent certes être adaptés afin de pouvoir être appliqués aux projets menés dans les hôpitaux généraux en collaboration avec d'autres établissements et prestataires de soins. Le cadre politique spécifique (appel de propositions, modalités concrètes) est en cours d'élaboration.

5.8.2. Propositions concrètes

Dans une première phase, ces expériences de « financement groupé » resteront limitées à des affections bien définies, assorties de trajets de soins fortement standardisés, en vue d'éviter les problèmes de sélection de patients, d'*upcoding*, d'économies sur les soins nécessaires (avec pour effet une baisse de la qualité) et de risques financiers ou glissements vers des formes non intégrées de prestations de soins trop importants. Le secteur sera prié de formuler lui-même des propositions pour des groupes de patients pertinents et des modèles d'organisation de soins adaptés.

Quelques exemples de groupes de patients pour lesquels des projets pilotes prometteurs sont possibles (non-exhaustif) :

- accouchement avec court séjour à la maternité ;
- formes d'hospitalisation à domicile ;
- administration d'une thérapie intraveineuse par antibiotiques à domicile ;
- administration d'une chimiothérapie à domicile (en concertation avec l'hôpital de jour oncologique) ;
- suivi et coordination des soins pour les patients BPCO.

Nous développons ici à titre d'illustration un seul exemple, à savoir l'accouchement avec court séjour à la maternité, en vue d'illustrer les possibilités d'optimisation :

Il ressort de chiffres comparatifs internationaux que la durée du séjour après un accouchement normal ou une césarienne, après une grossesse sans problème, demeure assez élevée dans les maternités belges. Il y a donc encore de la marge pour un raccourcissement de la durée du séjour en maternité. Il ressort en outre des enregistrements RIM (résumé infirmier minimum) que la charge de travail infirmier durant le séjour à la maternité par journée d'hospitalisation baisse rapidement et évolue vers des 'soins de confort' pouvant également être prodigués en dehors des murs de l'hôpital. Les moyens libérés suite au raccourcissement de la durée du séjour en maternité (moins de lits à doter en personnel) peuvent être utilisés pour organiser les soins pré- et postnatals ambulatoires (médicaux et infirmiers) d'une autre manière. Des accords peuvent également être conclus avec des assureurs privés concernant une utilisation alternative du budget pour les factures d'hôpital qu'ils remboursent à l'heure actuelle (p. ex. pour les soins postnatals à domicile, l'hôtel hospitalier). L'accouchement après une grossesse sans problème est d'ailleurs l'une des interventions standard dans le cadre des soins à faible variabilité, entrant en considération pour des honoraires de référence prospectifs. Pour finir, il existe également des maternités où certaines patientes séjournent volontiers assez longuement dans des chambres luxueuses, malgré le coût élevé. Cette possibilité devra/pourra sans doute être maintenue dans le futur, à condition bien entendu que les coûts liés à ces journées d'hospitalisation supplémentaires ne se retrouvent pas à charge de l'assurance maladie obligatoire.

PLAN DE TRAVAIL :

Les modalités concrètes des projets pilotes seront définies au printemps 2015, en concertation avec les entités fédérées, de sorte que les premiers projets pilotes puissent être lancés avant la fin de l'année.

Le secteur sera déjà invité, avant les vacances parlementaires, à présenter des thèmes de soins

et des populations de patients autour desquels des projets pilotes pourraient être développés. Un premier appel pour soumettre des propositions de projet concrètes et complètes, sera ensuite lancé.

Les projets seront sélectionnés dans le courant de l'automne, de sorte qu'un certain nombre de projets puissent encore être lancés avant la fin de l'année.

Les projets seront évalués de manière approfondie après deux années de fonctionnement (à partir de fin 2017), de sorte que les premières modifications puissent être apportées au niveau des modalités de financement et d'organisation dès 2018, sur la base des résultats des projets pilotes couronnés de succès.

5.9. *Value based care / Pay for performance*

La poursuite de l'amélioration permanente de la qualité reste un objectif majeur : il faut générer plus de valeur avec les budgets disponibles (*value based care*). Les expériences menées à l'étranger nous ont appris que les initiatives P4P (*pay for performance*) ne rencontrent pas toutes le succès, mais qu'elles peuvent néanmoins constituer un levier utile à condition d'être mises en œuvre de manière correcte et prudente, en tenant compte aussi de leurs inconvénients (1). Les initiatives P4P peuvent s'avérer utiles pour inciter les prestataires de soins à améliorer la qualité, mais peuvent aussi être utilisées pour éviter le risque croissant de pénurie en soins (et cela très certainement si des forfaits sont préalablement fixés par patient). Ici aussi, nous allons démarrer avec une approche à petite échelle et, surtout, tirer les leçons des bonnes pratiques mises en place avec succès. Les principaux points d'attention sont les suivants (1):

- Utilisation d'indicateurs de performance dont l'utilité a déjà été démontrée par des expériences étrangères. Cela signifie : des indicateurs quasi exclusivement influencés par les prestataires de soins et qui ne sont pas ou peu manipulables.
- Si possible, utilisation d'indicateurs au niveau de l'hôpital dans son ensemble – en cas d'absence d'indicateurs de ce type, il faudra utiliser des critères pathologiques spécifiques.
- Dans la mesure du possible, nous utiliserons des critères de résultat et nous n'opterons pour ce que l'on appelle des indicateurs de résultat intermédiaires que si l'on ne peut pas identifier de critères de résultat utilisables (p. ex. les complications potentiellement évitables comme les infections associées à l'utilisation de cathéters, les infections postopératoires des plaies, les incidents liés aux chutes ; les *never events*, comme une intervention chirurgicale sur une partie erronée du corps, les erreurs au niveau du raccordement des tuyaux de gaz médicaux) ou des indicateurs de processus (p. ex. l'examen périodique des yeux ou des pieds des diabétiques, le *door-to-needle time* des patients qui font un AVC).
- Il convient également d'étudier l'éventuelle utilité d'intégrer des indicateurs de satisfaction des patients ou des initiatives d'accréditation dans les initiatives P4P.
- Aucun enregistrement supplémentaire ne sera introduit, mais, dans la mesure du possible, nous utiliserons les indicateurs de qualité validés et fiables déjà enregistrés (dans le cadre d'autres obligations).
- Une partie du budget disponible (limitée à 1 à 2% dans une première phase) sera transférée entre les hôpitaux /prestataires de soins sur la base des résultats P4P.

- L'initiative P4P ne sera élargie que si elle débouche sur un nombre suffisant d'expériences positives.

Parmi les expériences étrangères jugées prometteuses dans le cadre des divers entretiens, on peut citer le projet ICHOM (*The International Consortium for Health Outcomes Measurement*) qui compare, au niveau international, la qualité des soins dans différents groupes de pathologies spécifiques sur la base de critères de qualité convenus entre les prestataires de soins (et les patients) entre eux et soutenus, entre autres, par l'hôpital Karolinska (Suède) et la Harvard School of Public Health.

PLAN DE TRAVAIL :

Dans une première phase, nous prendrons le pouls des propositions concrètes de projets P4P, aussi bien au niveau des hôpitaux qu'au niveau des médecins, des mutualités, des services publics (au niveau fédéral ou au niveau des entités fédérées). Cette phase sera lancée en septembre 2015.

D'ici fin 2015, les propositions concrètes seront examinées et classées par une commission d'experts et évaluées par rapport à leur faisabilité technique et pratique.

Au printemps 2016, les premières propositions techniquement faisables seront converties en une réglementation concrète de manière à pouvoir être implémentées à partir de juillet 2016 (ou janvier 2017).

Plusieurs projets suivront à partir de 2018 et la première évaluation sera programmée en 2019 : les paramètres qui ne donneront pas les résultats escomptés seront supprimés et les paramètres qui généreront les résultats escomptés seront renforcés.

5.10. Réformes à court terme

5.10.1. Simplification des enregistrements obligatoires

On sait, de différentes sources, que les hôpitaux doivent enregistrer de très nombreuses données et que beaucoup (trop) de personnel doit être affecté à cet enregistrement pour satisfaire aux obligations en la matière et cela, qui plus est, souvent, au détriment du temps qui peut être consacré aux soins proprement dits. À court terme, il faut s'atteler à simplifier les enregistrements obligatoires dans les hôpitaux en se posant les questions suivantes : les enregistrements sont-ils réellement nécessaires ? Toutes les données demandées sont-elles pertinentes dans le cadre des applications stratégiques ? Les données enregistrées ne sont-elles consultées qu'une seule fois (et pas plusieurs fois sous des formes légèrement différentes) ? Ne peut-on pas réduire de manière draconienne la charge totale de l'enregistrement des données en utilisant des méthodes d'enregistrement électroniques uniformisées (p. ex. SNOMED CT) (4, p.62) ? Pour réduire la charge liée à l'enregistrement des données dans les hôpitaux, il faut aussi poursuivre l'étude des possibilités de l'enregistrement électronique *once only* (dans le cadre de l'*eSanté*) et étudier les données que tous les hôpitaux doivent enregistrer en permanence ainsi que les données susceptibles de ne faire l'objet que d'un enregistrement périodique ou même de n'être éventuellement rassemblées que dans un échantillon d'hôpitaux représentatifs. En concertation avec les services publics fédéraux et des entités fédérées, il faut également identifier les enregistrements redondants et les supprimer (4, p.62).

Ces préoccupations concernent non seulement les enregistrements des données via le SPF SPSCAE, mais aussi via d'autres services publics ainsi que les attestations demandées par l'Inami et les mutualités pour l'utilisation et la facturation de certains médicaments et implants. Ces attestations aussi doivent être soumises à une évaluation critique de leur valeur ajoutée et l'étude des possibilités de simplification et/ou d'automatisation doit être poursuivie.

D'autres idées sur les possibilités de simplification circulent très certainement encore dans le monde hospitalier.

PLAN DE TRAVAIL :

Il sera demandé au SPF SPSCAE de proposer, le plus rapidement possible, en concertation avec le monde hospitalier, des plans concrets de simplification des enregistrements obligatoires.

Il sera demandé à l'Inami de proposer, le plus rapidement possible, en concertation avec le monde hospitalier, des plans concrets de simplification des attestations pour les médicaments et les implants.

En concertation avec les entités fédérées, les enregistrements redondants seront identifiés et un plan concret sera élaboré pour réduire et rationaliser les obligations d'enregistrement des hôpitaux.

Plus ces propositions seront élaborées rapidement, plus elles pourront être appliquées rapidement.

Il sera demandé au monde hospitalier d'introduire, le plus rapidement possible des propositions de simplification auprès des services publics compétents.

L'objectif est de pouvoir déjà apporter une série de simplifications substantielles au niveau des enregistrements à partir du 1^{er} janvier 2016.

Les propositions d'optimisation des enregistrements plus complexes pourront être mises en œuvre à compter de 2017 ou ultérieurement (pour des raisons techniques évidentes).

5.10.2. Lourdeur des soins infirmiers dans le BMF : le modèle de financement des hôpitaux sur la base des NRG

Le nouveau mode de financement basé sur le RIM2¹⁵ – les paramètres utilisés pour mesurer les différences de **lourdeur des soins infirmiers** entre les hôpitaux – introduit dans le BMF en juillet 2014 soulève de nombreuses questions.

Il y a d'abord la préoccupation légitime concernant la nécessité de supprimer au plus vite du financement du BMF le RIM1¹⁶ qui reposait sur les données de 2005-2006 aujourd'hui devenues obsolètes.

Ensuite, il y a également la préoccupation tout aussi légitime concernant la nécessité de la capacité du RIM2, qui remplace le RIM1, d'identifier correctement la variabilité "exacte" (= nécessaire et factuelle) des soins infirmiers.

Il est avant tout demandé à l'administration du SPF SPSCAE d'étudier les glissements inexplicables qui se sont produits dans les budgets de juillet 2014 et le cas échéant, de corriger les éventuelles erreurs et anomalies avant d'augmenter le pourcentage d'application. Il lui est également demandé d'étudier si, et le cas échéant dans quelle mesure, le modèle de financement

¹⁵ RIM2 fait référence à la deuxième version du résumé infirmier minimum (RIM) et est aussi appelé 'financement basé sur les NRG' (*nursing related groups*).

¹⁶ RIM1 = la première version du RIM (n'était pas basé sur les NRG)

développé sur la base de l'enregistrement du RIM2 reflète suffisamment les différences réelles et justifiées dans les soins infirmiers et/ou si la charge d'enregistrement (en fonction du financement) ne peut pas être réduite. Étant donné que l'enregistrement du RIM n'est utilisé que pour l'attribution du financement supplémentaire – et qu'il n'est pas utilisé pour le financement de base – il semble acceptable que seuls les items du RIM documentant réellement des différences en termes de lourdeur des soins infirmiers soient utilisés dans le financement (c.-à-d. pas pour les soins infirmiers dispensés de manière standard dans tous les hôpitaux). D'autres pistes de réduction de la charge totale d'enregistrement du RIM (voir plus haut) doivent également être étudiées (p. ex. la périodicité des enregistrements, la sélection des paramètres), aussi longtemps que les données dont les autorités ont besoin ne découlent pas 'automatiquement' des enregistrements standards, nécessaires pour la dispense des soins de routine. Enfin, l'enregistrement du RIM2 dans les hôpitaux doit faire l'objet d'un *audit* précis pour permettre de détecter en temps utile et d'éviter les abus et/ou anomalies au niveau des enregistrements (p. ex. des différences indues au niveau des pratiques de codage) (4, p.70). Outre des audits sur place, auxquels le personnel nécessaire ne peut pas toujours être affecté, il faut également procéder à des audits statistiques (*datamining, contrôle des outliers, ...*).

PLAN DE TRAVAIL :

Il est demandé à l'administration du SPF SPSCAE de corriger les erreurs et les anomalies dans le modèle de financement RIM2 dans le BMF de juillet 2015, ainsi qu'avec effet rétroactif (BMF juillet 2014).

Le modèle de financement RIM2 est étudié de manière critique par rapport à son pouvoir de différenciation en fonction des différences réelles justifiées dans la lourdeur des soins infirmiers entre les hôpitaux. Après accord préalable du CNEH, les modifications au modèle de financement pourront entrer en vigueur à partir de juillet 2016. La priorité nécessaire doit aussi être accordée à la mise au point d'audits (statistiques).

5.10.3. Financement des services des urgences et des postes de garde

Les services des urgences et la collaboration avec les médecins généralistes et les postes de garde de médecine générale ont besoin d'un financement adapté :

- Depuis juillet 2013, de nouveaux critères de financement ont été introduits dans le BMF pour les services des urgences. Les nouveaux critères tiennent aussi compte des patients ambulatoires soignés dans le service des urgences. Ce faisant, il existe un risque réel que les hôpitaux essaient d'augmenter le nombre de leurs contacts ambulatoires via les urgences. En cas de BMF fermé, cela provoque, qui plus est, un transfert des moyens destinés aux patients hospitalisés vers les soins ambulatoires. Il est dès lors recommandé de séparer le financement du service des urgences du financement des soins aux patients ordinaires par groupe de pathologies (cf. 5.6).
- Pour le financement des urgences, un budget partiel distinct doit être prévu au niveau national pour empêcher les transferts indus / insidieux, vers d'autres budgets partiels. De plus, ce budget doit être réparti entre les hôpitaux en fonction de leur localisation (le nombre d'habitants / la zone géographique couverte par les soins d'urgence et leur éventuelle fonction suprarégionale) ainsi qu'en fonction de l'activité justifiée dans chaque service des urgences.

- Un financement des médecins urgentistes quasi exclusivement basé sur les prestations médicales peut aussi encourager une surconsommation des services d'urgence. Pour un service qui doit, par nature, assurer une fonction de permanence et de continuité, un financement plus intégré serait probablement plus indiqué.
- Les postes de garde de médecine générale sont, eux aussi, confrontés à des problèmes similaires en ce qui concerne la continuité et la permanence. Dans certains quartiers urbains s'ajoutent parfois encore à cela des problèmes de sécurité. À l'avenir, il faudra intensifier la collaboration entre les services des urgences des hôpitaux et les postes de garde (de médecine générale) (a) pour garantir la continuité des soins à la population, (b) en offrant suffisamment de garanties de sécurité pour le personnel et cela (c) à un coût socialement responsable, sans gaspillage des moyens. Cette intégration est visée tant sur le plan de l'organisation (collaboration entre les services des urgences et les postes de garde) que sur le plan du financement. L'accord actuel entre les médecins et les mutualités (accord medicomut 2015) ne fait pas état d'un engagement en ce sens.
- Pour que tout reste bien clair, dans cette réforme, l'accent est surtout mis sur les services des urgences et leurs fonctions SMUR et PIT ainsi que leurs relations avec les médecins généralistes/postes de garde. Ce Plan d'action ne tient pas compte de l'aide médicale urgente extra-muros (centrale 112, transport des malades ...). La problématique spécifique du financement et de la programmation des services fournis dans le cadre de la Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente est traitée séparément dans le cadre des activités du Conseil National des Secours médicaux d'urgence (CNSMU).

PLAN DE TRAVAIL :

Une étude du KCE est en cours sur l'organisation et le financement des services d'urgence. Le rapport final est attendu d'ici à l'été 2016. Cette étude contiendra très certainement des recommandations de politique utiles au niveau de l'adaptation du financement des services d'urgence.

Il faut, en outre, que le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) soit analysé le plus rapidement possible au niveau de l'évolution du nombre de patients des services des urgences et leurs caractéristiques (+ raison de la visite aux services des urgences) depuis l'introduction des nouveaux paramètres de financement dans le BMF. Une analyse de ces données permettra d'évaluer si l'utilisation inappropriée des services des urgences est en augmentation et offrira une source d'inspiration au niveau de l'adaptation des paramètres de financement.

Le nouveau financement des services des urgences n'a peut-être commencé qu'en juillet 2013, mais d'ici fin mai 2015, les données du RHM des hôpitaux jusque fin 2014 seront introduites ; ensuite, l'analyse pourra reposer sur un dataset de 3 semestres (18 mois).

L'objectif est de préparer la première adaptation d'ici à juillet 2016 et de procéder à une réforme plus fondamentale à partir du BMF de juillet 2017.

6. STRUCTURE DE GOUVERNANCE POUR LE PROJET

La volonté d'impliquer tous les intéressés dans la suite de l'élaboration de la réforme du financement des hôpitaux est clairement formulée. Pour cela, il convient de prévoir les moments et les structures de concertation nécessaires en opérant une distinction en fonction de la phase

de conceptualisation et d'implémentation des réformes. Comme c'est le cas de n'importe quel autre programme de réforme impliquant de nombreux protagonistes, il faut trouver le bon équilibre entre les différents critères de décision : concertation d'une part et esprit de décision d'autre part.

La structure de gouvernance ci-dessous concerne le niveau de l'administration fédérale. Une collaboration étroite sera également mise en place avec les entités fédérées au sein de la Conférence interministérielle Santé publique.

6.1. Task force

En ce qui concerne l'harmonisation mutuelle entre la réforme du financement des hôpitaux, l'AR n° 78 et la révision de la nomenclature, l'accord de gouvernement prévoit la création d'une **task force**. Celle-ci a pour objectif de vérifier les propositions de réforme par rapport à leur cohérence globale en termes de vision, de calendrier du plan par étapes ... mais le tout, toujours "*high-level*". Cette task force sera mise en place dès que les plans d'action des deux autres grands chantiers, à savoir celui de l'AR n° 78 et celui de la révision de la nomenclature, seront présentés.

6.2. Phase conceptuelle : groupe de concertation sur le financement des hôpitaux

Pendant la phase de conceptualisation du nouveau financement des hôpitaux, une concertation sera très régulièrement organisée avec un **groupe de concertation sur le financement des hôpitaux**. Afin d'éviter de devoir demander de plus en plus d'avis à différents organes consultatifs, ce qui, surtout en cas d'avis contradictoires, aurait pour effet de ralentir le processus, pour la phase de conceptualisation, nous avons choisi de faire appel à un nouveau groupe de concertation qui doit encore être créé. Nous avons opté pour un groupe de concertation pour cette phase parce que la majorité des organes consultatifs ne sont compétents que pour certains aspects du financement des hôpitaux et/ou sont limités au niveau de leur composition.

Les parties suivantes seront structurellement présentes dans ce groupe de concertation qui sera placé sous la direction de la cellule stratégique : les représentants des hôpitaux (via leurs organisations faïtières), les représentants des médecins (via leurs organisations de médecins représentatives) et les mutuelles (représentées par une délégation du Collège intermutualiste national). L'objectif est que chacun de ces 3 groupes puisse désigner 5 représentants pour ce groupe de concertation.

Un **bureau** sera désigné à partir de ce (grand) groupe qui sera composé de (1 ou 2) représentants de chacun des 3 groupes pour une concertation plus fréquente.

Outre ce groupe de concertation, dans lequel ces parties prenantes se concerteront régulièrement, une concertation bilatérale sera aussi organisée par la cellule stratégique avec de nombreux autres *stakeholders* appelés à subir les conséquences directes ou indirectes de la réforme du financement des hôpitaux. On pense ici, entre autres, aux infirmiers hospitaliers, aux pharmaciens hospitaliers, aux autres prestataires de soins dans les hôpitaux, aux associations de patients, au secteur privé (p. ex. assureurs privés, institutions financières, fournisseurs de logiciels, etc.) et aux partenaires sociaux.

6.3. Phase d'implémentation : organes consultatifs réguliers

Dès que le nouveau financement des hôpitaux arrivera à la phase d'implémentation (projet de législation, à savoir d'AR, loi sur les hôpitaux...), il sera fait appel, pour les avis, aux organes consultatifs existants.

6.4. Intégration en un seul domaine de gestion et réforme des organes consultatifs

La présente réforme vise une plus grande collaboration entre les hôpitaux entre eux, ainsi qu'entre les hôpitaux et les autres secteurs. La collaboration est donc le mot d'ordre et cette collaboration doit aussi être mise en place au niveau des autorités : "*practice what you preach*". Comme mentionné plus haut, avec les entités fédérées, la collaboration se fera au sein de la Conférence interministérielle. Au niveau de l'administration fédérale, en ce qui concerne les administrations de la santé, un exercice administratif est en cours pour arriver à un domaine politique plus intégré. En ce qui concerne le financement des hôpitaux, cela suppose aussi une répartition des tâches plus ciblée, transparente et efficiente et des mécanismes de collaboration entre, notamment, la DG Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement d'une part et l'Inami d'autre part, aussi bien au niveau des *business processes* qu'au niveau des procédures d'avis et de décision.

Qui plus est, les missions et les compétences des organes consultatifs existants doivent faire l'objet d'un examen critique en concertation avec les stakeholders et en tenant compte des avis déjà formulés à ce sujet. Dans le cadre de la simplification administrative, il est opportun de réduire le nombre des organes de concertation et d'avis (4, p.67). Une distinction est opérée dans ce cadre entre une approche *stakeholders* (dans laquelle les membres sont sélectionnés sur la base de leur expertise et pour défendre les intérêts des organisations qu'ils représentent) et une approche *evidence-based* (dans laquelle l'avis repose sur les preuves scientifiques en la matière). Une évaluation critique de ces rôles s'avère par ailleurs nécessaire en raison de la sixième réforme de l'État, qui a transféré une série de compétences anciennement fédérales vers les entités fédérées. C'est ainsi, par exemple, que le CNEH (fédéral) n'a plus de compétence d'avis concernant les normes d'agrément des hôpitaux, mais qu'il a conservé sa compétence d'avis concernant la programmation.

PLAN DE TRAVAIL :

La task force sera créée dès que les plans d'action de la réforme de l'AR n° 78 et de la révision de la nomenclature seront présentés.

Le groupe de concertation sur le financement des hôpitaux sera composé d'ici à l'été 2015. Il est demandé aux quatre groupes de stakeholders de composer une représentation permanente de 5 membres (sans suppléants).

A partir du mois de mai, la concertation bilatérale sera poursuivie avec divers stakeholders sur les divers aspects du Plan d'Approche.

Une déclaration conjointe avec les entités fédérées sur la réforme du financement des

hôpitaux sera préparée pour la Conférence interministérielle qui se tiendra fin juin 2015.

Au cours de l'année à venir, les organes consultatifs existants seront soumis à une analyse critique et des propositions d'optimisation des avis remis aux autorités fédérales seront élaborées. Des propositions seront également formulées pour optimiser la répartition des tâches et les mécanismes de collaboration entre la DG Soins de santé du SPF SPSCAE d'une part et l'Inami d'autre part.

7. CHANTIERS PARALLELES

La réforme du financement des hôpitaux est indissociablement liée à une série d'autres priorités politiques de l'accord de gouvernement. La révision de la nomenclature, la réforme de l'AR n° 78 sur les professions de la santé, le plan de soins intégrés et chroniques et le *roadmap* eSanté sont, sans aucun doute, les chantiers politiques qui présentent le plus d'interconnexions avec le financement des hôpitaux. Cependant, pour pouvoir vraiment avancer et réaliser les réformes indispensables, nous avons opté pour une élaboration distincte de ces différents thèmes. Il faudra bien sûr, ensuite, veiller à leur harmonisation et à leur cohésion globale, ce qui constituera la principale tâche dévolue à la task force.

Maintenant que le chantier "réforme du financement des hôpitaux" est dans les starting blocks, la phase préparatoire de la réforme de l'AR n° 78 peut être finalisée et le chantier "révision de la nomenclature" peut être lancé. Il faudra ensuite établir les passerelles nécessaires entre ces chantiers et les chantiers politiques en matière d'*e-health* et de *m-health*, en se basant sur les orientations contenues dans le *roadmap* eSanté.

Parmi les liens transversaux très importants entre la réforme du financement et les autres chantiers, on retrouve les thèmes suivants :

- La définition de l'ensemble de tâches et de la rémunération du personnel de soins actif dans les hôpitaux (surtout le personnel infirmier, mais aussi les soignants, les collaborateurs logistiques et le personnel paramédical). Il y a ainsi la préoccupation légitime concernant l'accroissement de l'expertise infirmière par l'encouragement et la valorisation de formations complémentaires (notamment les titres professionnels particuliers (TPP) et les qualifications professionnelles particulières (QPP). Une autre préoccupation concerne la capacité de canaliser l'expertise complémentaire vers les zones dans lesquelles les besoins en soins sont les plus importants et/ou les problèmes de manque de personnel les plus aigus. Outre les TPP/QPP, il y a aussi la classification des fonctions de soins de l'IFIC. Pour les deux systèmes – ou les autres alternatives – il convient de veiller à une application cohérente et à ce que les budgets nécessaires soient disponibles s'ils sont imposés aux établissements de soins. Il faut également que la réglementation du travail soit adaptée en fonction des nouveaux besoins quant à une meilleure continuité des soins (4, p.63), en tenant compte des exigences en ce qui concerne l'équilibre travail/vie privée et d'un équilibre entre prévisibilité et flexibilité des horaires.
- La révision de la nomenclature ira de pair avec l'élaboration d'un nouveau plan de nomenclature et la distinction entre les frais liés à la pratique et les honoraires pour les prestations médicales (cf. identification du prix de revient par groupe de pathologies), de manière à pouvoir rééquilibrer les honoraires de diverses prestations. La nouvelle nomenclature ne devra pas se limiter à la seule rémunération des prestations médicales

dans le cadre des contacts individuels médecin-patient et devra également promouvoir celle des activités médicales qui soutiennent les soins intégrés aux patients et notamment la concertation multidisciplinaire, les permanences médicales, les soins transmuraux, la télémédecine. Si la partie « frais de fonctionnement » est liée au budget hospitalier, la structure de gouvernance des hôpitaux devra y être adaptée (cf. *supra*) et les médecins devront avoir et conserver le contrôle et la responsabilité de l'utilisation de la partie frais de fonctionnement de leurs honoraires.

- Un meilleur support IT des hôpitaux par le biais d'une collaboration plus étroite à ce niveau – un point souligné à plusieurs reprises par les intéressés dans le cadre du processus de consultation – permettrait d'encore réaliser de nombreux autres gains en termes d'efficience. À condition de disposer de la capacité nécessaire, les autorités peuvent soutenir la sélection de systèmes d'information hospitaliers et de programmes EPD offrant un contenu suffisamment uniformisé. Une telle approche permettrait d'optimiser l'échange d'informations entre hôpitaux et entre les hôpitaux et les mutuelles, les patients et les autorités, ce qui peut améliorer la qualité et diminuer les coûts. Dans ce cadre, il faut veiller à ce que l'ensemble du secteur hospitalier belge ne devienne pas dépendant du monopole d'un seul acteur commercial ou d'un nombre trop limité d'acteurs commerciaux.

Le monde hospitalier demande aussi une plus grande stabilité dans son financement, des budgets suffisamment prévisibles en fonction d'un budget pluriannuel et cela aussi bien au niveau des hôpitaux individuels qu'au niveau des réseaux. Cette demande d'une planification pluriannuelle sera reprise dans la priorité politique plus large visant à établir une planification budgétaire pluriannuelle pour l'assurance maladie. Les hôpitaux doivent être conscients qu'une plus grande stabilité budgétaire offre l'avantage d'une plus grande prévisibilité des flux de recettes attendus, mais présente aussi le désavantage d'être moins flexible, y compris pour les autorités, et de limiter la marge en manœuvre par rapport à la croissance de l'activité ou au soutien de nouvelles initiatives.

8. CONSIDÉRATIONS FINALES

Le présent Plan d'Approche est un plan ambitieux. C'est l'un des plus grands et des plus importants chantiers de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de cette législature. Le Plan d'Approche mènera à des changements radicaux dans la manière dont les soins seront financés dans nos hôpitaux et aura aussi, parallèlement, un impact majeur sur la façon dont les soins seront organisés et dispensés dans et en dehors de l'hôpital.

La Ministre et sa Cellule stratégique se sont largement inspirées des nombreux rapports, notes et recommandations qui leurs ont été remis par le terrain, ses administrations ainsi que des publications internationales sur le sujet. De nombreuses idées et propositions reprises dans le Plan d'Approche ne sont pas neuves en soi. Leur caractère novateur réside surtout dans le fait que c'est la première fois depuis très longtemps en Belgique que toutes ces idées et ces propositions sont traitées et intégrées dans un plan d'ensemble cohérent qui place de nouveaux accents et est assorti d'une planification concrète de ces différents modules de travail et d'une structure de gouvernance, nécessaire à sa concrétisation.

Pour que ce Plan d'Approche soit un succès, la collaboration de toutes les parties concernées sera nécessaire, et ces parties ne se limitent pas aux gestionnaires des hôpitaux, mais englobent aussi les médecins et le personnel soignant, les citoyens et les patients, la monde politique, les mutuelles, les partenaires sociaux, les facultés de médecine de nos universités, l'industrie médicale et pharmaceutique, les partenaires sociaux, les acteurs privés, etc. Le Plan d'Approche offre de nombreuses opportunités à toutes ces parties de contribuer activement à la préparation, l'exécution et la réalisation de ce processus de changement tellement nécessaire.

Le Plan d'Approche est un parcours vers le changement. Or tout changement suscite des résistances. En matière de financement des hôpitaux, le moment est toutefois venu d'oser se défaire du passé et de ne pas s'y cramponner. Tirons les leçons du passé, conservons-en les points forts, attaquons-nous aux points à améliorer et préparons nos hôpitaux aux défis d'aujourd'hui et de demain. Les défis sociétaux que suppose le maintien, dans notre pays, de soins de qualité accessibles et abordables financièrement et les analyses financières du secteur hospitalier, de plus en plus inquiétantes et qui s'aggravent d'année en année, doivent aujourd'hui nous inciter à prendre ensemble nos responsabilités et à adopter des mesures énergiques.

Bibliographie¹⁷

1. Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, Remmen R, Sermeus W, Van Den Broecke C, Van Herck P, Vanmeerbeek M, Willems S, De Gauquier K., 2009, **Avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de programmes "P4Q" en Belgique**. Bruxelles: KCE, report 118B.
2. **20 ans d'analyse sectorielle des hôpitaux généraux en Belgique : Étude Maha 2014**, Belfius, Bruxelles.
3. Christensen C., Grossman J. & Hwang J., 2009, **The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care**, McGraw-Hill, 441p.
4. **Accord de gouvernement**, 9 octobre 2014, Bruxelles
5. Health Consumer Powerhouse, 2013, **Euro health Consumer Index**, Taby, Suède.
6. OECD, 2012, **Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: how any surgical procedures performed as inpatient and day cases?** Paris.
7. OECD, 2014, **Health at a glance: OECD Indicators**, Paris.
8. Van De Sande, D, D. De Ryck, et al., 2010, **Étude de faisabilité de l'introduction en**
9. **Belgique d'un système de financement hospitalier « all-in » par pathologie**, KCE-rapport 121B, Bruxelles.
10. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R (eds). 2014, **Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse**. Bruxelles : KCE, rapport 229Bs.
11. Vinck, I., Paulus, D. 2014, **Correction of refractive errors of the eye in adults – part 3: organisation and legal framework of extramural surgery centres**. Bruxelles: KCE, report 225.

¹⁷ La bibliographie contient aussi quelques références à des documents disponibles/publiés officiellement. On a également utilisé de nombreux documents et notes de vision remis par les différents stakeholders à la cellule stratégique, mais ces documents n'ont pas été repris dans la bibliographie dans la mesure où ils ne sont pas tous disponibles pour le public.