



# Plan d'approche de la réforme du financement des hôpitaux

Kern, 24 avril 2015

## Accord de gouvernement fédéral

- Soins de santé de qualité, accessibles et finançables:
  - Patient au centre des préoccupations
- Concrétisés au travers :
  - de réformes structurelles
  - d'une perspective pluriannuelle stable
  - d'une politique et, par conséquent, aussi d'un financement qui reposent sur des données probantes
  - de la transparence
  - de la simplification
- **Projet clé** pour le gouvernement: **réforme du financement des hôpitaux**
  - 2 volets:
    1. Rôle de l'hôpital dans le paysage hospitalier
    2. Adaptation du financement de l'hôpital

# Accord de gouvernement fédéral

## 1. Rôle de l'hôpital dans le paysage hospitalier

- Prendre comme base les besoins du patient qui ont évolué
- Réseaux cliniques entre hôpitaux: collaboration entre hôpitaux universitaires, spécialisés et de base
- Collaboration hôpitaux – prestataires de soins extra muros
- Centres spécialisés avec concentration des traitements et technologies onéreux , difficiles, rares
- Eviter les hospitalisations inutiles ou inutilement longues
- Reconversion de lits dans d'autres établissements de soins, prise en charge transmurale ou résidentielle ou non

# Accord de gouvernement fédéral

## 2. Adaptation du financement de l'hôpital

- Couverture correcte des frais de fonctionnement
- Moins ciblé sur la structure et les prestations, accorder plus d'attention à la qualité et aux résultats
- Adapté aux besoins qui ont évolué
- Maîtriser les charges d'enregistrement
- Système mixte de financement prospectif pour des soins standardisables
- Maintien du principe d'un honoraire par prestation médicale
- Réforme du système existant de retenues sur les honoraires des médecins
- Participation garantie des médecins à la gestion médicale de l'hôpital
- Accorder de l'attention aux activités spécifiques comme, par exemple, les activités de formation et de recherche

# Accord de gouvernement fédéral

- Lien avec d'autres réformes
  - Réforme de la **nomenclature**
  - Révision de **l'AR n°78** concernant les professions de soins

➡ La **Task-force** veille à la cohésion globale des réformes
- Lien avec **d'autres initiatives politiques**
  - Plan soins chroniques et intégrés
  - Stratégie e-Santé
  - Simplification administrative
  - ...

## Plan d'approche: processus suivi

- Base
  - **Accord de gouvernement**
- Sources
  - Tour de consultation, rapport et feed-back du **KCE**
  - **Tour de consultation propre** avec les représentants des hôpitaux, les médecins et les mutualités

# Plan d'approche: constitution

Contexte, objectifs et lignes directrices de la réforme

Deux grands volets quant au fond – cf. accord de gouvernement:

- Redessiner le rôle de l'hôpital dans le paysage hospitalier (e.a. formation de réseau)
- Une réforme fondamentale du financement (hospitalier)

Méthode

- Par étapes
- Division en **packages de travail**: concrétisation 2015/2016 + notes de politique générale ultérieures
- Projets pilotes

Gouvernance du projet:

- Concertation et collaboration
- Fédéral: task-force, groupe de concertation et réunions de concertation ad hoc
- Avec les entités fédérées: Conférence interministérielle Santé publique

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

## 10 messages principaux

### **1. Plus de qualité de soins + efficience – il ne s'agit pas de faire des économies**

Affectation intelligente des moyens

Il ne s'agit pas de faire des économies

Pas de réduction du personnel

- Mais: réinvestir les moyens affectés de manière non optimale
- Et: réallocation des moyens et des personnes au sein des hôpitaux/entre hôpitaux et en dehors des hôpitaux

Comment?

- Supprimer progressivement les lits hospitaliers non utilisés
- Ecourter la durée de séjour et transfert vers les soins en dehors de l'hôpital
- Eviter la duplication inutile des examens/multiplication des technologies

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

## 2. Conserver les points forts – éliminer les points faibles

Points forts	Points faibles
Grande accessibilité	Sous-financement structurel des soins justifiés
Vaste offre de soins	Complexité des systèmes de financement
Grande proximité	Charge administrative pour les hôpitaux, les prestataires et les autorités
Pas de listes d'attente significatives	N'encourage pas à une affectation efficiente des moyens
Qualité élevée perçue (mais qualité ≠ proximité)	Très centré sur les prestations, soins et qualité ne sont pas récompensés
Soins accessibles financièrement	La qualité n'est pas récompensée
Forte implication des établissements et prestataires de soins	Fragmentation des soins et du financement, silos
...	...

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

## 3. L' « hôpital » réinventé. À la mesure du patient d'aujourd'hui

- Hôpital = **centre d'expertise médicotكنولوجique**, avec plateformes diagnostiques et de traitement. *Il ne s'agit plus d'une « maison avec des lits ».*
- L'hôpital devient le **nœud** u sein d'un ou plusieurs réseaux (transmuraux) de soins cliniques
  - Hôpitaux de base – hôpitaux de référence – hôpitaux universitaires
  - Concentration, répartition de groupes de pathologie et accords sur les tâches sur la base de données probantes et dans l'intérêt du patient: masse critique, coût, continuité, etc.
  - La technologie onéreuse est attribuée au niveau du réseau, pas au niveau de l'hôpital
  - L'entreprenariat joue, les réseaux grandissent de la base vers le sommet, les autorités définissent les règles du jeu et interviennent en cas de dysfonctionnement
  - Les pratiques extramurales satisfont aux mêmes normes et exigences en matière d'infrastructure, de personnel, de continuité et de qualité

### 3. L' « hôpital » réinventé. À la mesure du patient d'aujourd'hui

- Accords de coopération ne s'arrêtant pas aux murs de l'hôpital
  - Avec les **acteurs locaux des soins médicaux et non-médicaux**
- Également réseautage entre hôpitaux pour
  - **Les services médicaux de soutien**: p.ex. labo, pharmacie
  - **Services de soutien**: p.ex. achat, ICT

### 4. Nous développons un financement qui rétribue correctement les soins justifiés pour le patient et incite à l'efficacité

- Point de départ: financement correct du coût réel des soins justifiés
- **Trois clusters de financement**
  - **Soins à faible variation** : pas/peu de variation entre patients
    - Prix défini prospectivement par admission de patient
  - **Soins à variation moyenne**: variation plus grande, justifiée entre patients
    - Maintien de la logique du budget national fermé qui est réparti entre hôpitaux en fonction du nombre et de la nature des patients et de la lourdeur des soins
  - **Soins à forte variation**: groupes de pathologie avec imprévisibilité importante – soins sur mesure
    - Financement davantage basé sur les soins (justifiés) réellement accordés
- Récompenser la collaboration et l'affectation efficiente des moyens
  - **“Shared savings”** au sein d'un et entre réseaux
  - **“Bundled payments”** au-delà des murs de l'hôpital

## 5. Nous récompensons la qualité des soins

- Les meilleures pratiques à l'étranger nous apprennent que: le « pay for performance » est un levier utile, mais une approche intelligente et progressive s'impose!
- **Approche ciblée, pragmatique**
  - Partie limitée du budget: dans une première phase 1 à 2 %
  - Avec des indicateurs qui ont prouvé leur utilité et acceptés
  - Sans charges supplémentaires pour l'enregistrement
  - Dans chacun des trois clusters de financement

## 6. Nous rendons le financement des missions spécifiques transparent

- **Financement distinct**
  - Facteurs sociaux: profil de patient
  - Missions académiques des hôpitaux universitaires
  - Appareillage médical lourd
  - Service des urgences
  - Innovation

## **7. Le médecin conserve son mot à dire sur l'honoraire complet. Acteur-clé dans le fonctionnement de l'hôpital**

- Le médecin conserve son **contrôle** sur l'honoraire complet
- **Transparence** entre les deux parties de l'honoraire
  - Partie professionnelle
  - Partie coûts de pratique
- Nous examinons de quelle manière et dans quelles conditions on pourra coupler à terme la partie des coûts de pratique aux flux de financement de l'hôpital
  - À condition de garantir un pouvoir et une responsabilité du médecin dans l'affectation de ces moyens et la gestion médicale de l'hôpital

## **8. Nous simplifions le système de financement et réduisons les charges d'enregistrement.**

- **Système de financement**
  - Trois clusters de financement clairs
  - Nous intégrons progressivement différents flux de financement: BMF, hôpital de jour, médicaments, etc.
- **Charges d'enregistrement**
  - Efficacité: plus-value des registrations
  - Rationalisation entre différentes administrations fédérales
  - Rationalisation avec les entités fédérées

## 9. Nous procédons de manière ciblée et progressive.

- Une évolution, pas une révolution
- Plan d'approche
  - Cadre pluriannuel – l'implémentation dépasse le cadre de cette législature
  - Lignes de force globales
  - Division en paquets de travail gérables qui seront mis en œuvre progressivement
  - Concrétisation par phase: il y a déjà un calendrier concret pour 2015-2016 – suite de la concrétisation dans le cadre des projets de politiques
- Projets pilotes et moments d'apprentissage intermédiaires

## 10. Nous réformons ensemble avec tous les intéressés

- Au niveau fédéral
  - Task-force: cohésion globale financement des hôpitaux – nomenclature – AR n° 78
  - Groupe de concertation sur le financement des hôpitaux (et Bureau) sous la supervision de la Cellule stratégique avec des représentants des hôpitaux, des médecins et des mutualités
  - Réunions bilatérales d'harmonisation avec d'autres intéressés: aides-soignants, autres prestataires, organisations faïtières de patients, partenaires sociaux, financiers, assureurs, etc.
  - Organes consultatifs classiques
- Avec les entités fédérées
  - Conférence interministérielle Santé publique
  - Déclaration commune pour cet été



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

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

Finance Tower  
Boulevard du Jardin Botanique 50 boîte 175  
B- 1000 Bruxelles

☎ +32 2 528 69 00

✉ [info.maggiedeblock@minsoc.fed.be](mailto:info.maggiedeblock@minsoc.fed.be)

.be

---