

CADRE GLOBAL
POUR UN

NOUVEAU
FINANCEMENT
HOSPITALIER

Mars 2015



CADRE GLOBAL
POUR UN

**NOUVEAU
FINANCEMENT
HOSPITALIER**



Fédération nationale des
Associations médico-sociales
Chaussée de Haecht 579 - BP 40
1031 Bruxelles
02/246 49 59
info@fnams.be
www.fnams.be



Fédération des
Institutions hospitalières
Chaussée de Marche 604
5101 Erpent
081/32 76 60
fihasbl@fihasbl.be
www.fihasbl.be

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Avant-propos | 5 |
| Préalable et périmètre du document | 7 |
| Une volonté de réforme : constats et balises | 9 |
| Premier pilier : l'organisation des soins | 15 |
| Le modèle actuel d'organisation des soins | 15 |
| Valeurs du modèle NFH FIH-FNAMS | 15 |
| Pistes pour un modèle futur : propositions FIH-FNAMS | 16 |
| Deuxième pilier : le financement des soins | 23 |
| Le Budget des Moyens Financiers | 23 |
| Les honoraires médicaux | 25 |
| Les médicaments | 26 |
| La qualité | 26 |

AVANT-PROPOS

Nous avons coutume de dire que notre système de soins de santé est en perpétuelle évolution, comme le sont la médecine avec le progrès médical et les besoins de prise en charge avec l'évolution de la société. Nous sommes à un tournant : d'un modèle axé sur la prise en charge aigue par « épisode » de soins, nous devons nous orienter vers une offre de soins adaptée à la prise en charge de soins chroniques, axée sur le patient tout au long de son trajet.

Une telle évolution (et non pas « révolution ») est possible. Faisant suite à la feuille de route déposée en octobre 2013 par la ministre Onkelinx, puis à la demande de la ministre De Block en début de législature, les institutions hospitalières affiliées à la FNAMS et à la FIH tracent dans le présent dossier les grandes lignes d'un modèle moderne d'organisation des soins. Ce modèle implique de questionner à la fois l'organisation de l'offre et ses modes de financement. Au départ du financement hospitalier, il touche à l'organisation et au financement de l'offre globale de prise en charge. Parce que les besoins d'aide et de soins impliquent par définition une vision globale et systémique : pour le patient, il n'y a pas de frontières ; ses besoins de prise en charge ne sont pas fragmentés au gré des structures des institutions.

Le secteur possède l'expertise pour développer ce genre de modèle. C'est son métier. Faisons-lui confiance. Et donnons-lui les moyens d'y arriver. En levant les freins à la collaboration, en revoyant les modes de financement. En remplaçant les coupes linéaires dans les budgets menant à la disparition pure et simple de services à la population par un contrat de confiance, basé sur une analyse objective des besoins à prendre en charge et une vision politique structurelle et systémique.

La Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales (FNAMS asbl) et la Fédération des Institutions Hospitalières (FIH asbl) regroupent, entre autres institutions, près de la moitié des institutions hospitalières de Wallonie. La présente note reflète leur point de vue. Elles formulent le vœu que ce point de vue soit confronté à celui des autres acteurs de soins de santé et participe à la construction du futur modèle d'organisation et de financement des soins.



Oliver de Stexhe
Directeur FNAMS



Pierre Smiets
Directeur FIH

PRÉALABLE ET PÉRIMÈTRE DU DOCUMENT

La position développée ici est commune aux fédérations FIH et FNAMS. Elle représente le point de vue des deux fédérations et des hôpitaux qui la composent. Ces derniers ont été directement associés à la réflexion et aux conclusions en appliquant une méthode participative. Les travaux se sont appuyés sur un travail d'expertise ayant permis d'intégrer une étude comparée des modèles déjà publiés, notamment par les autres fédérations hospitalières belges et par le Centre Fédéral d'Expertise (KCE).

Réfléchir à un nouveau financement hospitalier implique de questionner également l'organisation du paysage des soins en Belgique. Le présent document donne donc une vision globale de l'organisation ET du financement du système de soins de santé et dépasse, à plusieurs égards, les compétences exclusives de l'un ou de l'autre niveau de pouvoir.

Au regard de la feuille de route déposée en 2013 par la Ministre Onkelinx et du mandat donné au KCE dans les premières phases de travail qui ont suivi le dépôt de cette feuille de route, nous n'aborderons pas dans ce document la question du financement de la santé mentale et de la psychiatrie. Nous sommes néanmoins convaincus qu'une réforme du financement de ce secteur est également nécessaire. Le système de financement de la psychiatrie est en effet plus ancien encore que celui des hôpitaux généraux. De plus, des formes nouvelles de financement et d'organisation des soins ont été introduites récemment (« projets psy 107 »). Une évaluation approfondie de l'application de l'article 107 dans la psychiatrie est nécessaire avant d'aller plus loin.

Notre position intégrera donc l'ensemble des soins dispensés par les hôpitaux généraux. Elle considèrera également l'enjeu de la revalidation.

UNE VOLONTÉ DE RÉFORME : CONSTATS ET BALISES

- ① Le système des soins de santé en Belgique est réputé pour sa performance : il offre une couverture globale de la population (universalité) et se caractérise par des soins accessibles et disponibles (tant sur le plan géographique que financier).

La Belgique n'est pas isolée, elle est confrontée aux mêmes problèmes que la majorité des pays de l'OCDE : vieillissement de la population, chronicisation des soins (et lien avec la perte d'autonomie des patients), multimorbidité, évolution des modes de vie. Autant d'évolutions qui rendent nécessaire une remise en cause d'un système de soins largement organisé pour offrir des soins aux patients aigus.

BALISE 1

À l'avenir, nous devons développer une offre de soins qui allie les soins aigus spécialisés avec davantage de structures de prise en charge de soins chroniques. Dans ce nouveau cadre, l'hôpital sera amené à se situer davantage comme un maillon, inscrit dans un continuum de soins et d'acteurs, constitués en réseaux. Dans ce cadre, une réflexion structurée aura lieu avec les autres acteurs des soins de santé.

Le système à mettre en place doit favoriser la dispensation de soins dans une logique transmurale, garantir le maintien d'une offre de qualité, accessible et abordable, et enfin, permettre le pluralisme de l'offre et des acteurs.

- ② Le manque d'un réel pilotage à moyen et long termes dans la politique de santé produit des incertitudes et de la frilosité chez les investisseurs, qui peinent à s'inscrire dans des projets à long terme. Il suffit de renvoyer notamment aux variations qu'a connu la norme de croissance des soins de santé sur la dernière décennie, mais aussi aux nombreuses mesures d'économies, adoptées année après année sur une base annuelle.

BALISE 2

À l'avenir, la politique de santé doit faire l'objet d'un vrai pilotage à court, moyen et long terme, incluant des objectifs de santé (cf. accord de Gouvernement fédéral) basés sur des indicateurs de qualité et les principes de l'Evidence Based Medicine.

Une norme de croissance réduite à 1,5 % paraît envisageable, si et seulement si :

- elle est fixée sur une base pluriannuelle ;
- toutes autres choses étant égales par ailleurs (pas de nouvel accord social non financé, etc.) ;
- un équilibre est respecté dans la répartition entre les sous-objectifs partiels du budget global.

Les valeurs suivantes doivent être au cœur de l'action politique : la qualité des soins, l'accessibilité (géographique et financière) et la liberté :

- de choix (pour le patient) ;
- thérapeutique (pour le prestataire) ;
- associative (pour les entrepreneurs sociaux) : il faut créer les conditions permettant à l'initiative privée, porteuse d'innovation sociale, de se déployer.

- ③ Actuellement, l'organisation et le financement des soins sont structurés en « silos » : les secteurs sont souvent les uns contre les autres, dans un esprit de concurrence économique et non pas de compétition qualitative : il faut acquérir des structures pour obtenir un financement et rentabiliser l'institution. De multiples freins à la collaboration existent entre institutions, tant dans la législation organique (programmation et normes) que dans le financement.

Les possibilités qu'offre la prévention sont parfois sous-exploitées. Cette difficulté est accentuée par l'organisation des soins et les différents niveaux de pouvoir impliqués en Belgique. Les choix et les capacités du patient à s'investir dans son traitement sont sous-utilisés.

BALISE 3

*À l'avenir, l'offre de soins doit être davantage centrée sur le patient : elle doit être **organisée ET financée** en fonction de sa capacité à répondre efficacement et de manière efficiente aux besoins de soins pré-identifiés selon des critères de santé publique (accessibilité, qualité, etc.).*

Il faut lever les freins à la collaboration d'un point de vue normatif et législatif : pharmacie, stérilisation centrale, etc.

- ④ Actuellement, le mode de financement oriente/détermine l'organisation de l'offre de soins. Si les soins aigus sont davantage financés, l'offre sera davantage organisée pour répondre à des besoins aigus de prise en charge.

BALISE 4

À l'avenir, il faut se diriger vers un modèle intégré d'organisation et de financement ; les différents piliers doivent évoluer de manière concomitante :

- *l'organisation du système de soins. Ce qui implique de pouvoir réfléchir au rôle de chaque acteur et aux interactions entre ces derniers — dans une logique transmurale ;*
- *ET le financement de l'hôpital. Ceci implique de questionner en même temps le BMF et le système de financement via la nomenclature des honoraires médicaux et des médicaments ;*
- *ET les autres aspects : qualité, innovation, gouvernance à tous les niveaux du nouveau système.*

Il s'agit de reconstruire un ensemble cohérent, évolutif, lisible et prévisible.

- 5** Actuellement, le système de financement hospitalier est très complexe (BMF – honoraires – médicaments – etc.), ce qui est contraire à la prévisibilité.

BALISE 5

Le système de financement doit être simplifié.

- 6** Actuellement, le financement *via* le BMF est source de nombreux problèmes :
- Enveloppe fermée : induit une concurrence entre institutions hospitalières sur la valorisation de leur activité justifiée. La valeur du point de base dépend de l'enveloppe globale et du nombre total de points pour l'« hôpital Belgique ». Quand un hôpital améliore son chiffre d'affaires au niveau du BMF, c'est toujours « au détriment » d'un autre hôpital.
 - Sous-financement chronique des coûts de fonctionnement ¹.

¹ Selon la dernière étude MAHA, le nombre d'hôpitaux généraux enregistrant un résultat courant positif continue à diminuer : 69 en 2011, 64 en 2012 et 52 en 2013 ! Le nombre d'hôpitaux généraux enregistrant une perte courante (résultat d'exploitation courant négatif) augmente sensiblement : 25 en 2011 ; 29 en 2012 ; 40 en 2013, soit près de la moitié des hôpitaux généraux ! En 2012, 10 hôpitaux généraux ne pouvaient faire face à leurs échéances dans l'année ; en 2013, ils sont 17 (sur 92) !

Dans les composantes du chiffre d'affaires, la part des honoraires reste stable et la plus importante, à 40,9% ; suivent le Budget des Moyens Financiers (à 38,5 %), les produits pharmaceutiques (14,9 %) et les forfaits (4,7 %). La part des produits pharmaceutiques continue à diminuer et celle des forfaits à augmenter !

Les chiffres indiquent que la part du financement public dans les coûts fixes (rémunérations en grande partie) se détériore ; le sous-financement structurel des charges de personnel dans le BMF dépasse 300 millions d'euros. Les marges bénéficiaires historiques dans la pharmacie et les services médicotéchniques (biologie clinique et

- Principe du financement basé en partie sur des moyennes et qui sont loin de la réalité faute d'une étude sérieuse qui se base sur les coûts réels.

BALISE 6

À l'avenir, le financement via le BMF doit couvrir l'ensemble de l'activité de base de l'hôpital. Le financement doit être basé sur les coûts réels et sur les principes de l'Evidence Based Medicine et de la qualité.

- 7 Actuellement, le financement *via* les honoraires médicaux, les services médico-techniques et la pharmacie est indispensable à l'équilibre financier des hôpitaux (voir note de bas de page 11).

Les honoraires médicaux se basent sur le principe d'un paiement à l'acte. Bien que les sous-objectifs budgétaires soient définis dans le budget des soins de santé, il n'y a théoriquement pas de limites à l'activité. Une adaptation a posteriori vient corriger les dépassements éventuels d'une période donnée (ex. : les mesures correctrices dans le champ de l'anesthésie-réanimation pour le budget 2015 des soins de santé).

Il existe aussi un risque de « fuite » des praticiens vers les lieux où la pratique est la plus rentable (privé *vs* hôpital). Les revenus sont très inégaux entre les spécialités. La qualité n'est pas suffisamment prise en compte dans le système actuel de nomenclature des honoraires. Enfin, la nomenclature actuelle ne favorise pas le travail multidisciplinaire et l'approche « trajet de soins ».

Le financement actuel ne tient par ailleurs pas suffisamment compte de l'évolution du temps de travail des médecins (entre autres, la féminisation du secteur et la diminution du temps de travail).

Concernant les spécialités pharmaceutiques, un système de forfaitarisation partielle a été mis en place depuis 2006. Pour les médicaments repris sur une liste d'exceptions, le remboursement est toujours à l'acte. Pour les autres, la facturation à l'acte ne concerne plus que 25 % de la base de remboursement, le solde étant remplacé par un forfait, facturable à l'admission, calculé spécifiquement pour chaque hôpital.

imagerie médicale), qui compensaient les déficits structurels du Budget des Moyens Financiers, continuent de diminuer du fait d'une série de mesures d'économie successives : dans la biologie clinique et l'imagerie médicale depuis 2010 ; réduction de l'enveloppe « forfait médicaments » ces dernières années, etc.

Depuis l'introduction de ce système, les dépenses en médicaments forfaitarisés ont baissé d'environ 100 millions d'euros². Les économies ainsi dégagées n'ont pas été réinvesties dans la pharmacie hospitalière.

BALISE 7

Une réforme de la nomenclature, concomitante à celle du BMF, est absolument indispensable en vue notamment de rééquilibrer les injustices entre spécialités.

De manière plus générale, une vraie politique de ressources humaines médicale et soignante doit être menée en vue, notamment, de résoudre les problèmes de garde et améliorer l'attractivité de l'activité hospitalière.

Nous préconisons aussi l'instauration d'un forfait pour le corps médical afin de soutenir l'implication dans les organes légaux de l'hôpital.

8 Les infrastructures hospitalières sont vétustes.

BALISE 8

Il faut établir un cadastre (vétusté et projets futurs), puis réaliser un « matching » avec les projets d'organisation par réseau. Les projets doivent être cohérents (et les médecins impliqués).

9 Actuellement, nos institutions craignent parfois la subsistance d'un modèle de gouvernance publique complaisante, n'excluant pas toujours l'influence d'intérêts « partocratiques ».

BALISE 9

À l'avenir, suite à la dernière réforme de l'État, nous plaidons pour la mise en place d'un modèle de gouvernance qui garantisse la neutralité dans l'organisation de l'offre/réseaux ; un modèle de co-gestion qui garantisse que les décisions soient prises sur une base neutre et objective.

² Entre 2006 et 2014, les dépenses pour le forfait sont passées de 259 à 173 millions d'euros. En intégrant les 25 % facturés à l'acte, le budget total des dépenses en médicaments forfaitarisés est passé de 336 à 234 millions d'euros.

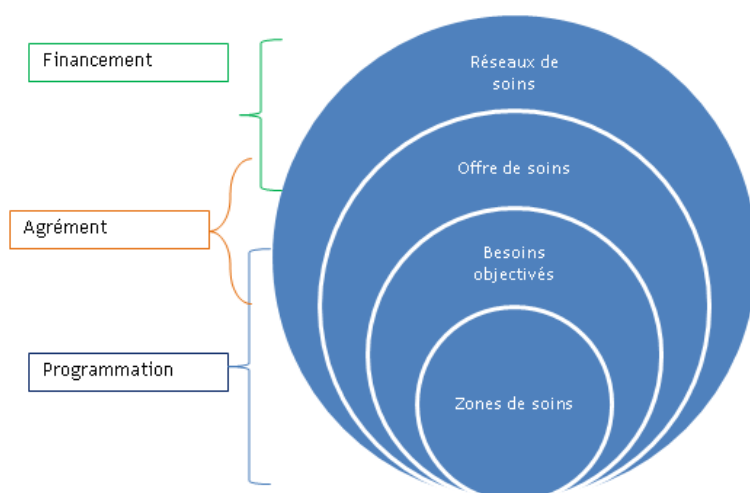
PREMIER PILLIER : L'ORGANISATION DES SOINS

1 LE MODÈLE ACTUEL D'ORGANISATION DES SOINS

L'organisation des soins de santé hospitaliers en Belgique s'appuie à l'heure actuelle sur un triple pilier « P.A.F. » : Programmation – Agrément – Financement.

En repartant de l'organisation actuelle, nous pouvons tenter de positionner les concepts de « zones » et de « réseaux » que nous retrouvons développés dans différentes propositions d'autres acteurs.

Modèle actuel :



Les **zones de soins** ont un sens pour identifier des besoins objectifs à différents niveaux de santé publique (= programmation). Sur base de ces besoins objectifs, une offre peut être définie (= programmation → agrément). La notion de **réseaux** renvoie à la mise en relation des différents acteurs qui constituent l'offre de soins et peut être davantage utilisée dans une perspective de financement.

2 VALEURS DU MODÈLE NFH FIH-FNAMS

L'important dans le système à construire est de pouvoir *garantir un maximum de liberté pour l'organisation des acteurs, au sein d'un ensemble cohérent, évolutif, lisible et prévisible.*

D'un point de vue global, la FNAMS et la FIH sont partisans d'une évolution comme présentée dans la figure reprise plus bas.

Dans le modèle FIH-FNAMS, l'analyse objectivée des besoins en santé publique et la mise en adéquation de l'offre garde toute sa pertinence.

Comme le paradigme devient le continuum de soins, il nous semble évident que la notion de « lits » ne veut plus rien dire.

Il ne s'agira donc plus de « programmer et agréer des lits » mais bien d'identifier les financements nécessaires et disponibles pour la mise à disposition d'offre ou de programmes de soins particuliers. Ce faisant, il sera nécessaire de développer *un modèle davantage axé sur un financement global et correct par pathologies*.

Dans ce cadre, l'Autorité sera amenée à rédiger « un cahier des besoins » et prévoira un financement *ad hoc* (construit sur base d'une étude des *coûts réels*).

Les acteurs et les réseaux s'organiseront librement pour répondre à ces « cahiers des besoins ». Il s'agit donc, dans notre vision, *d'une planification des besoins* réalisée par l'Autorité, et non pas une planification de l'offre. En ce sens, nous nous démarquons d'autres modèles proposés où la planification de l'offre se retrouve fortement.

Cet aspect de la réflexion qui concerne davantage le financement des soins sera développé plus loin dans le document.

3 PISTES POUR UN MODÈLE FUTUR : PROPOSITIONS FIH-FNAMS

Niveau macro

Au premier niveau — niveau « macro » —, chaque Autorité établit un « schéma directeur santé publique » dans les compétences qui la concernent. L'Autorité définira des *objectifs généraux et opérationnels* en termes de santé publique. Cette vision stratégique suppose une objectivation des besoins en santé publique, en faisant appel à des *données de santé publique* (prévalence, âge, etc.), *des données socio-économiques* (« risques sociaux », pôles emploi, etc.) mais également à des données « *géographiques* » (pôles urbains, etc.).

Comme le nouveau modèle de soins sera davantage transmurale, comme le patient sera remis au centre d'un « trajet », *la notion de lit hospitalier nous apparaît comme peu pertinente et doit être abandonnée au profit d'indicateurs objectivés de besoins en santé publique*.

Cet exercice suppose donc une « approche population » dont l'échelle dépendra des besoins objectivés.

Dans le schéma directeur régional, l'Autorité compétente définit ce qui est attendu en termes de réponses aux besoins, sous la forme de « cahiers des besoins ».

Le modèle de la FIH et de la FNAMS accorde une forte importance aux organes de concertation (CNEH, INAMI, etc.) et à la participation des acteurs (parties prenantes). Ils doivent être impliqués dans l'étape d'objectivation des besoins. Il s'agit de développer un modèle de co-gestion à tous les niveaux de l'organisation des soins.

Dans ce modèle, le rôle de l'Autorité est de s'assurer que les besoins objectivés sont correctement couverts (disponibilité, accessibilité, temporalité) ou, pour l'exprimer autrement, s'assurer des résultats obtenus dans un contexte de « liberté des moyens ».

La temporalité requiert d'avoir un cadre sur le moyen terme : l'objectivation des besoins doit valoir pour un certain temps et les acteurs doivent, à tout temps, avoir la possibilité de se réorganiser et s'adapter à l'évolution des besoins.

Le système doit donc être révisable et dynamique mais, en même temps, une forme de stabilité doit être garantie, notamment financièrement, pour permettre aux gestionnaires de faire correctement leur travail. Un horizon à 3 ou 5 ans doit être prévu.

Niveaux méso et micro

Une fois le cahier des besoins établi, il revient au secteur de formuler des propositions de prise en charge qui répondent au mieux aux critères, objectifs et financements associés. Pour ce faire, le secteur s'organise de façon libre et autonome, selon la logique des trajets de soins. Pour y arriver, il établit, le cas échéant, des accords de partenariat selon la logique de réseaux afin d'associer au sein d'une même structure de prise en charge les services les plus adaptés.

Le **réseau** se définit pour nous comme étant **un ensemble structuré d'acteurs de soins qui s'organisent formellement pour répondre à un besoin de prise en charge. Chaque acteur peut, par définition, s'inscrire dans plusieurs réseaux.**

Le secteur hospitalier doit pouvoir s'organiser de manière **autonome**. En effet, le secteur a la capacité de s'organiser lui-même pour répondre aux différents besoins de santé publique identifiés par l'Autorité. Le droit d'initiative pour fixer la structure juridique doit revenir au secteur. Une autonomie de gestion doit être garantie et renforcée dans le nouveau modèle d'organisation à construire.

La mise en réseau d'acteurs de soins se fera au sein de « **conglomérats** » qui veilleront à maintenir une **autonomie juridique préservée pour les acteurs**

qui les composent, tout en intégrant une partie du pouvoir décisionnel opérationnel et stratégique dans la structure faîtière.

La logique de « conglomérats » permet le regroupement d'acteurs différents (plusieurs hôpitaux avec éventuellement d'autres institutions de soins) sous forme d'une « ASBL chapeau ». **Ce mode de structuration permettra de sortir de la logique de « silos » présente et renforcée dans le mode d'organisation actuel des soins de santé.**

Les « conglomérats » impliquent ainsi différents niveaux de collaborations et assurent la prise en charge de différents besoins. La liberté d'association sera laissée aux « conglomérats ».

Pour développer ce modèle, il est indispensable de prévoir des incitants suffisants pour grouper et concentrer les services !

Pour les services objets de la coopération : **il faut que les agréments, les autorisations et les budgets soient accordés au conglomérat.** Les accords sont trouvés au sein de ce dernier sur la manière de gérer le budget et les investissements.

Un phasage de la réforme est à prévoir : dans un premier temps, des projets pilotes pourraient être soutenus et, après évaluation avec toutes les parties prenantes, donner lieu à une modification de la législation.

Une garantie financière est également nécessaire et à définir pour une période déterminée, par exemple 5 ans.

Les différents niveaux d'organisation des soins

Nous pensons, comme Zorgnet Vlaanderen, que le paysage à construire doit se structurer à partir de 3 niveaux d'organisation des soins.

a. Offre de soins locaux autour du patient (CARE)

Cette offre veillera à développer une **prise en charge systémique** du patient. Les soins seront pensés de manière holistique et répondront aux besoins spécifiques conséquences d'une chronicisation des soins.

Nous sommes ici dans l'optique d'une **offre de soins horizontale**. L'offre s'organise autour du patient avec la reconnaissance du **rôle charnière du médecin généraliste**. Les différentes composantes de **l'aide et des soins à domicile** sont mobilisées dans cette offre. Les liens avec la première ligne sont soutenus et développés.

Cette offre horizontale nécessite un investissement et un soutien important dans le **développement du dossier patient électronique (DPE)**.

La conservation et l'accès aux données par les prestataires est un élément critique de ce premier niveau d'organisation de l'offre.

À partir d'instances *ad hoc*, les acteurs veilleront à proposer une offre qui :

- garantit une prise en charge multi-professionnelle et multi-disciplinaire ;
- s'appuie sur des procédures et des protocoles (EBM) qui tiennent compte des spécificités locales ;
- intègre une dimension d'évaluation et d'ajustement sur base des résultats (indicateurs) ;
- règle la question de la permanence médicale et non médicale.

b. Offre de soins cliniques (CURE)

Il s'agira de développer une offre de soins cliniques qui offre des garanties en termes d'accessibilité et d'abordabilité pour le patient.

En ce sens, la matrice à 8 variables développée par Zorgnet Vlaanderen nous semble pertinente pour définir le niveau de centralisation/décentralisation de chaque composante de l'offre de soins :

- **RH** : si suffisant → répartition décentralisée. Si rare → centralisée.
- **Technologie** : coût et expertise nécessaire. Plus c'est élevé, plus c'est centralisé ! Peut évoluer centralisé → décentralisé (ex. : RMN).
- **Masse critique** : concentration quand la qualité dépend fortement du volume.
- **Prévalence** : maladies fréquentes et « banalité » du traitement → décentralisation.
- **Planification et évaluation du risque** pour le patient.
- **Mobilité du patient** : mobilité réduite → plus grande diffusion de l'offre.
- **Délais d'intervention de TU et de SMUR/PIT**. (// logiciel SIG urgences et zones non couvertes par un délai de 15 minutes maximum).
- **Continuité des soins** (jour – nuit) et rôles de garde (permanence médicale).

Cependant, l'application de ce modèle d'organisation de l'offre de soins cliniques nécessite, pour la FIH et la FNAMS, de prendre en compte les trois points d'attention suivants :

- Dans l'application des 8 critères, il faut veiller à ne pas mettre le curseur au maximum trop rapidement, au risque de se mettre de manière démesurée dans l'axe de la centralisation des soins.

- Pour permettre une structuration efficace et efficiente de l’offre de soins aigus, il est nécessaire de sortir de la logique (actuelle) « poupées russes » où un hôpital est dans les conditions d’exploiter un type de service s’il en exploite un ou plusieurs autres par ailleurs.
- Une définition de l’activité de base est indispensable et est une condition *sine qua non* au développement de ce nouveau modèle. En ce sens, il faut que le nouveau modèle garantisse la **continuité de certains services** (soins intensifs, urgences, bloc opératoire, etc.) et reconnaisse et identifie **des capacités tampons minimales** auxquelles sont liés des frais de fonctionnement *fixes*.

c. Fonction support transversale

Les différentes composantes de l’offre (hôpitaux, MR-MRS, etc.) disposent également de services de soutien. Une mise en commun des différentes ressources de support est préconisée. Une distinction sera faite dans ce cadre entre d’une part, les services de soutien logistique et, d’autre part, les services de soutien clinique.

Services de soutien logistique

Ces services pourraient concerner la problématique des achats, du magasin, de la cuisine (diététique), etc.

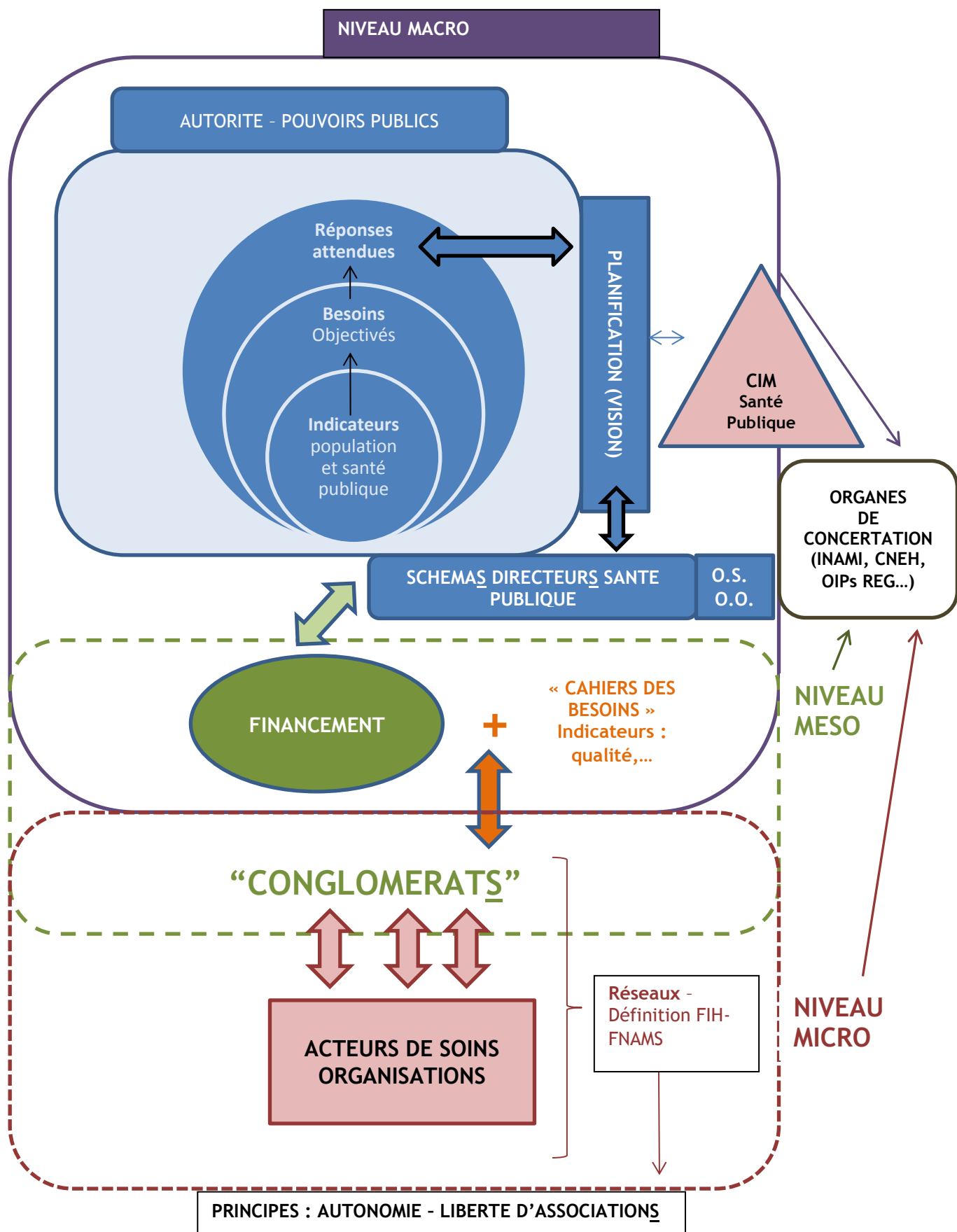
En effet, les processus d’achats sont rendus de plus en plus complexes. La création de grands hubs locaux/régionaux sous la forme de centres logistiques permettraient de mutualiser les moyens (financiers et expertise nécessaire).

La concentration des expertises pourrait aussi se faire sur les questions d’environnement, de sécurité, d’hygiène, etc.

Services de soutien clinique

La pharmacie, la stérilisation centrale, le service d’anatomo-pathologie, etc. pourraient faire l’objet d’une mutualisation des ressources. En effet, un faisceau de normes de plus en plus importantes est en train de se développer (// Europe) → ces normes nouvelles impliquent des coûts de plus en plus grands pour les hôpitaux, sans que les financements afférents ne suivent ! Une réflexion sur la « centration/décentration » peut se faire pour délimiter l’étendue et l’objet de ces services de soutien clinique communs et ce, sur base des 8 critères identifiés ci-dessus.

“ MODELE NFH – FIH-FNAMS ”



DEUXIÈME PILLIER : LE FINANCEMENT DES SOINS

Pour la FNAMS et la FIH, le NFH doit se repenser dans la globalité, en questionnant chacune des composantes (BMF, honoraires et médicaments) et en réfléchissant les interactions entre elles.

Dès lors qu'il s'agira de financer des soins dans une dynamique de continuum, il est indispensable de prévoir la « *portabilité des données des patients* », et de soutenir et investir massivement dans *le dossier patient informatisé (DPI)*. Le patient est remis au centre du processus. Dans le total respect de la législation sur le respect de la vie privée, les systèmes d'information doivent se développer autour et à partir de la réalité du patient, en garantissant une fluidité dans l'accès aux données au travers de l'ensemble de la chaîne de soins.

Le Budget des Moyens Financiers

Le modèle de NFH de la FNAMS et de la FIH s'appuie sur un financement par *forfait, basé sur les coûts réels, pour un ensemble de pathologies courantes (APR-DRG homogènes)*. *Par pathologie courante, nous considérons toutes les pathologies dont le traitement est standardisé.*

Pour ces *pathologies courantes*, en partant de *peer review et d'EBM*, il sera défini une « *chaîne de soins* » qui se compose elle-même de plusieurs « épisodes de soins ».

Réfléchir dans une logique de « chaîne », de continuum, implique *d'intégrer dans le financement non seulement l'hospitalisation classique mais également l'hospitalisation de jour, la polyclinique et la revalidation.*

Ne rentrent par contre pas dans le périmètre de ce financement forfaitaire : les soins non standardisables et non prédictifs, les urgences et les soins intensifs, les missions académiques, les services de support logistiques et cliniques, la mission sociale et les investissements. Toutes ces composantes continuent à être financées *via* un système de BMF « classique » (avec un financement de base pour les tâches de continuité et de permanence) construit sur un financement *via* les DRG.

Les coûts réels

L'analyse des coûts, dans l'esprit de la proposition FIH-FNAMS, se fera au travers d'une approche « coûts réels ». Certains modèles se basent sur de

L'*activity based costing* (ABC), et s'appuient sur le coût actuel des prestations (remboursements INAMI) ; nous envisageons de réaliser cette approche au travers d'un modèle de *quality based costing* (QBC), c'est-à-dire évaluer les coûts pour une prise en charge optimale du patient (en termes d'outputs, de résultats attendus mais aussi en termes de moyens à mettre en œuvre pour viser à l'atteinte de cette qualité).

Il s'agira donc de construire un système de financement basé sur les coûts, dans lequel on intègre des standards de qualité.

Le forfait

Le forfait couvre *l'ensemble de la prise en charge dans la chaîne de soins*.

Il ne s'agit donc pas d'un financement à l'admission ou par jour, mais bien d'*un financement global d'une chaîne de soins, organisée autour du patient*.

La notion de durée justifiée garde sa pertinence pour chaque épisode de soins, mais il ne s'agira plus d'une durée moyenne. Il s'agira *d'une durée « EBM » ou « best practices »* qui, dans une logique de « QBC », renvoie à une idée de durée de prise en charge minimale, nécessaire pour une prise en charge de qualité du patient. Ce sont les résultats qui seront mesurés, la liberté est laissée aux acteurs d'affecter le forfait de manière variable dans la chaîne de soins, entre les épisodes de soins.

Le forfait sera *revu régulièrement* afin de refléter au mieux les évolutions dans la pratique des professionnels et dans la prise en charge des patients.

Pour ce faire, il faut prévoir une instance *ad hoc*, neutre et indépendante, dans laquelle seront représentées les différentes parties prenantes. On pourrait parler en ce sens d'un « *Institut DRG – Chaîne de soins* ».

Les composantes du forfait

Le forfait couvre les coûts relatifs aux différents épisodes de soins de la chaîne de soins.

Il intègre donc le :

- financement de l'amont : suivi et examens pré-hospitalisation ;
- financement de l'hospitalisation (permanence, continuité et intensité des soins, « hôtellerie », missions de base de l'hôpital) ;
- financement de l'aval : suivi au domicile, revalidation, etc.

Il se compose donc d'éléments actuellement couverts par les honoraires médicaux, pharmaceutiques et par le budget des moyens financiers.

Les honoraires médicaux

Depuis quelques années, les honoraires sont devenus la première source de financement de l'hôpital, devant le Budget des Moyens Financiers (voir note de bas de page 11). Cette réalité implique une dépendance de l'hôpital par rapport à l'activité médicale, ce qui n'est pas nécessairement souhaitable.

Pour la FNAMS et pour la FIH, les coûts fixes/réels de l'hôpital doivent être couverts par le BMF, comme expliqué ci-dessus. Ceci implique de nous éloigner du modèle d'honoraires bruts tel qu'il est aujourd'hui appliqué.

En parallèle, la FNAMS et la FIH estiment nécessaire de garantir l'implication et la responsabilisation du médecin hospitalier par rapport à son « outil » (l'hôpital). Ceci interdit d'appliquer un modèle d'honoraires « purs » (ou « nets ») au sens strict.

Nous estimons dès lors nécessaire de réfléchir à la mise en place d'un mode de financement de l'activité médicale qui garantisse le respect des balises suivantes :

- 1) L'honoraire médical, tel qu'il est valorisé dans la nomenclature, est **la juste contrepartie du travail médical**. Ceci implique un travail de réétalonnage à la fois entre spécialités et dans les spécialités, en appliquant un set d'indicateurs destinés à objectiver le niveau de rémunération (diplôme, spécialisation, niveau d'expertise professionnelle, rareté, niveau de responsabilité, etc.).
- 2) **La participation aux gardes, aux permanences et autres mécanismes destinés à garantir la continuité des soins doit être valorisée dans la nomenclature. Le travail multidisciplinaire, concerté et partagé, en développement continu, doit être valorisé dans la nomenclature.**

Le principe général d'une nomenclature à l'acte doit être combiné avec l'instauration d'interventions forfaitarisées aux fins de répondre à la réalité et aux objectifs énoncés ci-dessus.

- 3) **Une part de l'honoraire, objet d'un prélèvement issu de la négociation au sein des institutions** entre le gestionnaire et le corps médical, peut être affectée à des **mécanismes collectifs de financement de l'hôpital** : ces prélèvements peuvent servir à financer par exemple certains investissements immobiliers ou mobiliers, certains équipements médicaux, ou « la qualité » à travers un « fonds d'investissement » ou un « fonds de qualité » ou un « fonds de stratégie médicale » ; une partie des prélèvements peut également être affectée à des mécanismes de solidarité, par exemple la compensation de déséquilibres dans la rémunération de certaines prestations médicales.

Les suppléments d'honoraires sont maintenus pour les chambres individuelles mais ils sont encadrés par une norme légale nationale. Les suppléments de chambre sont laissés à l'appréciation des hôpitaux, pour les chambres individuelles uniquement.

Les médicaments

Le principe de la forfaitarisation sera maintenu. Toutefois, le montant du forfait doit être adapté pour couvrir les coûts réels de la pharmacie (de même que la sous partie correspondante du BMF pour les coûts de fonctionnement).

Les moyens économisés depuis l'introduction du système de forfait seront intégralement réintégrés dans le BMF pour soutenir l'activité et les missions nouvelles dévolues à la pharmacie hospitalière.

En effet, les engagements pris par le Gouvernement n'ont pas été respectés à ce sujet, ce qui porte préjudice au financement de l'activité, à ses nouveaux développements attendus et à la confiance entre partenaires.

Le travail de la pharmacie hospitalière devra pouvoir s'envisager dans une logique transmurale (chaîne de soins) : le rôle du pharmacien hospitalier doit être valorisé *via* la création d'un honoraire spécifique de consultance.

Cet honoraire de consultance sera attesté une fois par « chaîne de soins ».

La qualité

Pour chaque « pathologie forfaitarisée » est calculé un coût « QBC ».

Le forfait couvre l'entièreté de la chaîne de soins. Il sera toujours liquidé à 100 %.

Pour chaque forfait, un « **bonus qualité** » (5 % de l'ensemble du forfait) est attribuable a posteriori si les acteurs de la chaîne de soins ont atteints certaines cibles (indicateurs de qualité).

Ce bonus est liquidé au sein de la chaîne de soins selon des clés à définir mais qui garantissent que chaque acteur impliqué est bénéficiaire de sa part du bonus.

Le bonus sert à développer des initiatives qualité à chaque étape de la chaîne de soins.

