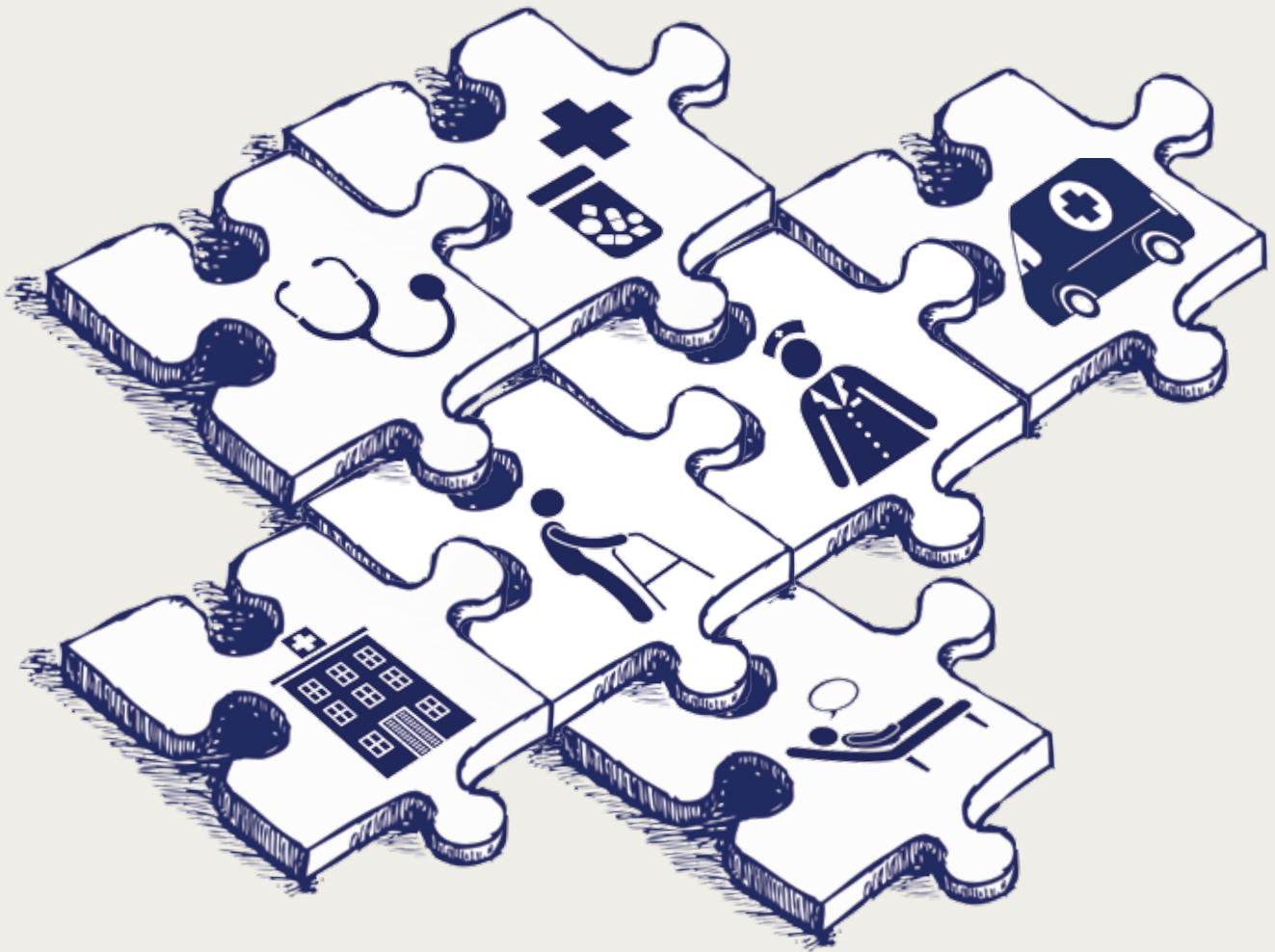
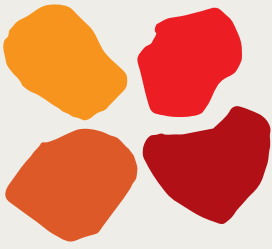


Together  
*we count*



Pour un financement des hôpitaux  
généraux axé sur le patient



Colophon: Rédaction: prof. dr. Johan Kips, Koen Michiels et Katrien Verschoren

En collaboration avec : dr. Johan Pauwels, Maurice Tuerlinckx et Ingrid Nolis.

Graphisme et mise en pages: [www.dotplus.be](http://www.dotplus.be)

Traduction: Lut Delobelle

D/2014/12607/2

ISBN 978-94-913-2314-0

2014 ©Zorgnet Vlaanderen, 1, rue Guimard, 1040 Bruxelles

*Zorgnet Vlaanderen travaille en partenariat avec ICURO et MID*

Aucun extrait de cette publication ne peut être reproduit et/ou rendu public par quelque moyen que ce soit, électronique ou autre, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur, à l'exception de brefs passages, qui ne pourront être cités qu'à des fins de compte-rendu.

Citations: Kips, J., Michiels, K. & Verschoren, K. et.al. 2014. *Together we count. Pour un financement des hôpitaux généraux axé sur le patient*. Bruxelles: Zorgnet Vlaanderen.

## **Together we count**

Pour un financement des hôpitaux généraux axé sur le patient



# Table des matières

Avant-propos	5
1. Introduction	6
2. Un nouveau modèle d'organisation des soins	9
2.1. Le patient au centre	9
2.2. Les hôpitaux en tant que liens dans les réseaux	10
2.2.1. Les réseaux cliniques	11
2.2.2. Les réseaux locaux de soins autour du patient	16
2.2.3. Les réseaux de services de soutien	17
2.3. Le cadre juridique	18
3. Un nouveau modèle de financement	20
3.1. Situation	20
3.2. Les principes d'un nouveau financement	20
3.3. Les composantes d'un nouveau financement	21
3.3.1. Les conditions	22
3.3.2. Les piliers	22
3.3.2.1. Pilier 1: Dégager des ressources	23
3.3.2.2. Pilier 2: Une politique intégrée	29
3.3.2.3. Pilier 3: Valeur et qualité	33
3.4. Le nouveau financement: vue d'ensemble	38
3.4.1. Le financement des hôpitaux	38
3.4.2. Les honoraires des soins spécialisés	42
4. Conclusion	45

# Avant-propos

Notre système de santé est en constante évolution, tout comme les aspirations et besoins de notre société auxquels il doit répondre. D'ordinaire, cette évolution est progressive, mais de temps à autre une accélération et même une rupture surviennent.

Des modèles, utilisés pendant des décennies, sont tout à coup insuffisants ou même carrément dépassés. Il n'est alors plus question d'adaptations, mais de réformes fondamentales. Notre système des soins de santé est arrivé à un tel tournant. Ces dernières années, un consensus s'est dégagé pour créer un nouveau modèle d'organisation des soins, y compris un financement adapté. Cette prise de conscience existe et s'est traduite par une série d'initiatives à différents niveaux. Ainsi, en octobre 2013, madame la ministre Onkelinx a proposé au nom du gouvernement fédéral d'établir une feuille de route en vue de réformer en profondeur le système de financement des hôpitaux.

Lors de son congrès *"Together we care"* de mai 2013, Zorgnet Vlaanderen a balisé le cadre d'un modèle de soins prospectif, et a jeté les assises du développement d'un modèle de financement réaliste et viable, porteur d'incitants adéquats. Partant de ces fondements essentiels, la présente publication formule des propositions concrètes pour modifier le système de financement actuel. Un point de départ important est que le nouveau modèle devra conserver les points forts et éliminer les points faibles du système actuel. Nos propositions sont à la fois concrètes, ambitieuses et réalistes.

Nous optons pour une transition graduelle, partant d'une vision claire. Cette vision se base sur l'évolution de notre système de soins de santé vers une approche intégrée des soins aux malades chroniques, de plus en plus importante. Nous tenons également compte des agrandissements d'échelle des organisations et de l'expansion des soins ambulatoires. L'objectif du nouveau modèle est un meilleur accouplement des soins de santé aux besoins futurs, tout en préservant l'accès, des prix abordables et la qualité des soins.

La qualité pour le patient et la mise en œuvre efficace des ressources seront encouragées et récompensées. Les différends entre médecins et gestionnaires des hôpitaux seront en grande partie apaisés. Les hôpitaux et les réseaux disposeront de plus d'instruments afin de remplir intégralement leur rôle d'entrepreneurs sociaux.

Nous aspirons à un modèle de collaboration, basé sur la confiance, la concertation et l'autorégulation. Les adaptations au modèle actuel doivent, autant que possible, tenir compte de toutes les tendances déjà amorcées. Nous privilégions le consensus entre toutes les parties concernées, plutôt qu'une rupture brutale avec le passé.

Le Professeur Johan Kips a établi le concept de base. Ensuite, ce modèle a été testé et discuté au sein du comité de pilotage du projet, sous la présidence de Koen Michiels. Nous adressons nos remerciements à tous les participants pour leur engagement et leur participation constructive.

Zorgnet Vlaanderen est un regroupement d'établissements de soins flamands. Ceci explique certains passages plus focalisés sur leur réalité et leurs besoins. Nonobstant, nous tenons à vous offrir cette publication également en français, vu l'importance que nous attachons au dialogue entre les communautés et les matières communes au niveau fédéral.

Peter Degadt,  
Administrateur délégué

dr. Etienne Wauters,  
Président

# 1. Introduction

Les indices de référence internationaux de l'OCDE et le *European Consumer Index* démontrent très clairement les points forts de notre système de soins de santé. L'accessibilité est un atout majeur. Nous offrons une large gamme de soins, à proximité, sans liste d'attente importante et un haut niveau de services, avec un engagement important, tant des dispensateurs de soins que des établissements de soins. En outre, l'assurance maladie obligatoire offre une grande couverture, ce qui permet de maintenir la contribution du patient à un niveau abordable tout en combinaison avec des corrections sociales. Ces points forts résultent en une grande satisfaction du citoyen, qui considère notre système de soins de santé comme étant de très haute qualité.

Il existe cependant des éléments à améliorer. Dans le *classement*, notre score pour la visibilité de *la qualité* des soins, surtout en termes de *résultats*, est moins bon. Les indicateurs de qualité de l'OCDE pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et la mortalité hospitalière pour infarctus aigu du myocarde ou pour accident vasculaire cérébral offrent une image moins reluisante. De plus, la fragmentation actuelle de notre système de soins de santé est en conflit avec la prise en charge intégrée nécessaire pour les pathologies chroniques. Ce sont précisément ces pathologies chroniques qui prendront de plus en plus d'importance dans l'avenir.

Il est depuis longtemps clair que certains éléments du mécanisme de financement ne répondent plus aux besoins actuels et à venir:

- Le financement est exclusivement fondé sur les activités.
- Rémunérer la collaboration 'à l'acte' pose problème.
- Le volume des prestations est élevé, ce qui entraîne un coût à l'unité relativement bas.
- Dans les honoraires médicaux, les actes intellectuels sont sous-évalués par rapport aux prestations techniques.
- Le sous-financement structurel des hôpitaux dans le Budget des Moyens Financiers (BMF) crée une tension intolérable.

En outre, le niveau d'informatisation des hôpitaux est insuffisant. Malgré cela, il existe une grosse surcharge d'enregistrement, en particulier par rapport à une sous-utilisation des données disponibles. La gestion en ressources humaines (RH) pour les médecins est insuffisamment développée. En plus, le contrôle des abus et la lutte contre ceux-ci sont insuffisants.

D'autres menaces sont entre autres le coût pour la société et la pénurie de professionnels des soins de santé. Des décisions tardives pour un remboursement des véritables innovations peuvent constituer un risque insidieux pour une médecine à deux vitesses. Le phénomène des cliniques à but lucratifs qui se concentrent sur des niches spécifiques entraîne un exode des médecins hospitaliers. Ils ne doivent pas y assurer la permanence 24 heures sur 24, ont moins de frais structurels, moins de contrôles de qualité et ils peuvent fixer librement les tarifs.

Afin de garantir la pérennité de notre système de soins de santé, nous avons besoin d'un nouveau modèle d'organisation des soins, assorti d'un financement adapté. Nous distinguons les priorités suivantes:

- Répondre aux besoins démographiques actuels (vieillesse de la population), et à l'augmentation des maladies chroniques non-transmissibles (MNT) dans la population vieillissante.
- Garantir la qualité objective des soins, entre autres par la mise en œuvre rapide d'innovations réelles.
- Maintenir les prix abordables du système actuel basé sur la solidarité. Cela nous évitera d'évoluer vers une « médecine à deux vitesses », où les plus munis se permettront un meilleur système de santé que les moins fortunés. Au niveau macro-économique, cela nous aidera à éviter que les dépenses globales de santé ne prennent une part trop importante du Produit National Brut (PNB).
- Suffisamment de professionnels de soins de santé, dûment qualifiés.

Partant d'une analyse des points forts et faibles du modèle actuel, et tenant compte des défis que le système des soins de santé doit relever en Belgique, nous formulons les objectifs suivants pour un nouveau modèle de financement:

- Continuer de garantir une offre de soins justifiée.
- Promouvoir un continuum des soins coordonnés en réponse au vieillissement de la population et au besoin croissant de soins intégrés pour les personnes souffrant de maladies chroniques /non-transmissibles.
- Augmenter la qualité des soins et promouvoir l'efficacité. Par "efficacité", nous entendons le rapport entre les ressources utilisées et le résultat obtenu. A cet effet, nous introduisons le concept de « valeur » (voir au point 3.3.2.3).
- Accorder l'attention et le soutien nécessaire à un nouveau modèle de gouvernance de la gestion hospitalière.
- Financer correctement et intégralement les coûts du séjour et des soins pour le patient. Ainsi, les rétrocessions sur les honoraires des médecins ne serviront plus à la correction du sous-financement structurel actuel des hôpitaux.
- Promouvoir une politique des RH à part entière pour les médecins hospitaliers, entre autres par des mesures sociales répondant aux nouvelles attentes d'équilibre entre vie professionnelle et vie de famille.

Pour élaborer une nouvelle proposition de financement, nous nous focaliserons en premier lieu sur un nouveau modèle d'organisation des soins partant des besoins du patient. Les hôpitaux forment désormais des liens dans des réseaux. A l'avenir, nous devons évoluer vers une réorganisation des tâches et une différenciation des fonctions entre les hôpitaux. De la sorte, l'on verra émerger des réseaux cliniques d'hôpitaux de deuxième et troisième ligne, des réseaux d'hôpitaux de rééducation et d'hôpitaux psychiatriques. L'accent porte sur l'aspect « cure » des soins. Huit critères permettent d'apprécier à chaque moment s'il est préférable d'organiser les soins de manière centralisée ou décentralisée. Nous analyserons ensuite les réseaux locaux de soins qui regroupent les soins autour du patient, en partant d'une approche holistique. L'accent porte sur l'aspect "care". Dans la troisième partie, nous nous concentrerons sur les avantages qu'offre une concentration de forces, aussi au niveau intersectoriel, en services logistiques. Le groupement des expertises permet de garantir et d'améliorer la qualité, amène une utilisation plus rationnelle des ressources et du personnel, et génère des gains d'efficacité, et ce, tant dans les hôpitaux que dans les maisons de repos et de soins et les autres établissements de soins.

Dans une deuxième section, nous élaborons des propositions pour un nouveau financement qui devra soutenir le modèle d'organisation des soins et fournir les incitants nécessaires à la collaboration. Le modèle s'appuie sur les trois piliers suivants:

1. **Dégager des ressources.** Nous formulons des pistes pour dégager des fonds dans le budget existant afin de répondre aux défis futurs. Les incitants financiers permettent une organisation optimale et efficace des soins.
2. **Appliquer une gestion intégrée des hôpitaux et des médecins.** La proposition avance des incitants afin de préserver ensemble la continuité des soins.
3. **Valeur et qualité.** Le modèle tient compte des résultats, et pas uniquement des actes effectués. Cela implique un financement des hôpitaux et des médecins explicitement en fonction de la qualité.

Au point 3.4., nous résumons les implications de ces propositions, d'une part pour le BMF et d'autre part pour les honoraires.





## 2. Un nouveau modèle d'organisation des soins

### 2.1. Le patient au centre

Le pivot central autour duquel nous organiserons les soins à l'avenir est le **bénéficiaire des soins** lui-même. Cela suppose une transformation profonde de notre mode de pensée et d'action. En effet, le modèle des soins actuel est encore fortement piloté par l'offre. Le patient doit parfois se frayer lui-même un chemin dans l'offre des divers traitements ambulatoires et hospitaliers. Il arrive qu'il fasse un mauvais choix, ne se trouve pas au bon endroit, ou perde du temps et des moyens précieux. LA mission pour l'avenir est de regrouper l'offre existante dans un réseau de soins où le patient trouvera son chemin sans peine. Il appartient aux dispensateurs de soins et au bénéficiaire des soins, de tracer ensemble son parcours et de le guider dans ses choix concernant ses soins et son bien-être. Cela augmentera l'efficacité du système tout en réduisant la consommation des soins. Une collaboration entre les dispensateurs de soins et axée sur le patient est le concept clé pour l'avenir.

A l'instar de nombreux pays occidentaux, la Flandre se trouve également confrontée à l'évolution rapide des besoins de soins. En raison du vieillissement de la population et d'une performance améliorée en soins médicaux et infirmiers, l'on assiste à une forte augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques multiples. De plus en plus de maladies peuvent être traitées et évoluent en pathologie chronique. Une autre tendance est celle des soins hyperspécialisés, accompagnés d'une fragmentation associée. Au niveau des soins au malade chronique, l'hôpital est un maillon dans la chaîne des soins. Les soins organisés à partir des besoins objectifs du patient doivent se concrétiser par des formes souples de collaboration entre les différents dispensateurs. Le passage du patient d'un dispensateur de soins à un autre doit se dérouler sans heurt. Nous pouvons distinguer deux **dimensions**:

- Les acteurs de la santé doivent intégrer au maximum les processus de soins pour le patient. Pour cela, ils développent des trajets de soins pour les affections courantes, en s'appuyant sur des protocoles et recommandations communs, fondés sur des données scientifiques probantes (« evidence-based »). Les trajets de soins du diabète et de l'insuffisance rénale sont les premiers exemples pratiques.
- Il est très important que les patients circulent aisément, tant pour les patients que pour les acteurs de la santé. La gestion performante de la sortie de l'hôpital est de première importance. Dès l'admission, une approche de soins en chaîne est mise en place, prête à répondre à un éventuel besoin de soins de longue durée, en prenant contact avec les maisons de repos et de soins ou les soins à domicile. Il va de soi qu'il y aura une capacité suffisante pour les soins de rééducation, de récupération et/ou les soins de longue durée.

Ces dix dernières années, les soins hospitaliers ont fortement basculé des soins résidentiels aux soins ambulatoires. Les polycliniques et les hôpitaux de jour (gastro-entérologie, chirurgie, oncologie et gériatrie) constituent désormais des éléments majeurs des hôpitaux aigus. L'offre de soins s'est diversifiée: hospitalisation, hôpital de jour, contact ambulatoire, médecine et chirurgie peu invasives, prothèses et implants, suivi et accompagnement du patient à distance (entre autres par *télé médecine*), etc.

Les hôpitaux flamands veulent participer pleinement à la transformation de notre modèle

d'organisation des soins, à condition d'être correctement rétribués. Le principe au départ est le séjour le plus court possible du patient à l'hôpital, où l'intensité du traitement sera adaptée à la pathologie. Le coût pour la société est maintenu le plus bas possible. Le **principe de subsidiarité** exige que les soins soient disponibles pour le patient au niveau le plus accessible pour lui, et de la manière la plus adaptée à ses besoins. L'on ne dérogera au principe de proximité des soins, et donc l'on n'optera pour la concentration que si la qualité et/ou les coûts des soins le requièrent.

Le partage facile des informations est une condition essentielle pour garantir la bonne coordination et la continuité des soins. Le **dossier médical informatisé** (DMI) en est la base. L'absence des données du patient ou la présence de données incorrectes ou incomplètes entraîne des erreurs et des frais inutiles. Il faut que lors de l'admission d'un patient à l'hôpital, le médecin puisse avoir une vue rapide et précise sur la médication à domicile et qu'à sa sortie, son médecin généraliste reçoive rapidement toutes les informations utiles. Le DMI contribue grandement à la sécurité du patient et le stockage des données contribue à un suivi qualitatif continu.

L'objectif est de permettre aux établissements de disposer des systèmes informatiques nécessaires pour soutenir les objectifs stratégiques dans les domaines suivants :

1. **La qualité des soins:** les TIC sont essentielles pour mesurer, contrôler et adapter la qualité des soins. Ainsi, la vague d'accréditation actuelle est une bonne occasion pour une informatisation accrue.
2. **Empowerment du patient:** le patient évolue dans un contexte de plus en plus numérique, et il n'acceptera plus que les informations ne soient pas disponibles et/ou ne puissent pas être échangées. Le fait de disposer de systèmes TIC perfectionnés sera considéré comme une évidence par la société. De même, l'interaction avec le patient via les TIC prend de plus en plus d'ampleur, par exemple via la *télé médecine*. L'évolution d'un patient qui subit les soins au patient qui prend activement part aux soins, a déjà commencé. Le patient participe déjà au copilotage des activités TIC.
3. **L'échange de données:** l'échange de données entre les dispensateurs de soins et les institutions de soins ne peut se faire que si tous les acteurs possèdent les systèmes TIC permettant de générer ces informations de façon appropriée et de les échanger. C'est la clé indispensable pour travailler trans-muros et pour éviter les frais de duplication des examens.
4. **Un système de soins efficient:** les autorités, acteurs des soins, et autres parties concernées ne réussiront à mettre en œuvre le nouveau système de soins et le financement correspondant de manière optimale, que s'ils disposent des informations et des outils de gestion nécessaires pour réaliser les ajustements. Les TIC représentent également une condition préalable afin d'améliorer la planification des soins, ce qui augmentera l'efficacité.

## 2.2. Les hôpitaux en tant que liens dans les réseaux

L'hôpital est un maillon dans un ensemble plus vaste des dispensateurs de soins. Un décloisonnement et les soins trans-muros sont nécessaires afin de rendre le système des soins de santé plus sûr, plus efficient et plus abordable. De la sorte, les professionnels de la santé qui sont en nombre limité pourront être déployés de manière plus efficace et dans un contexte plus large. A l'avenir, les hôpitaux se positionneront en réseaux<sup>1</sup>. **Le principe de base est l'entrepreneuriat social:** le gouvernement détermine les objectifs et les lignes directrices; le secteur et les professionnels prennent l'initiative pour apporter une réponse appropriée aux besoins exprimés.

---

1 Pauwels, J. (red). 2013. p. 99 et suiv.

### 2.2.1. Les réseaux cliniques

#### >> *Le réseau informel*

Traditionnellement, les patients étaient référés entre les hôpitaux pour des traitements, interventions ou examens particuliers. Le médecin A envoyait son patient chez le médecin B au moment où il souhaitait un diagnostic, un traitement ou une intervention par un collègue (ayant des compétences particulières ou plus d'expérience). La collaboration entre le médecin A et le médecin B était de nature informelle et peu structurée. Depuis, les soins sont devenus de plus en plus multidisciplinaires et les médecins travaillent en équipe. C'est bien souvent 'l'équipe A' qui envoie le patient à 'l'équipe B'.

Lorsque des patients nécessitent différents éléments de soins dans plusieurs établissements, se pose souvent le problème du transfert en temps voulu et du retransfert correct. Une gestion dynamique du transfert et du retransfert au sein d'un réseau suppose l'optimisation des incitants financiers et la rétribution correcte de tous les participants (médecins, hôpitaux...).

En outre, de véritables *centres d'excellence* se développent, où le savoir-faire et les investissements en capital sont concentrés (par exemple génétique humaine, diagnostic prénatal, oncologie pédiatrique, maladies orphelines, chirurgie fœtale...). Tous les hôpitaux, universitaires et non-universitaires, qui développent de tels *centres d'excellence*, recevront un financement adéquat et égal.

Pour les missions spécifiques des hôpitaux universitaires en ce qui concerne la formation, la recherche et l'innovation, nous vous renvoyons au rapport du summit<sup>2</sup>, dans lequel les hôpitaux académiques évoluent vers des 'systèmes de soins académiques'. Les missions propres reçoivent un financement distinct. Du moment que des hôpitaux non-universitaires entrent en ligne, le principe 'à effort égal, paiement égal' reste valable.

#### >> *Le réseau formel*

Zorgnet Vlaanderen veut à l'avenir qu'on évolue vers une vraie redistribution des tâches et une différenciation des fonctions entre les hôpitaux. De la sorte, pourront se créer des réseaux formels d'hôpitaux généraux prodiguant des soins de base et/ou des soins (haute-ment) spécialisés, d'hôpitaux de rééducation et d'hôpitaux psychiatriques. Nous les appellerons les **réseaux cliniques**, où l'accent est mis sur l'aspect '**cure**' des soins<sup>3</sup>.

La vague de fusions entre hôpitaux arrive doucement à sa fin<sup>4</sup>. Nous entrons maintenant dans une nouvelle phase **d'accords sur la répartition des tâches et de développement d'une offre complémentaire au sein du réseau**, en particulier pour les soins (super)spécialisés. Tous les hôpitaux feront des choix quant à leur avenir propre au sein d'un réseau clinique. La recherche des hôpitaux pour obtenir (encore) plus de services, programmes de soins et fonctions – souvent dictée par la 'cascade' actuelle des agréments nécessaires – pourra laisser la place à une offre complémentaire, structurée au sein du réseau et par celui-ci. Les hôpitaux pourront ainsi choisir de maintenir une large offre de services hospitaliers aigus (C, D, E, M...) ou opter (en partie) pour le développement de services niches (par exemple un campus axé sur la rééducation et la gériatrie ou sur la chirurgie programmée). Les hôpitaux pourront aussi ajuster et modifier ces choix en fonction de l'évolution des paramètres. De nouvelles initiatives restent possibles. Bien entendu, ils devront toujours respecter toutes les normes de qualité dans une perspective économique pour l'entreprise réaliste.

2 Sommet: du financement de l'hôpital à celui de la santé: projet de rapport final'. 2014

3 Pauwels, J. (red). p. 105-107.

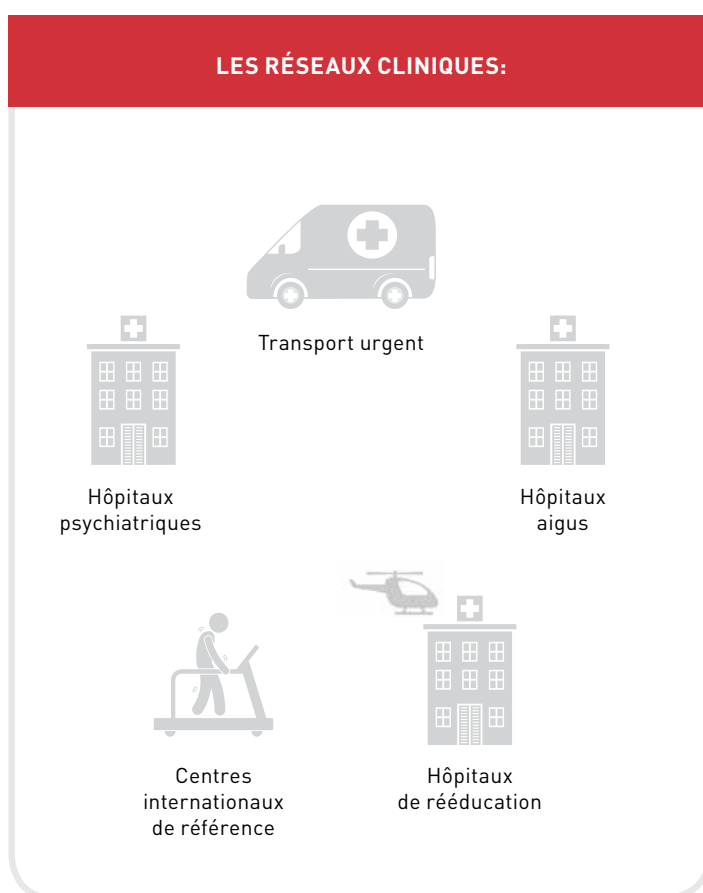
4 Cela n'exclut pas que la fusion reste possible.

C'est ainsi qu'apparaît un échelonnement de l'offre hospitalière, qui existe déjà pour les cliniques du sein, les programmes de soins en oncologie, le nouveau programme de soins pédiatriques, etc. Dans un tel réseau clinique, l'on pourra également contrôler en permanence l'équilibre entre la demande et l'offre de services hospitaliers (principalement le nombre de lits d'hôpitaux). L'on pourra ainsi convenir et mettre en œuvre au niveau régional une réduction de lits, une reconversion de lits, une fermeture de services, ... Pour stimuler de tels réseaux cliniques dynamiques, le gouvernement doit introduire des *incitants* (financiers).

Idéalement, la répartition des tâches entre les hôpitaux sera formalisée dans une structure de *gouvernance*. Nous partons a priori de l'égalité des partenaires dans un réseau. Dans des circonstances optimales, un hôpital fera partie d'un seul réseau clinique qui s'inscrit dans les contours du Plan Stratégique des Soins en Flandre (voir en p. 13, sous le paragraphe intitulé « au niveau régional et suprarégional »). Cependant, il se peut qu'un hôpital soit actif dans plusieurs réseaux pour certaines activités. A cet égard, nous pensons aux pathologies complexes, rares ou coûteuses, mais seulement à condition que des accords corrects soient passés entre tous les partenaires concernés.

De même, les hôpitaux universitaires passeront des accords de répartition des tâches et différencieront leur offre de soins.

Enfin, Zorgnet Vlaanderen insiste pour que l'on accorde plus d'attention au soins de santé mentale au sein des réseaux cliniques. Nous plaignons entre autres pour une offre flexible



des soins de santé mentale dans les hôpitaux **généraux** et **psychiatriques**, en particulier pour les enfants et les adolescents. Vu que les groupes-cibles se chevauchent partiellement, des accords régionaux de répartition des tâches solides et structurés, s'imposent également – au sein des réseaux cliniques et entre eux (et bien entendu aussi au sein des réseaux locaux de soins autour du patient, voir le point 2.2.2), et ceci en plus des projets de l'article 107<sup>5</sup> qui visent à la communitarisation des soins de santé mentale.

>> *Au niveau régional et suprarégional*

Les hôpitaux forment des **réseaux cliniques régionaux** avec les hôpitaux de la même région. Par exemple, ils se concerteront sur leurs missions, la répartition des tâches et les investissements à faire pour arriver à une répartition optimale des services et appareils. La garantie d'un financement des frais structurels propres enlèvera l'incitant pour les hôpitaux d'offrir tous un maximum de services, d'appareils et d'exams.

Lors de la formation des réseaux, les hôpitaux tiendront compte de l'accessibilité, de la qualité et de l'abordabilité, et ils confronteront leur répartition des tâches et leurs accords aux **critères de référence** (voir en p. 15). Dans le cadre du Plan Stratégique des Soins pour la Flandre ci-après décrit, les réseaux s'organiseront de manière à se compléter et à garantir leurs services pour toute la population. Moyennant l'adaptation des critères et paramètres, le logiciel SIG utilisé entre autres pour objectiver les besoins en services d'urgence<sup>6</sup>, pourra certainement s'avérer un outil fort utile.

De plus, les hôpitaux développent aussi des **réseaux cliniques suprarégionaux** pour les maladies (très) rares et/ou pour les traitements (très) complexes (comme les transplantations, l'oncologie pédiatrique, etc.). Les centres spéciaux seront principalement, mais pas exclusivement, proposés par les hôpitaux universitaires. Certains hôpitaux périphériques ont en effet aussi développé des *centres d'excellence* avec une fonction suprarégionale.

L'ensemble des réseaux régionaux et suprarégionaux fera partie intégrante d'un **Plan Stratégique des Soins en Flandres**. Ce Plan Stratégique des Soins fournit l'aperçu:

- du profil de chaque hôpital ou campus (par exemple large gamme de services de soins aigus, offre de services niches);
- des *Centres d'Excellence*;
- des principaux liens de coopération entre les hôpitaux (par exemple l'hôpital A forme un réseau avec les hôpitaux B, C, D pour la cardiologie).

Une fois le Plan Stratégique de Soins Flandres opérationnel, l'on pourra alors établir de véritables contrats au niveau de service, ou *Service Level Agreements* (SLA), entre les réseaux cliniques et les autorités, par exemple pour garantir l'accessibilité pour le patient (songeons aux lacunes dans l'offre de soins).

En résumé, nous constatons la nécessité d'aboutir à une bonne distribution géographique des hôpitaux, des services hospitaliers et de l'équipement médicotechnique. Cela peut amener à une redistribution des agréments dans les régions, en fonction de l'excédent ou de la pénurie de services ou d'appareils médicotechniques lourds.

---

5 Loi sur les hôpitaux, art. 107: 'Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement, afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes.'

6 Cartes interactives sur : [cartogis.ugent.be/pit/](http://cartogis.ugent.be/pit/)

>> *Centralisation ou décentralisation*

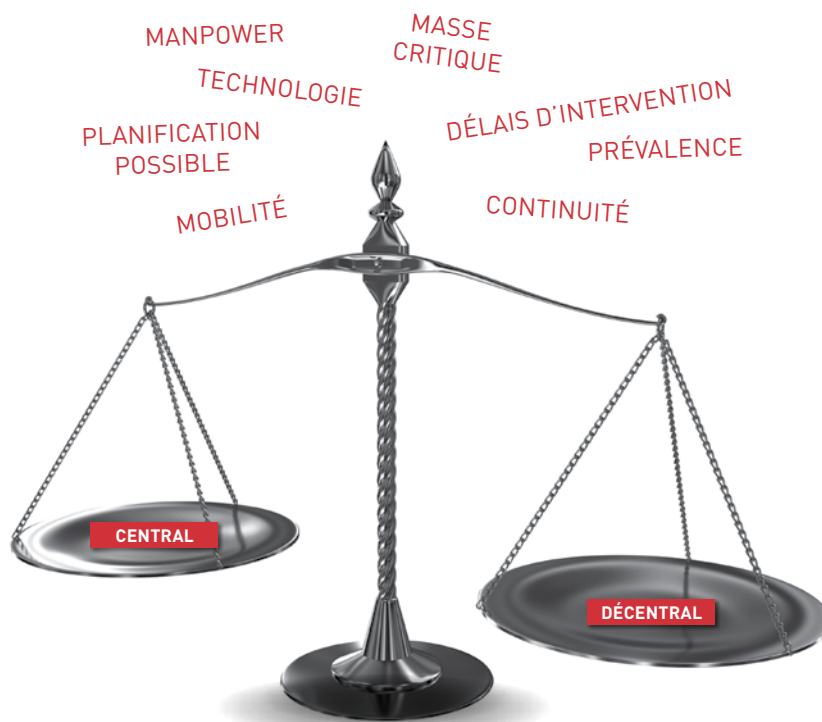
La centralisation ou décentralisation de l'offre de soins fera constamment l'objet d'une réflexion. Ainsi, il convient que la chirurgie cardiaque ne soit proposée que par un nombre restreint de centres en Belgique. Le suivi pré- et postopératoire peut bien entendu se faire dans l'hôpital référant. Le principe est que les soins doivent être organisés de manière décentralisée si l'accessibilité l'exige, et si elle permet la qualité optimale à un prix abordable (principe de subsidiarité). Ce compromis entre centralisation et décentralisation est bien entendu un processus permanent et continu. Par exemple, certaines évolutions (comme une technologie supérieure) permettent d'effectuer les examens de manière décentralisée, mais cela peut être l'inverse dans d'autres cas (par exemple si les appareils deviennent plus coûteux).

Zorgnet Vlaanderen établit huit critères de référence pour le choix entre centralisation ou décentralisation:

- **Les ressources humaines.** S'il s'agit de fonctions génériques pour lesquelles il existe suffisamment de main d'œuvre, la répartition décentralisée est une évidence. Pour les fonctions (super)spécialisées, c'est plutôt la concentration qui s'impose.
- **La technologie.** La technologie est parfois coûteuse et exige une expertise particulière. Dans ce cas, nous conseillons la concentration. La technologie soutient parfois des programmes de base ou assiste le patient dans son autonomie (aides techniques). Cette technologie sera largement diffusée. Une technologie d'abord centralisée peut évoluer vers la décentralisation au moment où son coût diminue (par exemple la Résonance Magnétique Nucléaire).
- **La masse critique.** Lorsque la qualité varie fortement en fonction de l'expérience et du volume, nous préconisons la concentration.
- **Prévalence.** Pour les maladies fréquentes pour lesquelles un traitement banal convient, les soins peuvent être proposés de manière décentralisée.
- **Le niveau de planification possible** et l'évaluation du risque pour le patient contribueront à déterminer comment les soins doivent être encadrés, et s'il est préférable de les prodiguer de manière centralisée ou décentralisée.
- **La mobilité** du patient. La mobilité est un élément important de l'accessibilité. Une mobilité réduite, entre autres pour certains groupes sociaux ou pour certaines tranches d'âge, suppose une plus grande diffusion de l'offre.
- **Les délais d'intervention** de transport urgent et de SMUR/PIT sont un élément important de l'accessibilité et de la qualité de l'assistance médicale urgente. Un délai d'intervention court suppose une plus grande diffusion de l'offre. Le logiciel SIG visualise les zones non-garanties par le SMUR (par exemple avec un objectif de 15 minutes de délai d'intervention).
- **La continuité** des soins, de jour comme de nuit, est une condition préalable pour les soins en établissement résidentiel et les soins d'urgence. Les traitements ambulatoires peuvent être offerts pendant les heures de bureau. Plus large la diffusion des services continus, plus coûteuse en sera l'exploitation.

D'autres paramètres s'avèreront peut-être également utiles. Il va de soi que ces huit critères de référence seront confrontés les uns aux autres, et que la situation idéale se rencontre rarement. Certains critères s'opposeront mutuellement dans le choix entre centralisation ou décentralisation. L'on constate en effet que certaines pathologies fréquentes (que l'on décentraliserait de préférence) nécessitent, pendant certaines phases du diagnostic ou du traitement, des soins très spécialisés ou l'utilisation d'une technologie coûteuse (qu'on préférerait centraliser).

Zorgnet Vlaanderen plaide pour une approche scientifiquement étayée.



>> *Autonomie de gestion ou structure de holding*

Zorgnet Vlaanderen recommande que le droit d'initiative pour fixer la structure juridique revienne au secteur. L'objectif est un bon équilibre entre autonomie et collaboration.

Les hôpitaux créent des réseaux cliniques, où ils conservent leur autonomie du point de vue juridique mais, où ils intègrent en même temps une partie de leur pouvoir décisionnel stratégique et opérationnel. Une coopération simple d'un service clinique, d'un dispositif médical, d'un programme de soins, etc. peut se faire sous la forme d'une cogestion limitée (par exemple d'une association).

L'on peut également concevoir que les hôpitaux entrent dans une structure de holding, exploitée par une asbl formée de plusieurs hôpitaux (et éventuellement d'autres établissements de soins). Dans un tel modèle, chaque hôpital conserve son indépendance pour les programmes définis, mais c'est le holding qui évalue et choisit la position stratégique, la situation financière, etc. Ce modèle suppose des incitants suffisants afin de grouper et concentrer les services, ainsi que les appareils et la technologie (coûteux).

Si une réglementation supplémentaire semble s'imposer, nous conseillons de travailler avec des projets pilotes dans un premier temps.

>> *La gestion des réseaux cliniques*

Un réseau clinique entre hôpitaux est dirigé de manière directe. Pour éviter une gestion difficile et lourde, nous proposons de créer un comité de réseau stratégique, avec une gestion et un pouvoir décisionnel suffisants au niveau des unités (*business units*). La participation des médecins est une condition préalable pour une gestion dynamique.

Vu que le réseau clinique est responsable de la répartition des tâches concernant les services cliniques, les programmes de soins etc., il est nécessaire que **les agréments et autorisations et le budget adapté pour les services objets de la coopération soient également accordés** au réseau. Au sein du réseau, l'on conclura donc des accords de collaboration sur la manière de gérer le budget conjointement, et sur les investissements à réaliser (surtout en cas de constructions nouvelles et de rénovation).

### 2.2.2. Les réseaux locaux de soins autour du patient

#### >> *Des nombreux acteurs des soins*

Les patients atteints de maladies chroniques multiples ont besoin d'un modèle de soins intégré, visant à maintenir, le plus longtemps possible, leur autonomie dans leur propre environnement. L'objectif est de construire des réseaux regroupant pour ces patients tous les soins nécessaires au moment où ils en ont besoin. Les patients sont autonomes (ou accompagnés) dans un vaste réseau de dispensateurs de soins. Dans ces réseaux locaux de soins, l'accent porte sur l'aspect '**care**' des soins (cf. réseaux horizontaux<sup>7</sup>). Le médecin généraliste joue un rôle clé. Les soins à domicile, les pharmacies, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de santé mentale,... offrent des services aux patients et conservent leurs données. Tout cela exige la proximité et la collaboration des acteurs concernés, ainsi qu'un système TIC performant, de sorte que les DMI soient accessibles pour le(s) dispensateur(s) de soins en question.

Les réseaux locaux de soins autour du patient doivent remplir quatre grandes tâches:

- La mise en place conjointement d'une activité multiprofessionnelle et pluridisciplinaire. L'expertise des spécialistes médicaux et des autres dispensateurs de soins est mise à la disposition des patients qui se présentent chez les partenaires du réseau de soins: hôpitaux, cercles de médecins généralistes, maisons médicales de quartier, soins à domicile, maisons de repos et de soins, centres de soins de santé mentale et établissements d'aide sociale au niveau local...
- Etablir en accord des directives pratiques concernant les procédures et protocoles communs, sur base d'une médecine scientifiquement étayée (EBM), en tenant compte du contexte local. Pour les patients souffrant de multimorbidité, l'on devra parfois s'accorder en pratique, sans disposer de consignes étayées. Une formation et une aide à leur mise en œuvre en font partie.
- Discuter des résultats et ajuster les protocoles.
- Assurer conjointement la permanence médicale et instaurer des permanences non-médicales. A cet égard, des accords clairs seront passés entre les hôpitaux, les médecins généralistes et les postes de garde de médecins généralistes, les hôpitaux psychiatriques, les centres de soins de santé mentale, etc. Pour les urgences sociales, des accords existeront avec les services d'assistance sociale. Les réseaux actifs sur tout le territoire d'une province peuvent passer des accords avec le service 112.

#### >> *Eviter les séjours hospitaliers inutiles*

L'on évitera les séjours hospitaliers inutiles. Cela n'est possible que si une offre appropriée de soins et d'institutions de soins alternatifs est disponible pour les patients dont l'état de santé n'exige pas (plus) un séjour à l'hôpital, comme pour les soins post-partum, la dialyse à domicile, la nutrition parentérale, la gestion de la douleur, etc. Des centres de convalescence ou hôtels de soins sont nécessaires pour les convalescents qui ne sont pas encore en état de rentrer chez eux (par exemple en raison de l'absence de soins de proximité). En 2011<sup>8</sup>, le gouvernement Flamand a agréé 1.500 lits 'à des fins de convalescence'. Cependant, il manque encore un financement de base structurel<sup>9</sup>. De même, pour le patient, il est important que l'on égalise le ticket modérateur des traitements ambulatoires et rési-

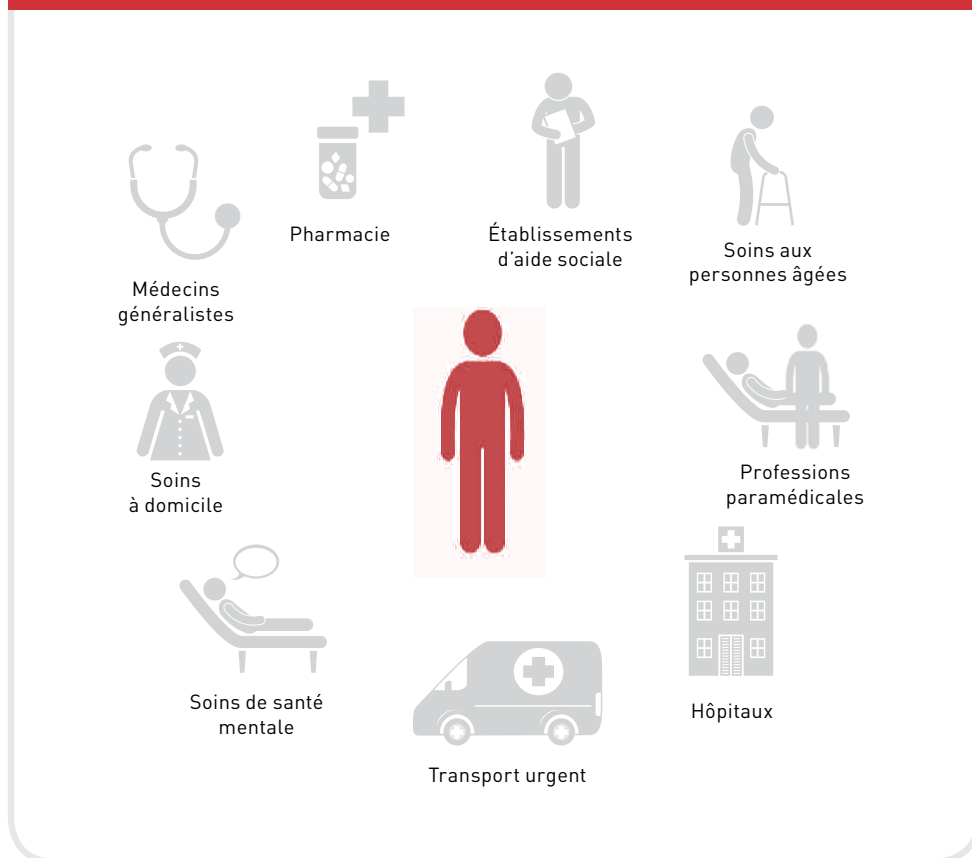
7 Pauwels, J. (red). 2013. p. 104-105.

8 L'ensemble programmé pour la Flandre (y compris Bruxelles) s'élève à 1.500 lits. Les maisons de convalescence des mutualités, les maisons de repos et de soins et les hôpitaux pouvaient demander une autorisation préalable pour un séjour de convalescence (Circulaire du 12 janvier 2012 de la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid).

9 Il n'y a aucune intervention du Gouvernement, ni en termes d'infrastructure, ni en termes de frais d'exploitation. Cela conduira à des quotes-parts personnelles élevées (> 100,00 euros/jour), les rendant inaccessibles pour une grande partie de la population.



## RÉSEAUX LOCAUX DE SOINS AUTOUR DU PATIENT



dentiels. Dans le cas contraire, le patient risque de rester à l'hôpital plus longtemps que nécessaire, là où le ticket modérateur est le plus petit.

### 2.2.3. Les réseaux de services de soutien

Il existe un troisième type de réseaux, à savoir les réseaux de services de soutien. Les acteurs des soins résidentiels, essentiellement les hôpitaux généraux et psychiatriques et les maisons de repos et de soins, disposent de services logistiques et administratifs. Du point de vue macro-économique, deux **grands mouvements** apparaissent dans le secteur résidentiel :

- Les hôpitaux généraux et psychiatriques vont évoluer dans les années à venir, vers plus de traitements ambulatoires. Comment vont-ils adapter les services de soutien à cette évolution : par une réduction ou par une collaboration ?
- Les maisons de repos et de soins et autres maisons de soins de longue durée sont confrontés à une réglementation de plus en plus complexe sur la sécurité alimentaire, la sécurité incendie, la loi sur les marchés publics, la législation en matière d'environnement, etc. Comment s'adapteront-elles à cette situation ?

Nous plaçons pour un regroupement des forces, aussi au niveau intersectoriel. La combinaison d'expertises peut garantir et améliorer la qualité, tant dans les hôpitaux que dans les maisons de repos et de soins ; amener à une utilisation plus rationnelle des ressources et du personnel ; résulter en gains d'efficacité globaux.

Il convient d'établir une distinction entre les services de soutien logistiques et cliniques.

#### A. *Les services de soutien logistique*

Ils concernent principalement les services d'achat, les fonctions de magasin, les cuisines (y compris la diététique)... En raison de la loi sur les marchés publics, le processus d'achat est devenu une matière (plus) complexe. A présent, les hôpitaux généraux et psychiatriques ainsi que les maisons de repos et de soins établissent souvent chacun un cahier des charges séparé avec des appels d'offres séparés, et ils gèrent chacun un magasin distinct. Le fait de créer de grands hubs locaux/régionaux sous la forme de centres logistiques où les experts sont concentrés et où les compétences sont partagées pourraient amener de gros bénéfices.

Cela vaut également pour les repas. A nouveau, le regroupement des forces pourrait entraîner une amélioration de la qualité. Chaque hôpital général a un (grand) service de diététique qui pourrait également fournir des services, par exemple aux maisons de repos et de soins.

De même, l'on peut concentrer les expertises en question d'environnement, de sécurité, d'hygiène...

#### B. *Les services de soutien clinique*

Outre les services de soutien logistique, il existe aussi un tas de services plus proches du processus primaire des soins dans les hôpitaux. Nous pensons aux unités centrales de stérilisation, pharmacies, services d'anatomo-pathologie... Ces services sont tous soumis à une législation (européenne) de plus en plus stricte. Les investissements nécessaires sont coûteux. Egalement pour ces services, l'on utilisera de préférence les mêmes critères de référence pour choisir entre centralisation ou décentralisation (frais d'investissement, accessibilité, qualité...).

Dans tous les cas, ces possibilités devraient être considérées lors de la création de réseaux cliniques. Une vision sur la collaboration entre ces services de soutien cliniques est importante pour maintenir le niveau professionnel et un coût réduit.

## 2.3. Le cadre juridique

### >> *Points de référence dans la loi sur les hôpitaux*

La législation sur les hôpitaux a créé des formes juridiques pour organiser la collaboration: réseaux<sup>10</sup>, groupements, fusions et associations. Il est évident que ceux-ci doivent être étudiés avec un regard critique. Une première étape a été franchie avec un avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) de 2012<sup>11 12</sup>. Les propositions que nous avons formulées pour les réseaux cliniques (voir au point 2.2.1), les réseaux locaux de soins autour du patient (2.2.2) et les réseaux pour les services de soutien (2.2.3) exigeront une adaptation de la législation.

---

10 Loi sur les hôpitaux, art. 11 §1: réseau d'institutions de soins

11 CNEH Section Programmation et Agrément. Avis relatif aux mesures visant à promouvoir la collaboration entre les hôpitaux, 8 novembre 2012.

12 CNEH Section Programmation et Agrément. Complément à l'avis concernant les mesures en vue de favoriser la collaboration entre les hôpitaux, 8 novembre 2012.

>> *Points à considérer pour les liens de collaboration*

Dans d'autres publications et forums, Zorgnet Vlaanderen attirait déjà l'attention sur d'autres considérations juridiques à prendre en compte lors d'une création de réseaux, telles que la législation fiscale, la TVA, le droit du travail, le droit social, etc. En ceci le législateur devra également adapter les réglementations afin de ne pas entraver la collaboration, mais plutôt la promouvoir et la soutenir.

>> *Points à considérer pour l'infrastructure et les investissements*

Pour que les réseaux parviennent à réaliser des investissements conjoints (par exemple *clean rooms*), la réglementation sur les subventions et le financement des investissements devra être adaptée.

## 3. Un nouveau modèle de financement

Notre modèle de soins part des besoins objectifs du patient. Quatre éléments sont importants dans le processus de changement: la collaboration entre les hôpitaux entre eux et avec les autres partenaires de soins, les TIC, le travail en équipe multidisciplinaire et des nouvelles formes de financement. Ce chapitre présente une vision et une proposition pour ce dernier axe, à savoir un nouveau financement des hôpitaux, spécifiquement des hôpitaux généraux.

Cette proposition n'est pas exhaustive. Nous désirons orienter les incitants financiers dans la bonne direction, de sorte que la transition puisse amener à la création de réseaux, la collaboration et des soins axés sur la qualité (plus que sur le volume) autour du patient. **Ce nouveau financement se concentre sur un modèle intégré qui vise l'efficacité et la qualité et qui stimule l'entrepreneuriat social. Le principe est un juste financement des hôpitaux, sans déficit et sans rétrocessions.**

### 3.1. Situation

>> *Trouver des incitants corrects, éviter les effets pervers et se concentrer sur une gestion intégrée*

Les analyses faites par Zorgnet Vlaanderen<sup>13</sup> lors de son congrès montrent que nous ne répondons pas (et ne pouvons pas répondre) aux nouveaux défis au moyen d'un financement basé sur la structure et les prestations. En outre, le financement actuel encourage la concurrence plus que la collaboration. En effet, un hôpital est évalué sur base de ses chiffres clés, tels que le nombre d'admissions, le nombre de nouveaux diagnostics et le nombre de lits 'justifiés'.<sup>14</sup> Autrement dit, l'approche actuelle est axée sur des volumes. Ces volumes constituent le plus souvent le seul critère d'évaluation pour l'attribution de personnel et de ressources. Du reste, le terme 'justifié' ne fait pas référence à une justification médicale, mais bien à la durée moyenne des séjours dans tous les hôpitaux.

Le paiement à l'acte des médecins ne vise pas non plus à rétribuer correctement la collaboration, ni la concertation et le suivi nécessaires y afférents. De plus, le paiement à l'acte est presque uniquement axé sur le volume, et même la rétribution de la collaboration se fait "à la pièce" (cf. la rémunération pour la Consultation Oncologique Multidisciplinaire (COM)).

En outre, le financement des hôpitaux et la rémunération des médecins sont actuellement séparés, et même parfois s'affrontent. Tout ceci fait que le plan de gestion stratégique d'un hôpital se limite parfois à un plan de viabilité financière, après de délicates négociations avec les médecins hospitaliers.

### 3.2. Les principes d'un nouveau financement

Le secteur hospitalier lui-même demande explicitement un financement adapté. Le 'congrès des hôpitaux flamands' tenu en 2013 formule à cet effet les principes suivants:

<sup>13</sup> Congrès *Together we care*, 30 et 31 mai 2013.

<sup>14</sup> Nous rappelons que les hôpitaux ne sont financés que dans une mesure limitée en fonction du nombre de lits agréés.

1. **Amélioration de la qualité**, augmentation de l'effectivité via l'Evidence Based Medicine.
2. **Diminution de la charge administrative et augmentation de la transparence.**
3. **Incitation à la collaboration** pour une meilleure coordination des soins aux patients.
4. Assurer la **stabilité financière des hôpitaux** en leur fournissant les ressources suffisantes et un budget suffisamment prévisible pour permettre un cadre financier pluri-annuel.
5. **Un bon équilibre entre les soins compliqués et complexes**, ou entre les processus standardisés et non-standardisés (...).
6. **Un financement effectif du coût réel.** A cet effet, il convient d'éliminer simultanément le déséquilibre actuel entre des activités surpayées et la partie considérable d'activités sous-payées. Afin d'indemniser correctement les frais, il est nécessaire de calculer tous les frais du personnel et des médecins via des prix-cibles nationaux.
7. **Tenir compte des effets au niveau de la gestion des RH:** mettre au point des incitants corrects pour que tous les dispensateurs de soins exécutent leur travail de manière optimale et qu'ils soient rémunérés sur la base de leur engagement, de leur responsabilité et de leur expertise. Des déséquilibres au niveau des incitants doivent disparaître.
8. **Stimuler l'exploitation efficiente des établissements.**
9. **Stimuler systématiquement l'innovation**, tout en surveillant ces nouvelles possibilités lors de leur introduction et ainsi apporter une contribution à la base de données de l'*International Network of Agencies of Health Technology Assessment* (...).<sup>15</sup>
10. **Veiller à la durabilité**, en faisant des choix budgétaires objectifs et responsables du point de vue social, afin de garantir des soins accessibles, dans le cadre de budgets réalistes au niveau macro-économique.

### 3.3. Les composantes d'un nouveau financement

La proposition ci-dessous de Zorgnet Vlaanderen vise à rencontrer ces principes de base. Elle part de quelques conditions essentielles pour réaliser effectivement cette proposition.

#### 3.3.1. Les conditions

##### >> *Un budget garanti*

Afin de réaliser un nouveau modèle de financement, il est nécessaire de maintenir les moyens budgétaires actuels<sup>16</sup> pendant cinq ans au moins. Nous proposons également une norme de croissance de 2% (plus inflation) pour permettre la réforme du système des soins de santé avec les frais de transitions y afférents.<sup>17</sup>

##### >> *Un plan pluriannuel*

Le gouvernement élaborera, en collaboration avec les acteurs concernés, à savoir les hôpitaux et les médecins hospitaliers, un plan stratégique pluriannuel des soins précis (et progressif) pour dix ans au minimum, couplé à des réévaluations et ajustements réguliers. Le gouvernement prendra les mesures conséquentes en garanties juridiques et financières, qui permettront la réalisation du réseau pendant la phase de transition.

15 INAHTA: [www.inahta.org/](http://www.inahta.org/)

16 Tant pour le budget du SPF que celui de l'INAMI, y compris la masse des honoraires, médicaments, etc.; à l'exclusion des ressources qui accompagnent les nouvelles initiatives.

17 Pour information, le taux de croissance des dépenses enregistrées en 2011-2012 était de 3,77%, et en 2012-2013, de 2,78%.

>> *Un fondement technique et scientifique*

Zorgnet Vlaanderen demande une politique “*evidence informed policy*”<sup>18</sup>, à savoir une politique formée sur la base de dossiers solidement étayés et qui tient compte des connaissances et évolutions internationales.

*L'élaboration d'une politique de santé inspirée par les bases factuelles est une approche des décisions politiques visant à assurer que la prise de décision soit bien informée par les meilleures données de la recherche disponibles. Elle se caractérise par l'accès systématique et transparent aux données probantes en tant qu'intrant dans le processus d'élaboration des politiques, ainsi qu'à leur évaluation.*<sup>19</sup>

>> *Un entrepreneuriat déterminé*

Les réformes nécessaires du modèle de soins et le nouveau financement doivent prendre forme à la fois de manière réfléchie que résolue. Avec les autorités, nous nous efforçons de parvenir à une collaboration basée sur la confiance mutuelle, la concertation, la responsabilité des dispensateurs de soins et les établissements de soins, ainsi qu'à une autorégulation avec la transparence nécessaire.

### 3.3.2. Les piliers

Le Congrès de Zorgnet de 2013 a formulé trois piliers importants pour un nouveau financement<sup>20</sup>:

- La réduction de la variabilité (inutile et non *evidence-based*) dans les soins, et pas uniquement la réduction des coûts.
- La nécessité de mieux aligner les financiers et les dispensateurs de soins, avec des stimulants adaptés pour hôpitaux et médecins, afin d'améliorer la qualité, l'efficacité et les résultats.
- La nécessité de tenir compte également des résultats, en lieu de seulement des prestations.

Ces trois piliers sont intégrés dans la proposition ci-dessous de nouveau financement:

#### **Pilier 1**

**Dégager des moyens.** Nous formulons des pistes pour dégager des moyens au sein du budget existant afin d'apporter une réponse aux défis à venir. Les mesures *evidence-based* et les incitants financiers doivent baisser le nombre d'admissions injustifiées et des séjours injustifiés. Les incitants financiers assurent une organisation optimale et efficace des soins. Certains soins doivent être concentrés, d'autres seront proposés à proximité du patient. Les hôpitaux travaillent en complémentarité. Les réseaux (cfr. point 2) doivent y contribuer.

#### **Pilier 2**

**Gestion intégrée de l'hôpital et des médecins.** La proposition formule des incitants afin que l'on préserve ensemble la continuité des soins.

#### **Pilier 3**

**Valeur et qualité.** L'on tient compte des résultats, et plus seulement des prestations. Ceci signifie que les hôpitaux et les médecins sont explicitement financés en fonction de la qualité.

<sup>18</sup> Traduction libre d'un passage en anglais provenant du site: [www.who.int/evidence/about/en/](http://www.who.int/evidence/about/en/)

<sup>19</sup> Ibidem

<sup>20</sup> Pauwels, J. (red). 2013. p. 181.

Schéma: les piliers d'un nouveau financement des hôpitaux

<b>PILIER 1</b> <b>Dégager des ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eviter les (ré-)admissions injustifiées et réduire la durée injustifiée des séjours</li><li>• Travailler en réseau, répartir les tâches et obtenir le milieu optimal des soins</li><li>• Utiliser les TIC et le DMI comme leviers pour les réseaux</li><li>• Etre attentif au pouvoir tampon</li></ul>
<b>PILIER 2</b> <b>Politique intégrée</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intégration service ambulatoire</li><li>• Fonds d'investissement</li><li>• Une pondération des reversements sur honoraires est essentielle</li><li>• Rééquilibrage de la nomenclature et revalorisation des prestations intellectuelles</li></ul>
<b>PILIER 3</b> <b>Valeur et qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valeur</li><li>• Financement all-in par pathologie</li><li>• Pay for Performance et Value Based Purchasing</li></ul>

3.3.2.1. Pilier 1: Dégager des moyens

Nous proposons les pistes suivantes pour dégager des ressources et les allouer :

- Eviter les (ré)admissions injustifiées et réduire la durée injustifiée des séjours.
- Travailler en réseau, répartir les tâches et trouver un environnement optimal pour les soins.
- Utiliser les TIC et le DMI en tant que levier pour les réseaux.
- Veiller à avoir une capacité tampon.



*A. Eviter les (ré)admissions injustifiées et réduire la durée injustifiée des séjours*

Sur le plan international, la durée de séjour par pathologie est en Belgique plutôt élevée. De même, pour les admissions hospitalières, nous obtenons des résultats supérieurs à la moyenne de l'OCDE pour certaines pathologies. Le nombre de (ré)admissions injustifiées doit donc diminuer et il faut réduire les durées de séjour trop longues.

OBJECTIF	EVITER LES (RÉ)ADMISSIONS INJUSTIFIÉES ET RÉDUIRE LA DURÉE INJUSTIFIÉE DES SÉJOURS	
<b>COMMENT?</b>	<b>IMPACT SUR LES (RÉ)ADMISSIONS:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter les interventions et les traitements non-indiqués*</li> </ul>	Par exemple, l'enlèvement préventif des dents de sagesse**, la chirurgie bariatrique, la chirurgie du dos, l'acharnement thérapeutique en fin de vie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les réadmissions en améliorant les soins prodigués intra-muros</li> </ul>	Par exemple, réduire les infections de plaies
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les réadmissions en améliorant les soins prodigués intra-muros. Les réseaux locaux de soins et la <i>télé médecine</i>*** jouent un rôle capital à cet égard.</li> </ul>	Par exemple, détecter plus rapidement les causes d'une insuffisance cardiaque, mieux réguler l'asthme, la MPOC, le diabète ...
	<b>IMPACT SUR LA DURÉE DU SÉJOUR HOSPITALIER:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer la durée du séjour en améliorant les soins intra-muros</li> </ul>	Par exemple, les infections liées aux cathéters
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager l'hospitalisation de jour</li> </ul>	Par exemple par une adaptation EBM des listes de chirurgie d'un jour
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire la durée du séjour en optimisant les soins trans-muros</li> </ul>	Par exemple, prévoir une capacité tampon entre l'admission à l'hôpital et la maison de repos et de soins ou les soins à domicile: - via des séjours de convalescence ou des hôtels de soins - une meilleure coordination et continuité des soins de première ligne afin que les patients puissent rentrer chez eux rapidement, même le weekend, avec un bon encadrement à domicile.	
<b>RÉSULTAT VISÉ</b>	<p>Diminuer les (ré)admissions et réduire la durée de séjour permettront de dégager plus de moyens par admission, de manière à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compenser la charge de travail accrue en raison de la réduction de la durée.</li> <li>• Pouvoir investir dans une meilleure communication via le DMI;</li> <li>• Pouvoir répondre aux exigences croissantes de qualité relatives à l'équipement technique</li> </ul> <p>L'on peut ainsi réduire les nombreux coûts non-financés ou sous-financés de l'hôpital. En même temps, cela permet d'augmenter la qualité des soins.</p>	

\* OCDE. 2013. p.87 (MRI et CT), p.95 (interventions cardiaques), p. (hanche et genou)

\*\* Stordeur, S. & Eyssen, M. 2012

\*\*\* [www.youtube.com/watch?v=NMsj3JbfUek](http://www.youtube.com/watch?v=NMsj3JbfUek)



Ces mesures ne produiront des économies claires et visibles dans les hôpitaux que si la réduction des admissions et de la durée de séjour se concrétisent au niveau structurel par une **diminution du nombre services d'hospitalisation et /ou de services médicotechniques**, ainsi que du personnel et des autres charges y afférentes. Les hôpitaux qui choisissent un modèle de soins dans lequel ils optent pour la collaboration en réseaux et pour la répartition des tâches,, pourront réaliser cette rationalisation de manière plus efficace et ils pourront préserver et améliorer les services aux patients.

Le gain d'efficacité réalisé grâce à la rationalisation et la réorganisation revient naturellement à l'hôpital ou au réseau.<sup>21</sup> Ceci permet de résoudre le sous-financement.

>> *Le sous-financement structurel et les rétrocessions sur les honoraires*

Malgré diverses mesures, les hôpitaux restent sous-financés dans le BMF.<sup>22</sup> Les causes en sont, entre autres, les frais de personnel au-dessus de la norme afin de garantir la qualité, l'ancienneté, et l'accroissement constant du niveau de qualification, le statut FBI<sup>23</sup> et le Fonds Maribel social... Actuellement, l'on supplée partiellement au sous-financement par des prélèvements sur les honoraires<sup>24</sup> Cela implique des négociations difficiles et parfois des relations tendues entre gestionnaires et médecins.

- (a) Les rétrocessions sur les honoraires, financent en ce moment le fonctionnement et le personnel, et qui compensent donc en partie le sous-financement structurel, sont ajoutées, au niveau national, au BMF. Ces ressources sont allouées aux hôpitaux à des fins de qualité selon des critères objectifs. Dans la période de transition, la différence entre le BMF actuel et le budget cible par hôpital sera progressivement supprimée.
- (b) De même, les gains d'efficacité réalisés par un hôpital ou un réseau grâce à la diminution des admissions et de la durée de séjour, seront utilisés pour les nouveaux investissements dans la qualité.

Les ressources provenant des rétrocessions (a) et des gains d'efficacité (b) susmentionnés sont intégralement ajoutés au budget hospitalier. En premier lieu, ces ressources iront dans un budget pour un **meilleur encadrement et un financement correct/suffisant du personnel** (cf. RN4cast<sup>25</sup>). Plus précisément, elles seront ajoutées au budget hospitalier pour le financement par pathologie (cf. la présente sous-section B2<sup>26</sup>). Les moyens restants iront dans un nouveau volet du BMF : **le fonds pour la qualité**. Ce fonds servira à financer les investissements en sécurité du patient et la qualité, comme le DMI, l'accréditation, l'expertise humaine ou l'équipement.

L'impact de la rationalisation de l'offre hospitalière sur les honoraires est traité plus en détails sous le pilier 3.

---

21 En outre, il faut explicitement porter en compte les (nouveaux) coûts de remplacement des soins hospitaliers classiques par les traitements ambulatoires et l'accueil en dehors de l'hôpital. En dehors des frais de reconversion, il reste encore des frais fixes (par exemple pour l'infrastructure, le bloc opératoire, les urgences...).

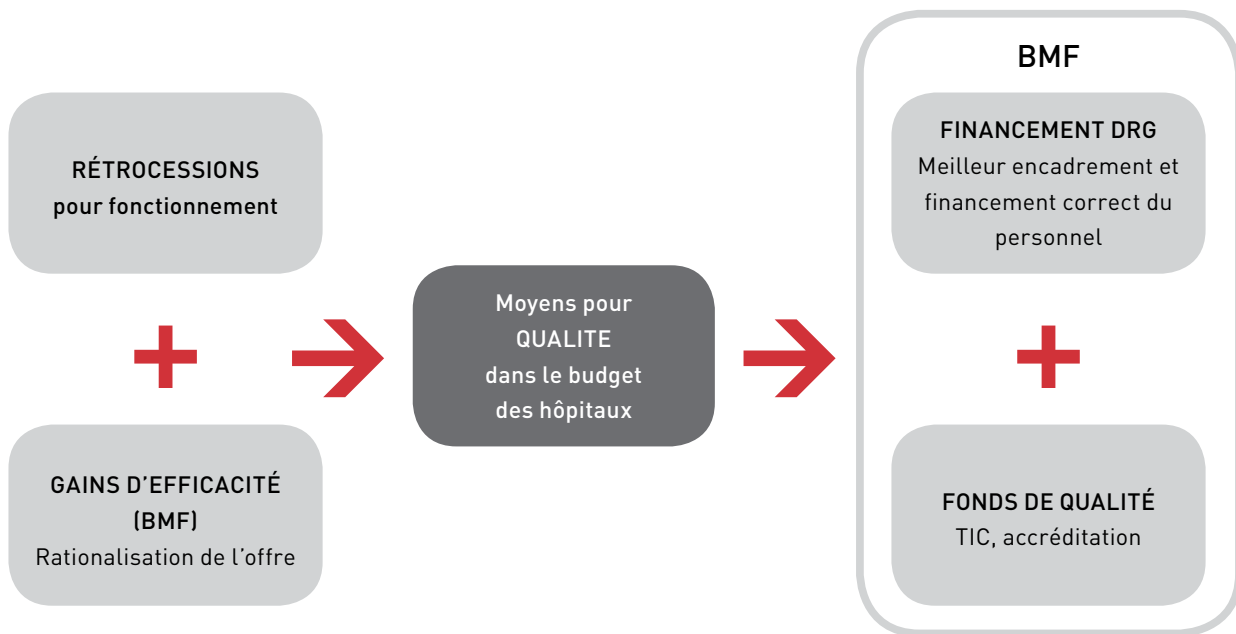
22 Voir Sénat, question écrite n° 5-10511 du 3 décembre 2013 et rapports antérieurs du Centre Fédéral d'Expertise (KCE)

23 Par arrêté royal n° 25 du 24 mars 1982 créant un programme de promotion de l'emploi dans le secteur non-marchand, un Fonds Budgétaire Interdépartemental (FBI) avait été instauré afin de promouvoir l'emploi dans le secteur non-marchand.

24 Cf. art. 155 de la loi relative aux hôpitaux, 10 juillet 2008.

25 Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L. et al. 2014.

26 Le B2 est un volet du BMF en grande partie déterminé sur la base des activités (APR-DRG) et qui représente environ 42% du BMF total.



Les efforts d'assainissement doivent avoir un effet durable. Etant donné que le sous-financement actuel résulte en grande partie de la non-rétribution des coûts de personnel croissants, nous demandons que le gouvernement s'engage à l'avenir à :

- Ne conclure avec les organisations syndicales que des accords sociaux auxquels les employeurs souscrivent et à les financer correctement;
- N'introduire que des projets pour lesquels les charges pour les hôpitaux sont financées;
- Évaluer certains accords sociaux existants (entre autres la CCT 45/50+, divers titres et compétences professionnels particuliers ...) et les adapter si nécessaire;
- Prévoir les ressources suffisantes pour l'augmentation des coûts des pensions;
- Ne pas imposer d'obligations supplémentaires, par exemple des normes (d'agrément) ou des conditions d'exploitation plus strictes, sans un financement correspondant.

Nous demandons également qu'à l'avenir, le gouvernement ne prenne plus de mesures ayant un impact indirect sur le financement des hôpitaux.<sup>27</sup>

#### B. Travail en réseau, répartition des tâches et environnement de soins optimal

Au sein d'un réseau clinique, les hôpitaux déterminent comment ils répartissent entre eux les missions et les tâches. De ce fait, ils rationalisent les investissements et les coûts d'exploitation.

<sup>27</sup> En plus des rétrocessions des médecins, des marges sur les médicaments sont utilisées pour résoudre le sous-financement. Notre proposition de maintien budgétaire se base sur la conservation de ces marges.

<b>OBJECTIF</b>	<b>DÉGAGER DES RESSOURCES PAR UN FONCTIONNEMENT CORRECT AU SEIN DES RÉSEAUX CLINIQUES</b>	
<b>COMMENT?</b>	TRAVAILLER EN RÉSEAU EN VUE D'OBTENIR :	
	• Une limitation de l'offre de soins demandant beaucoup de main d'œuvre;	Par ex. les services SIN (Soins intensifs néonataux)
	• Une concentration des appareils coûteux;	Par ex. hadronthérapie
	• Une concentration de l'infrastructure coûteuse.	Par ex. <i>clean rooms</i>
<b>RÉSULTAT VISÉ</b>	La meilleure utilisation des différents niveaux d'expertise réduira les coûts et augmentera encore la qualité des soins.	

>> *Economies partagées (shared savings) dans les réseaux*

Le principe des économies partagées suppose que les bénéfices réalisés sont répartis à terme entre tous les participants: les réseaux ou les hôpitaux, et (éventuellement) le financier. Ce principe doit être développé aux différents niveaux : le réseau clinique lui-même, les équipements de soins et les dispensateurs de soins.

Dans ce cadre, nous pourrions examiner comment utiliser des modèles tels que **Prometheus**<sup>28</sup> pour certains groupes-cibles, (par exemple les patients souffrant d'insuffisance cardiaque) dans le contexte belge. Ce modèle pourrait permettre de dégager des moyens afin de supporter les coûts de transition nécessaires du nouveau modèle d'organisation, pour investir dans du matériel moderne et dans un personnel suffisant, et pour répondre à l'augmentation des besoins de soins due au vieillissement de la population.

Cependant, ce modèle ne semble pouvoir s'appliquer qu'à (une dizaine) de grands groupes de pathologies. En effet, sa mise en œuvre n'est pas simple d'un point de vue technique. Elle pourrait constituer une approche révolutionnaire pour les pathologies telles que l'insuffisance cardiaque, l'infarctus aigu du myocarde et l'accident vasculaire cérébral (AVC),. Cette technique de financement pourrait également améliorer nos scores selon les critères de référence de l'OCDE<sup>29</sup>.

*Les économies partagées* permettront de continuer à investir dans des soins de qualité. Elles doivent veiller à ce que les hôpitaux investissent de manière ciblée et durable au sein du réseau. Si l'offre des hôpitaux est diversifiée, les services hospitaliers pourront être organisés de manière optimale et l'expertise pourra aussi être concentrée. En même temps, l'on pourra s'assurer que les soins de base restent largement accessibles.

Tout ceci entraînera une rationalisation réfléchie de l'offre hospitalière.

<sup>28</sup> Pour plus de détails et d'exemples, voir Pauwels, J. (red). 2013. p. 187-190.

<sup>29</sup> *Health at a glance*, OCDE, 2013.

>> *Evolution vers des soins transmuraux*

Une rationalisation de l'offre hospitalière dans un réseau clinique implique une évolution vers d'autres formes de soins. Une réorganisation au sein des hôpitaux (requis entre autres par le vieillissement de la population et les multi-pathologies), suppose de prévoir des moyens afin de mettre en place des formes d'accueil alternatives...

Concrètement, le principe *des économies partagées* nécessite un ancrage dans les réseaux. Le réseau pourra ainsi réaliser des économies (voir à cet égard l'article 107 de la loi sur les hôpitaux) en investissant dans des itinéraires précliniques (cf. itinéraire préclinique de dialyse); des polycliniques pour le suivi ambulatoire en collaboration avec les généralistes; des experts, des experts en soins infirmiers qui prodiguent les soins de seconde ligne à domicile (par analogie avec les équipes pédiatriques pour l'oncologie pédiatrique); les infirmiers pratiquants (*nurse practitioners*) qui suivent activement les patients atteints d'insuffisance cardiaque, de diabète, etc.; la *télémédecine* entre les généralistes et les spécialistes et les spécialistes entre eux; les consultations en groupe pour les patients qui subissent une intervention électorale; la concertation entre les différents membres de l'équipe soignante; l'éducation des patients; les mesures préventives secondaires (cf. l'initiative de l'OMS pour la prévention secondaire dans les hôpitaux)...

C. *Les TIC et le DMI en tant que leviers pour les réseaux*

De nouveaux besoins apparaissent dans le cadre des **soins de qualité intégrés dans les réseaux**. L'un des principaux est le développement de l'infrastructure des TIC dans et en dehors des hôpitaux, dont la pierre angulaire est le Dossier Médical Informatisé (DMI).

L'on constate que les TIC représentent une part croissante des coûts d'un établissement de santé.<sup>30</sup> A l'heure actuelle, le financement des TIC dans les hôpitaux est nettement insuffisant. Cela implique que les établissements n'investissent pas tous dans la même mesure dans les TIC. Même les mécanismes de financements diffèrent dans les hôpitaux (par exemple les rétrocessions sur les honoraires des médecins). Tout ceci résulte en un paysage informatique très hétérogène, qui ne répond absolument pas au besoin réel d'échange d'informations.

Le Congrès de mai 2013 identifia les TIC comme le levier nécessaire pour réussir la transition vers un nouveau modèle de soins. Pour cela, il est urgent de prévoir un financement des TIC suffisant, équilibré et prospectif. De plus, les résultats des investissements dans les TIC ne seront visibles qu'après un certain temps. Les besoins sont déjà très élevés. Une solution s'impose d'urgence.

Toutefois, l'on ne dispose pas d'un aperçu suffisant sur **les exigences fonctionnelles et organisationnelles en TIC** dans les différents établissements. Ceci vaut également pour les coûts financiers. Le gouvernement doit faire des efforts, en collaboration avec le secteur, pour répondre de manière adéquate aux exigences et pour fournir les mécanismes de financement pertinents. Pour les hôpitaux, ces mécanismes doivent, sur la base de paramètres fonctionnels (*meaningful use*), faire partie intégrante du nouveau financement des hôpitaux. Avec le transfert des sous-parties A1-A3(-C1) du BMF dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, la Communauté flamande devra fournir les ressources nécessaires pour y parvenir.

---

30 Sur la base des contacts individuels de Zorgnet Vlaanderen avec sept hôpitaux (printemps 2014).

Nous proposons que les pouvoirs publics:

- commencent par prévoir un financement fixe suffisant pour les TIC;
- analysent les objectifs, exigences et fonctionnalités des TIC en collaboration avec le secteur;
- élaborent un mécanisme de financement qui assure *un pied d'égalité* et des possibilités optimales d'échange;
- inscrivent cela dans le nouveau système de financement pour les hôpitaux ;
- améliorent le rendement des instruments publiques telles que les Plateformes eHealth et Vitalink, grâce à une meilleure informatisation des établissements.

Pour le financement des TIC, nous référerons au fonds pour la qualité (voir pilier 1). L'on peut aussi faire appel aux ressources du plan 'Soins aux malades chroniques'.<sup>31</sup> En effet, pour une approche des maladies chroniques intégrée et axée sur le patient, il faut une communication sans faille entre les réseaux cliniques et locaux. Il semble donc raisonnable de prévoir une partie des ressources dans ce plan pour l'infrastructure TIC et le DMI. L'on pourrait aussi envisager de prendre en compte les ressources prévues pour les pratiques extra-muros.

#### D. Veiller à avoir la capacité tampon nécessaire

Parallèlement à la rationalisation des lits et services, nous demandons que l'on veille à préserver la continuité de certains services dans les hôpitaux. Nous pensons aux soins intensifs, aux urgences, bloc opératoire, imagerie médicale... Tout comme une caserne de pompiers est financée pour être en mesure à tout moment *de lutter contre un incendie*, mais pas d'éteindre le feu en permanence. Il faut donc veiller à assurer une « capacité tampon » suffisante, dont les frais de fonctionnement fixes seront financés indépendamment des activités.

#### 3.3.2.2. Pilier 2: Une politique intégrée

Nous proposons les *incitants* suivants pour un meilleur alignement des médecins et des hôpitaux, avec pour objectif de préserver la continuité:

- A. Incorporer les rétrocessions sur les honoraires pour **la polyclinique** dans le budget hospitalier. En échange, l'hôpital garantit l'infrastructure et le personnel nécessaire.
- B. L'ensemble des rétrocessions au profit des investissements est versé dans un **fonds d'investissements**.
- C. Pondérer les **rétrocessions** entre eux. C'est essentiel pour permettre les transferts de budgets.
- D. Réétalonnage de la nomenclature et revalorisation des actes intellectuels.

#### A. Intégration de la polyclinique

A l'heure actuelle, le BMF ne couvre pas du tout les coûts des activités de la polyclinique, à savoir les frais d'infrastructure et de fonctionnement. Ces coûts sont par conséquent cou-



31 Note d'orientation *Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique*, 28 novembre 2013.

verts par les médecins. Tant dans les systèmes de compensation directe qu'indirecte, ceci peut rendre plus difficile le développement d'une stratégie hospitalière intégrée, axée sur la qualité, avec les investissements requis. C'est surtout vrai parce que pour le moment, contrairement au département infirmier, il n'existe pas de normes pour l'infrastructure et l'encadrement du personnel pour les activités de la polyclinique. En plus de la correction susmentionnée du sous-financement, cette situation est également source de tension entre médecins et gestionnaires. Cela contribue au choix de certains spécialistes de pratiquer de plus en plus en dehors de l'hôpital.

Dans le cadre des économies actuelles, certains suggèrent que les patients pourraient être traités à moindre coût en dehors de l'hôpital, dans les cliniques commerciales. Une étude montre toutefois que ce n'est absolument pas le cas, et que dans certains cas, le rapport coût/efficacité est plus mauvais.<sup>32</sup>

Au reste, ces pratiques extra-muros ne participent (en général) pas au service de garde organisé. Cette évolution est un danger pour la continuité des soins à l'hôpital, tels que la surveillance des patients hospitalisés et la permanence de garde. Afin que les patients puissent également faire appel à des soins de qualité en dehors des heures de bureau, Zorgnet Vlaanderen est aussi partisan d'un système de santé et d'assurance solidaire qui demande à *tous* les médecins-spécialistes, y compris ceux qui exercent en privé, de contribuer à la continuité de la médecine de deuxième ou troisième ligne. Par exemple, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) plaide également pour un permis d'exploitation obligatoire, avec des contrôles de qualité réguliers afin de garantir la qualité des pratiques extra-muros.<sup>33</sup>

Les ajustements apportés au financement de la polyclinique peuvent contribuer d'une part à la continuité et la qualité des soins, et d'autre part à l'intégration des médecins dans l'hôpital.

En vue de promouvoir une médecine intégrée, nous proposons par conséquent **d'intégrer le financement de la polyclinique dans le budget hospitalier**. Le transfert des ressources pour la polyclinique s'accompagne d'une réduction macro des honoraires pour compensation.

La répartition de ces moyens entre les hôpitaux peut se faire selon les techniques actuelles du BMF. Cela suppose toutefois, par analogie avec les départements infirmiers, **des normes minimales pour la polyclinique**, tant pour l'infrastructure (entre autres volume, équipement et entretien) que pour la dotation en personnel (entre autres le niveau et le nombre de qualifications en fonction de la nature et de la gravité de la pathologie traitée à l'hôpital).

Une méthode de calcul basée sur ces normes augmente en même temps la transparence du financement de la polyclinique. Il apparaît ainsi clairement quelle partie est financée via le budget hospitalier et quelle partie (en termes d'espace et de ressources) s'ajoute éventuellement en supplément et doit par conséquent être financé en concertation mutuelle sur les fonds propres. Les normes doivent permettre d'objectiver **les coûts de la polyclinique** et donc de déterminer quel montant réel devra compléter le budget hospitalier. Nous proposons de financer ces coûts dans le BMF par un **transfert** de fonds provenant du budget des honoraires, et d'intégrer ainsi les activités de la polyclinique en fonction des normes minimales. Cela signifie que pour l'aménagement et le fonctionnement des

---

32 Carey, K., Burgess, J. & Young, G. 2008. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654166/pdf/hesr0043-1869.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654166/pdf/hesr0043-1869.pdf)

33 Vinck, I. & Paulus, D. 2014.

polycliniques au niveau de l'hôpital individuel l'on ne fera appel qu'aux rétrocessions sur honoraires pour l'équipement ou la dotation en personnel dépassant les normes. Cela permettra d'améliorer la relation entre médecins et gestionnaires.

La mise en pratique de cette piste implique naturellement de nombreuses étapes préparatoires. Outre l'établissement de normes pour la polyclinique et l'objectivation de son financement, l'on doit être attentif à la technicité du transfert d'une partie du budget des honoraires au BMF. La rétrocession globale sur les honoraires, telle qu'elle ressort de l'analyse MAHA<sup>34</sup>, ne nous fournit pas un aperçu de la grande variété en rétrocessions selon les spécialités et l'hôpital. Il n'est pas non plus clairement précisé quelle partie des rétrocessions est aujourd'hui allouée au financement de la polyclinique et quelle partie est allouée à la préservation plus large des activités médicales à l'hôpital (voir plus loin).

### *B. Le fonds d'investissement*

Nous proposons que la partie des rétrocessions actuelles qui reste – après intégration dans le budget hospitalier des rétrocessions pour fonctionnement (cf. pilier 1) et pour la polyclinique (voir pilier 2A) – soit rassemblée dans un **fonds d'investissement au niveau de l'hôpital/du réseau**. Le transfert de ces rétrocessions pour les investissements implique que l'on délimite le composant investissement dans le budget hospitalier, de sorte que la partie (des investissements) dédiée profite au fonds d'investissement.

Le fonds d'investissement (principalement médical) est **géré en parité par les médecins et l'hôpital**. Ceci permet de décider ensemble sur la stratégie de l'hôpital et des réseaux en matière d'infrastructure, de matériel, de technologie...

Un tel fonds d'investissement géré de façon paritaire favorisera l'intégration des médecins et profitera à la dynamique des hôpitaux et des réseaux.

### *C. Pondérer les rétrocessions est essentiel*

Les propositions visant à intégrer les rétrocessions dans le BMF impliquent une pondération nationale des rétrocessions par spécialité. Aujourd'hui, les rétrocessions d'honoraires varient entre les hôpitaux et entre les différentes disciplines. Une pondération est nécessaire afin d'introduire un macro transfert équitable des honoraires vers le BMF.

Il sera donc nécessaire de dresser le bilan d'un côté des moyens que les médecins rétrocessent respectivement pour les services hospitaliers, les services médicotechniques, et la polyclinique, et de l'autre côté la fourniture de services et les frais d'autre part. Les résultats de cette étude peuvent servir de base à la réglementation et à la normalisation des polycliniques et à leur encadrement.

### *D. Réétalonner la nomenclature et revaloriser les performances intellectuelles*

Une remarque récurrente concernant le système actuel d'honoraires *fee-for-service*, ou *paiement à l'acte*, est sa grande **complexité** et la **rémunération historiquement très inégale** entre les différentes disciplines. La relation entre la rémunération d'une part et la

---

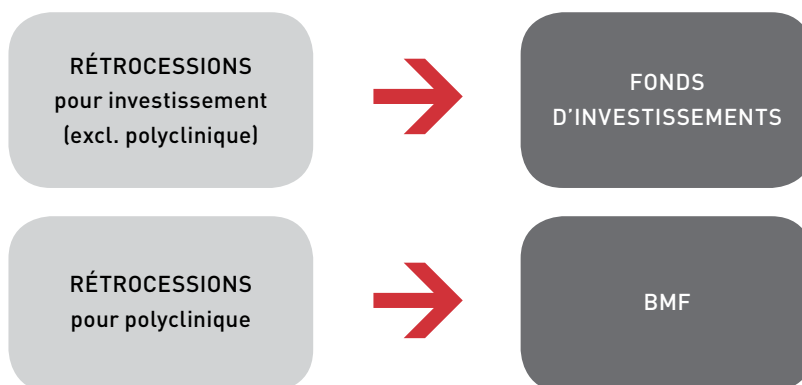
<sup>34</sup> L'étude MAHA de Belfius analyse la situation financière annuelle – au sens large – des hôpitaux généraux. Ces dernières années 100% des hôpitaux ont participé volontairement à cette étude.

charge de travail et l'expertise d'autre part n'est pas assez claire. L'on constate également un **sous-financement des actes intellectuels** par rapport aux prestations techniques. Ceci entraîne une surconsommation des prestations techniques. Cette disparité engendre un écart significatif de revenus entre les différentes spécialités. Les politiciens ont promis à plusieurs reprises une révision complète de la nomenclature, mais celle-ci n'a pas encore été réalisée à ce jour.

Entretiens, ces dernières années, des adaptations de la nomenclature ont été faites en concertation avec les médecins et les mutuelles, qui ont amené un ajustement progressif, tant pour honorer les activités de coordination non liées à des contacts-patients que pour mieux honorer les performances intellectuelles. Des exemples sont l'introduction des consultations d'oncologie médicale (COM) et les honoraires de surveillance pour les pédiatres et les psychiatres. Ceci s'est traduit par une diminution progressive des tensions entre les spécialités plus honorées et celles qui le sont le moins. Malgré ces efforts, les disparités de revenus demeurent très importantes, comme en témoigne une étude récente du KCE.<sup>35</sup> Précisément les disciplines qui sont importantes vu le vieillissement de la population et une approche holistique du patient, risquent d'être marginalisées de cette façon. Il s'agit entre autres des gériatres, psychiatres, médecins urgentistes, intensivistes, internistes généralistes et endocrinologues.

En outre, la **continuité 24h sur 24** effectuée à l'hôpital par les médecins hospitaliers est extrêmement importante. Ces efforts et responsabilités supplémentaires doivent donc être financés en conséquence. En ce sens, des différences entre les médecins après rééquilibrage se justifient. Assurer la présence de disciplines-clés à l'hôpital est vraiment crucial. C'est pour cela qu'il faut veiller à éliminer rapidement les différences d'honoraires injustifiées entre les disciplines et en fonction de leur contribution à la continuité des soins. Le report intentionnel du rééquilibrage de la nomenclature ces dernières années a atteint les limites absolues. Une réforme s'impose d'urgence.

Nous préconisons une **révision rapide** qui incorpore les divers éléments importants quant à la pratique médicale: durée de la formation, niveau de responsabilité, charge de travail, recyclage, tâches supplémentaires dans l'organisation du réseau de l'hôpital, nombre de services de garde, présence à l'hôpital, contacts-patients, etc. Ce **tableau de fonctions** sert ensuite de critère de référence pour rétribuer les différentes disciplines. La possibilité d'une rémunération forfaitaire, indépendante du nombre d'actes accomplis, doit être considérée.



35 Swartenbroeckx, N., Obyn, C., Guillaume, P. et al. 2012.

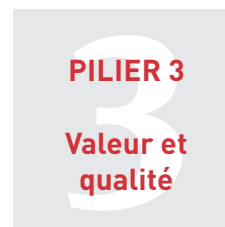


Compte tenu de l'impact des honoraires des spécialistes sur l'hôpital, il est à conseiller d'impliquer les hôpitaux dans ce rééquilibrage.

En attendant l'élaboration d'un modèle rééquilibré, l'on peut introduire une restriction générale sur tous les revenus dans le système des soins de santé, étant bien entendu que les excédents profiteront au réseau (maintien du budget).

### 3.3.2.3. Pilier 3: Valeur et qualité

Il importe de tenir compte non seulement des prestations, mais également des résultats. Nous proposons que dans un premier temps, l'on introduise un modèle de *Pay for Performance* (P4P), basé sur le modèle *Value Based Purchasing* (VBP) de Medicare aux Etats-Unis, adapté aux spécificités du modèle de financement belge.



Nous traiterons successivement des concepts et modèles suivants:

- A. La valeur
- B. Le financement All-in par pathologie
- C. *Pay for Performance* et *Value Based Purchasing*

#### A. La valeur

Une question évidente mais cruciale à la base de toute réflexion sur un modèle de financement adapté au système des soins de santé, est: 'Comment ce modèle peut-il conduire à des soins de santé avec la plus haute qualité possible?'. Le propre de notre modèle de financement actuel est qu'il est presque purement axé sur les actes, et ne tient pas ou que peu compte de la qualité fournie. La qualité devrait être une priorité lors de la conception d'un nouveau modèle de financement. En plus des incitants financiers, les pouvoirs publics devraient aussi épauler explicitement les hôpitaux dans leur quête de qualité des soins et les aider à la démontrer.

Il est important de partir d'une définition correcte de la notion de '**qualité**'. Comme précisé dans la définition standard de '*The Institute of Medicine*' cette notion recouvre plusieurs dimensions: la sécurité du patient, l'orientation vers le patient, l'équité, la rapidité, l'efficacité (la notion de qualité au sens strict), mais aussi l'effectivité ou efficacité du soin (un résultat le plus efficace possible à un coût le plus bas possible tant pour la société que pour le patient). Le rapport entre résultat et coût est bien compris dans le concept de 'Valeur'.

**La valeur** représente le rapport entre le résultat et le coût.

$$\text{Valeur du soin} = \frac{\text{Résultat (amélioration de la qualité)}}{\text{Coût}}$$

L'on parle trop souvent du fléchissement de la courbe des coûts sans prêter attention à l'effet de la réduction des coûts sur les résultats des soins. C'est ce que nous devons éviter. Nous cherchons plutôt à relever la courbe de valeur. L'on peut parvenir à un meilleur résultat par rapport au coût grâce à une optimisation du **processus de soins spécifique à**

**la pathologie.** Un financement axé sur la valeur récompense l'optimisation du processus et encourage une pratique orientée vers la qualité et basée sur des directives médicales scientifiquement fondées. De plus, il convient de laisser une marge suffisante pour une variabilité *normale* du soin; une pathologie peut se manifester de manières quelque peu différentes pour chaque patient individuel. En même temps, nous devons éviter une variabilité *irresponsable* due à une sous- ou une surconsommation des ressources.

Les modèles de financement internationaux qui visent une telle optimisation des processus, font apparaître deux groupes principaux: *le financement all-in par pathologie et le value based purchasing.*

#### *B. Le financement all-in par pathologie*

Les principes des modèles de financement *all-in* sont connus : en fixant des enveloppes financières liées à la pathologie, l'on veut augmenter l'efficacité décentralisée dans les hôpitaux, couplée à un contrôle budgétaire central par le gouvernement. Une étude récente du KCE<sup>36</sup> sur le financement par pathologie, appelé financement par DGR (*diagnosis related group*) à l'étranger a montré que, dans un premier temps, la transparence augmente. D'autres objectifs tels que l'amélioration de la qualité et la gestion des coûts n'ont pas été confirmés.

Le principal défi à relever pour ces modèles est de déterminer les critères sur lesquels l'on fonde le calcul d'une enveloppe all-in. La logique veut que les directives de l'EBM servent de base. Toutefois, l'essence même de l'Evidence Based Medicine est que les directives devraient être interprétées en fonction de la spécificité individuelle de chaque patient. Cela signifie qu'il est pratiquement impossible de fixer une enveloppe bien définie par pathologie sur la base des directives théoriques de l'EBM. Pour permettre la variabilité dans la pratique, la plupart des pays optent pour des enveloppes établies sur la base du modèle d'activités national moyen par pathologie. L'on peut alors y coupler un financement sur la base soit des coûts (négociés ou réels) soit des tarifs (tels que les honoraires).

#### *>> Les coûts négociés*

Le modèle néerlandais DBC 'Op weg naar Transparantie' (DOT) est basé sur des coûts négociés. DBC signifie "diagnosebehandelcombinatie" (combinaison diagnostic/traitement) et comprend le trajet que le patient suit à l'hôpital: depuis son premier contact à la polyclinique ou au service des urgences jusqu'à et y compris son éventuel suivi après sa sortie de l'hôpital. Tout DBC comprend donc un ensemble cohérent d'activités médicales et de soutien présentant un rapport avec une maladie spécifique. Une analyse du modèle DOT montre que le tarif all-in par pathologie connaît de grandes différences entre les hôpitaux. Tant le prix que les volumes à réaliser sont en effets négociés entre les hôpitaux et les assureurs. Même la tension des revenus entre les spécialités semble ne pas changer, malgré l'affichage d'un 'tarif horaire standardisé' pour les médecins. En outre, lors de l'introduction des DBC aux Pays-Bas, ceux-ci ont conduit à un dépassement macro-budgétaire (à cause de l'augmentation des volumes de paquets à bon prix), après quoi des mesures correctives ont été prises, qui menacent à présent de provoquer de nouveau une augmentation des listes d'attente (à cause de l'imposition de volumes d'interventions/de traitements trop réduits). Bref, ce système ne semble pas offrir des avantages suffisants pour que l'on puisse le reprendre afin de résoudre le problème de la variabilité *injustifiée* dans les soins pour une pathologie spécifique.

---

36 Vande Voorde, C., Gerkens, S., Van den Heede, K. & et al. 2013.

>> *Les coûts réels*

Une alternative consiste à établir des enveloppes sur la base des coûts réels. Une étude du KCE<sup>37</sup> indique que cela est possible. Sur la base des données de coût fournies par neuf hôpitaux, cette étude montre que les enveloppes de frais pouvaient être calculées par APR-DRG (= une classification des diagnostics hospitaliers dans environ 500 groupes de pathologies homogènes, par exemple l'accouchement vaginal, la chimiothérapie, les interventions à l'épaule, au coude et à l'avant-bras) et par SOI ('*severity of illness*' ou degré de sévérité de la maladie). Le groupe DRG homogène se caractérise par une variabilité, surtout avec l'augmentation du SOI.

Cela soulève la question de savoir s'il faut établir éventuellement une enveloppe sur le coût moyen, ou s'il faut prévoir une marge. Dans le premier cas, l'on risque un '*cherry picking*' et/ou une sous-utilisation des ressources, résultant éventuellement en une moindre qualité des soins. Dans le second cas, l'on risque un dépassement de budget parce que la marge supplémentaire n'est pas toujours nécessaire. Le système actuel des montants de référence utilise la deuxième méthode, quoique basée sur les tarifs des honoraires et non sur les coûts réels. Pour pouvoir enregistrer une variabilité 'justifiée' dans la pratique, le montant de référence avait été fixé à la moyenne, majorée de 10%. Toutefois, si tous les hôpitaux devaient bénéficier de cette marge supplémentaire, alors le système actuel des montants de référence entraînerait un surcoût significatif pour l'INAMI.

>> *Conclusion*

Les modèles actuels de financement all-in ne semblent pas constituer un instrument idéal pour stimuler l'optimalisation du processus médical et réduire la variabilité injustifiée dans les soins. En outre, se pose la question fondamentale, indépendamment du budget, de savoir si le concept all-in n'entrave pas le fonctionnement d'un hôpital en tant que *solution shop*, alors que la question cruciale récurrente est encore et toujours : '*Je dois savoir quel est le problème, quelle en est la cause et ce que puis-je faire pour y remédier.*'<sup>38</sup> Dans ces efforts de diagnostic individuels, l'accent porte bien plus sur la mise en œuvre de ressources et d'expertise que sur le respect de processus établis.

### C. *Pay for Performance (P4P) et Value Based Purchasing (VBP)*

Pour le financement de la qualité, notre préférence va vers une solution alternative qui ne détermine pas un budget global par pathologie, mais bien la *Pay for Performance* et le *Value Based Purchasing* (voir le Pilier 3D). Le principe de base consiste à **coupler un bonus financier aux aspects de soins de qualité**. Dans un premier temps, nous nous concentrons sur les soins hospitaliers intra-muros. En extrayant ce bonus des économies préalablement réalisées dans le budget hospitalier et sur les honoraires, tant les hôpitaux que les médecins hospitaliers sont fortement encouragés à fournir des soins de haute qualité, pour récupérer au moins les économies en question. Contrairement au financement all-in, l'accent porte donc bien plus sur le résultat obtenu et/ou sur le processus médical suivi, sans que le trajet diagnostique et thérapeutique soit fixé dans une enveloppe financière. Les hôpitaux et les médecins hospitaliers sont encouragés à collaborer pour améliorer la qualité, lorsque cela est possible et réaliste. Le bonus réalisé profite ainsi autant au réseau qu'aux hôpitaux et médecins.

---

37 Van De Sande, S., De Ryck, D., De Gauquier, K. et al. 2010. "

38 Christensen, C., Grossman, J. & Hwang, M. 2009.

VBP: PROCESSUS DE SOINS - INDICATEURS		
INDICATEUR	SEUIL ABSOLU	BENCHMARK
<b>AMI:</b> fibrinolyse <30 min après arrivée à l'hôpital	0.65	0.92
<b>AMI:</b> ICP < 90 min après arrivée à l'hôpital	0.92	1.0
<b>LIHF:</b> instruction au départ	0.91	1.0
<b>PN:</b> hémocultures sur SO pour AB	0.96	1.0
<b>PN:</b> premier choix AB sélection pour pneumonie acquise en société	0.93	0.99
<b>SCIP:</b> AB prophylaxie < 1 heure avant incision	0.97	0.999
<b>SCIP:</b> premier choix AB pour prophylaxie	0.97	1.0
<b>SCIP:</b> AB prophylaxie arrêté < 24 après HK	0.95	0.99
<b>SCIP:</b> normoglycémie 6.00am postop cardiochirurgie	0.94	0.99
<b>SCIP:</b> DVT prophylaxie prescrit si indiqué	0.95	1.0
<b>SCIP:</b> DVT prophylaxie administré < 24 avant à < 24 après HK	0.93	0.998
<b>SCIP:</b> betalyca periop continué si aussi pris préop	0.94	1.0

>> *Un bonus basé sur des indicateurs*

Il va sans dire que le fait d'accorder ou non un bonus aux hôpitaux ou aux médecins se fait selon une procédure transparente et précise, basée sur des critères de référence clairs et validés. Un élément crucial est le choix des indicateurs où une amélioration est en effet possible. Lors de l'introduction du VBP aux Etats-Unis, l'on a choisi de coupler le bonus à des **indicateurs de processus** (70% du bonus) **et à la satisfaction du patient** (30% du bonus). Voir le tableau 2 pour quelques indicateurs de processus possibles.

L'objectif est d'y ajouter, dans un deuxième temps, des **indicateurs de résultat**. A ce sujet, l'on pense en général à la mortalité. Toutefois, les projets pilotes ne démontrent pas clairement l'effet des P4P sur la mortalité. Ceci s'explique entre autres par le fait que la mortalité de certaines maladies n'est pas simplement déterminée par le respect de la procédure médicale suivie. Ainsi, un infarctus aigu du myocarde ou une pneumonie extrahospitalière implique un risque de mortalité, même en cas de bons soins, dont les soins hospitaliers ne forment d'ailleurs qu'une partie. Un bonus financier supplémentaire ne permettra pas de réduire encore le risque de mortalité dans ce cas.

Une solution alternative préférable, et dont les effets sont prouvés, consiste à coupler le bonus à des **indicateurs de résultats intermédiaires** pour la sécurité du patient. Cela concerne les CPE (complications potentiellement évitables), entre autres les infections nosocomiales (comme les infections liées à un cathéter, les infections de plaie post-opératoire, les infections urinaires, et la pneumonie acquise sous ventilation), la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire. En plus des CPE, l'on peut aussi procéder au non-paiement des *never events*.<sup>39</sup> Ils constituent un ensemble restreint, pour lesquels

<sup>39</sup> *Never events*: il s'agit d'événements iatrogènes graves qui ne devraient jamais se produire dans la pratique, comme une opération du mauvais patient ou du mauvais côté du corps, des erreurs de raccordement au gaz anesthésiants, etc.

la collecte de données valides est réalisable sans surcharge d'enregistrement. Cependant, les complications qui surviennent pendant le séjour hospitalier ne peuvent pas être exclues du financement. Dans un troisième temps, l'on peut examiner s'il est possible d'ajouter d'autres aspects du résultat pertinents aux yeux des patients (les '*patient centered outcomes*' ou *résultats axés sur les patients*). Pour l'élaboration de ceux-ci, l'on peut analyser les exemples internationaux. Nous pensons entre autres au respect des directives de l'EBM (comme en cas de dialyse...).

Dans une première phase, nous plaçons pour que le bonus soit lié à l'obtention de l'**ac-cré-ditation**. Ce n'est qu'une fois le financement et l'implémentation d'un DMI soient mis au point, avec la possibilité de collecte automatique d'indicateurs spécifiques qui en découlent, que l'on pourra, dans une phase ultérieure, travailler sur les bonus via des indicateurs concrets couplés à des indicateurs de processus et/ou de résultat spécifiques. Le DMI doit également permettre la collecte de chiffres objectifs, de manière à réduire au minimum la manipulation de l'enregistrement des complications. Naturellement, nous appelons à un contrôle effectif de ces données.

Il est important de créer une culture de confiance qui permette d'apprendre (mutuellement) des fautes au lieu de dissimuler les incidents.

>> *Les indicateurs influencés principalement par l'hôpital*

Les hôpitaux peuvent obtenir un bonus en fonction de l'évolution vers des objectifs de qualité ou de la réalisation de ceux-ci. L'incitant est un bonus, en plus du financement régulier et suffisant, et qui ne représente pas une pénalisation en allant prélever des moyens ailleurs. Ce bonus peut servir pour améliorer encore plus la qualité.

*Le bonus pour les hôpitaux provient d'un faible pourcentage, par exemple 0,5%, préalablement retenu sur la norme de croissance de 2% au-dessus de l'inflation.* Les hôpitaux gagnent ce bonus en premier lieu sur la base d'indicateurs pertinents pour les soins prodigués par le personnel infirmier, paramédical et d'assistance. Il est donc important que les hôpitaux ne fassent le décompte que sur la base d'indicateurs sur lesquels ils ont eux-mêmes un impact ou pour lesquels ils portent eux-mêmes la responsabilité.

>> *Les indicateurs influencés principalement par les médecins*

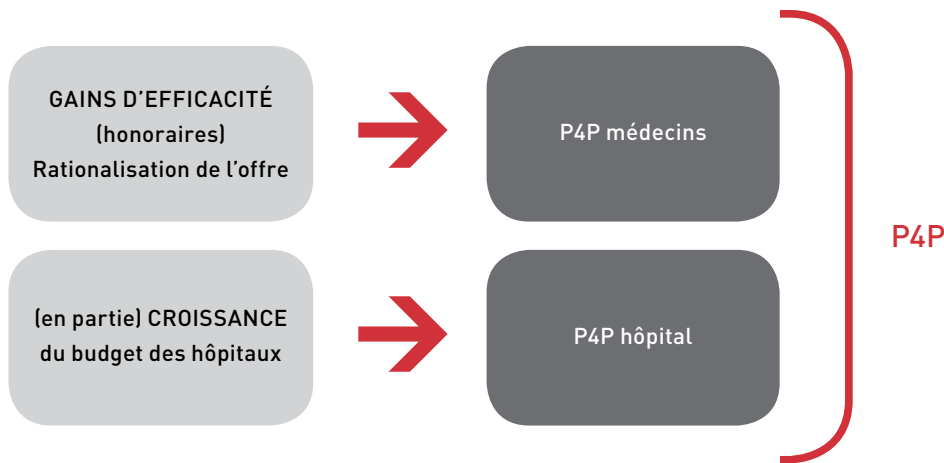
L'augmentation de la qualité des soins hospitaliers, entre autres de la sécurité du patient, exige une approche commune des médecins et gestionnaires. Les deux parties doivent faire des efforts; le bonus réalisé doit également profiter aux deux parties. Par conséquent, nous proposons, que contrairement au modèle *Medicare VBP*, l'on prévoit un double canal pour le financement d'un modèle belge de P4P. Outre la proposition précitée pour les hôpitaux, l'on prévoit un deuxième canal à partir des honoraires des médecins.

*Une partie des honoraires est notamment libérée par la diminution de l'activité hospitalière (voir pilier 1).* Ainsi, la diminution des admissions et des séjours a un impact direct sur le volume des honoraires de surveillance par exemple. La masse des honoraires ainsi libérés peut être injectée dans le budget du bonus P4P prévu. Le décompte pour les médecins se fait sur la base des indicateurs pour lesquels ils sont responsables.

>> *Utilisation du bonus*

Au sein de l'hôpital ou du réseau, l'on établit des accords afin de répartir les bonus de manière équitable et transparente, pour que tous les acteurs soient encouragés à poursuivre la collaboration visant à l'amélioration de la qualité.

Le modèle P4P peut alors être élargi au *Value Based Purchasing* ou au financement axé sur la valeur. Cela implique que l'on tienne compte non seulement de la dimension 'résultat des soins' pour définir le concept de qualité, mais également de la dimension '**efficience**'.



Le bonus reste essentiellement calculé sur la base du résultat atteint, mais aussi en fonction de l'efficacité avec laquelle les ressources sont employées afin de parvenir à ce résultat. Nous transposons ainsi l'amélioration de la qualité dans le concept plus large et plus correct de **'création de valeur ajoutée'**.

Dans une dernière phase, le financement VBP peut alors être élargi à la pratique médicale hors du cadre hospitalier. A cette fin, il faut poursuivre l'informatisation de manière à pouvoir coder les pathologies sans entraîner une surcharge administrative supplémentaire.

### 3.4. Nouveau financement: vue d'ensemble

Dans cette section, nous présentons un aperçu du financement pour l'hôpital et les médecins. Nous proposons que l'on conserve les canaux de financement actuels, à savoir le budget hospitalier et les honoraires. Ils forment tous deux, avec le modèle organisationnel, un tout cohérent qu'il convient d'examiner et de réformer dans son ensemble.

Comme exposé dans la section 3.3, nous proposons des ajustements en fonction des trois piliers:



En plus de ces ajustements, nous proposons aussi d'apporter quelques corrections importantes aux mécanismes existants.

#### 3.4.1. Le financement des hôpitaux

Le BMF est élargi avec les budgets pour la polyclinique et l'hôpital de jour, à hauteur d'un budget global comprenant le fonctionnement de tout l'hôpital/le réseau. Ceci laisse plus de liberté aux hôpitaux pour une utilisation flexible des ressources et une priorisation de la gestion, adaptées aux besoins. Notre proposition pour un nouveau financement des hôpitaux sur la base des trois piliers et les corrections qui l'accompagnent concernent les parties suivantes:

- A. Simplification des règles de financements du BMF
- B. Encourager hôpital de jour
- C. L'infrastructure
- D. la polyclinique
- E. Le financement des soins hyperspécialisés
- F. Le réseau

#### A. *Simplification des règles de financements du BMF*

L'on maintient le concept de financement via le BMF. Nous proposons de simplifier la grande complexité du système et de limiter la (sur)charge d'enregistrement. Une intégration partielle ou complète de certaines parties rend le budget plus clair et plus transparent.

##### >> *Le financement par pathologie et l'introduction de l'EBM*

L'on pense en premier lieu au calcul de la partie B2. L'on conserve le système actuel de financement basé sur les APR-DRG avec le concept de lits justifiés. Toutefois, nous proposons une correction dans le calcul de la durée de séjour justifiée. A l'heure actuelle, l'activité justifiée est déterminée par la durée moyenne de séjour dans tous les hôpitaux. Ceci entraîne un risque de sur- ou de sous-consommation. Le résultat n'a pas de lien direct avec l'EBM. Lorsque il est possible, c.-à-d. pour les APR-DRG pour lesquels l'on dispose de directives d'EBM, l'on doit introduire un fondement scientifique dans le BMF.

De plus, l'on peut examiner comment certains groupes-cibles (par exemple les patients souffrant d'insuffisance cardiaque) peuvent utiliser un modèle tel que **Prometheus**<sup>40</sup> dans le contexte belge. Cependant, ce modèle ne semble s'appliquer qu'à (une dizaine) de grands groupes de pathologies telles que l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde et l'AVC.

##### >> *Simplification de l'enregistrement*

L'intégration d'un (nouveau) paramètre 'variabilité des soins infirmiers nécessaires' dans le système de financement piloté par les APR-DRG, devrait permettre de remplacer l'enregistrement du résumé infirmier minimum (RIM) dans tous les hôpitaux individuels par un échantillonnage national. A cet effet, Zorgnet Vlaanderen a élaboré des propositions concrètes.<sup>41</sup>

En outre, les investissements dans le DMI (cf. *feuille de route eHealth* action 2: développement du résumé hospitalier minimal <sup>(42)</sup>) devraient, à terme, diminuer drastiquement la charge d'enregistrement du résumé hospitalier minimal (RHI) qui existe actuellement. Nous pensons en outre à introduire le SNOMED CT<sup>43</sup> de sorte que les dispensateurs de soins puissent introduire les données médicales dans le DMI au moyen d'une terminologie uniforme (cf. *feuille de route eHealth* action 13: réalisation d'un politique de terminologie nationale).

##### *Poursuite de la forfaitisation et de l'intégration*

Certaines parties du budget peuvent être forfaitisées ou leur calcul peut être simplifié. Songeons aux frais d'hôtellerie (partie B1). La partie B2 peut par exemple être élargie à

40 Pour plus d'explications et un exemple, voir Pauwels, J. (red). 2013. p. 187-190.

41 Note interne de Zorgnet Vlaanderen: 'Principes pour l'utilisation du RIM II dans le financement prospectif des hôpitaux' (30 mars 2010).

42 Plan d'action eGezondheid 2013-2018, approuvé par la Conférence interministérielle du 29 avril 2013.

43 SNOMED CT (acronyme de *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms*) est une normalisation médicale en vue du codage et de l'enregistrement des données médicales. SNOMED CT se compose d'une nomenclature de termes médicaux codés en vue d'un traitement informatisé.

des composantes des parties B4 (entre autres les enregistrements, le plan cancer, les projets pilotes), B5 (pharmacie) et B9 (accords sociaux) pour un financement du personnel plus global. La conception de nouveaux mécanismes dans le BMF permet également d'éliminer les réglementations anciennes peu claires, et de repartir d'une base équitable, transparente et équilibrée.

Les paramètres actuels dans la partie B8 doivent être affinés par une analyse plus profonde, de sorte que ces ressources profitent au groupe-cible présentant un réel profil social.

>> *Financement des reconversions*

De même, le financement des reconversions doit favoriser l'évolution vers une nouvelle organisation des soins, par exemple par le découplage (partiel) de la reconversion, avec la réduction des lits justifiés et l'introduction du principe de *shared savings* (économies partagées). Nous devons en effet veiller à ce que les reconversions souhaitables d'un point de vue social (cf. le plan stratégique des soins flamand) ne soient pas hypothéquées par une situation accidentelle des établissements de la région concernée.

>> *Simplification des normes de financement*

La réglementation peut être grandement simplifiée et même en partie remplacée par les indicateurs de qualité décrits ci-dessus.

## B. *Encourager l'hôpital de jour*

Nous prônons que l'on continue à encourager l'hospitalisation de jour, entre autres en fonction du pilier 1 (diminution de la durée du séjour).

>> *Encourager l'hôpital de jour chirurgical*

Il faut encourager la chirurgie en activité de jour par un suivi continu de la liste des interventions possibles via une hospitalisation de jour: la liste A dans le BMF. Cette liste doit être discutée avec les associations scientifiques de chirurgie et être fondée sur l'*evidence based*. Les comparaisons internationales montrent que la Belgique obtient un score fort honorable dans la chirurgie de jour, à l'exception des maladies pour lesquelles la chirurgie de jour est pénalisée par rapport à la chirurgie traditionnelle.

>> *Incorporation complète de l'hôpital de jour dans le BMF*

Même après l'intégration préalable des mini-forfaits dans le BMF, le financement de la médecine interne et de certains traitements chirurgicaux de jour passe aujourd'hui par de nombreux forfaits axés sur le *fee-for-service*.<sup>44</sup> En vue du financement intégré des hôpitaux, le financement de l'hôpital de jour doit être complètement incorporé dans le budget hospitalier. Par conséquent, nous préconisons une rétribution égale et suffisante pour le même effort. Les différences historiques entre les forfaits des hôpitaux doivent être supprimées. Ici également, une révision régulière des activités qui tombent sous le champ de l'hôpital de jour (non-chirurgical) est essentielle.

## C. *Infrastructure*

Il va sans dire que les subventions d'investissement VIPA jouent un rôle important dans la réalisation de notre objectif: la concentration de programmes rares ou coûteux, la collaboration et la complémentarité au sein des réseaux et la diffusion de l'offre médicale d'autres

---

<sup>44</sup> Maxi forfait, forfaits 1-7, forfait manipulation d'un cathéter à chambre, salle de plâtre, forfait douleur chronique 1-3.



programmes de soins selon les huit critères de référence présentés (voir partie 2). Nous partons d'un plan stratégique de soins pour la Flandre où les moyens d'investissements sont affectés de façon judicieuse et systématique. Zorgnet Vlaanderen a également élaboré des propositions à cet effet.<sup>45</sup>

Nous rappelons une fois de plus l'importance des TIC dans le cadre du développement de réseaux cliniques et de réseaux locaux de soins autour du patient.

#### *D. Polyclinique*

Nous renvoyons à la discussion approfondie sur l'intégration de la polyclinique dans le budget des hôpitaux dans le pilier 2.

#### *E. Financement des soins hyperspécialisés*

Dans le modèle actuel, les soins hyperspécialisés sont financés via divers canaux. Par 'soins hyperspécialisés', l'on entend ceux qui sont hyper-complexes, et/ou qui couvrent un petit groupe-cible de patients et qui, par conséquent, exigent la concentration. Pour les activités de soins hyperspécialisés soumis à une programmation, les règles classiques d'activités et d'honoraires justifiés restent d'application. En outre, il existe un éventail de conventions de revalidation spécifique pour une pathologie (mucoviscidose, autisme, MS...). Le financement de techniques innovatrices y est au moins partiellement lié: il passe pour le moment par divers canaux, entre autres le remboursement par le CTI (Conseil Technique des Implants de l'INAMI) ou le financement par le FSS (Fonds spécial de solidarité de l'INAMI).

Un sujet de discussion est de savoir si et comment cette mosaïque d'initiatives peut être réorganisée, de manière à pouvoir ajuster la fragmentation actuelle des soins hyperspécialisés. Une concentration des soins hyperspécialisés dans les réseaux cliniques pourrait y contribuer. L'organisation des hôpitaux en réseaux cliniques, couplée à l'importance croissante accordée à la qualité des soins et au financement VBP correspondant, inciteront à concentrer les soins complexes au sein du réseau (cf. critère de référence 3 'masse critique').

La question est de savoir si, moyennant le respect de critères de qualité spécifiques, cette évolution spontanée n'offre pas des avantages par rapport à la technique de programmation top-down. Si une technique innovatrice fournit effectivement un avantage qualitatif et/ou permet d'optimiser le processus, l'introduction d'une philosophie VBP constitue un levier pour l'implémentation spontanée. Le regroupement des forces au sein des réseaux cliniques doit viser à garantir un accès régional égal à des soins hyperspécialisés de qualité. Une pathologie très rare qui doit être concentrée dans un ou deux *centres d'excellence*, pourrait faire exception.

#### *F. Le réseau*

Les soins pour lesquels les hôpitaux collaborent doivent être reconnus et financés au niveau du réseau. Le financement de l'infrastructure doit également suivre cette voie. Ainsi, les subventions pour les investissements dans le cadre de liens de collaboration devront également pouvoir être accordées au niveau du réseau.

---

<sup>45</sup> Note inédite de Zorgnet Vlaanderen: 'De toekomstige overheidssteun voor de investeringen in de Vlaamse ziekehuisinfrastructuur' (2014). Traduction libre: "L'aide publique future pour les investissements dans l'infrastructure hospitalière flamande"

### 3.4.2. Les honoraires pour les soins spécialisés

La proposition de nouveau financement des hôpitaux comporte aussi d'importantes modifications des honoraires. Dans cette section, nous donnons à nouveau un aperçu des adaptations que nous proposons.

- A. Rééquilibrage de la nomenclature
- B. Une nouvelle politique des RH pour les médecins grâce au Rééquilibrage
- C. Un modèle de *gouvernance rénové*
- D. Développement de la forfaitisation

#### A. Le rééquilibrage de la nomenclature

Nous renvoyons à la discussion approfondie sur le rééquilibrage de la nomenclature au pilier 2. Un rééquilibrage doit être débattu par les instances compétentes, avec pour principes **l'équité, l'accessibilité et le maintien de tarifs abordables**.

Le financement des hôpitaux devrait être tel que les rétrocessions ne soient plus nécessaires, de façon à ce que l'hôpital ne doive plus déterminer lui-même combien un médecin gagne finalement. Il appartient au pouvoirs publiques de mettre les balises en place et de déterminer la rémunération (nette) des médecins, y compris les suppléments. En effet, les suppléments font partie intégrante de la rémunération des médecins.

Dans ce débat, l'on accordera aussi une large place à la possibilité de **médecins salariés ou avec une rémunération forfaitaire**, indépendamment du 'volume' réalisé. Nous pensons en particulier aux disciplines qui (par moments) ne génèrent pas/que très peu ou juste assez de volume, et aux médecins spécialistes dans les hôpitaux universitaires. Le système doit passer du financement du 'volume' à celui du 'service' au sens large du terme.

Dans le cadre des tarifs abordables des soins, il convient d'examiner comment la **convention** ou un autre système peut réellement garantir la sécurité tarifaire pour le patient. L'on constate aujourd'hui que, dans certaines régions et pour certaines disciplines, le patient ne trouve plus de médecin conventionné.

#### B. Une nouvelle politique des RH pour les médecins grâce au rééquilibrage

Un rééquilibrage (voir pilier 2.D) doit permettre de concevoir une solide politique des ressources humaines pour les médecins, leur permettant par exemple, en fonction de leur âge ou de leur ambition, d'adapter leur activité clinique, de se réorganiser ou de consacrer leur expertise à des tâches plus administratives ou de coordination. Contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, ces activités supposent une rémunération.

D'autres aspects qui doivent être repris dans une politique des RH pour les médecins hospitaliers, et qui doivent faire partie du règlement général des hôpitaux, comprennent des mesures de sécurité pour protéger les femmes médecins enceintes (cf. la politique pour les infirmières) et le droit à un congé de maternité ou à un congé parental suffisant<sup>46</sup>.

---

46 De Witte, K., Eeckloo, K. & Vleugels, A. 2011. Pauwels, J. 2012.

### C. Un modèle de gouvernance rénové

L'ensemble des mesures susmentionnées doit également résulter en une nouvelle relation entre médecins et gestionnaires de l'hôpital, axée sur l'organisation, la continuité et la qualité des soins. Différents facteurs peuvent y contribuer.

- Les rétrocessions qui couvrent aujourd'hui en partie les frais de fonctionnement et de personnel dans le BMF, sont transférés dans le budget hospitalier. Une partie de ces ressources aboutit dans un **fonds de la qualité** (BMF), entre autres pour financer le DMI. Pour les médecins, il s'agit d'un investissement essentiel leur permettant de faire face au besoin croissant de soins trans-muros et de pouvoir continuer à travailler à l'amélioration de la qualité (voir pilier 1).
- Une partie des rétrocessions actuelles est consacrée au financement de la polyclinique (infrastructure et fonctionnement) sur la base de critères objectifs et transparents dans le cadre d'un *service level agreement* (voir pilier 2).
- Les rétrocessions au profit des investissements sont regroupés dans un **fonds d'investissement**, géré de façon paritaire par les médecins et l'hôpital/le réseau. Cela permet de négocier ensemble ce qui a une importance stratégique au sein de l'hôpital/du réseau, au lieu de perdre du temps avec des discussions stériles sur les rétrocessions (voir pilier 2).
- Des bonus sont octroyés dans le cadre des **P4P** à partir des moyens dégagés par la rationalisation de l'offre hospitalière (voir pilier 3). La réduction voulue du nombre de jours de séjour permet notamment d'épargner non seulement sur le BMF, mais également sur la masse des honoraires (diminution du nombre de forfaits d'admission et de jour, biologie clinique, imagerie médicale, honoraires de surveillance...).

Il est important de continuer à responsabiliser les médecins.

### D. Développement de la forfaitisation

Par rapport aux autres pays, il est frappant de constater le nombre élevé de prestations médicales et médicotechniques en Belgique. L'analyse – entre autres des montants de référence – indique également une grande variabilité de la pratique. L'on appelle donc à mettre en place des mécanismes qui modulent le financement axé sur le volume et du paiement à l'acte. Comme mentionné ci-avant, l'introduction du VBP est un premier élément qui y contribuera. Financer la qualité des soins au lieu des actes médicaux sous-jacents aide à dissuader la variabilité 'injustifié' en pratique.

L'introduction d'un **système de financement plus forfaitisé** est une mesure pour réduire le nombre de prestations dans certaines rubriques de la nomenclature,.

Nous pensons en premier lieu à l'imagerie médicale où il existe clairement un problème de volume, et en particulier le nombre élevé d'examens au scanographe. Outre l'aspect budgétaire, il existe aussi les risques d'exposition excessive aux radiations. Nous recommandons donc d'insérer le volet des honoraires, qui couvre les investissements en appareils médicaux, dans le fonds d'investissement (voir pilier 2). Cela permet une politique d'investissement plus rationnelle dans l'hôpital et le réseau hospitalier.

Outre la forfaitisation complète de certaines activités médicales, l'on peut également instaurer le **bundled payment** ou financement par épisode de soins <sup>47</sup> afin de supprimer le paiement à l'acte et la variabilité injustifiée. Dans ce système, les diverses composantes des coûts sont conservées, de sorte que la transparence est maximale pour le patient, les dispensateurs de soins, les équipements de soins et les financeurs de soins.

Nous pensons en particulier à la rémunération des soins prévisibles (cf. processus de valeur ajoutée). Notre proposition suppose notamment que les incitants à la prestation à l'acte soient partiellement neutralisés dans les honoraires, entre autres par l'octroi de montants fixes par épisode de soins ou par patient. Si l'on laisse l'accent porter purement sur les prestations, la réforme du financement des hôpitaux restera lettre morte. En effet, à l'avenir, l'on collaborera de plus en plus **autour du patient**. Il faudra donc rémunérer le travail d'équipe au lieu des prestations individuelles.

---

47 Par exemple : les "best practice tariffs" (BPT)

## 4. Conclusion

Le test ultime pour évaluer toute technique de financement consiste à déterminer quel bénéfice de santé elle apporte pour le patient, au niveau individuel et collectif.

Une technique de financement n'existe pas en soi, mais doit être le fruit d'un nouveau modèle de soins. Et ce nouveau modèle est nécessaire. Avec le vieillissement de la population, la multimorbidité et la croissance des besoins en soins chroniques, il faut instaurer la collaboration et le travail en réseau entre les acteurs des soins, afin que les soins puissent toujours être assurés à proximité des besoins locaux. En outre, la médecine aigue, axée sur la technologie, doit être réorganisée, de sorte que les surspécialités et les services hyperspécialisés sont concentrés et proposés de manière complémentaire. De même, les services médicotechniques et logistiques peuvent enregistrer des gains d'efficacité en groupant les activités. Au niveau des ressources humaines, il faudra agir avec circonspection, de manière à pouvoir attirer des professionnels de la santé motivés et qualifiés en nombre suffisant et ayant la formation et les compétences adaptées aux nouveaux besoins des soins de santé.

Le nouveau modèle de financement doit fournir des incitants correctement orientés.

Le financement actuel, dont la structure a plus de 50 ans, a besoin d'une réforme en profondeur. La coordination et la collaboration n'étaient pas favorisées. Ce sont pourtant les clés du nouveau modèle de soins. En outre, tant le financement des hôpitaux que les honoraires des médecins étaient principalement basés sur les actes et les prestations, au lieu d'être basés sur la qualité et le résultat. Ils généraient de gros chiffres d'affaires et un important volume, mais n'avaient pas la qualité incitante voulue pour prodiguer les soins appropriés. Cela résultait en une 'pénurie de soins' pour certaines populations et en une 'surconsommation' des prestations médicotechniques.<sup>48</sup>

En raison des économies de ces dernières années, selon la méthode testée de la 'râpe à fromage', les hôpitaux se sont retrouvés dans une spirale négative: réaliser de plus gros chiffres d'affaires afin d'éviter les déficits. En effet, aujourd'hui, les chiffres d'un hôpital sur quatre sont dans le rouge.

Le secteur hospitalier lui-même réclame de toute urgence un financement adapté. Le congrès hospitalier flamand "*Together we care*" qui s'est tenu en mai 2013, a formulé à cet effet les principes suivants :

1. Amélioration de la qualité, augmentation de l'effectivité via la médecine scientifiquement étayée..
2. Diminution de la charge administrative et augmentation de la transparence.
3. Incitation à la collaboration pour une meilleure coordination des soins aux patients.
4. Assurer la stabilité financière des hôpitaux en leur fournissant les ressources suffisantes et un budget suffisamment prévisible pour permettre un cadre financier pluriannuel.

---

<sup>48</sup> Annemans, L. 2014.

5. Un bon équilibre entre les soins compliqués et complexes, ou entre les processus standardisés et non-standardisés (...).
6. Un financement effectif du coût réel. A cet effet, il convient d'éliminer simultanément le déséquilibre actuel entre des activités surpayées et la partie considérable d'activités sous-payées. Afin d'indemniser correctement les frais, il est nécessaire de calculer tous les frais du personnel et des médecins via des prix-cibles nationaux.
7. Tenir compte des effets au niveau de la gestion des RH: mettre au point des incitants corrects pour que tous les dispensateurs de soins exécutent leur travail de manière optimale et qu'ils soient rémunérés sur la base de leur engagement, de leur responsabilité et de leur expertise. Des déséquilibres au niveau des incitants doivent disparaître.
8. Stimuler l'exploitation efficiente des établissements.
9. Stimuler systématiquement l'innovation, tout en surveillant ces nouvelles possibilités lors de leur introduction et apporter une contribution à la base de données de l'International Network of Agencies of Health Technology Assessment (...).<sup>49</sup>
10. Veiller à la durabilité, en faisant des choix budgétaires objectifs et responsables du point de vue social, afin de garantir des soins accessibles, dans le cadre de budgets macro-économiques réalistes.

**Le modèle de financement proposé est centré sur une approche intégrée, qui vise l'efficacité et la qualité, et stimule l'entrepreneuriat social. Le principe de départ est le financement équitable des hôpitaux sans déficit et sans rétrocessions des médecins.**

Ce modèle part de trois piliers:

1. La réduction de la variabilité (injustifiée et non *evidence-based*) dans les soins, tant au niveau des admissions des patients qu'au niveau de la durée du séjour hospitalier, et la possibilité de réorienter les ressources (éventuellement via les réseaux) vers les soins chroniques, un meilleur encadrement et les investissements nécessaires pour le dossier médical informatisé.
2. Une macro-réaffectation des ressources afin d'inciter les médecins à opter pour les soins hospitaliers et à continuer de garantir la continuité 24 heures sur 24.
3. Encourager tant les médecins que les hôpitaux, par des incitants concrets, à travailler en se concentrant sur la valeur et la qualité.

Les transferts budgétaires proposés se situent au niveau macro (national), entre autres par les divers systèmes de rétrocession dans les hôpitaux. De même au niveau méso (le réseau), des transferts devraient être possibles dans les budgets afin de soutenir le passage à d'autres formes de soins. De la sorte, les gains d'efficacité pourront être utilisés dans le réseau. Au niveau micro (l'hôpital), ce sont la valeur et les soins de qualité qui prendront forme de manière concrète.

---

<sup>49</sup> INAHTA: [www.inahta.org/](http://www.inahta.org/)

Les membres de Zorgnet Vlaanderen sont prêts à prendre leurs responsabilités, et à participer à la réalisation de cette transition.

Nous proposons au gouvernement une approche qui mettra notre système des soins de santé sur la bonne voie au niveau structurel.

Toutefois, certaines conditions préalables sont requises :

### **1. Le maintien budgétaire**

Afin de réaliser un nouveau modèle de financement et de pouvoir introduire progressivement de grandes réformes, il est nécessaire de maintenir les moyens budgétaires actuels alloués de manière globale pendant cinq ans au moins. Le gouvernement doit également veiller à ce qu'aucun nouveau surcoût (par exemple par des accords sociaux) ne vienne entraver le sentier budgétaire. Nous proposons également une norme de croissance de 2% (au-dessus de l'inflation) afin de neutraliser l'augmentation endogène des coûts, et de donner une chance à la réforme du système des soins de santé avec les frais de transition y afférents.

### **2. Un plan pluriannuel**

Il faut que le gouvernement, en collaboration avec les acteurs concernés, à savoir les hôpitaux et les médecins hospitaliers, élabore un plan stratégique pluriannuel clair (et progressif) des soins pour dix ans au minimum, couplé à des réévaluations et ajustements réguliers. Le gouvernement devra prendre les mesures conséquentes pour les garanties juridiques et financières, qui devront entre autres permettre la réalisation du réseau pendant la période de transition.

### **3. Un fondement technique et scientifique**

Zorgnet Vlaanderen demande que l'on instaure une '*evidence informed policy*', à savoir une politique formée sur la base de dossiers solidement étayés et qui tient compte des connaissances et évolutions internationales.

### **4. Un entrepreneuriat déterminé**

Nous voulons qu'il existe un espace politique nécessaire pour mener à bon terme cette grande réforme complexe.

### **5. Un fédéralisme de collaboration**

Tout comme le gouvernement peut s'attendre à ce que les dispensateurs de soins collaborent entre eux, nous pouvons, en tant que secteur nous attendre à ce que les diverses entités compétentes se mettent d'accord et suivent la même ligne. Maintenant que les soins chroniques, la coordination de première ligne et la politique d'infrastructure sont devenus des compétences communautaires et régionales, la réforme ne sera possible qu'avec un plan pluriannuel soutenu par toutes les autorités.

Bien entendu, les propositions formulées dans la présente publication ne sont ni parfaites, ni complètes. Elles ne sont pas non plus 'à prendre ou à laisser'. Par contre, elles sont le reflet de ce qui importe : un changement s'impose afin de maintenir les fondements. En formulant des propositions concrètes, Zorgnet Vlaanderen espère avoir contribué à la réforme nécessaire, en vue de préserver à l'avenir des tarifs abordables, tout en garantissant l'accessibilité et la qualité des soins.

# Liste des acronymes

APR-DRG	All Patient Refined - Diagnosis-Related Group
AVC	Accident vasculaire cérébral
B1	Partie B1 du BMF: les coûts des services communs
B2	Partie B2 du BMF: les coûts des services cliniques
BMF	Budget des Moyens Financiers
CBMF	Chirurgie buccale et maxillo-faciale
CNEH	Conseil National des Etablissements Hospitaliers
CTI	Conseil Technique des Implants
CTM	Conseil Technique Médical (INAMI)
CPE	Complications Potentiellement évitables
DMI	Dossier médical informatisé
EBM	Evidence based medicine
FBI	Fonds Budgétaire Interdépartemental
FSS	Fonds spécial de Solidarité
IAM	Infarctus aigu du myocarde
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MAHA	Model for Automatic Hospital Analyses
MRS	Maison de repos et de soins
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
P4P	Pay for Performance
RMN	Résonance magnétique nucléaire
SCIP	Projet d'amélioration en soins chirurgicaux
SIN	Soins intensifs néonataux
SOI	Severity of Illness
SPF	Service Public Fédéral
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
VBP	Value Based Purchasing
VIPA	Traduction libre: fonds d'infrastructure flamand pour des matières personnalisables



# Bibliographie

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L. et al. 2014. 'Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study', *The Lancet* 383 (9931): 1824-1830.

Annemans L. 2014. *De prijs van uw gezondheid*. Tielt: LannooCampus.

Carey, K., Burgess, J. & Young, G. 2008. 'Specialty and full service hospitals: a comparative cost analysis', *Health Serv Res* 43 (5 Pt 2): 1869-87.

Christensen, C., Grossman, J. & Hwang, M. 2009. *The Innovator's Prescription*. New York: McGraw Hill.

De Witte, K., Eeckloo, K. & Vleugels, A. 2011. Arts in het ziekenhuis. *Een HR-perspectief*. Tielt: LannooCampus.

OCDE 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

Pauwels, J. 2012. *Naar een geneeskunde met kantooruren? Voorstellen voor het waarborgen van de continuïteit van acute zorg*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

Pauwels, J. (red). 2013. *Together we care. Ziekenhuizen als shakels in een keten van zorg*. Leuven: ACCO.

Stordeur, S. & Eyssen, M. 2012. *Profylactisch verwijderen van verstandskiezen in afwezigheid van pathologie: rapid assessment (KCE Report 182As)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Swartenbroeckx, N., Obyn, C., Guillaume, P. et al. 2012. *Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies (KCE Report 178A)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Vande Voorde, C., Gerkens, S., Van den Heede, K. & et al. 2013. *Une étude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays (KCE Report 207As)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Van De Sande, S., De Ryck, D., De Gauquier, K. et al. 2010. *Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen (KCE Report 121A)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Vinck, I. & Paulus, D. 2014. *Correctie van refractieve oogafwijkingen bij volwassenen – Deel 3: organisatie en wettelijk kader van de extramurale chirurgische centra (KCE Report 225As)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Zorgnet Vlaanderen vzw  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel  
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69  
post@zorgnetvlaanderen.be  
www.zorgnetvlaanderen.be

