



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

MAGGIE DE BLOCK

Plan d'approche Réforme du financement des hôpitaux

.....

Commission de la Santé publique, 28 avril 2015

Sommaire

1. Introduction par la Ministre

2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital

1. Concept d'hôpital
2. Concept de réseau

3. Réforme du financement des hôpitaux

1. Principes de base
2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
3. Missions et tâches spécifiques
4. Projets pilotes
5. Value based care / Pay for performance
6. Réformes à court terme

4. Structure de gouvernance pour le projet

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

Accord de gouvernement fédéral

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

Accord de gouvernement fédéral

1. Rôle de l'hôpital dans le paysage hospitalier

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

Accord de gouvernement fédéral

2. Adaptation du financement de l'hôpital

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

Accord de gouvernement fédéral

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

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

Plan d'approche: processus suivi

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

Plan d'approche: constitution

Contexte, objectifs et lignes directrices de la réforme

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

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

Méthode

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

Gouvernance du projet:

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

10 messages principaux

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

Affectation intelligente des moyens

Il ne s’agit pas de faire des économies

Pas de réduction du personnel

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

Comment?

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

2. Conserver les points forts – éliminer les points faibles

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

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

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

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

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

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

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

5. Nous récompensons la qualité des soins

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

6. Nous rendons le financement des missions spécifiques transparent

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

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

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

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

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

9. Nous procédons de manière ciblée et progressive.

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

10. Nous réformons ensemble avec tous les intéressés

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

Sommaire

1. Introduction par la Ministre
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital
 1. Concept d'hôpital
 2. Concept de réseau
3. Réforme du financement des hôpitaux
 1. Principes de base
 2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
 3. Missions et tâches spécifiques
 4. Projets pilotes
 5. Value based care / Pay for performance
 6. Réformes à court terme
4. Structure de gouvernance pour le projet

Context: besoins des réformes

- Croissance des besoins de soins:

- Vieillissement
- Pathologie chronique
- Multimorbidité



De cure → care

*Besoin de plus de
coordination des soins*

- Patients plus actifs et vocals
- Croissance des technologies médicales pour répondre aux besoins de soins, incl *e-health & m-health*
- Mais croissance **limitée** du budget

→ Utilisation plus **intelligente** des budgets disponibles

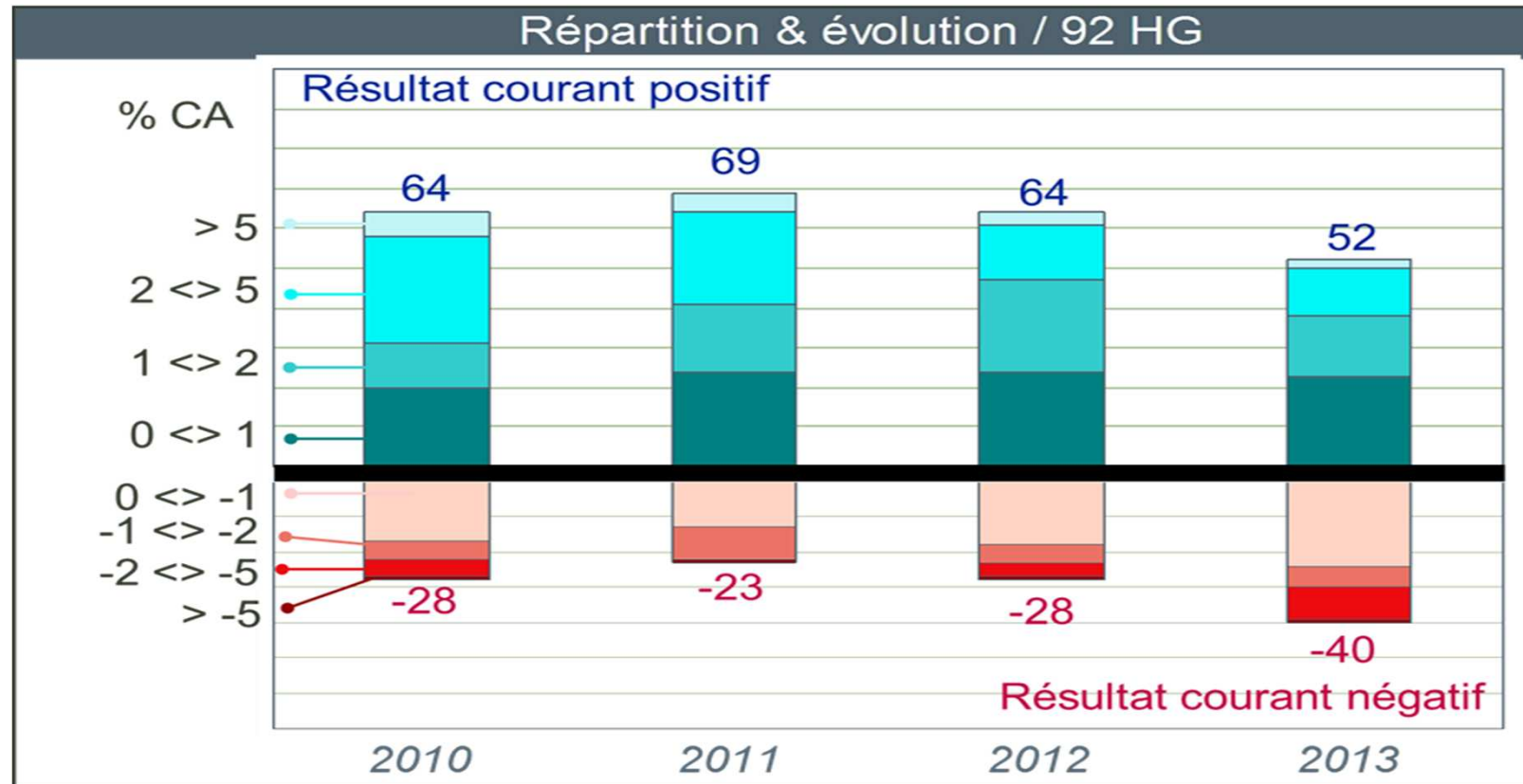
Context: besoins des réformes

- **Financement actuel:** désavantages et problèmes
 - Très complexe, trop de charges administratives, informatisation inadéquate
 - Fortement axé sur les prestations → grands volumes des soins à prix d'unité bas
 - N'encourage pas le déploiement efficace des ressources
 - Mauvaise qualité n'est pas sanctionnée financièrement– bonne qualité n'est pas toujours récompensée
 - Proximité de soins est souvent confuse avec qualité de soins
 - Sousfinancement structurel du BMF → demande un interfinancement permanent par les honoraires
 - Trop de fragmentation
 - Honoraires: acte intellectuel sous-évalué vis à vis acte technique
 - Innovations pas remboursé assez vite → risque d'une médecine à deux vitesses

Context: besoins des réformes

- Santé financière devient précaire dans de plus en plus d'hôpitaux

Belfius MAHA 2014



→ Besoin d'organisation & modèle de financement plus efficace

Réorientation de l'hôpital dans le paysage des soins de santé

- Notions de base :
 - **Concentration** de soins complexes / spécialisés dans les hôpitaux :
 - Répartition des tâches entre hôpitaux :
 - Envois/renvois entre hôpitaux, par groupe de pathologies
 - Répartition des groupes de pathologies (réaménagement des tâches)
 - Répartition des tâches entre hôpitaux universitaires et généraux, et entre différents hôpitaux universitaires, basés sur les compétences et l'expertise déjà présentes
 - Concentration ≠ hôpitaux plus grands
 - Les centres de référence ne sont pas nécessairement des hôpitaux universitaires
 - Choix entre concentration et étalement : *evidence-based* (critères : masse critique, coût de la technologie, prévalence, continuité, ...)
 - Support IT → moins d'examens en double, moins d'administration, sécurité accrue du patient

Réorientation de l'hôpital dans le paysage des soins de santé

- Notions de base :
 - Les hôpitaux développent une offre de soins complémentaire via des **réseaux** → afin de réduire l'incitation à proposer tous les services, fonctions et programmes de soins dans chaque hôpital
 - Types de **réseaux** d'hôpitaux :
 - Pour les soins cliniques (envoi de patients ou déplacement de prestataires de soins)
 - Régional (soins dispersés)
 - Suprarégional (soins concentrés)
 - Pour les services de soutien médical (labo, anatomopathologie, pharmacie) (déplacement d'échantillons/de matériel)
 - Pour les services auxiliaires (groupement d'achat, tarification-facturation, environnement & prévention, marchés publics, sécurité alimentaire, ...)

Réorientation de l'hôpital dans le paysage des soins de santé

- Notions de base :
 - **Collaboration** entre hôpitaux et d'autres structures de soins dans des chaînes locales transmurales de type *cure & care* (médecins généralistes, soins à domicile, maisons de repos et de soins, ...) – en concertation avec les entités fédérées
 - **Estimation des besoins** → capacité hospitalière requise
- Objectifs :
 - Optimiser l'infrastructure (*moins de sites, d'équipements, d'entretien*), tout en maintenant l'accessibilité
 - Affectation plus judicieuse (*pas de réduction*) du personnel de soins
- Défi : **vérification de conformité** avec les entités fédérées, pour qu'il n'y ait pas de nouvelle infrastructure/d'élargissement de l'infrastructure qui ne soit pas compatible avec le « paysage des soins de santé 2025 » (plan développé en 2016)

Nouveau concept d'hôpital

- **Hôpital** ≠ maison de lits, mais un centre d'expertise médico-technologique, avec plateformes de diagnostic et de traitement
- Concept d'**hôpital** : exigences minimales pour la qualification comme hôpital :
 - Non plus des quantités & types de lits, de services (*structure*)
 - Mais des *missions* :
 - Soins (de base) proximaux
 - Soins (spécialisés) de référence
 - Plaque tournante dans le réseau de soins transmurales

Nouveau concept d'hôpital

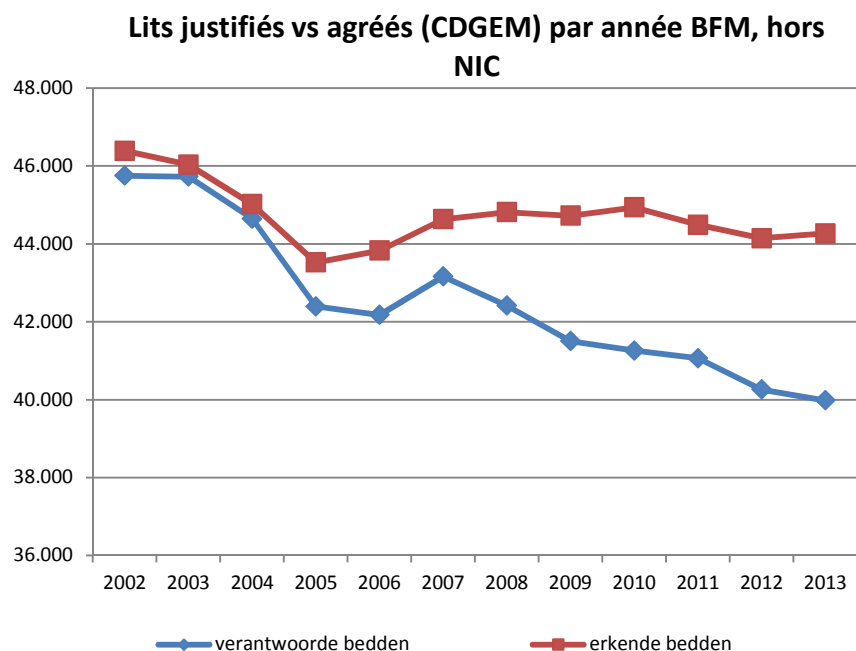
- Concept d'**hôpital** :
 - « Chirurgie de cabinet » dans des cabinets extramuraux :
 - Mêmes normes en matière d'infrastructure, encadrement du personnel pour les polycliniques extramurales et liées aux hôpitaux → mêmes normes d'agrément et autorisation d'exploitation
 - Mêmes exigences en ce qui concerne la permanence, la continuité de la dispense de soins et la participation aux services de garde (c.-à-d. éviter le *cherrypicking*)
 - Financement identique
 - À régler via un avant-projet de loi sur la pratique des soins de santé

Concept de réseau

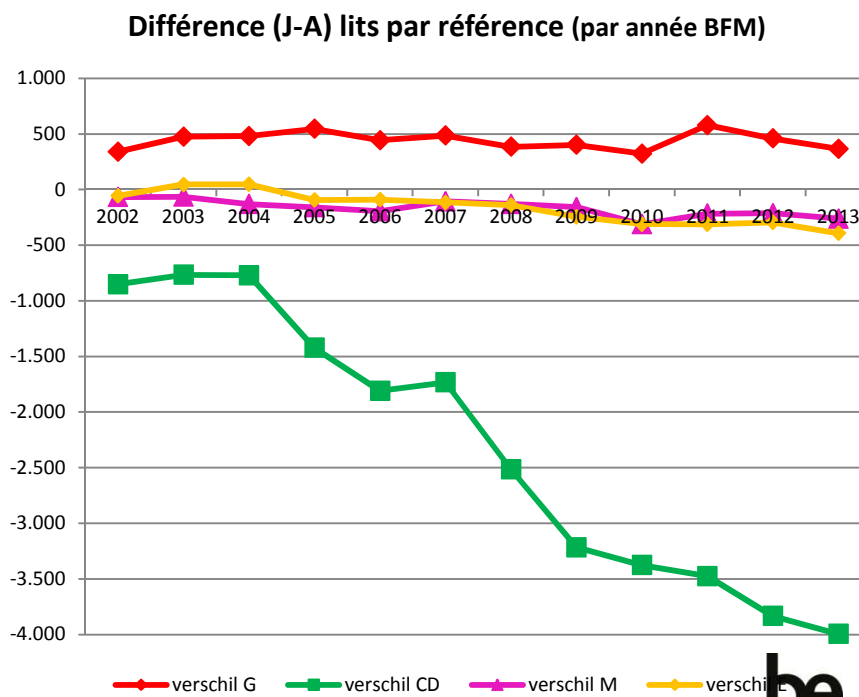
- Missions :
 - Autorisation de proposer certains soins au niveau du réseau – pas dans tous les hôpitaux qui sont membres du réseau
 - Attribution d'un financement (budget) pour certaines activités
- Membres :
 - Plusieurs hôpitaux (ou services hospitaliers)
 - Des hôpitaux peuvent être membres d'un seul réseau (local, régional) ou de plusieurs réseaux (suprarégionaux)
- Organisation
 - Examiner pour quels types de réseaux une structure formelle (avec personnalité juridique) est souhaitable
 - La réglementation connexe ne doit pas compliquer la collaboration (par ex. TVA, détachement de personnel)

Évolution des lits d'hôpital « nécessaires »

- Suppression de lits (vides)/raccourcissement de la durée de séjour: Excédent de lits d'hôpital aigus → reconversion en lits chroniques (G, Sp)
- La suppression de sites et services hospitaliers entiers est nécessaire pour des économies réelles sur l'infrastructure et une affectation plus judicieuse du personnel



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



Transition vers le nouveau concept

- Phase de transition vers le nouveau modèle d'organisation des soins : instruments de gestion / leviers :
 - Autorisation / financement de réseaux au lieu d'hôpitaux
(la collaboration comme condition / atout pour l'autorisation)
 - Art. 107 – avec maintien provisoire du budget
 - Reconversions de lits en alternatives (par ex. lits d'hôpital chroniques, maisons de convalescence, hôtel de soins, hospitalisation à domicile)
 - Suppression de lits avec dédommagement, ...
 - « Bundled Payments »
- Collaboration avec les entités fédérées :
 - Investissements comme levier pour la rationalisation
(projets de construction neuve compatibles avec le « paysage des soins de santé 2025 »)
 - Accords de coopération – peuvent être asymétriques

Nouveau concept d'hôpital

- Approche top-down versus bottom-up ?
 - Au maximum **bottom-up** : rationalisation volontaire (dans le cadre réglementaire en ce qui concerne, entre autres, la programmation, le paysage des soins de santé 2025 souhaité)
 - Uniquement **top-down** là où c'est nécessaire :
 - Cadre global et règles à suivre pour le réseautage
 - Formation de réseau dans un cadre légal et financier plus strict, qui favorise la collaboration
 - Si pas de rationalisations spontanées ou dans la mauvaise direction → les autorités interviennent
 - Sans détruire l'entrepreneuriat et la saine concurrence

Nouveau concept d'hôpital

- Modèle de gouvernance pour les hôpitaux
 - Réseaux :
 - Formalisation dans la structure de gestion des hôpitaux
 - Compétences du conseil médical ?
 - Forte implication des médecins dans la gestion médicale transparente des hôpitaux :
 - Identification de la partie exploitation dans les honoraires
 - À examiner : liaison entre la partie fonctionnement et les autres flux financiers ?

Sommaire

1. Introduction par la Ministre
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital
 1. Concept d'hôpital
 2. Concept de réseau
3. Réforme du financement des hôpitaux
 1. Principes de base
 2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
 3. Missions et tâches spécifiques
 4. Projets pilotes
 5. Value based care / Pay for performance
 6. Réformes à court terme
4. Structure de gouvernance pour le projet

Réforme du financement: principes de base

- Financement correct du coût réel des soins justifiés
- Favoriser l'affectation efficace des ressources
- Récompenser la qualité : value based care / P4P
- Trois clusters (*en fonction de la prévisibilité et de la complexité - risques*) :
 - Soins à basse variabilité
 - Soins à moyenne variabilité
 - Soins à haute variabilité, non standardisables
- Transparence : Coût par pathologie
- Adaptation du sous-financement de BFM :
 - Réorientation de l'hôpital dans le paysage des soins de santé
 - Transparence : identification de la partie frais d'exploitation dans les honoraires

Réforme du financement: principes de base

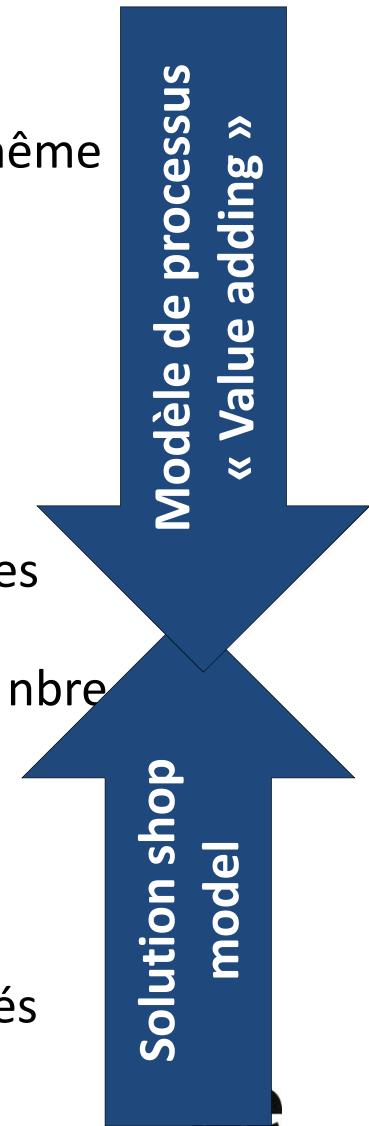
- **Financement distinct, transparent** pour les fonctions et missions spécifiques (par ex. urgences, facteurs sociaux, fonction universitaire) → un seul prix pour un seul produit (= mission uniforme)
- Favoriser la collaboration, la coordination et l'**intégration** :
 - Via les différents flux financiers dans les hôpitaux
 - Via la structure de gestion (implication des médecins dans la gestion de l'hôpital)
 - Intégration entre le financement de l'hôpital et le financement d'autres formes de soins : *bundled payments*
- **Stabilité** financière : budget pluriannuel (cf. INAMI)
- Encourager l'**entrepreneuriat** social et l'**innovation**
- Harmonisation permanente avec les **entités fédérées** :
 - Financement des investissements
 - Normes d'agrément

Sommaire

1. Introduction par la Ministre
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital
 1. Concept d'hôpital
 2. Concept de réseau
3. Réforme du financement des hôpitaux
 1. Principes de base
 2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
 3. Missions et tâches spécifiques
 4. Projets pilotes
 5. Value based care / Pay for performance
 6. Réformes à court terme
4. Structure de gouvernance pour le projet

Réforme du financement: clusters de financement

- Soins (standardisés) à **basse variabilité** :
 - Les soins ne varient que peu/pas entre les patients dans le même « groupe de pathologie » ; parfaitement prévisibles
 - FIN : prix uniforme pour chaque patient (par « groupe de pathologie »)
*(risque en cas de variabilité/patient : pour l'hôpital
risque concernant le nombre de patients : autorités)*
- Soins à **moyenne variabilité** :
 - Les soins varient davantage entre les patients ; dans les limites
 - FIN : tient partiellement compte de la variabilité (justifiée) – via des clés de répartition du budget national en fonction du nbre de pathologies et de la gravité des soins
(risque réparti entre hôpitaux)
- Soins à **haute variabilité** :
 - Soins sur mesure ; pas prévisibles
 - FIN : partiellement en fonction des soins réellement dispensés
(risque : davantage pour les autorités)



Réforme du financement des hôp.

- **Clustering** des patients en groupes de soins à basse/moyenne/haute variabilité
 - Analyse approfondie des données disponibles / expériences étrangères → délimitation des groupes
 - APR-DRG et degré de gravité (severity of illness) ?
 - Âge ?
 - Affections chroniques versus aiguës ?
 - Programmes de soins ?
 - Risque de « surcodage » (basse → haute) → moins de risques financiers pour les prestataires de soins (plus pour l'autorité de financement)
 - Nécessité d'un audit professionnel (maintien)

Réforme du financement: soins à basse variabilité

- **Quoi** : groupes de pathologies avec un parcours de soins standardisé / peu de variabilité entre les patients
- **Objectif** :
 - Montant fixe & uniforme/type d'hospitalisation
 - Indépendamment des soins réellement dispensés dans chaque hôpital individuellement
*(risque financier en cas de variabilité/patient → pour chaque hôpital
risque financier en ce qui concerne le nombre de patients → pour les autorités)*
- **Phase 1** : groupes de diagnostic montants de référence → honoraires prospectifs :
 - Regroupement des honoraires → stimule la collaboration entre médecins
 - Délimitation des tickets modérateurs / suppléments / période de carence
 - Identification des patients lors de l'hospitalisation → APR-DRG (si MZG prêt à la sortie) **ou alternative** (codes de nomenclature ? Snomed ?)

Réforme du financement: soins à basse variabilité

- **Phase 2** : élargissement à plus d'autres groupes de pathologies / d'autres honoraires
- **Phase 3** : intégration d'autres flux de financement au sein des hôpitaux → montant global/hospitalisation (*hors honoraires*) :
 - BFM (min. : seulement B2 – max. : tout) → raccourcissement durée de séjour
 - Médicaments
 - Hôpital de jour
 - Note : pas de 'all-in' complet, car hors investissements
- **Phase 4** : augmentation de la transparence :
 - division des honoraires (qui reste la pleine propriété du médecin) en une partie « professionnelle » et une partie « coûts de fonctionnement»
 - Liaison éventuelle de la partie fonctionnement des honoraires au montant global/hospitalisation, reste lié au maintien de l'autorité/responsabilité des médecins sur les honoraires
- **Phase 5** : intégration avec des soins en dehors de l'hôpital (par ex. rééducation ambulatoire, soins prénatals et postnatals ambulatoires) → *shared savings*

Réforme du financement: soins à moyenne variabilité

- **Quoi** : groupes de pathologies avec soins moins standardisables / plus de variabilité (justifiée) entre les patients
- **Objectif** : financement par groupe de pathologies, qui varie partiellement des soins réellement dispensés (*risque financier partagé entre les prestataires de soins*)
- **Phase 1** : maintien de la logique du ‘budget national fermé’:
 - Paramètres qui répartissent le budget entre les hôpitaux en fonction du nombre et de la nature des patients (par ex. APR-DRG) et de la gravité des soins (durée de séjour, soins infirmiers, ...)
 - Avec une simplification significative des éléments BFM actuels

Réforme du financement: soins à moyenne variabilité

- **Phase 1** : simplification significative des éléments BFM actuels :
 - Lits justifiés sur la base de la durée moyenne nationale de séjour ou de la durée de séjour 'evidence-based' ?
 - Intégration de la norme de personnel B4 dans le financement B2
 - Intégration de B9 dans la composante B2
(plus de risques financiers pour l'hôpital → plus de liberté dans l'allocation des ressources)
 - Avec une charge d'enregistrement sensiblement réduite
 - À court terme : via la suppression de données non utilisées/doubles enregistrements
 - À long terme : aussi dans RHM, via DEP/Snomed
 - Financement distinct pour des services qui n'apparaissent que dans un nombre limité d'hôpitaux (par ex. radiothérapie, PETscan)

Réforme du financement: soins à moyenne variabilité

- **Phase 2** : intégration de médicaments (forfaitairisés) et de l'hôpital de jour → plus forte incitation à passer à l'hôpital de jour
- **Phase 3** : identification de la partie fonctionnement dans les honoraires (la liaison éventuelle est indissociable de l'autorité/la responsabilité permanentes des médecins sur les honoraires)
- **Phase 4** : incitants pour la collaboration (envoi et renvoi) avec d'autres hôpitaux et formes de soins, y compris les soins ambulatoires en dehors de l'hôpital – certainement pour les affections chroniques

Réforme du financement: soins à haute variabilité

- **Quoi** : groupes de pathologies avec un degré élevé d'imprévisibilité dans le parcours de soins (recherche diagnostique, incertitude quant à l'impact de la thérapie, complications, comorbidités,) → soins = travail sur mesure (*'outliers'* - part limitée de patients)
- **Objectif** : financement basé davantage sur les soins (justifiés) réellement dispensés (c.-à-d. risque financier davantage chez l'autorité de financement)

Réforme du financement: soins à haute variabilité

- Modalités de financement : **deux pistes de réflexion** :
 - Partie prédéfinie du budget national pour les hôpitaux pour les soins à haute variabilité, à répartir entre tous les hôpitaux concernés, sur la base du nombre et du type de patients et d'activités en t-2
 - (+) sécurité budgétaire pour les autorités*
 - (-) risque financier réparti entre hôpitaux → risque de sélection induite*
 - Financement par « programme de soins » :
 - Allocation fixe en fonction de l'agrément → limitation du nombre de centres
 - Financement variable en fonction du nombre et du type de patients
 - (+) moins de risques de sélection induite*
 - (-) risque budgétaire (limité) pour les autorités*

Sommaire

1. Introduction par la Ministre
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital
 1. Concept d'hôpital
 2. Concept de réseau
3. Réforme du financement des hôpitaux
 1. Principes de base
 2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
 3. Missions et tâches spécifiques
 4. Projets pilotes
 5. Value based care / Pay for performance
 6. Réformes à court terme
4. Structure de gouvernance pour le projet

Fonctions & missions spécifiques: financement distinct

- **Objectif** : plus de transparence : « un seul prix pour un seul produit » dans le financement des soins par patient
- **Applications** : facteurs sociaux, services des urgences, missions académiques des hôpitaux universitaires, innovation, équipement médical lourd (radiothérapie, PETscan, ...), ...
- **Facteurs sociaux** :
 - Cf. B8 actuel (et petite partie B2) BFM
 - Distinction en fonction des patients avec un faible statut socio-économique
- **Missions académiques des hôpitaux universitaires** :
 - Cf. B7 actuel BFM (et une petite partie en forfaits)
 - Distinction en fonction des normes / missions académiques des hôpitaux universitaires

Sommaire

1. Introduction par la Ministre
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital
 1. Concept d'hôpital
 2. Concept de réseau
3. Réforme du financement des hôpitaux
 1. Principes de base
 2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
 3. Missions et tâches spécifiques
 4. Projets pilotes
 5. Value based care / Pay for performance
 6. Réformes à court terme
4. Structure de gouvernance pour le projet

Projets pilotes

- Contexte :
 - Une évolution et non une révolution ;
implémentation prudente, pragmatique et par étapes des nouveaux modèles
 - Besoin de coordination et d'intégration des soins
→ peuvent être stimulées via un financement intégré (« *bundled payments* ») :
 - Au sein de l'hôpital
 - Entre l'hôpital et d'autres institutions de soins : soins transmuraux



Via des projets pilotes

Projets pilotes

- Développement d'**instruments politiques** pour les projets pilotes :
 - Art. 107
 - Conventions INAMI
 - Art. 56 de la loi AMI
- **Propositions** concrètes ?
 - Sonder activement les suggestions concrètes auprès des parties prenantes
 - Quelques suggestions... voir ci-après
- **Approche** :
 - Appel à soumission de propositions - dans un cadre neutre sur le plan budgétaire
 - Sélection sur le plan du contenu des propositions soumises (experts/politique)
 - Sécurité budgétaire pendant la période du projet (4 ans max.)
 - Critères d'évaluation clairs :
 - Si réalisé → implémentation à plus grande échelle
 - Si pas réalisé → arrêter

Projets pilotes: illustrations

- **Accoucher avec séjour court à l'hôpital**
 - Durée de séjour plus courte à l'hôpital
 - Fonction d'hôtel de l'hôpital (partiellement à charge d'assurances hospitalisation privées) : déplacer la couverture vers les soins à domicile/l'hôtel de soins
 - Honoraires : montant de référence prospectif
 - Intégration des soins de maternité postnatals
 - Intégration des soins de maternité prénatals
 - En cas de séjour plus long à l'hôpital à la demande de la patiente : entièrement à charge de la patiente ?
- **Hospitalisation à domicile, BPCO, chimio à domicile, orthopédie septique : AB IV à domicile...**

Sommaire

1. Introduction par la Ministre
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital
 1. Concept d'hôpital
 2. Concept de réseau
3. Réforme du financement des hôpitaux
 1. Principes de base
 2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
 3. Missions et tâches spécifiques
 4. Projets pilotes
 5. Value based care / Pay for performance
 6. Réformes à court terme
4. Structure de gouvernance pour le projet

Pay for performance - initiatives

- Point de départ : stimuler / récompenser la qualité
- Tirer les leçons d'expériences étrangères : P4P = levier utile, mais pas un succès total
- Approche pragmatique, par étapes :
 - De préférence pas d'enregistrements obligatoires supplémentaires
 - Prélèvement d'une partie (limitée à 1 – 2% dans un premier temps) du budget – à redistribuer
 - Élargissement en fonction d'expériences favorables
 - Applicable dans les trois clusters de financement

Pay for performance - initiatives

- Approche pragmatique, par étapes :
 - Indicateurs utiles prouvés (qui sont quasi exclusivement influencés par les soins), avec peu de possibilités de manipulation
 - Indicateurs à l'échelle de l'hôpital, si possible - spécifiques à la maladie, si pas d'alternative
 - Mesures de résultats, si pertinentes
 - Indicateurs de résultats intermédiaires (par ex. complications potentiellement évitables, 'never events') ou indicateurs de processus (par ex. examen périodique des yeux et des pieds des diabétiques, informations de sortie) si pas d'alternative
- ICHOM a régulièrement été cité comme étant prometteur

Sommaire

1. Introduction par la Ministre
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital
 1. Concept d'hôpital
 2. Concept de réseau
3. Réforme du financement des hôpitaux
 1. Principes de base
 2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
 3. Missions et tâches spécifiques
 4. Projets pilotes
 5. Value based care / Pay for performance
 6. Réformes à court terme
4. Structure de gouvernance pour le projet

Réformes à court terme

- **Simplification administrative**

- Enregistrements obligatoires (surtout SPF Santé Publique): examen critique :
 - Qu'est-ce qui est vraiment nécessaire ?
 - Rationalisation et réduction de l'enregistrement des données entre administrations au sein et entre niveaux administratifs
 - Uniformisation des enregistrements
 - Enregistrement méthodique en fonction des poids du financement :
 - Enregistrement permanent pour tous les hôpitaux ?
 - Enregistrement périodique dans tous les hôpitaux ?
 - Enregistrement permanent dans un échantillon d'hôpitaux ?
- Attestations INAMI (médicaments, implants): simplification

Réformes à court terme

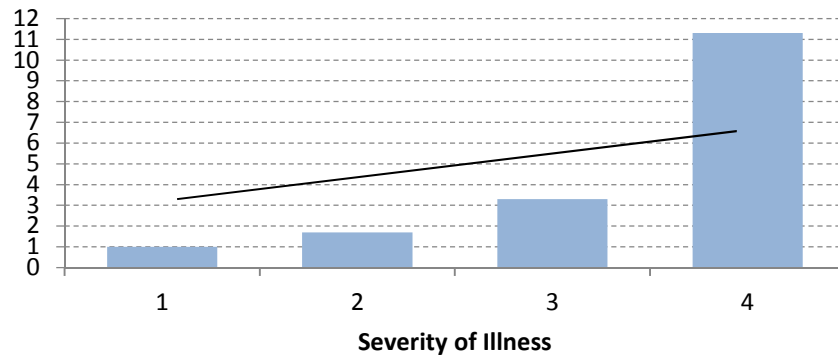
- **Services des urgences :**
 - Financement distinct (pas dans le prix par patient)
 - Organisation :
 - Collaboration entre les services des urgences / SMUR / PIT / médecins généralistes / postes de garde (flux de patients, continuité, sécurité, ...)
 - Exploitation (agrément et financement) via le réseau d'hôpitaux
 - Financement :
 - Favoriser la collaboration entre acteurs
 - Par zone géographique (en fonction du nombre d'habitants, recrutement suprarégional, ...)
 - Réforme du volet BFM :
 - Éviter une incitation trop forte pour patients ambulatoires aux urgences
 - Financement pas uniquement basé sur l'importance de l'hospitalisation
 - Honoraires : financement des prestations $\leftarrow \rightarrow$ garanties de permanence et de continuité \rightarrow davantage d'intégration

Coût transparent par pathologie

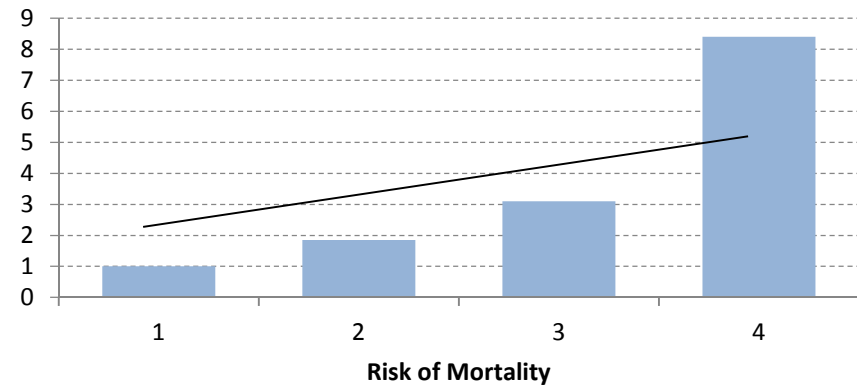
- Objectifs :
 - Fixation du tarif pour les soins à basse variabilité
 - Vérification périodique du financement versus coûts pour toutes les formes de soins
 - Documentation du financement sur la base du coût pour SIEG (*services d'intérêt économique général*)
 - Documenter le biais dans la répartition des coûts (KCE) :
 - Les coûts varient en fonction de la durée de séjour → cf. lits justifiés au BFM
 - Les coûts varient aussi par jour de séjour

La consommation de médicaments/jour augmente progressivement avec le degré de gravité, le risque de mortalité et l'âge

Rapport des coûts entre classes SOI

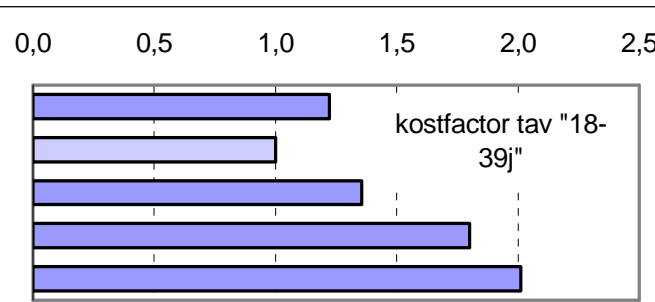


Rapport des coûts entre classes ROM



'Multiplicateur' du coût moyen/jour : SOI 4 (x11)
ROM (x8)

| Leefstijds Categorie | Kost Totaal | Aantal Verblijven |
|-------------------------|----------------|----------------------|
| <18 | 11% | 13% |
| 18-39 | 14% | 20% |
| 40-59 | 21% | 23% |
| 60-79 | 39% | 32% |
| 80+ | 15% | 11% |



(Van De Sande et al., 2010)

Coût transparent par pathologie

- Préoccupation : pas un projet unique, mais une méthodologie utilisable de façon systématique
- Sur la base d'initiatives déjà disponibles :
 - Méthodologie PACHA
 - KCE, SPF Santé Publique (étude AC-ZP),
 - EURO-DRG...

Sommaire

1. Introduction par la Ministre
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé / nouveau concept d'hôpital
 1. Concept d'hôpital
 2. Concept de réseau
3. Réforme du financement des hôpitaux
 1. Principes de base
 2. Clusters de financement : basse, moyenne et haute variabilité
 3. Missions et tâches spécifiques
 4. Projets pilotes
 5. Value based care / Pay for performance
 6. Réformes à court terme
4. Structure de gouvernance pour le projet

Structure de gouvernance

- **Conceptualisation** du nouveau financement des hôpitaux:
 - **Task force fédérale** : mise en concordance globale de la réforme du financement des hôpitaux / AR n° 78 / révision de la nomenclature
 - **Groupe de concertation fédéral** réforme du financement des hôpitaux
 - Objectif : mise en concordance périodique
(ne pas demander conseil en permanence aux organismes consultatifs officiels, qui sont compétents chacun pour une partie et qui sont en partie composés autrement)
 - Représentation structurelle (3 groupes de 5 membres) :
 - Représentants des hôpitaux (via les organisations faïtières)
 - Représentants des médecins (via des organisations de médecins représentatives)
 - Représentants des mutualités (via une délégation de NIC)=> Sous la direction de la Cellule stratégique
 - **Bureau du groupe de concertation**
 - 1 ou 2 représentants/groupe
 - Pour une mise en concordance plus fréquente

Structure de gouvernance

- **Conceptualisation** du nouveau financement des hôpitaux:
 - Concertation bilatérale fédérale avec un plus grand groupe de parties prenantes
 - Cf. supra
 - Soins infirmiers
 - Associations de patients
 - Industrie
 - Partenaires sociaux
 - Assureurs
 - ...
 - Mise en concordance avec les entités fédérées :
Conférence interministérielle Santé publique

Projet de structure de gouvernance

- **Implémentation** du nouveau financement des hôpitaux :
 - Les propositions sont soumises pour avis aux **organismes consultatifs (réformés)**
 - Avec les entités fédérées : **Conférence interministérielle Santé publique**
- **Gouvernance adaptée – généralités** :
 - Articulation entre divers **services publics fédéraux** (INAMI, SPF Santé Publique et KCE) :
 - intégration en un seul domaine de gestion soins de santé
 - répartition des tâches et collaboration ciblées, transparentes et efficaces : optimisations nécessaires
 - Optimisation des **organes consultatifs** (tâches CNEH, Multipartite, ...) sur la base de deux piliers :
 - Approche des parties prenantes : avis basé sur les intérêts et l'expertise
 - Evidence-based : avis basé sur l'évidence scientifique



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

MAGGIE DE BLOCK

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

Tour des Finances
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 175
B- 1000 Bruxelles

☎ +32 2 528 69 00

✉ info.maggiedeblock@minsoc.fed.be