

SYNTHÈSE

CADRE CONCEPTUEL POUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX





Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé par la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 (articles 259 à 281), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Il est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'Administration

	Membres effectifs	Membres suppléants
Président	Pierre Gillet	
Fonctionnaire dirigeant de l'INAMI (vice président)	Jo De Cock	Benoît Collin
Président du SPF Santé publique (vice président)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Président du SPF Sécurité sociale (vice président)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur général de l'AFMPS	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Représentants du ministre de la Santé publique	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Représentants du ministre des Affaires sociales	Lambert Stamatakis	Claudio Colantoni
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Représentants du Conseil des ministres	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniel Devos	Wilfried Den Tandt
Agence intermutualiste	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Organisations professionnelles représentatives des médecins	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Organisations professionnelles représentatives des infirmiers	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Fédérations hospitalières	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Partenaires sociaux	Rita Thys	Catherine Rutten
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Chambre des Représentants	Lieve Wierinck	



Contrôle

Commissaire du Gouvernement

Steven Sterckx

Directie

Directeur Général
Directeur Général Adjoint
Directeurs du programme d'études

Raf Mertens
Christian Léonard
Kristel De Gauquier
Dominique Paulus

Contact

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)
Doorbuilding (10^e étage)
Boulevard du Jardin Botanique, 55
B-1000 Bruxelles
Belgique

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>

SYNTHÈSE

CADRE CONCEPTUEL POUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

RÉDACTION: CARINE VAN DE VOORDE, KOEN VAN DEN HEEDE, RAF MERTENS

CO-AUTEURS: LIEVEN ANNEMANS, REINHARD BUSSE, STEFAAN CALLENS, GUY DURANT, ALEXANDER GEISSLER, PAUL GEMMEL, JOHAN KIPS, BRUNO KRUG, JON MAGNUSSEN, MAGALI PIRSON, WILM QUENTIN, WALTER SERMEUS



COLOPHON

- Titre :** Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse
- Auteurs :** Rédaction: Carine Van de Voorde (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Raf Mertens (KCE)
Co-auteurs: Lieven Annemans (Universiteit Gent), Reinhard Busse (Technische Universität Berlin, Germany; European Observatory on Health Systems and Policies), Stefaan Callens (KU Leuven), Guy Durant (Université catholique de Louvain), Alexander Geissler (Technische Universität Berlin, Germany), Paul Gemmel (Universiteit Gent), Johan Kips (KU Leuven), Bruno Krug (CHU Mont-Godinne), Jon Magnussen (Norwegian University of Science and Technology, Norway), Magali Pirson (Université libre de Bruxelles), Wilm Quentin (Technische Universität Berlin, Germany; European Observatory on Health Systems and Policies), Walter Sermeus (KU Leuven)
- Coordination de projet :** Carine Van de Voorde (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Nathalie Swartenbroekx (KCE)
- Relecture :** Sophie Gerkens (KCE), Christian Léonard (KCE), Mattias Neyt (KCE), Caroline Obyn (KCE), Karin Rondia (KCE), Nathalie Swartenbroekx (KCE), Stefaan Van de Sande (KCE), Geneviève Veereman (KCE)
- Experts externes :** Geoff Ballinger (Canadian Institute for Health Information, Canada), Robert Berenson (Urban Institute, US), David Bernstein (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, France), Karen Bloor (University of York, UK), Desie Dircks (Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), the Netherlands), Dana Forgione (The University of Texas at San Antonio, US), Pascal Garel (HOPE – European Hospital and Healthcare Federation), Simon Hölzer (SwissDRG AG, Switzerland), Jean-Paul Juchem (Ministère de la sécurité sociale, Luxembourg), Jung-Hoe Kim (Health Insurance Review and Assessment Service, South-Korea), Peer Köpf (Deutsche Krankenhaus-Verzeichnis, Germany), Madelon Kroneman (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), the Netherlands), Julian Pettengill (Medicare Payment Advisory Commission (MEDPAC), US), Lisbeth Serden (Socialstyrelsen, Sweden), Michael Stewart (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (OMHLTC), Canada), Raúl Suarez (Universitätsspital Zürich, Switzerland), Johan van Manen (Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), the Netherlands), Steve Wright (European Centre for Health Assets and Architecture)
- Stakeholders :** Par ordre alphabétique:
Lieven Annemans (Universiteit Gent), Jan-Piet Bauwens (Algemeen Belgisch Vakverbond (ABVV)), Jan Beeckmans (Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België; UZ Brussel), Xavier Benez (Union Nationale des Mutualités Libres (UNML)), Jean-Pierre Bronckaers (Landsbond van Liberale Mutualiteiten (LLM)), Pascal Burlet (Centrale Nationale des Employés (CNE)), Piet Calcoen (Assuralia), Stefaan Callens (KU Leuven), Françoise Clément (Pharma.be), Linda Cloostermans (Confédération de Syndicats Chrétiens (CSC)), Marie-Christine Closon (Université catholique de Louvain), Benoît Collin (INAMI – RIZIV), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Luc De Clercq (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)), Jo De Cock (RIZIV – INAMI), Ri De Ridder (RIZIV – INAMI), Olivier de Stexhe (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales



(FNAMS)), Jacques de Toeuf (Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSYM)), Katia Debaetselier (ICURO), Christiaan Decoster (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Peter Degadt (Zorgnet Vlaanderen), Bart Dehaes (Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS)), Guy Delrée (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG); Forum des Associations de Généralistes (FAG)), Jean-Luc Demeere (Groupement des unions professionnelles Belges de médecins spécialistes (GBS)), Thierry Derème (Praticiens Hospitaliers des Institutions de Soins Publiques (PHISOP)), Dirk Dewolf (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Annemie Doms (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Eric Dubois (Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique (CGSLB)), Guy Durant (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB); Cliniques universitaires St. Luc; Université catholique de Louvain), Martine Duyck (Union Nationale des Mutualités Neutres (UNMN)), Johan Eykens (FeBelGen), Micky Fierens (La Ligue des Usagers des Services de Santé, (LUSS)), Cécile Fontaine (Cabinet de la Ministre Onkelinx), Peter Fontaine (AZ Delta Roeselare), Paul Gemmel (Universiteit Gent), Philippe Gérard (Service public de Wallonie), Eddy Gers (Belfius), Simona Ghitescu (la Communauté française), Denis Gilles (Praticiens Hospitaliers des Institutions de Soins Publiques (PHISOP)), Pierre Gillet (CHU de Liège), Dieter Goemaere (Cobeprive-Becoprive), Floris Goyens (Assuralia), Hans Hellinckx (UNAMEC), Jean Hermesse (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)), Johan Heselmans (AXXON), Luce Hofmann (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België), Yolande Husden (Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS)), Katrien Kesteloot (Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België; UZ Leuven, KU Leuven), Johan Kips (AZ Sint-Jan Brugge-Oostende; KU Leuven), Bruno Krug (CHU Mont-Godinne), Jean-Marc Laasman (Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS)), David Lefèbvre (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales (FNAMS)), Yves Louis (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)), Michel Mahaux (Santhea), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Stéphane Mercier (Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Ingrid Mertens (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Ludo Meyers (Vlaamse Verpleegunie; Jessa Ziekenhuis), Marc Moens (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS); Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS)), Magali Mosbeux (Service public de Wallonie), Bernard Michaux (Belfius), Antoine Monhonval (Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Raymond Moriaux (la Communauté française), Eric Mortier (UZ Gent), Jan Mortier (Algemeen Christelijk Vakverbond (ACV)), Mathias Neelen (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM)), Philippe Olivier (Association Francophone des Médecins-Chefs (AFMC)), Paul Palsterman (Confédération de Syndicats Chrétiens (CSC)), Vinciane Paquay (Union Générale des Infirmiers de Belgique), Magali Pirson (Université libre de Bruxelles), Annick Poncé (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Dirk Ramaekers (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Stéphane Rillaerts (EpiCURA), Robert Rutsaert (Kartel ASGB-GBO), Jean-Pierre Schenkelaars (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)), Marc Selleslach (Algemeen Christelijk Vakverbond (ACV)), Walter Sermeus (KU Leuven), Yves Smeets (Santhea), Pierre Smiets (Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Pierre Tempels (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales (FNAMS); Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Georges Van Cang (Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSYM)), Rob Van den Oever (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Martine Van Hecke (Test-Aankoop), Gert Van Hees (Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België (ACLVB)), Philippe Van Wilder (Union Nationale des Mutualités Libres (UNML)), Wim Vanhecke (Vlaamse Vereniging Hoofdgeneesheren),



Dieter Vercammen (Domus Medica), Bart Vermeulen (Pharma.be), Katrien Verschoren (Zorgnet Vlaanderen), Patrick Waterbley (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform, VPP), Bert Winnen (RIZIV – INAMI), Dominique Wouters (Association Belge des Pharmaciens Hospitaliers, ABPH)

Validateurs externes :

Gérard de Pouvourville (ESSEC Business School, France), Niek Klazinga (Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, the Netherlands; OECD), Matt Sutton (Institute of Population Health, University of Manchester, UK)

Remerciements :

Francis Arickx (RIZIV – INAMI), Cécile Camberlin (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Anja Crommelynck (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Xavier de Bethune (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)), Katrien Kesteloot (Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België; UZ Leuven; KU Leuven), Marleen Louagie (RIZIV – INAMI), Walter Sermeus (KU Leuven), Irm Vinck (KCE)

Nous voulons remercier explicitement les nombreux collaborateurs de l'INAMI et du SPF Santé publique pour leur contribution constructive à ce rapport.

Autres intérêts déclarés :

Tous les experts consultés dans ce rapport ont été sélectionnés pour leur implication dans la système du financement des hôpitaux. Par conséquent, ils peuvent avoir des intérêts potentiels de différentes natures liés au sujet principal du rapport.

Layout :

Ine Verhulst

Photo Couverture :

Photo à droite: <http://www.geldersevallei.nl/fotos/album/52/foto-s-gebouw-in-behandeling>

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des pistes d'orientation pour la réforme présentées aux autorités publiques.**

Date de publication :

26 septembre 2014

Domaine :

Health Services Research (HSR)



MeSH : Health Care Reform; Health Systems Plans; Prospective Payment System; Fees, Medical; Reimbursement, Incentive
Classification NLM : WX 157
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2014/10.273/66

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R (eds.). Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 229Bs. D/2014/10.273/66.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.



■ PRÉFACE

Beaucoup de bonheur et de joie et une bonne santé. C'est ce que nous nous souhaitons les uns les autres au début d'une nouvelle année. Notre santé est notre bien le plus cher et dès qu'elle vacille, nous fondons tous nos espoirs en la médecine. Il semble que ce soit à raison car il n'est pas rare que des affections, qui s'avéraient incurables ou fortement invalidantes il y a quelques décennies, puissent aujourd'hui être guéries ou du moins faire l'objet d'une 'réparation' décisive. L'hôpital aigu est 'l'atelier de réparation' par excellence, où la haute technologie et les savoirs les plus spécialisés se rencontrent. Toutefois, en plus de rester un haut lieu de la technologie de pointe et de l'hyper-spécialisation, l'hôpital du futur devra aussi répondre par une approche plus holistique et intégrative aux besoins d'une population vieillissante, confrontée à des problèmes chroniques et à une multiplicité de pathologies. Et ceci dans un contexte qui évolue de plus en plus vers des soins extramuraux, plus proches des patients, ...et vers des exigences d'efficacité économique de plus en plus pressantes.

Sous le poids de ces enjeux, le système commence à grincer. Nombreux sont les stakeholders qui estiment que le moment venu pour une réforme profonde. Entendez par là : une réforme qui remette en question le financement même des hôpitaux. Il se pourrait bien que nous vivions un de ces moments décisifs où chacun sent que les temps sont mûrs et qu'il est urgent de passer à l'action. Mais sur la direction à suivre, le consensus est déjà moins évident...

La mission que la Ministre nous a confiée en octobre 2013 consistait précisément à concevoir une feuille de route pour le financement futur des hôpitaux. Mais pour que cette feuille de route nous mène quelque part, des choix devront être faits – de nombreux choix, à plusieurs niveaux. Le KCE n'était fort heureusement pas seul pour mener cette mission à bien. Tout au long de ce projet, des dizaines d'acteurs issus du monde hospitalier et des différentes autorités compétentes du secteur ont partagé avec nous leurs visions et analyses, et ce avec une grande franchise. Des experts belges et étrangers ont généreusement mis leurs connaissances et expériences à notre disposition. Nous les en remercions toutes et tous du fond du cœur. Tous les choix que nous proposons n'ont pu être fondés scientifiquement, ni être portés par tous les acteurs – cela aurait été utopique. Le résultat est plutôt un exercice d'équilibre complexe par lequel nous avons cherché à concilier au mieux de nombreux objectifs différents, parfois même contradictoires, tout en restant dans les limites de ce qui est scientifiquement démontré et de ce qui paraît plus ou moins réalistement atteignable. C'est pourquoi cette feuille de route n'est pas un menu à la carte où l'on pourrait piocher à sa guise, mais bien un cadre conceptuel global, dont toutes les pièces sont interdépendantes.

Nous présentons cette feuille de route avec une certaine fierté mais aussi avec un réel espoir qu'elle se voie dotée d'un contenu concret par le nouveau gouvernement. Cette réforme exigera une solide collaboration ainsi que témérité et persévérance, mais comme nous l'ont appris les anciens : la fortune sourit aux audacieux.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Début 2013, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a annoncé qu'une 'feuille de route' sur un système de financement prospectif des hôpitaux, basé sur les pathologies du patient, serait présentée au Conseil des ministres en octobre 2013. En guise de première étape, la Ministre a demandé au KCE de réaliser, sur une sélection de quelques pays, une analyse comparative des systèmes de financement des hôpitaux, y compris de la rémunération des médecins spécialistes. Ce premier rapport fut publié en octobre 2013. L'accent y était mis sur les enseignements que l'on pouvait tirer de cette analyse, avec une attention particulière pour les incitants financiers liés à la qualité et à l'intégration des soins.

CHAMP DE L'ÉTUDE

Le présent rapport constitue la deuxième étape de la feuille de route. En novembre 2013, le KCE a été chargé par la Ministre de **proposer des orientations pour une réforme du système de financement des hôpitaux en Belgique**. Les hôpitaux n'étant pas des acteurs isolés, ce rapport analyse cette question dans la perspective plus large du **rôle de l'hôpital dans le paysage global des soins**.

L'élément central du rapport est un cadre conceptuel global pour une réforme du système de financement des hôpitaux aigus, y compris les hôpitaux universitaires. Le financement des hôpitaux psychiatriques, spécialisés ou gériatriques n'entre pas dans le cadre de cette étude.



MÉTHODES

Les propositions de réformes sont basées sur une combinaison de méthodes de recherche, incluant une consultation approfondie et structurée des stakeholders, la recherche de données probantes dans la littérature scientifique et l'évaluation critique des expériences d'autres pays.

Le rapport scientifique se compose de deux parties. La première partie décrit et analyse l'organisation et le financement des hôpitaux belges dans le contexte plus large du système de soins de santé, avec un éclaircissement des aspects suivants :

- les faits et chiffres de l'organisation hospitalière et du système de financement belges, dans une perspective internationale, avec pour source de données principale les Statistiques sur la Santé 2014 de l'OCDE ;
- une description factuelle du système belge actuel reposant principalement sur des documents juridiques et des manuels ;
- une évaluation critique des forces et des faiblesses du système actuel sur base de rapports de recherche belges et d'une étude qualitative des points de vue d'un large éventail de stakeholders ;
- des éléments de solutions qui ont été présentés dans l'étude qualitative ou dans des recherches antérieures sur le système de santé belge ;
- les messages clés qui ont émergé de la description factuelle, de l'évaluation critique et des éléments de solution.

Les consultations des stakeholders ont eu lieu en plusieurs étapes, et comprennent principalement:

- des entretiens approfondis avec 20 acteurs clés, sur le futur des hôpitaux dans le paysage des soins de santé belge, les forces et faiblesses du financement actuel des hôpitaux et de la rémunération des médecins spécialistes, et les solutions envisageables pour un futur système de financement plus efficace ;
- des tables rondes sur la qualité des soins, le système dual de financement des hôpitaux, les honoraires des médecins et la macro-gouvernance ;
- un workshop avec des universitaires dans le but d'analyser de manière critique les propositions de réforme ;

- la consultation d'un large éventail de stakeholders et d'autorités publiques afin de confronter les propositions de réforme à leur point de vue et de recevoir des suggestions supplémentaires.

La deuxième partie traite un nombre de sujets spécifiques dans une perspective internationale:

- une comparaison internationale (10 pays) de la rémunération des médecins spécialistes au moyen d'une enquête menée auprès d'experts nationaux, et complétée par une recherche documentaire sur les incitants financiers et autres pour les médecins spécialistes ; l'impact des différentes méthodes de paiement sur la relation entre gestionnaires d'hôpitaux et médecins spécialistes ; le choix du cadre de soins par les médecins spécialistes ;
- pour le chapitre '*Hospital of the future*', ont été passées en revue : (1) la littérature sur le juste équilibre entre centralisation, spécialisation et décentralisation des services hospitaliers ; (2) une étude de la littérature grise pour savoir quel type de soins doit être proposé dans quel cadre de soins et (3) une étude d'exemples internationaux sur les bonnes pratiques concernant les nouveaux rôles des hôpitaux, dans le but d'arriver à des soins plus intégrés ;
- une comparaison internationale du financement de l'investissement (4 pays) et de l'innovation (7 pays), basée sur la littérature grise et sur une sélection d'articles *peer-reviewed*.



LE CADRE CONCEPTUEL POUR LA RÉFORME

Le résultat de cette étude est l'établissement d'un cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux, qui repose sur trois piliers principaux :

Le premier pilier est une **réforme du budget hospitalier** (Budget des moyens financiers (BMF)), avec une plus grande part de financement prospectif par pathologie, en étendant le financement par admission basé sur les *Diagnosis Related Groups* (DRG), tel qu'il existe actuellement, et en déterminant davantage les tarifs sur base des coûts réels. Il devrait en résulter un financement plus réaliste et plus adéquat couvrant mieux les coûts de l'activité des hôpitaux et qui inciterait en même temps les hôpitaux à plus d'efficience.

Un deuxième pilier comprend une **réforme en profondeur des honoraires** des médecins spécialistes qui, dans la réforme proposée, ne sont pas inclus dans le tarif par DRG, mais restent basés sur le principe du paiement à l'acte. La réforme consiste en une abolition totale du système de rétrocession des honoraires, en limitant l'honoraire au travail intellectuel et physique des médecins. Une partie du budget correspondant à ces rétrocessions actuelles devrait aller vers le BMF pour contribuer à la résorption du sous-financement. Une autre partie pourrait être mise à disposition dans un fonds d'investissement par hôpital, qui serait cogéré par les médecins spécialistes et les gestionnaires. Presque automatiquement, un tel remaniement conduira à une réévaluation de la nomenclature. En outre, le transfert proposé des rétrocessions actuelles supprimerait un important incitant des gestionnaires hospitaliers à encourager la production maximale de services et de procédures.

Un troisième pilier consiste en une **(ré)organisation approfondie du paysage hospitalier** sur la base de programmes de soins stratégiques basés sur les besoins de la population. Ces programmes de soins sont élaborés par 'zone de soins' géographiques et doivent délimiter le périmètre dans lequel les acteurs peuvent déployer leur offre, ainsi que les ressources financières attribuées par les autorités publiques (établissement de limites supérieures à la production). Il semble évident que l'offre de lits aigus devra

être réduite et que les services hautement spécialisés, complexes ou très coûteux devront être centralisés.

En plus de ces trois piliers fondamentaux, de nombreux autres éléments seront requis pour arriver à un nouveau système de financement équilibré :

- une **macro-gouvernance**, basée sur une planification stratégique à long terme autour d'objectifs clairs, avec une simplification et une meilleure intégration des structures actuelles de gestion, et un nouvel équilibre entre le rôle des autorités publiques, des stakeholders (incluant aussi les patients) et des experts techniques ;
- des mécanismes financiers de promotion de la qualité, en portant une attention particulière aux récents développements en matière de **politique de qualité** dans les hôpitaux et au rôle qu'un financement prospectif par DRG peut jouer pour les stimuler et non les décourager. Un paiement à la qualité (*pay-for-quality*) et une intégration d'incitants à la qualité dans le financement par DRG (par exemple des primes pour des soins *evidence-based*) pourraient être expérimentés, à petite échelle, dans des projets pilotes ;
- le **développement d'espaces suffisants pour investir dans des innovations** médicales coût-efficaces, et des décisions de remboursement davantage basées sur l'évaluation des technologies de santé (HTA). Pour les technologies prometteuses, pour lesquelles les données disponibles sont insuffisantes pour réaliser une HTA formelle, une couverture conditionnelle au développement de données probantes (*'Coverage with Evidence Development (CED) in Research'*) pourrait d'abord être envisagée.

Il est clair que ce cadre conceptuel comprend un ensemble de propositions de réformes qui ne peuvent pas être entreprises séparément sans compromettre l'équilibre entre des objectifs multiples et parfois contradictoires. En revanche, la plupart de ces composantes peuvent être implémentées de manière graduelle, ce qui devrait permettre une transition en douceur jusqu'au système ultime, entièrement réformé.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
■	RÉSUMÉ	2
	INTRODUCTION	2
	CHAMP DE L'ÉTUDE	2
	MÉTHODES.....	3
■	SYNTHÈSE	5
1.	INTRODUCTION – POURQUOI UNE RÉFORME ?	8
1.1.	POURQUOI RÉFORMER UN SYSTÈME QUI SEMBLE TRÈS BIEN FONCTIONNER ?	8
1.2.	SOUS LA SURFACE, UN PROFOND MALAISE	8
1.3.	QUI EST LE CAPITAINE À BORD ?	11
1.4.	UN SENTIMENT D'URGENCE LARGEMENT PARTAGÉ	13
2.	TROIS AXES COMPLÉMENTAIRES POUR UNE RÉFORME COMPLÈTE	13
3.	UNE COMBINAISON DE MÉTHODES DE RECHERCHE	15
4.	LE BUDGET DES HÔPITAUX : UNE ÉVOLUTION PAR ÉTAPES VERS UNE NOUVELLE COMBINAISON DE SYSTÈMES DE FINANCEMENT	17
4.1.	L'ÉVENTAIL ACTUEL DE SOURCES DE REVENUS POUR LES HÔPITAUX	17
4.1.1.	Un système de case-mix fragmenté dont le paiement dépend de la durée de séjour.....	18
4.1.2.	Méthode de calcul complexe et opaque du budget de chaque hôpital.....	19
4.1.3.	Incitants à l'efficacité : trop ? trop peu ?	19
4.2.	ÉTENDRE, AFFINER ET STABILISER LE SYSTÈME ACTUEL DE FINANCEMENT PROSPECTIF PAR PATHOLOGIES	20
4.2.1.	Conception du système : les détails comptent.....	22
4.2.2.	Patients souffrant d'affections chroniques ou multiples	25
4.3.	REDISTRIBUTIONS SUBSTANTIELLES ENTRE BUDGETS	27
5.	LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES : VERS DES HONORAIRES JUSTES, ÉQUILIBRÉS ET TRANSPARENTS	28



5.1.	LE SYSTÈME DE RÉMUNÉRATION À L'ACTE EST SOUS PRESSION : SES AVANTAGES HISTORIQUES COMPENSENT-ILS TOUJOURS SES IMPERFECTIONS ?.....	28
5.2.	DES SYSTÈMES ALTERNATIFS PEUVENT-ILS RÉSOUDRE LES PROBLÈMES ?	29
5.3.	DES CHANGEMENTS PROFONDS, MAIS EN GARDANT CE QUI EST PRÉCIEUX	30
5.4.	RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS EN POLYCLINIQUE ET EN PRATIQUE PRIVÉE	33
5.5.	NOUVELLES ÉVOLUTIONS POTENTIELLES.....	34
5.6.	LES SUPPLÉMENTS.....	34
6.	LE PAYSAGE HOSPITALIER : UN RÉSEAU À DEUX ÉCHELONS, ALLIANT PROXIMITÉ ET EXCELLENCE	35
6.1.	UN MONDE EN ÉVOLUTION RAPIDE NÉCESSITE UNE PROFONDE RÉORGANISATION DU PAYSAGE	35
6.2.	UN PAYSAGE (RE)DESSINÉ AVEC UNE OFFRE SUR MESURE PAR RAPPORT AUX BESOINS DE LA POPULATION.....	36
6.3.	DES SERVICES HOSPITALIERS DE PROXIMITÉ, PROCHES DES PATIENTS.....	38
6.4.	CONCENTRATION DES SERVICES HAUTEMENT SPÉCIALISÉS DANS DES CENTRES DE RÉFÉRENCE	42
6.5.	HÔPITAUX UNIVERSITAIRES : UN RÔLE CLÉ DANS L'ENSEIGNEMENT, LA RECHERCHE ET LES SOINS HAUTEMENT SPÉCIALISÉS.....	44
7.	MACRO-GOUVERNANCE	45
7.1.	UNE POLITIQUE DE SANTÉ FONDÉE SUR DES PLANS STRATÉGIQUES À LONG TERME AVEC DES OBJECTIFS CLAIRS	45
7.2.	DES STRUCTURES DE GOUVERNANCE 'MACRO' RÉDUITES, AVEC UNE REDÉFINITION DES RÔLES DES AUTORITÉS, DES STAKEHOLDERS ET DES EXPERTS TECHNIQUES.....	47
8.	INCITANTS FINANCIERS POUR LA QUALITÉ DES SOINS	49
8.1.	INCITANTS À LA QUALITÉ INTÉGRÉS DANS LE SYSTÈME DE FINANCEMENT BASÉ SUR LES DRG.....	49
8.1.1.	Récompenser les soins evidence-based, éventuellement par-delà des murs de l'hôpital ...	49
8.1.2.	Pénaliser les réadmissions et les complications iatrogènes? À manipuler avec précaution !	52
8.2.	PAY-FOR-QUALITY	54
8.3.	EN CONCLUSION, FAUT-IL PAYER OU NE PAS PAYER POUR LA QUALITÉ?	56



- 9. "INNOVATION MÉDICALE CONTRE MAÎTRISE DES COÛTS" : FAISONS-NOUS LES BONS CHOIX? 57
- 10. BEAUCOUP DE TRAVAIL À ACCOMPLIR – LES PREMIÈRES ÉTAPES ET AU-DELÀ..... 59
 - 10.1. PRÉPARER UNE MISE EN ŒUVRE RÉUSSIE..... 59
 - 10.2. UNE TRANSITION GRADUELLE, EN PLUSIEURS ANNÉES..... 60
 - 10.3. DES OUTILS, DES MAINS, ET UNE MARGE POUR TENTER DES EXPÉRIENCES..... 61
- RÉFÉRENCES 62



1. INTRODUCTION – POURQUOI UNE RÉFORME ?

1.1. Pourquoi réformer un système qui semble très bien fonctionner ?

Les citoyens belges sont très satisfaits de leur système de soins de santé, comme le confirme, année après année, l'indice européen des consommateurs de soins de santé.¹ Au classement général, nous occupons la sixième place sur les 35 pays inclus dans l'enquête. Ce bon résultat s'explique principalement par le score extrêmement élevé obtenu pour l'accessibilité : nos temps d'attente sont courts et nous avons un accès direct aux soins spécialisés. Avec la Suisse, nous distançons largement tous les autres pays pour ce critère.

En ce qui concerne les indicateurs de résultat, la situation est moins positive puisque nous partageons la 12^e position avec six autres pays de l'OCDE. Notre système est également **relativement cher** : nous consacrons 10,9 % de notre produit intérieur brut aux soins de santé, ce qui nous place au quatrième rang européen, après les Pays-Bas, la Suisse et la France, mais près d'un quart des dépenses est supporté par le privé (2012).² Bref, en dépit de certains indicateurs moins positifs – voire carrément manquants – l'impression générale largement partagée est que la qualité de nos soins de santé est excellente.

Nos soins hospitaliers sont réputés pour leur dynamisme et pour la richesse de leur offre de services : les hôpitaux aigus sont organisés en réseau dense et se concurrencent avec des technologies de pointe dans tous les domaines possibles. Avec près de quatre lits de soins aigus pour 1000 habitants, et pas moins de sept hôpitaux universitaires, la Belgique fait partie des pays d'Europe occidentale les mieux pourvus (elle n'est devancée que par l'Allemagne et l'Autriche).

La densité de médecins – généralistes et spécialistes – est également élevée et la prédominance de leur paiement à l'acte (*fee-for-service*, FFS) est perçue comme une puissante motivation à la délivrance rapide de soins de haute qualité. De l'avis des stakeholders, cela joue en faveur d'un corps médical très productif, motivé et entreprenant et, par conséquent, d'un

risque moindre de sous-prestation et d'une très grande accessibilité des services, avec peu ou pas de listes d'attentes.

Le paiement à l'acte est également en phase avec la culture de la liberté de choix, profondément enracinée dans notre tradition de **médecine libérale**. Cette liberté de choix du prestataire par les patients (qui contribue à la satisfaction élevée des patients et des citoyens³) est vue par certains stakeholders comme un élément clé de la qualité des soins, dans le sens où le patient peut 'voter avec ses pieds'. Mais d'autres soulignent que ceci présuppose que les patients soient bien informés, et que c'est loin d'être le cas.⁴

Depuis la réforme de 2002, qui a introduit des éléments de financement prospectif par cas à travers le concept des lits justifiés, il y a eu un gain manifeste d'efficacité en termes de réduction de la durée de séjour. La capacité globale en lits aigus a été progressivement réduite et la forfaitisation partielle des médicaments hospitaliers a mené à des économies substantielles. Malgré l'enveloppe budgétaire fermée, il n'y a pas de listes d'attente ni de limitation du nombre d'admissions.

Au niveau macroscopique, le système de gouvernance se caractérise par un **'modèle consultatif' largement basé sur la négociation**, ce qui assure une implication profonde des stakeholders dans la politique et apporte beaucoup de réalisme pragmatique dans les décisions.

En bref, le navire semble tenir le cap. Mais est-ce vraiment le cas, et pour combien de temps ?

1.2. Sous la surface, un profond malaise

Un problème chronique de sous-financement

Malgré l'appréciation largement positive de notre système hospitalier par la population, l'impression des principaux stakeholders est que la façon dont il est financé et fonctionne aujourd'hui le mène droit dans le mur. Les protestations de plus en plus énergiques des gestionnaires d'hôpitaux sont les plus alarmantes : **le 'Budget des moyens financiers' (BMF) ne suffit plus** à payer le personnel infirmier et autre (non médical) et les dépenses générales de leurs établissements. Leur principal grief est qu'on leur impose des cadres minimaux en personnel, des normes d'agrément et des conventions collectives de travail, mais que l'argent ne suit pas.



De toute évidence, la situation devient sérieusement problématique pour un certain nombre d'hôpitaux. La 19^e étude MAHA (*Model for Automatic Hospital Analyses*) a révélé que le sous-financement structurel des coûts infirmiers par le BMF s'élevait à -4,3 % en 2012 (contre -3,1 % en 2011). En d'autres mots, sur € 100 de chiffre d'affaires, un hôpital moyen perd € 4,3.⁵

Le sous-financement structurel du BMF **entraîne aussi d'autres effets pervers** : il incite les hôpitaux à accroître les rétrocessions d'honoraires des médecins, ce qui accroît la production et les suppléments, et peut également mener à des réductions de personnel.

Surinvestissement et surconsommation

Le financement par pathologie a été introduit, dans notre pays, **de façon fragmentaire et très partielle**. La tarification est basée sur la durée moyenne de séjour et non sur les coûts réels, ce qui ajoute à la divergence entre revenus et coûts.

L'ajustement a posteriori de la part du budget global (fermé) attribuée à chaque hôpital est source d'incertitude financière. Cela place les gestionnaires devant des défis d'autant plus difficiles que les mécanismes d'établissement du budget de chaque hôpital sont devenus extrêmement complexes et opaques. Cela alimente en outre une concurrence féroce entre les hôpitaux et les incite à investir dans des innovations *hi-tech* pour tenter de s'assurer leur part de marché. Même si cela contribue indubitablement à une offre de soins dynamique et à un équipement à la pointe de la technologie, cela entrave aussi la collaboration et les accords sur la répartition des tâches. D'un point de vue macroscopique, cela conduit à une multiplication injustifiée d'investissements lourds, avec un risque évident de surconsommation et de soins inappropriés, qui représentent une menace majeure pour la pérennité du budget des soins de santé. Tout aussi préoccupante est la dispersion des compétences et de l'expérience qui s'ensuit, et qui menace dangereusement la qualité, en particulier pour les affections rares ou complexes.

La surproduction est aussi un risque notoire inhérent au paiement à l'acte. Ce sont les médecins qui, par leurs décisions, exercent le contrôle sur l'utilisation des ressources dans les hôpitaux, p. ex. en demandant des tests diagnostiques, en prescrivant des médicaments, en demandant et réalisant des interventions (voir Chapitre 14 du rapport scientifique). **La Belgique est connue pour sa forte consommation** de médicaments (p. ex. les

antidépresseurs³), d'imagerie médicale (p. ex. les CT-scans^{6,7}), de dispositifs médicaux (p. ex. les stimulateurs cardiaques implantés⁸) et d'interventions chirurgicales (p. ex. la chirurgie de la cataracte⁹).

Dans le système actuel, ces deux incitants majeurs à l'augmentation de la production tendent à se renforcer mutuellement, alimentant une dangereuse spirale de dépenses sans cesse croissantes.²

Un réajustement des honoraires des médecins est attendu depuis longtemps

Au fil des années, le lien entre honoraires des médecins et critères objectifs, comme les coûts, s'est distendu. Des déséquilibres importants sont apparus entre les rémunérations des interventions 'lucratives', souvent hautement techniques, et celles des prestations purement intellectuelles comme les consultations, qui requièrent du temps pour l'évaluation et l'interaction avec le patient. Cela a à son tour entraîné de **fortes disparités de revenus entre spécialistes**. On estime qu'en moyenne, les niveaux de rémunération des disciplines les mieux et les moins bien payées diffèrent par un facteur trois.¹⁰ En raison de la variabilité des rétrocessions et des différences de calcul de facturation des suppléments, l'écart de revenus peut même atteindre un facteur dix, pour une charge de travail, un risque ou une expertise qui ne sont manifestement pas dix fois supérieurs. Même si certains écarts ont été atténués au cours de la dernière décennie, ils restent source de tensions et sont perçus par beaucoup comme une injustice flagrante. Ils contribuent par ailleurs à une relative pénurie dans les disciplines à profil plus 'intellectuel', alors que nous avons justement de plus en plus besoin, vu l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques, de ces médecins à profil plutôt généraliste, comme les internistes, ou les gériatres.

Le problème d'une nomenclature qui n'est pas suffisamment révisée et adaptée aux évolutions (généralement à la baisse) des coûts liés à la technologie est observé dans de nombreux pays. Mais l'impasse dans laquelle se trouve, depuis de nombreuses années, notre processus de réajustement des honoraires est le résultat direct du modèle de délibération belge établi il y a 50 ans, qui a permis aux disciplines bénéficiant historiquement des représentants les plus efficaces de négocier de meilleurs honoraires, qu'aucune raison objective ne semble justifier.

On peut donc affirmer que la nomenclature actuelle est obsolète et déconnectée de l'évolution des connaissances et de la pratique médicales.



Elle est de plus considérée comme trop détaillée dans beaucoup de domaines (près de 9000 codes différents).

Des tensions internes autour de l'allocation et de la distribution des ressources

En plus d'une nomenclature obsolète et opaque et d'un système nébuleux et complexe d'allocation du BMF, on doit aussi déplorer un manque structurel de transparence *au sein* de l'hôpital lorsqu'il faut déterminer quelles sources de revenus doivent financer quels coûts. Ce manque de transparence se traduit principalement de deux façons.

D'une part, certains services ou activités plus 'lucratives', comme la dialyse rénale ou la pharmacie hospitalière, sont presque systématiquement sollicités pour combler les 'déficits' d'autres départements, comme la pédiatrie ou les urgences.

D'autre part, les revenus à l'acte des médecins spécialistes sont en fait une combinaison hybride de la rémunération du travail physique et intellectuel réel des médecins et d'un dédommagement pour les frais liés aux soins fournis. Ces derniers incluent les frais associés au personnel infirmier et aux autres effectifs auxiliaires, les compensations pour l'utilisation des consommables, des installations et l'amortissement du matériel. La loi sur les hôpitaux stipule clairement que les médecins spécialistes doivent supporter une fraction de ces différents coûts en rétrocédant à l'hôpital une partie des honoraires générés (art. 155). Les modalités pratiques de ces rétrocessions sont toutefois régies par des accords conclus entre l'hôpital et les médecins spécialistes. Leur mise en œuvre concrète peut différer fortement d'un hôpital à l'autre, mais, dans presque tous les cas, elle passe par des négociations ardues entre le staff médical et les gestionnaires de l'institution. S'il faut reconnaître que ce système permet aux médecins de participer aux décisions et de collaborer avec les gestionnaires sur certains objectifs communs (comme la maximisation des revenus associés à la nomenclature), il est avant tout perçu comme détournant l'esprit de projets communs à long terme. Si les rétrocessions sont importantes, elles sont même considérées comme un facteur motivant les médecins à quitter l'hôpital et à concentrer leurs activités dans des cabinets privés.

Les divergences de revenus susmentionnées entre médecins spécialistes compliquent tout le système d'allocation et de redistribution des ressources au sein des hôpitaux. Elles mènent à un manque de solidarité entre médecins, phénomène par ailleurs entretenu par l'absence de véritable politique de ressources humaines pour les médecins de l'hôpital. Elles sont également source de tensions entre les médecins et les praticiens de l'art infirmier. Après tout, une partie des revenus des premiers est employée pour payer le salaire des seconds, ce dernier étant considéré comme le principal facteur contributif du sous-financement. En outre, le fait que les revenus des spécialistes puissent être, en chiffres absolus, cinq à six fois, parfois même dix fois supérieurs à ceux des infirmières et des autres professionnels de la santé est également vu comme un obstacle à un travail d'équipe harmonieux, basé sur le respect mutuel et centré sur le patient.

Les barrières à la continuité et à l'intégration

Le concept même d'hôpital aigu est axé sur les épisodes de soins : ce sont des lieux où l'on propose des solutions à des problèmes 'épisodiques' plus ou moins graves. Par contre, ils jouent beaucoup moins le rôle de maillons au sein d'une chaîne continue de soins au service de personnes souffrant d'affections chroniques (souvent multiples). À l'exception d'un nombre limité d'initiatives telles que la liaison gériatrique ou les consultations oncologiques multidisciplinaires (COM), **il n'existe pas de financement spécifiquement dédié aux efforts de coordination** nécessaires à l'approche longitudinale, multidisciplinaire et intégrée dont les patients chroniques ont besoin. Tant que les différents niveaux et cadres de soins (soins aigus, soins à long terme, soins à domicile, réadaptation, etc.) fonctionneront isolément, l'orientation du patient vers les services les plus appropriés ne générera pas des situations *win-win* qui, au bout du compte, bénéficieront également au système. Un exemple: l'organisation et le financement de la dialyse chronique, où le système actuel de paiement des différentes alternatives est loin d'être financièrement neutre pour l'hôpital et le néphrologue.¹¹



La qualité n'est pas récompensée

Le système actuel tel qu'il est décrit ci-dessus, avec un libre accès à des soins spécialisés généralement non rationnés, est souvent perçu comme très positif. La médaille a toutefois son revers, puisque la consommation de soins non justifiés est encouragée et que les patients ne sont pas nécessairement orientés vers le trajet de soins le plus efficace. Tant les gestionnaires de l'hôpital que les médecins sont incités à maximiser la 'production', un phénomène particulièrement préoccupant dans le domaine des procédures diagnostiques, par définition propices à une multiplication effrénée. Parallèlement, le système induit une approche fragmentée plutôt qu'une intégration et une coordination (qui ne sont généralement pas récompensées du tout). En bref, le système est majoritairement piloté par les prestataires individuels, alors que la qualité exigerait une approche plus multidisciplinaire et axée sur le patient, transcendant les murs des établissements. De plus, le système de financement actuel tend à récompenser les complications iatrogènes ou autres, plutôt qu'à les pénaliser, tandis que les gains d'efficacité potentiels liés à l'amélioration de la qualité bénéficient souvent uniquement au payeur et non à l'hôpital.

Les innovations technologiques menacent d'échapper à tout contrôle

À travers ses propres mécanismes de financement, le système actuel est pratiquement contraint de favoriser prioritairement les innovations technologiques, souvent orientées vers les soins aigus, alors que les immenses besoins d'approches novatrices en matière de qualité, d'intégration des soins, d'efficacité et d'autonomisation du patient ne bénéficient jamais du même niveau de priorité, et moins encore de moyens financiers comparables. Lorsque les remboursements ne suivent pas le rythme des innovations, le patient risque d'être pris en otage et de devoir en assumer seul la responsabilité financière. Pire encore, **la dissémination incontrôlée de dispositifs médicaux insuffisamment testés** représente elle aussi un risque considérable de dommages iatrogènes. L'assurance-maladie est en général confinée au rôle de 'méchant' parce qu'elle refuse aux patients ce qu'eux-mêmes et leurs médecins considèrent comme un besoin absolu ou une 'dernière chance', même si cette opinion n'est basée que sur des données rares ou contradictoires.

1.3. Qui est le capitaine à bord ?

Un paysage dominé par le développement sauvage de l'offre

Le paysage hospitalier – voire l'ensemble du paysage des soins de santé – a été forgé presque exclusivement par les décisions historiques contingentes d'acteurs autonomes, mais sans lien formel avec les besoins de la population. Les réformes successives de l'État n'ont fait qu'accroître la complexité du paysage et la fragmentation des choix en matière de politique de soins de santé.

Les hôpitaux universitaires (y compris les lits dits 'universitaires' hébergés dans des hôpitaux aigus) montrent, *mutatis mutandis*, une image similaire. S'ils fournissent certes une offre étendue et très accessible, couvrant la gamme complète de compétences et de services hautement spécialisés, leur distribution géographique est déséquilibrée et chacun d'entre eux ne se soucie guère de ce que font les autres, ce qui conduit encore une fois à une 'course à l'armement' entre les établissements. Par ailleurs, les hôpitaux universitaires affirment ne pas être payés suffisamment pour accomplir leurs diverses tâches, en particulier les soins hautement spécialisés pour les cas complexes, la recherche et les activités d'enseignement. Et d'autre part, leur financement spécifique via la partie B7 du BMF est jugé opaque par les autres hôpitaux, qui demandent qu'il soit basé sur des critères objectifs.

Les négociations à court terme entre stakeholders peuvent-elles déboucher sur une vision à long terme ?

À l'échelle macroscopique, la prise de décisions en matière de politique des hôpitaux ne diffère pas de la manière dont les choses se passent dans d'autres domaines des soins de santé : il s'agit simplement d'un autre exemple du 'modèle consultatif' belge, dans lequel les décisions sont le résultat de négociations entre les organismes assureurs et les organisations représentatives des prestataires ou des institutions de soins. Ce modèle a donné naissance, au fil des années, à **une multitude de conseils et commissions** qui consacrent une énergie énorme à débattre de la moindre question, et ce dans des domaines de compétences qui ont tendance à se chevaucher. Plus spécifiquement, le partage historique des compétences entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et le Service public fédéral (SPF) Santé publique, sans parler des répartitions supplémentaires générées par la dernière réforme de l'État, n'ont pas aidé



à construire une vision intégrée et cohérente sur le long terme. Bien au contraire, le processus de décision s'en est trouvé encore alourdi. De toute évidence, cela n'a pas contribué à la formulation d'objectifs concrets et objectivables.

Par conséquent, la politique de soins de santé se focalise principalement sur **l'estimation d'un budget annuel**. Le budget global est en outre subdivisé en budgets spécifiques par discipline et secteur, ce qui a pour résultat que la politique globale est écartelée entre des 'silos' concurrents, sans interaction entre eux et défendus par leurs stakeholders respectifs. Ce **cloisonnement des mentalités** représente un obstacle important à l'innovation et aux investissements à long terme. Premièrement, le budget global étant fermé, la croissance (même souhaitable et justifiée) d'un secteur est bloquée par les autres secteurs, dont les moyens sont forcément menacés. Deuxièmement, cette perspective à court terme est difficilement conciliable avec des investissements qui impliquent des coûts initiaux élevés et dont les effets bénéfiques n'apparaissent qu'au bout de quelques années (p. ex. investissements dans les technologies de l'information et de la communication).

Aux différents niveaux du système, les stakeholders exercent des rôles différents et parfois contradictoires, avec pour conséquence que les intérêts des patients – qui ne sont pas directement représentés dans les structures de gouvernance – ne reçoivent pas toujours l'attention qu'ils méritent. Un exemple de cette situation de 'juge et partie' est le manque de contrôle de l'enregistrement des diagnostics qui servent de base à la classification APR-DRG (*All Patient Refined Diagnosis Related Group*). Les décideurs n'ont de comptes à rendre à personne à propos de leurs décisions, même lorsque celles-ci sont en contradiction avec les recommandations fondées sur les preuves ou lorsqu'elles manquent indubitablement d'efficacité ou d'efficience.

L'utilisation d'informations objectives dans la prise de décisions : cote insuffisante

Une récente évaluation de l'utilisation des données probantes dans les décisions de remboursement, basée sur six études de cas (endoprothèse aortique; dépistage du cancer du sein; oseltamivir; hadronthérapie; trastuzumab; médicaments contre la maladie d'Alzheimer) illustre bien le peu de cas qui est fait de ces données.¹² La conclusion des auteurs de cette étude est que l'influence dominante des leaders d'opinion, l'utilisation

sélective de l'information, l'influence des conflits d'intérêts et le contournement injustifié de procédures standard sont inquiétants.¹² Même si bon nombre de stakeholders interrogés dans le cadre de la présente étude défendent le principe de l'implication intensive des stakeholders dans la prise de décisions et reconnaissent les mérites historiques du modèle actuel, ils désapprouvent toutefois largement les mêmes points que ceux critiqués dans l'étude susmentionnée.

Un système de paiement à l'acte peut-il générer une politique de santé réellement intégrée ?

Si le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) et la 'Structure multipartite' constituent le centre de gravité du processus de décision en matière de planification et de budgets hospitaliers, c'est la Commission nationale médico-mutualiste (la 'Médico-mut') qui gère le remboursement des honoraires et services. La Médico-mut a été instituée au départ pour décider du montant des honoraires et du tarif des services (la nomenclature), mais est peu à peu devenue, par défaut, le centre décisionnaire pour des mesures politiques allant bien au-delà des compétences qu'elle était initialement censée exercer. Quelques exemples : l'implémentation d'un dossier médical électronique uniforme pour les soins de première ligne, le développement de trajets de soins, l'élaboration d'un dossier médical global axé sur la prévention (DMG+). Etant donné l'étroitesse du répertoire disponible, cette partie de la politique fédérale reste fondamentalement une politique de tarifs. Une politique qui, encore une fois, reste le plus souvent dépourvue de vision sociétale explicite, sans même parler d'une stratégie à long terme clairement énoncée.

Ces caractéristiques de gouvernance représentent aux yeux de nombreux acteurs une menace pour la pérennité du système et pour sa capacité à trouver et à mettre en œuvre des réponses adéquates aux défis considérables qu'il doit affronter (augmentation du nombre d'affections chroniques avec multimorbidités ; vieillissement de la population ; familles monoparentales et/ou dans la pauvreté ; innovation médicale ; pénurie dans certaines professions de santé ; préférences sociétales mouvantes).



1.4. Un sentiment d'urgence largement partagé

... mais de grâce, pas de révolution !

Après avoir écouté attentivement tous les acteurs impliqués dans le financement des hôpitaux et, par conséquent, dans le fonctionnement de notre système de soins de santé en général, on ne peut continuer à ignorer le sentiment d'urgence largement partagé qui se dégage : le système ne peut plus continuer à fonctionner de la sorte. Là s'arrête toutefois le consensus, voire déjà bien avant pour certaines catégories de stakeholders. Il existe pourtant un point précis sur lequel à peu près tout le monde semble s'accorder : en dépit de ses nombreuses lacunes, le système actuel fonctionne plus ou moins bien, et **les réformes à entreprendre doivent éviter toute déstabilisation brutale**. Que cette opinion soit inspirée par la crainte d'une perte de qualité, d'emplois, de revenus, de pouvoir ou d'autres préoccupations encore, la conclusion est identique : la réforme doit être graduelle et procéder par étapes. Ce ne sera certainement pas possible pour toutes ses composantes, mais il semble toutefois assez raisonnable d'adopter cette ligne de conduite, vu le nombre et de l'ampleur des axes de travail qui devront être entrepris simultanément pour résoudre toutes les questions en jeu.

Trouver un nouvel équilibre : le changement ne peut être unilatéral

Un dernier mot dans cette rubrique 'diagnostic' de notre analyse : les nombreux motifs de réforme énumérés jusqu'ici sont sous-tendus par des objectifs et des valeurs que le système de financement est censé appuyer ou promouvoir – nous y reviendrons dans les sections suivantes. Ces objectifs et valeurs sont de nature très divergente, pour ne pas dire contradictoires. Il serait donc illusoire d'espérer rencontrer les uns et les autres. Mais il est de notre devoir de nous en approcher au maximum. C'est pour cette raison que la solution ne peut passer par la poursuite des habituels bricolages ponctuels du système actuel. Nous avons besoin d'une **révision profonde, multidimensionnelle et coordonnée** de nombreux aspects du système, et ce à différents niveaux d'organisation. Tout objectif moins ambitieux risquerait en effet d'entraîner notre 'patient' vers un déséquilibre fatal.

2. TROIS AXES COMPLÉMENTAIRES POUR UNE RÉFORME COMPLÈTE

Il est généralement admis qu'en matière de politique de santé, si l'on veut concilier les multiples objectifs divergents d'un système de financement des hôpitaux, il faut faire appel à une combinaison de systèmes dans laquelle les principaux risques ou inconvénients de chaque composante sont dans une certaine mesure compensés ou atténués par les avantages d'une ou plusieurs autres composantes.¹³ C'est pourquoi les différents éléments du cadre conceptuel que nous développons dans les chapitres suivants ne peuvent être dissociés, sous peine de rompre l'équilibre entre les objectifs nombreux, et parfois contradictoires, qui sont en jeu. Ce cadre conceptuel repose sur trois piliers essentiels : (1) une extension du système existant de financement prospectif par pathologie, (2) une réforme approfondie du paiement à l'acte des médecins spécialistes et (3) une (ré)organisation complète du paysage hospitalier.

Pour résumer, l'ambition à long terme de la réforme proposée pourrait être formulée comme suit :

Si nous réussissons à repenser l'offre de soins de façon rationnelle en nous focalisant sur les besoins, à mettre un frein à l'offre excédentaire et à la dispersion actuelles et à réorienter de façon plus transparente les moyens financiers provenant actuellement des rétrocessions des honoraires des spécialistes, nous dégagerons assez de moyens pour créer à la fois un financement prospectif par cas suffisant pour couvrir les coûts réels de soins de qualité et une rémunération correcte, mais plus équilibrée, des spécialistes.

Le budget hospitalier (BMF)

Pour le BMF, nous proposons d'**étendre le financement par admission basé sur les DRG, tel qu'il existe actuellement**, mais en déterminant davantage **les tarifs sur base des coûts réels**. Ceci devrait logiquement inciter les hôpitaux à plus d'efficacité, mais le principal objectif de cette mesure est de leur fournir un financement plus réaliste et plus adéquat susceptible de couvrir les coûts réels de leurs activités.



La rémunération des spécialistes

Dans la réforme proposée, la **rémunération des médecins spécialistes** n'est pas incluse dans le tarif par DRG, mais **reste basée sur le principe du paiement à l'acte**. Tous les éléments sans lien direct avec le travail intellectuel et physique concret des médecins sont cependant exclus de ces honoraires. Le corollaire de ceci est **une abolition totale du système de rétrocession des honoraires des spécialistes** et la réallocation du budget correspondant. Une partie devrait aller vers le BMF pour contribuer à la résorption du sous-financement. D'autre part, comme il est crucial que les spécialistes gardent un poids important dans les projets à moyen et à long terme de leur institution, une autre partie du budget ainsi mis à disposition serait mise en sécurité dans **un fonds d'investissement par hôpital, qui serait cogéré par les médecins spécialistes et les administrateurs**.

Presque automatiquement, un tel remaniement de la nomenclature sera synonyme de **réajustement** des honoraires des différentes spécialités. Et le transfert proposé des rétrocessions actuelles supprimerait un important incitant des gestionnaires hospitaliers à encourager la production maximale de services et de procédures.

Le paysage

En termes de pérennité du point de vue du bailleur de fonds public, un système de financement prospectif par cas est sans aucun doute un choix judicieux. Mais il ne résout pourtant le problème qu'à moitié, étant donné que le nombre total de cas (admissions) peut continuer à croître indéfiniment.

C'est pourquoi l'établissement de **limites supérieures à la production totale (capacité)** est un troisième pilier essentiel de la réforme. Des programmes de soins stratégiques à moyen et long terme par 'zone de soins'^a et par région, basés sur les besoins de la population, ainsi que les ressources financières attribuées par les autorités publiques, devraient être les éléments déterminants du périmètre dans lequel les acteurs peuvent déployer leur offre. Il semble évident que **l'offre de lits aigus doit être nettement réduite** et que les **services hautement spécialisés, complexes ou très coûteux doivent être centralisés**, ne serait-ce que dans un souci de qualité.

De nombreux autres éléments seront requis pour arriver à un nouveau système de financement équilibré ; ils seront examinés en détail dans les pages suivantes. Des informations complémentaires, issues de notre propre recherche et de la littérature, peuvent être trouvées dans le rapport scientifique.

^a Dans le cadre de cette étude, nous utilisons le terme neutre de 'zone de soins' pour désigner les entités géographiques à délimiter.



3. UNE COMBINAISON DE MÉTHODES DE RECHERCHE

En novembre 2013, le KCE a été chargé par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de proposer des orientations en vue d'une réforme du système de financement des soins hospitaliers en Belgique. Le champ d'application de ce rapport se limite aux hôpitaux aigus, y compris les hôpitaux universitaires.

Les informations détaillées reprises dans le rapport scientifique ainsi que l'analyse diagnostique et les propositions de réforme présentées dans cette synthèse sont le résultat d'une approche de recherche multidimensionnelle par étapes combinant une consultation approfondie et structurée des stakeholders à la recherche de données probantes dans la littérature scientifique et à l'évaluation critique des expériences d'autres pays.

Pour être plus précis, la **méthodologie mixte du rapport scientifique** comprend les éléments suivants :

- une description factuelle du système belge actuel reposant principalement sur des documents juridiques et des manuels ;
- les faits et chiffres sur l'organisation hospitalière et le système de financement belges tirés de sources de données ouvertes au public et un état des lieux de la capacité et de l'activité des hôpitaux belges dans une perspective internationale, avec pour source de données principale les Statistiques sur la Santé 2014 de l'OCDE, complétées par d'autres sources internationales facilement disponibles ;
- plusieurs cycles de consultation pour étudier l'avis des stakeholders (voir Encadré 1) ;
- un examen de la littérature grise pour y trouver les rapports belges pertinents. La réalisation d'une revue systématique complète pour chacun des sujets aurait dépassé le cadre de cette étude. La littérature référencée se base principalement sur une recherche systématique dans les rapports existants du KCE, une identification de rapports des autorités fédérales et fédérées sur base de contacts directs avec des dirigeants, une recherche sur Internet, une recherche sur Medline d'articles *peer-reviewed* publiés par des auteurs belges clés et des recherches ad hoc (p. ex. universités belges, centres d'études

d'organismes assureurs, organisations internationales telles que l'OCDE ou l'OMS) visant à obtenir des informations décrivant ou éclairant le système hospitalier belge et à identifier des initiatives ou bonnes pratiques internationales dignes d'intérêt ;

- une comparaison internationale de la rémunération des médecins spécialistes au moyen d'une enquête menée auprès d'experts nationaux, et complétée par une recherche documentaire sur les incitants financiers et autres pour les médecins spécialistes, l'impact des différentes méthodes de paiement sur la relation entre gestionnaires d'hôpitaux et spécialistes, le choix du cadre de soins par les médecins spécialistes ;
- pour le chapitre '*Hospital of the future*', ont été passées en revue : (1) des revues systématiques pour obtenir des informations sur le juste équilibre entre centralisation, spécialisation et décentralisation des services hospitaliers (rapport *volume-outcome* et économies d'échelle et d'envergure – *economies of scale and scope*) ; (2) la littérature grise pour savoir quel type de soins doit être proposé dans quel cadre de soins et (3) la littérature grise pour identifier au niveau international les bonnes pratiques concernant les nouveaux rôles des hôpitaux, dans le but d'arriver à des soins plus intégrés ;
- une comparaison internationale du financement de l'investissement et de l'innovation, basée sur la littérature grise et sur une sélection d'articles *peer-reviewed*. La section relative à chaque pays a été validée par un expert du pays concerné.



Encadré 1 – Les différentes étapes du processus de consultation des stakeholders

Entretiens approfondis

En décembre 2013 et janvier 2014, 20 acteurs clés (10 francophones et 10 néerlandophones) ont été interviewés : des représentants des gestionnaires d'hôpitaux, des médecins, des autorités publiques, des organismes assureurs et des universitaires possédant une expérience dans les systèmes de financement des hôpitaux. Les entretiens portaient sur : (1) le futur des hôpitaux dans le paysage des soins de santé en Belgique ; (2) les forces et faiblesses des systèmes actuels de financement des hôpitaux et de rémunération des médecins spécialistes ; (3) des éléments de solution pour concevoir un futur système de financement plus efficace.

Tables rondes

Deux tables rondes (une en néerlandais et une en français) ont été menées en février 2014. Toutes deux comptaient 9 participants, choisis pour compléter les stakeholders interrogés au cours de la phase précédente. Les sujets débattus incluaient la qualité des soins, le système dual de financement des hôpitaux, les honoraires des médecins et la macro-gouvernance. Le but était de tracer les marges de manœuvre d'une future réforme en termes d'acceptabilité et de faisabilité.

Workshops avec des universitaires

En juin 2014, un avant-projet de la synthèse a été discuté au cours d'un workshop de deux jours auquel ont participé 11 universitaires belges et étrangers (les auteurs des Chapitres 13 et 14 du rapport scientifique) dans le but d'analyser de manière critique les propositions d'orientations de la réforme.

Consultation des stakeholders

Également en juin, les propositions d'orientations et leur justification ont été présentées à un large éventail de stakeholders (plus de 50 au total, dont ceux qui avaient pris part aux entretiens et aux tables rondes) afin de leur donner la possibilité d'exposer leur point de vue et de formuler des suggestions supplémentaires.

Consultation des autorités publiques

Toujours au mois de juin, des représentants des autorités publiques (entités fédérales et fédérées) ont été invités à une table ronde sur les propositions d'orientations.

Bien que la plus grande attention ait été portée à l'intégration du plus grand nombre possible de points de vue différents, des choix ont dû être faits entre des visions et des intérêts conflictuels, pour obtenir un ensemble cohérent et équilibré de mesures proposées. Par conséquent et de façon inévitable, ces pistes d'orientation ne peuvent refléter la position de chacun des stakeholders.

La présente synthèse est l'intégration par les auteurs du KCE des résultats des différentes approches méthodologiques susmentionnées. En tant que telle, elle va plus loin qu'un simple résumé du matériel présenté dans le rapport scientifique, et elle se base également sur les leçons tirées d'un précédent rapport du KCE comparant les systèmes de financement prospectif par cas des hôpitaux dans une sélection de cinq pays.¹³

Il est important de remarquer que la simulation des effets des propositions de réforme dépassait le cadre de cette étude. Elle n'était pas réalisable dans les limites du temps imparti à cette étude, mais devra indubitablement être effectuée avant qu'une mise en œuvre concrète puisse être envisagée.



4. LE BUDGET DES HÔPITAUX : UNE ÉVOLUTION PAR ÉTAPES VERS UNE NOUVELLE COMBINAISON DE SYSTÈMES DE FINANCEMENT

Au cours de ces vingt dernières années, des systèmes de financement des hôpitaux basés sur les DRG ont été introduits dans toute l'Europe.^{13, 14} Si les DRG ont initialement été conçus pour améliorer l'efficacité des soins aigus, ils sont désormais appliqués à d'autres secteurs des soins, mais de façon très variable selon les pays. Et entre-temps, de nombreux états sont entrés dans une nouvelle phase de réforme du financement de leurs hôpitaux en accordant davantage d'importance à l'efficacité de l'ensemble du système (et pas seulement à celle des hôpitaux), à la maîtrise des coûts, à la qualité et à la coordination des soins à travers les différents lieux de soins. Les paiements groupés (*'bundled payments'*) ou paiements par épisode de soins et les paiements forfaitaires sont de plus en plus utilisés pour atteindre ces objectifs.

Chaque système de financement, et par conséquent aussi chaque combinaison de systèmes, possède un certain nombre de caractéristiques différentes, chacune avec ses propres incitants.^{15, 16} Il est crucial de bien comprendre de quelle manière une réforme transférera les risques financiers d'une partie à une autre (p. ex. des autorités publiques aux hôpitaux) afin d'évaluer les changements de comportements potentiels.

Clarification de quelques concepts clés

Financement par cas (*case-based payment*) : les hôpitaux reçoivent un montant fixe par cas traité, indépendamment des coûts effectivement supportés par l'hôpital.

Diagnosis Related Groups (DRG) : méthode la plus connue pour regrouper le case-mix des hôpitaux en catégories plus larges et plus ou moins homogènes.¹³

Paiements groupés : les prestataires reçoivent un montant fixe pour un groupe (*bundle*) de soins apparentés pouvant inclure des services en amont et en aval de l'hôpital aigu. Les méthodes de paiement peuvent varier au sein du modèle de paiements groupés.¹⁷

Dotations globales ou capitation : les prestataires reçoivent un montant fixe par patient pour fournir une gamme de services dont ce patient pourrait avoir besoin pendant une période spécifiée (p. ex. un an).¹⁸

4.1. L'éventail actuel de sources de revenus pour les hôpitaux

Les revenus des hôpitaux proviennent de plusieurs sources. Les deux principales sources de financement public sont un budget global, appelé 'Budget des moyens financiers' (BMF), et les honoraires des médecins (essentiellement un système de paiement à l'acte (FFS)). Les hôpitaux obtiennent un financement distinct pour les médicaments, les programmes de revalidation, l'hospitalisation de jour et les investissements. La dernière source est celle des patients eux-mêmes, qui paient toujours une quote-part et parfois des suppléments.



4.1.1. *Un système de case-mix fragmenté dont le paiement dépend de la durée de séjour*

Un système de case-mix fragmenté

Au cours de ces dernières décennies, des paiements forfaitaires partiellement basés sur les APR-DRG ont été introduits dans le système belge de financement des hôpitaux; citons par exemple les forfaits pour la biologie clinique et l'imagerie médicale, les paiements par cas pour la partie B2 (principalement pour les coûts infirmiers) du BMF et un système (distinct) de financement par cas pour un sous-ensemble de spécialités pharmaceutiques pour les patients hospitalisés. En comparaison avec d'autres pays, la mise en œuvre en Belgique du financement des hôpitaux selon le case-mix apparaît cependant très **fragmentée et partielle**.¹⁹

Le système de paiement forfaitaire pour les **spécialités pharmaceutiques**, introduit en 2006, est en général vu comme un système équitable de distribution des ressources entre hôpitaux. Les stakeholders reconnaissent que la prescription de médicaments est devenue beaucoup plus efficace et rationnelle, mais expriment certaines préoccupations quant à l'impact sur la qualité des soins. Ils craignent que certains médicaments (onéreux) soient remplacés par des options meilleur marché qui ne sont pas moins efficaces, mais peuvent causer plus de désagréments aux patients (p. ex. voie ou fréquence d'administration, effets indésirables). D'un autre côté, le fait que certains médicaments (notamment les plus coûteux) ne soient pas repris dans le forfait limite le risque de sous-utilisation, mais pourrait favoriser à son tour un glissement injustifié vers ces produits. Une critique revient constamment : les autorités ont renié leur promesse initiale de réinjecter dans les hôpitaux les sommes économisées, ce qui a sapé la confiance et alimenté la suspicion des organisations de médecins à l'encontre de toute forme de paiement forfaitaire.

Paiement basé sur la durée de séjour moyenne plutôt que sur les coûts

Les activités justifiées, le concept fondamental du BMF, sont basées sur la durée moyenne nationale de séjour par APR-DRG, qui est ensuite appliquée au case-mix de chaque hôpital. **La durée de séjour pondérée en fonction de la pathologie n'est toutefois qu'un indicateur des moyens utilisés ou des coûts réels**. Malheureusement, à ce jour, les seules données sur les coûts disponibles en Belgique proviennent de quelques groupes hospitaliers, et sont collectées sur base volontaire.²⁰⁻²² Les tarifs actuels des interventions médicales sont également perçus comme des indicateurs insuffisants des coûts réels.

Les stakeholders argumentent que si le nouveau système de financement était basé sur les coûts réels, la répartition du budget fermé serait encore plus faussée, parce que la variabilité des coûts entre les groupes de pathologies et les degrés de sévérité de la maladie est encore plus importante que la variabilité des durées de séjour. Les simulations montrent que l'élargissement du financement par pathologies entraînerait effectivement d'importants glissements budgétaires entre les hôpitaux.²⁰

Absence de modèle uniforme pour l'hospitalisation de jour

Le financement des hospitalisations de jour suit **une logique différente en fonction de leur type** : le financement de la chirurgie de jour est intégré dans le BMF et un certain nombre de forfaits pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale sont calculés au prorata de la partie B2 de ce que l'on appelle le 'prix de journée d'entretien', qui diffère substantiellement entre les hôpitaux. Par contre, d'autres financements forfaitaires pour d'autres hospitalisations de jour non chirurgicales (groupes 1 à 7), pour l'utilisation de la salle des plâtres, pour le traitement de la douleur chronique et pour la manipulation de cathéters à chambre sont caractérisés par un montant fixe indépendant de l'hôpital.

Certains stakeholders souhaitent que tous les paiements de l'hospitalisation de jour soient intégrés au BMF. Ils estiment que la distinction entre hospitalisation et activités ambulatoires est dépassée et qu'elle entrave le traitement approprié des patients. Ils sont aussi d'avis que cela contribue aux désaccords entre gestionnaires des hôpitaux et médecins.



La charge de travail en soins infirmiers et le statut socioéconomique expliquent les différences d'utilisation des ressources

La principale clé de répartition de la partie B2 est le **système APR-DRG**, qui est en général jugé objectif et transparent. Malgré ses défauts, il **peut être considéré comme l'un des meilleurs systèmes disponibles**. Cependant, les stakeholders affirment également qu'à eux seuls, les APR-DRG ne reflètent pas suffisamment les différences des besoins en ressources. Le statut socioéconomique des patients exerce lui aussi une influence sur la durée de séjour.²³ Depuis 2002, les hôpitaux belges reçoivent un financement supplémentaire pour les patients de faible statut socioéconomique, via la partie B8 du BMF. Il s'agit d'une enveloppe budgétaire fermée répartie entre les hôpitaux au moyen d'une formule complexe.

Plus important, les informations sur les pathologies capturées par les APR-DRG n'expliquent pas nécessairement la variabilité de la charge de travail en soins infirmiers.²⁴ Le système corrige cela par le biais d'une section additionnelle du budget B2, mais la méthode de calcul utilisée est fortement critiquée. Les données utilisées (c.-à-d. le Résumé Infirmier Minimum, RIM) sont jugées insuffisamment validées et contrôlées. De plus, la méthode de calcul (dite des 'déciles') est considérée comme injuste, parce que les budgets supplémentaires gonflent exponentiellement au fur et à mesure des déciles et favorisent de façon démesurée les grands hôpitaux (principalement universitaires). À partir de 2014, le système des déciles sera progressivement abandonné et remplacé par une nouvelle méthode de calcul, basée sur les NRG (*Nursing Related Groups*).

Les 'activités justifiées' ne sont pas nécessairement médicalement justifiées

La méthode de calcul des jours-patients justifiés, qui dépend de l'activité moyenne, ne reflète pas forcément la pratique *evidence-based*. Une meilleure alternative, du moins selon certains stakeholders, serait de concevoir des itinéraires cliniques fondés une approche *evidence-based*, et de calculer le paiement sur base de la durée de séjour ou mieux, des coûts correspondants à ces itinéraires, comme cela se fait pour les *Best Practice Tariffs* anglais (voir Encadré 3).

4.1.2. Méthode de calcul complexe et opaque du budget de chaque hôpital

Le calcul du BMF était initialement relativement simple, avec une allocation claire de chacun de ses composants. Depuis lors, sa complexité s'est graduellement accrue, au point qu'il est désormais perçu par les gestionnaires d'hôpitaux comme une boîte noire.

La distribution du budget hospitalier national aux différents hôpitaux repose sur un calcul aux innombrables composantes, assorti qui plus est de fréquentes modifications et corrections a posteriori. Chaque partie du budget est établie à l'aide d'une méthode de calcul propre caractérisée par des déterminants spécifiques dont les justifications sont incohérentes et parfois incompatibles. Le manque de transparence et de prédictibilité est encore aggravé par la **multiplication des sources de revenus**. En ce qui concerne les revenus issus des rétrocessions d'honoraires des médecins, il n'existe pas de cadre général régissant leur montant et la destination de ceux-ci ; ils font l'objet de négociations dans chaque hôpital.

Les stakeholders se plaignent que les critères sont devenus tellement complexes et opaques que l'allocation finale des ressources est suspectée d'être manipulée dès le départ au bénéfice des acteurs les mieux informés et préparés aux négociations. Les critères de distribution du financement supplémentaire pour les patients de faible statut socioéconomique (B8) en sont un exemple souvent cité.

4.1.3. Incitants à l'efficacité : trop ? trop peu ?

La durée de séjour

Les stakeholders reconnaissent que **le fait de payer les activités (le principe des lits justifiés) plutôt que les structures (lits agréés) a augmenté l'efficacité** en réduisant la surcapacité en lits d'hôpital²⁵ et les durées de séjour. La réduction de la durée de séjour observée au cours des dix dernières années peut s'expliquer en partie par des évolutions médicales et technologiques, mais les stakeholders interrogés attribuent néanmoins une part importante de cette réduction aux incitants intégrés au système de financement des hôpitaux dès 1994. Étant donné que le nombre d'activités justifiées est basé sur la durée de séjour moyenne calculée d'après l'ensemble des séjours hospitaliers, il existe une compétition **permanente pour raccourcir cette durée**.



De l'avis de beaucoup d'interviewés, dans l'organisation actuelle des soins de santé, la réduction de la durée de séjour a atteint une limite si l'on ne veut pas porter atteinte à la qualité des soins. Ils ajoutent toutefois qu'il serait encore possible de raccourcir la durée de séjour moyennant des investissements pour renforcer les soins de première ligne et développer des formules alternatives, comme des structures intermédiaires pour les soins post-aigus.

Les séjours hospitaliers plus brefs exigent d'ordinaire un travail plus intensif et sont plus coûteux sur base journalière, mais les **ratios de personnel infirmier n'ont pas évolué en conséquence**. Une récente étude européenne analysant les données de 300 hôpitaux de neuf pays a montré que les hôpitaux belges possèdent un ratio patients/infirmier moyen relativement élevé (10,8 patients par infirmier et par 24 h contre 8,3 en moyenne pour l'ensemble des pays).²⁶

À l'opposé, les patients dont la durée de séjour est prolongée courent le risque d'être hospitalisés encore plus longtemps, dans le simple but d'être classés comme *outliers* générant un remboursement plus avantageux. Les stakeholders suggèrent de fixer un plafond pour le nombre d'*outliers* par hôpital afin de réduire l'utilisation abusive du système. Une autre manière de partager les risques financiers entre l'hôpital et les autorités subsidiaires est de définir les *outliers* comme les x % de patients dont le séjour est excessivement long ou court.

Les admissions inappropriées

Par rapport aux autres pays de l'OCDE, la Belgique présente un nombre relativement élevé d'admissions (163,8 sorties par 1000 habitants en 2010, contre 152,9 sorties en moyenne dans l'étude de l'OCDE²) et des durées de séjour relativement longues, ce qui aboutit à un nombre élevé de journées d'hospitalisation par habitant. Les stakeholders affirment qu'en dépit des gains d'efficacité, il y a encore trop d'admissions injustifiées. Ils attribuent ce travers à la surcapacité en lits aigus et à l'insuffisance de soins de première ligne et de structures alternatives.

4.2. Étendre, affiner et stabiliser le système actuel de financement prospectif par pathologies

Orientation 1

Le système de financement des hôpitaux aigus doit être graduellement étendu afin de passer de l'utilisation fragmentée et partielle actuelle des éléments du case-mix à un financement prospectif et par pathologie plus complet, plus affiné et doté des caractéristiques suivantes :

- un tarif fixe par DRG pour chaque admission entrant dans le champ d'application du système prospectif ;
- un tarif par DRG déterminé d'après les coûts réels, en se basant autant que faire se peut sur les soins les plus appropriés, *evidence-based* ;
- des coûts couverts par le tarif par DRG englobant les coûts actuellement payés au travers de la partie B2 du BMF. Pour les coûts actuellement payés par les parties B1, B3, B4, B5, B6 et B9, seuls les coûts directement liés aux activités de soin et sur lesquels l'hôpital peut avoir un impact sont couverts par le tarif par DRG ;
- des coûts des médicaments, des implants et des dispositifs médicaux invasifs sont inclus dans le tarif par DRG, à l'exception des plus onéreux (cf. liste de médicaments exclus du budget prospectif actuel) ;
- le tarif par DRG ne comprenant pas les honoraires des médecins, qui continuent à être payés à l'acte, quoique sur la base d'une nomenclature entièrement revue où la rémunération des actes physiques et intellectuels réels est séparée de la compensation pour les coûts de fonctionnement et les investissements. Ceux-ci sont en partie intégrés dans le prix par DRG et en partie transférés vers un fond d'investissement cogéré par les médecins et les gestionnaires de l'hôpital (voir Chapitre 5) ;



- **les cas complexes dont les coûts sont très variables (avec un degré de sévérité (*severity of illness* (SOI) de 4) ne sont pas intégrés au système prospectif. Pour ces patients, les hôpitaux reçoivent une somme fixe par jour.**

Le champ d'application du financement prospectif par cas est étendu à l'hospitalisation de jour :

- **les tarifs sont différenciés de manière à créer des incitants à l'hospitalisation de jour lorsqu'elle est médicalement opportune et sûre ;**
- **pour les pathologies relativement homogènes, un tarif unique pour les hospitalisations classiques et de jour pourrait être appliqué.**

La santé mentale et les soins de revalidation ne sont pas inclus dans le champ d'application de cette proposition.

Des financements distincts sont prévus :

- **pour les coûts d'amortissement, d'investissement et les infrastructures ;**
- **pour les fonctions spécifiques des hôpitaux universitaires.**

Objectifs et justification

Les stakeholders soutiennent dans une grande mesure la transition vers un budget hospitalier plus global, prospectif et par pathologie. L'objectif déclaré est d'**améliorer l'efficacité, la transparence et l'équité** de l'allocation des ressources entre les hôpitaux afin que les paiements soient plus conformes à l'activité fournie. En outre, les DRG autorisent des **financements intégrés par exemple** pour les hospitalisations classiques et de jour, et permettent d'**associer plus étroitement le budget à son utilisation prévue**. Ceci faciliterait les discussions internes sur l'allocation des ressources entre départements et services.

L'expérience internationale indique que les objectifs de l'introduction d'un système basé sur les DRG doivent être clairement formulés.¹³ Des termes généraux tels qu'efficacité ou transparence sont trop vagues pour donner corps à un système de financement ou évaluer son impact.

- Dans le contexte belge, un système de financement prospectif par DRG englobant les soins hospitaliers classiques et de jour pourrait **réduire (plus encore) les coûts par cas et la durée de séjour**, mais pas nécessairement les coûts hospitaliers totaux, parce que seul le prix de l'admission, et non le volume, serait contrôlé.
- Un système basé sur les DRG pourrait accroître la transparence en déterminant de façon prospective un prix pour un produit hospitalier clairement défini (le DRG). Un **système transparent exige toutefois que des règles claires régissent la codification et la tarification** des DRG.¹³
- Les gestionnaires d'hôpitaux seront à même de mieux gérer les activités de leurs établissements, puisque leur **budget sera plus prévisible**, le tarif par pathologie étant fixé a priori et n'étant plus modifié ensuite.
- Le financement des hôpitaux doit permettre de maintenir des effectifs suffisants et de mettre en place une politique de ressources humaines. Les données démographiques et les attentes du personnel médical concernant l'équilibre entre travail et vie privée sont en mutation et il sera donc important que les hôpitaux puissent poursuivre une **politique de ressources humaines adaptée à ces besoins changeants**.
- L'éventualité qu'un système de financement prospectif par DRG débouche sur un **traitement plus équitable des hôpitaux** dans le contexte belge dépendra en grande partie de la possibilité de maintenir un prix fixe et prévisible avec un budget global restant dans des limites raisonnables. Un contrôle structurel adéquat du volume de production total semble absolument incontournable ; ceci sera abordé dans le troisième pilier de cette proposition (voir Chapitre 6 de la synthèse).
- Les stakeholders estiment par ailleurs qu'il est important que les hôpitaux disposent d'une certaine latitude budgétaire afin de pouvoir prendre **des mesures de politique de santé générales**, comme des initiatives d'amélioration de la qualité. Un système comparable à la partie B4 actuelle, qui offre la possibilité de financer des budgets structurels et transversaux (p. ex. le contrôle des infections nosocomiales) ainsi que des projets pilotes temporaires passant par des contrats individuels avec les hôpitaux, pourrait permettre d'atteindre cet objectif.



4.2.1. Conception du système : les détails comptent

L'expérience internationale enseigne que les choix concrets en matière de **caractéristiques de conception du système de financement par DRG** ont un impact sur l'atteinte ou non des objectifs. Trois concepts étroitement liés doivent être définis et développés pour mettre le système sur les rails : le catalogue, le produit et le prix/tarif.

A. Un système de classification et une répartition en groupes

Afin d'user d'un vocabulaire commun pour décrire le case-mix des hôpitaux, la plupart des pays recourent à un système de classification dérivé du système DRG américain.^{13, 3} Le système belge actuel utilise les APR-DRG, qui prennent en considération quatre niveaux de sévérité des maladies (*severity of illness*, SOI) et quatre niveaux de risque de mortalité (*risk of mortality*, ROM).²⁰

Dans notre travail précédent, nous examinons dans quelle mesure les APR-DRG classifient les patients en groupes économiques, statistiques et cliniques significatifs lorsqu'ils sont appliqués aux données belges.²⁰ Un compromis entre précision et maniabilité du système doit être trouvé en tenant compte du contexte national spécifique et des objectifs du système. Les APR-DRG montrant une variabilité importante pourraient être subdivisés, en appliquant un nouveau tarif à chaque sous-groupe. Plus le nombre de groupes est élevé, plus le risque financier est bas pour l'hôpital mais plus la complexité administrative augmente.

Même dans ces conditions, aucun système de case-mix unique n'est en mesure d'aplanir les variations imputables aux **outliers**. Ces derniers requièrent donc un **financement séparé**.

B. Le produit : ce qui en fait partie ou pas

Dans les autres pays, le financement de type DRG n'est jamais 'all inclusive', mais est combiné à d'autres types de financement (budgets globaux, paiements à l'acte, paiements groupés, *pay-for-quality*). Sans surprise, les stakeholders belges défendent eux aussi une combinaison de systèmes et soulignent que les équilibres historiques précautionneusement mis en place ne doivent pas être bouleversés.

Quelle(s) partie(s) du budget ?

Les stakeholders reconnaissent que la plupart des pays occidentaux disposent d'un système de financement des hôpitaux dont une proportion plus large du budget est prospective et basée sur les pathologies qu'en Belgique. La majorité des stakeholders interrogés conviennent également que différents éléments actuellement couverts par des composantes distinctes du BMF ou des sources externes à ce dernier (par exemple les forfaits pour l'hospitalisation de jour) pourraient être intégrés dans un système de financement prospectif unique. Par conséquent, le financement par DRG de la présente proposition engloberait une série de composantes non couvertes par la partie prospective actuelle du BMF (B1, B3, B4, B5, B6 et B9), pour autant que les coûts soient liés aux activités de soin et soient sous le contrôle des hôpitaux. Les médicaments aujourd'hui couverts par le budget prospectif introduit en 2006 seraient également inclus au paiement par DRG. Les éléments suivants ne seraient pas inclus :

- les paiements pour les activités non liées aux patients, c.-à-d. les secteurs et services pour lesquels il est difficile d'attribuer des coûts et/ou générant des coûts ne se reflétant pas suffisamment dans les DRG, comme les coûts d'amortissement;
- le financement de rôles spécifiques des hôpitaux universitaires (p. ex. enseignement, recherche) ;
- le financement des éléments ayant un fort impact sur les prix, tels que les médicaments, les implants ou les dispositifs invasifs très coûteux.

Quelles admissions ?

Lors de la définition du champ d'application du système, une deuxième dimension est le **type d'admissions incluses ou exclues**. Dans la proposition actuelle, toutes les admissions pour soins aigus sont couvertes, y compris les hospitalisations de jour. Les soins de santé mentale et les soins de révalidation ne sont actuellement pas inclus, pas par impossibilité de les amener à un financement prospectif par cas, mais plutôt parce qu'ils ont leurs propres systèmes de classification, font appel à d'autres sources de données, requièrent d'autres formes d'aménagements législatifs, etc., qui ne peuvent pas être examinés dans le temps imparti à cette étude.



Pour une intégration adéquate des **hospitalisations de jour** dans le système, une première étape devrait être le développement d'un plan global pour toutes les activités hospitalières, définissant le cadre dans lequel chaque type de soins doit préférentiellement être presté (hospitalisation classique, hospitalisation de jour, soins ambulatoires), avec des stratégies et des objectifs clairs visant à soutenir et à faciliter l'expansion des hospitalisations de jour. Le choix du cadre de soins devrait être basé sur des preuves scientifiques. Pour des interventions et des procédures pour lesquelles une hospitalisation de jour est possible et souhaitable, un objectif concret (en %) devrait être fixé, basé sur des preuves scientifiques, des tendances internationales et une analyse comparative des hôpitaux.

Encadré 2 – Le programme français d'actions communes pour le développement de la chirurgie ambulatoire

Un programme d'actions communes entre la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a été mis en place pour accroître le taux de chirurgie ambulatoire.^{27, 28}

Le programme d'actions communes se compose de six axes de travail définis sur un plan pluriannuel (2012-2015) :

- un aperçu de l'état actuel des connaissances sur les modalités d'organisation et de financement et sur les réglementations relatives à la chirurgie ambulatoire ;
- les critères d'admission des patients en chirurgie ambulatoire ;
- les modèles opérationnels et les outils de mise en œuvre ;
- les outils d'évaluation économique permettant d'identifier les conditions d'équilibre économique de la chirurgie ambulatoire ;
- des indicateurs de surveillance et d'évaluation ;
- des normes de certification/d'accréditation.

A l'intérieur du groupe des admissions incluses, il est toujours possible d'exclure les séjours des patients avec une durée de séjour très longue et/ou des coûts très élevés provenant de l'usage de médicaments ou de dispositifs très coûteux ou de transplantations.²⁰

Pour éviter la sélection des risques et que la qualité soit négligée, les **soins complexes et coûteux** ne devraient pas être financés par DRG. Une option possible est de les couvrir dans le cadre d'un programme de soins. Le budget par programme de soins pourrait être basé sur plusieurs critères tels que la présence de certains APR-DRG mais aussi sur la disponibilité de services de garde et de permanences. Les critères d'éligibilité pourraient inclure des seuils de volume minimum, une communication des indicateurs de résultats et de processus, une disponibilité permanente de certains services spécifiques et du personnel y afférant.

Alternativement, par exemple pour les patients avec un SOI de 4, il pourrait y avoir un forfait par jour, soit à la place soit en complément du tarif habituellement payé pour le DRG. Le forfait journalier pourrait être dégressif en fonction de la longueur du séjour comme c'est le cas dans les *Healthcare Resource Groups* (une variante des DRG) en Angleterre.²⁹ Toutefois, la possibilité d'inclure ces patients à moyen ou long terme dans le financement par DRG devrait être examinée.

Englobant quels services ?

Une troisième dimension du système réfère au **niveau de groupage des services** dans le financement par DRG, par exemple les services pré- et post-hospitalisation, qui peuvent également être inclus ou pas.

Dans d'autres pays, il existe différentes approches en fonction de l'autorité subsidiaire, et de la façon dont les soins ambulatoires sont organisés. La plupart des pays européens étendent le groupage aux services prestés dans les 30 jours ou plus après la sortie du patient.^{13, 16} Certains pays (par exemple les Pays-Bas) y incluent également des soins ambulatoires spécialisés, mais en général, le groupe ou l'épisode de soins est limité à un seul cadre de soins.

Contrairement aux Pays-Bas, où les services ambulatoires sont principalement liés à l'hôpital, la situation en Belgique est beaucoup plus variable et un financement groupé est moins simple à mettre en œuvre. Une exception pourrait être l'inclusion des épisodes prévisibles de revalidation à la suite d'une intervention chirurgicale élective, comme une prothèse de



hanche ou de genou, ou bien à la suite d'épisodes aigus comme un accident vasculaire cérébral ou un accouchement normal. Par exemple, en Angleterre, les tarifs post-hospitalisation (*'post discharge tariffs'*) pour la revalidation cardiaque ou pulmonaire, ou pour les prothèses de hanche et genou, financent un itinéraire de soins post-hospitalisation déterminé en fonction de l'évidence clinique.¹³ Nous reviendrons sur l'étendue du tarif par DRG dans la section 8.1, chapitre 'payer pour des soins de qualité'.

Un pas plus loin dans la coordination et l'intégration des soins, des paiements groupés pour différents prestataires et cadres de soins ont été introduits pour des épisodes de soins de maladies chroniques spécifiques comme le diabète. Toutefois, inclure de plus longs épisodes de soins post-aigus pour les malades chroniques souffrant de plusieurs affections pourrait introduire une nouvelle fragmentation des services s'ils ont besoin de plusieurs ensembles de soins qui se chevauchent.³⁰ Nous reviendrons sur cette question à la section 4.2.2.

C. Le prix ou tarif

Une première étape dans la détermination des tarifs par DRG est de fixer une valeur monétaire pour les ressources utilisées lors du traitement d'un patient. **Il est préférable de choisir, comme base pour ces tarifs, les coûts plutôt que les tarifs de remboursement actuels**, car ces derniers sont également le reflet de négociations historiques entre prestataires ou de choix politiques spécifiques. Dans la plupart des pays, le tarif de base ou le poids relatif des ressources par DRG est déterminé sur base des coûts moyens d'un échantillon d'hôpitaux. Il semble y avoir un compromis entre la garantie d'une bonne qualité des données de coût, le nombre d'hôpitaux collectant ces données de coûts (la taille de l'échantillon) et l'uniformité des règles de comptabilisation des coûts entre les hôpitaux.¹³

En Belgique, les seules **données de coûts disponibles** proviennent d'initiatives ponctuelles et volontaires *d'activity-based costing*. Étant donné que les hôpitaux diffèrent sur bien des points, tels que la méthode de rémunération des médecins et l'organisation des processus de soins, les stakeholders proposent d'**élargir la collecte des données à un échantillon d'hôpitaux suffisamment grand et représentatif**.

Pour le **tarif des services d'hospitalisation de jour**, différentes options peuvent être envisagées. Pour des pathologies relativement homogènes, un seul tarif pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de

jour pourrait être appliqué, mais les avantages et inconvénients de cette approche en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité doivent être évalués. Pour des pathologies moins homogènes, un tarif différencié est plus approprié.

D'autres variantes pourraient être envisagées, à titre expérimental (voir par exemple les *'Best Practice Tariffs'* appliqués en Angleterre, décrits dans l'Encadré 3).

Encadré 3 – Best Practice Tariffs (BPTs) en Angleterre : une alternative aux coûts moyens pour déterminer les tarifs

Jusqu'en 2009-2010, un tarif unique pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour était appliqué pour la plupart des *'Healthcare Resource Groups'* (HRG - la version anglaise des DRG) afin de favoriser la substitution vers l'hospitalisation de jour chaque fois que c'était possible. Le tarif était basé sur la moyenne des coûts d'hospitalisations classiques et de jour, pondérée en fonction de la proportion d'activité de chaque cadre de soins. Il a été démontré que la proportion d'hospitalisations de jour a augmenté avec l'introduction de ce tarif unique.

À partir de 2010/2011, les *Best Practice Tariffs* (BPTs) ont été introduits pour une série d'interventions telles que le traitement des hernies et les résections de prostate. Les BPTs se composent de deux tarifs, l'un appliqué aux hospitalisations de jour et un autre pour les hospitalisations électives classiques. En fixant un tarif plus élevé pour les hospitalisations de jour que pour les hospitalisations classiques, les hospitalisations de jour sont surpayées et les hospitalisations classiques sont sous-payées. Selon le *National Health Service* (NHS), les hôpitaux seront globalement correctement payés tant qu'ils effectuent une proportion d'hospitalisations de jour plus ou moins conforme au taux cible. Pour la plupart des procédures sélectionnées, le taux d'hospitalisations de jour a progressé de 1 à plus de 10 points de pourcentage.

La sélection des procédures éligibles pour les BPT a été réalisée par la *British Association of Day Surgery*.



4.2.2. Patients souffrant d'affections chroniques ou multiples

Orientation 2

Des projets pilotes doivent être mis en place pour remplacer le financement par DRG des services hospitaliers par des dispositifs de financement plus complets portant sur des 'ensembles' de soins intégrés qui englobent les services à tous les niveaux de soins nécessaires pour couvrir la totalité d'un épisode d'une pathologie donnée.

Objectifs et justification

Les systèmes de santé doivent de plus en plus faire face au vieillissement de la population et à une augmentation de la prévalence des patients présentant une ou deux affections chroniques, ou une multimorbidité. Or les DRG, ou tout autre système de financement basé sur les épisodes de soins, présentent comme faiblesses majeures que leur champ de vision est trop étroit pour répondre de façon adéquate aux problèmes systémiques plus larges et qu'ils n'incitent pas suffisamment à réduire le nombre d'épisodes.

Idéalement, les systèmes de financement promouvant la continuité et la coordination des soins doivent confier l'attribution des ressources financières aux acteurs qui sont les mieux à même de juger quels éléments de soins sont nécessaires, mais qui n'ont pas d'intérêt propre dans la fourniture d'un ou plusieurs de ces éléments.

Toujours aucune recette éprouvée

Dans la pratique, la plupart des méthodes de financement qui stimulent l'intégration des services pour les malades chroniques déplacent le **point de gravité des hôpitaux vers les soins de première ligne**.¹³ En Belgique, il est cependant difficile d'imaginer comment les hôpitaux pourraient gérer efficacement les relations avec une multitude de prestataires, dont une grande partie sont indépendants et travaillent en solo.

Les pays dans lesquels un système type DRG est en place depuis de nombreuses années expérimentent des solutions alternatives qui sont plus compatibles avec l'intégration des services. En général, il s'agit de projets qui se focalisent sur une affection unique. **La plupart d'entre eux** sont en lien étroit avec le contexte culturel et organisationnel du système de santé local, et **ne peuvent donc pas être transposés tels quels à notre**

situation belge.¹³ De plus, beaucoup de ces programmes sont à un stade préliminaire de leur mise en œuvre, avec encore peu d'évaluations disponibles. Par conséquent, il est conseillé d'adopter une approche prudente lors de la conception et de la mise en œuvre de programmes de soins intégrés sur base d'incitations financières et de modèles novateurs de financement. Un des problèmes non résolus est comment traiter les patients avec une multimorbidité sans créer un 'groupement trop complexe de schémas de regroupement'.

En fonction des objectifs financiers ou cliniques, soit les hôpitaux, soit d'autres prestataires pourraient piloter ces programmes. Les prestataires participants devraient recevoir un budget garanti pour une période donnée (par ex. 3 ans). Les projets pilotes pourraient être incorporés au sein de réseaux de soins généraux (voir section 6.2) et l'infrastructure informatique nécessaire devrait être développée.

Des initiatives en matière de financements groupés englobant les soins pré- et post-hospitalisation devront par ailleurs aussi toujours être concertées avec les entités fédérées, compétentes pour les structures extra-hospitalières.

Quelques exemples... et leurs limites

Actuellement, en Belgique, les schémas le plus proches des financements groupés intégrés sont les conventions de revalidation. Mais aujourd'hui encore, les données sont insuffisantes pour recommander des financements groupés incluant les soins hospitaliers.

Les exemples des autres pays varient du financement groupé pour certains épisodes de soins spécifiques jusqu'à des régimes par capitation, englobant la gamme complète des services.



Encadré 4 – Le programme ‘Keten-DBC’ (*Diagnose Behandel Combinatie*) des Pays-Bas

Pour les patients souffrant de diabète, de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), ou nécessitant une prise en charge de risques vasculaires, les assurances maladie peuvent acheter tous les services de soins de santé requis en payant une seule redevance annuelle à des entités contractantes nouvellement créées appelées ‘groupes de soins’.

Les groupes de soins, qui impliquent plusieurs prestataires de santé, sont cliniquement et financièrement responsables de tous les patients inscrits dans le programme de soins. Des normes nationales, spécifiques à chaque maladie, déterminent quels services sont couverts par les programmes de soins, mais le tarif accordé à chaque groupement de prestataires est le résultat de leurs négociations individuelles avec l'assureur.

L'évaluation préliminaire des financements groupés pour le diabète a révélé un coût supérieur à celui des patients non-inscrits dans un tel programme de *disease management*. Une explication possible peut être trouvée dans les coûts de démarrage. Les opposants doutent cependant que les patients présentant des comorbidités tirent bénéfice de tels programmes focalisés sur une seule affection. Les programmes de *disease management* peuvent permettre une intégration des soins pour une maladie spécifique, mais créent en même temps une nouvelle forme de fragmentation.³⁰

Une approche alternative pourrait être **un financement par capitation** ajusté aux risques individuels pour couvrir certains (capitation partielle) ou l'ensemble (capitation complète) des besoins médicaux d'un groupe spécifique de patients pendant une période de temps spécifiée (dans la plupart des cas un an). Une capitation supprime le lien entre financement et services spécifiques, ce qui donne aux prestataires une plus grande flexibilité. Toutefois, et certainement avec une capitation complète, les fournisseurs supportent le risque financier dans sa totalité, ce qui peut mener à sélectionner les risques et à lésiner sur la qualité.

Un exemple novateur de transition vers une modalité de dotation globale est le modèle de soins intégrés *Gesundes Kinzigtal* en Allemagne.

Encadré 5 – Initiative *Gesundes Kinzigtal* pour des soins intégrés

- un système de soins intégré basé sur les besoins démographiques et couvrant tous les secteurs et indications de soins pour une population déterminée ;
- un partage des économies réalisées entre *Gesundes Kinzigtal GmbH* (la société de gestion) et les organismes assureurs, via des contrats négociés ;
- des paiements additionnels à la performance (*pay-for-performance*) pour les prestataires de soins du *Gesundes Kinzigtal GmbH* pour les services considérés comme importants pour la qualité des soins (environ 10-15 % de leurs autres revenus) ;
- un partage des profits entre les prestataires et la société de gestion sur base des performances individuelles des prestataires ;
- une inscription obligatoire des patients ;
- des mesures de protections contre la sélection potentielle des risques.

Selon une évaluation, les protections contre la sélection des risques semblent avoir été efficaces : non seulement la sélection des risques traditionnelle a été évitée, mais la majorité des patients qui se sont inscrits en premier présentaient une morbidité et des coûts supérieurs à la moyenne.¹³ Cependant, c'est précisément dans ce groupe que les marges de gains en efficacité étaient les plus grandes, ce qui explique en partie le succès du modèle.

Dans les *Accountable Care Organizations* du programme américain Medicare, la responsabilité n'est assumée ni par le gestionnaire (externe) de soins, ni par l'assureur, mais par le groupe de prestataires lui-même.¹³



Encadré 6 – Accountable Care Organizations (ACOs)

- Les payeurs établissent des critères de qualité et un objectif de dépenses ajusté sur les risques, sur base des dépenses prévues, pour un groupe défini de bénéficiaires d'une ACO.
- Les groupes de prestataires, responsables de l'ensemble des coûts et de la qualité des soins donnés à leurs patients, reçoivent une part des économies réalisées pour avoir atteint les objectifs à la fois financiers et cliniques.
- Les ACO comportent un large éventail de prestataires composé au minimum de médecins généralistes, de médecins spécialistes et d'un ou plusieurs hôpitaux.
- Les ACO assument la responsabilité de l'issue des épisodes de soins d'une durée d'un an ou plus.
- Les patients ne doivent pas s'inscrire, mais sont affectés à une ACO en fonction de leurs habitudes d'utilisation des services.
- Une ACO doit comporter un minimum de 5000 patients.

Contrairement à certains modèles européens (p. ex. les groupes de soins dans les *Keten-DBC*s au Pays-Bas) qui sont principalement constitués de cabinets de médecins généralistes, les ACO comprennent également des hôpitaux.

4.3. Redistributions substantielles entre budgets

Orientation 3

- **Afin de libérer les moyens nécessaires à la mise en œuvre des différentes composantes de la réforme, la 'production' globale de journées-lits en hôpital de soins aigus doit être sensiblement réduite, par le biais d'une réduction supplémentaire de la durée moyenne de séjour et d'une réduction du nombre total de lits.**
- **Le BMF au niveau macro reste un budget fermé, suffisant pour couvrir de façon adéquate les soins afférant au case-mix justifié, incluant un tampon pour couvrir une éventuelle 'surproduction' de journées-lits.**

- **Le nombre total de 'cas' (admissions) justifiés et les ressources y afférentes est réparti entre les différentes zones de soins du pays en fonction des besoins de leurs populations respectives, mais une péréquation entre les zones de soins est possible afin de couvrir les services pour des patients provenant d'une autre zone.**
- **Au sein d'une zone, un plan stratégique pluriannuel de réseaux de soins alloue les ressources aux différents hôpitaux et autres prestataires.**
- **Si un hôpital dépasse son 'capital' de cas, le tarif DRG pour l'excédent est réduit graduellement.**

Objectifs et justification

C'est incontournable : un financement par DRG suffisant et stable implique une augmentation de la dotation de la part B2 du BMF. Cet argent doit bien provenir de quelque part. Pourtant, il y a peu de chances qu'un généreux taux de croissance soit accordé au système de santé alors que les autres secteurs publics doivent considérablement réduire leurs budgets. Par conséquent, les moyens devront venir du secteur de la santé lui-même, grâce à une réorganisation radicale et à une redistribution des ressources.

Par conséquent, les réformes proposées dans ce chapitre dépendent fortement de la mise en œuvre de deux autres réformes majeures : une refonte complète du système d'honoraires des médecins (la nomenclature), détaillée dans le Chapitre 5, et une réorganisation complète du paysage hospitalier, détaillée dans le Chapitre 6.

Pour commencer par ce dernier, la '**production' actuelle de journées-lits pour les soins aigus et, par conséquent, les offres de lits et de services doivent être considérablement réduites** ; c'est une *condition sine qua non* pour que le financement de la capacité restante soit suffisant. La bonne nouvelle est qu'il reste encore probablement une marge suffisante pour permettre des progrès : la durée moyenne de séjour est encore de 10 à 15 % plus élevée que ce qui est observé dans un certain nombre d'autres pays occidentaux possédant un système hospitalier de haute qualité (voir le Chapitre 2 du rapport scientifique). De plus la surabondance de technologies médicales coûteuses et de services hautement spécialisés est



largement reconnue. C'est probablement l'étape la plus importante pour faire décoller cette réforme.

L'autre étape, quasi aussi importante, est la révision de la rémunération des médecins spécialistes, et, plus précisément, le **transfert de ce qui est actuellement prélevé via les rétrocessions d'honoraires vers un fond d'investissement cogéré ainsi que, en partie, vers le BMF**, pour compléter les financements par DRG. Ce point est développé dans le Chapitre 5 de la synthèse.

Le réseau de zone de soins – un nouvel acteur important dans le paysage hospitalier

Toute la logique et les modalités du réseau de zones de soins sont développées dans le Chapitre 6. Dans le présent chapitre, nous nous concentrerons uniquement sur l'impact de ce réseau sur le financement prospectif par DRG.

Le principe de base est que, à l'intérieur du 'capital' de cas justifiés qui leur est alloué, les hôpitaux peuvent compter sur un tarif fixe par DRG. Mais, s'ils dépassent ce volume, la responsabilité financière est progressivement déplacée du payeur vers les hôpitaux, qui recevront un **paiement par DRG dégressif en fonction de leur 'surproduction'**, jusqu'à plus de paiement du tout au-dessus d'un certain seuil. Ce paiement dégressif ne s'applique pas aux honoraires des médecins. Ceci peut être de nature à générer des tensions avec la gestion de l'hôpital mais il a été estimé qu'un impact direct sur les revenus individuels pourrait générer une trop forte résistance et faire augmenter le risque de sous-production en fin d'année.

L'attribution des cas par institution est calculée au niveau du réseau de zones de soins, dans le cadre d'un **plan stratégique pluriannuel de réseaux de soins** qui intègre les soins hospitaliers aigus dans une perspective large de santé publique. Celle-ci englobe tous les niveaux et aspects du secteur des soins et du secteur médico-social pour une population donnée.

Les patients et les médecins continuent à bénéficier du libre choix absolu des prestataires. Les zones de soins attirant des patients de zones voisines, seront 'récompensées' par un déplacement correspondant des ressources, opéré par le biais d'un système d'équilibrage rétrospectif entre les zones de soins.

5. LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES : VERS DES HONORAIRES JUSTES, ÉQUILIBRÉS ET TRANSPARENTS

Les soins fournis par les médecins spécialistes sont un pilier de notre système de santé, et en particulier des soins hospitaliers. La performance globale du système de santé est fondamentalement tributaire de la manière dont il réussit à soutenir et à motiver ses spécialistes pour fournir des soins efficaces, efficaces et de bonne qualité. En plus de la forte motivation intrinsèque de la profession médicale, de nombreux autres facteurs interviennent, parmi lesquels de bonnes conditions de travail, l'accès à des technologies de pointe, la reconnaissance sociale et, bien sûr, le niveau et les modalités de leur rémunération.

5.1. Le système de rémunération à l'acte est sous pression : ses avantages historiques compensent-ils toujours ses imperfections ?

En 1963, avec l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire, la Belgique a opté pour un modèle de conventions et d'accords entre les prestataires et les organismes assureurs avec un remboursement à l'acte des soins prestés.³¹ Aujourd'hui encore, les médecins spécialistes sont toujours majoritairement payés à l'acte, à l'exception (de la plupart) des spécialistes travaillant dans les hôpitaux universitaires, qui sont salariés. Le tarif à l'acte est décrit dans **une 'nomenclature' très détaillée**, et est censé couvrir le travail cognitif et physique réel du médecin. Mais dans de nombreux cas, il couvre également une partie des coûts directement ou indirectement liés à la prestation du service. Ces coûts comprennent les coûts du personnel infirmier, paramédical, technique, administratif, de maintenance ou de tout autre personnel de soutien, mais aussi les coûts liés à l'utilisation des locaux, les coûts d'achat, de rénovation et d'entretien des équipements, et les coût de matériel qui ne sont pas inclus dans le BMF.⁹

Comme cela a été détaillé dans le Chapitre 1, les principaux inconvénients du système de rémunération actuel des médecins spécialistes peuvent être résumés comme suit :



- Les médecins spécialistes sont (presque) exclusivement payés à l'acte alors que la littérature et l'expérience internationale ont démontré qu'une combinaison de méthodes (paiement à l'acte, salaire ou montant forfaitaire) est nécessaire pour obtenir des mesures incitatives plus équilibrées. Toutefois, la législation actuelle n'autorise pas la combinaison de différents statuts pour les médecins (salarié ou indépendant) au sein d'un même hôpital.
- La grande variabilité des niveaux d'honoraires entre spécialités médicales est considérée comme injuste et conduit à des tensions et des pénuries dans certaines disciplines.
- Les rétrocessions d'honoraires des médecins provoquent des tensions entre les gestionnaires, les médecins et les praticiens de l'art infirmier. Elles sont également considérées comme un incitant pour quitter l'hôpital en faveur d'une pratique privée.
- Les rétrocessions d'honoraires ainsi que les réglementations poussent les médecins à s'orienter vers des pratiques privées. Une approche sélective (*'cherry picking'*) ainsi que des problèmes de qualité et de main d'œuvre sont des menaces potentielles de cette tendance.
- Les suppléments d'honoraires, qui sont devenus une partie intégrante de la rémunération des médecins en Belgique, menacent l'accessibilité financière des soins de santé.

Le cas des suppléments d'honoraires : des points de vue diamétralement opposés

La consultation des stakeholders a révélé des avis très divergents sur la question de l'acceptabilité des suppléments d'honoraires.

Selon certains, les suppléments sont le résultat de l'accord historique (tacite) de 1964 entre les organismes assureurs et les médecins, qui prévoyait que les tarifs conventionnés seraient maintenus relativement bas à condition que les médecins puissent facturer des suppléments aux patients qui pouvaient les payer. Par conséquent, certains médecins considèrent les suppléments comme faisant partie de leurs honoraires normaux et les tarifs conventionnés comme un prix maximum garanti pour les plus défavorisés, ce qui leur accorde l'accès au même niveau de soins mais éventuellement dans un cadre différent, c.-à-d. dans une chambre de deux personnes ou plus au lieu d'une chambre particulière. Un autre

argument avancé par les partisans des suppléments est que les tarifs conventionnés sont trop restrictifs et qu'ils ne permettent pas de différencier équitablement les revenus en fonction de l'expertise et de l'expérience.

D'autres sont plutôt d'avis qu'appliquer des tarifs différents pour le même type de soins seulement parce qu'un patient occupe une chambre particulière est étrange, voire totalement inacceptable.

Malgré le droit du patient à l'information, de nombreux stakeholders reconnaissent que le système de suppléments n'est pas assez transparent et que les patients sont insuffisamment informés.

L'heure du changement

Même si le système de rémunération à l'acte possède, aux yeux d'un grand nombre de stakeholders consultés, d'importants et indéniables avantages, la manière dont il est appliqué dans le système belge, après 50 ans de négociations acharnées, ne semble plus soutenable.

5.2. Des systèmes alternatifs peuvent-ils résoudre les problèmes ?

Les salaires peuvent apporter la tranquillité... mais peut-être un peu trop ?

En Belgique, comme dans d'autres pays, les différences d'honoraires entre les disciplines sont moins importantes dans les hôpitaux universitaires où les médecins reçoivent (principalement) un salaire, bien qu'il existe un certain degré de différenciation, par exemple en raison des gardes de nuit ou des risques.

Un des avantages mentionnés est que cela laisse de la place pour des collaborations multidisciplinaires entre les médecins et que cela diminue la pression à 'produire'. En outre, cette formule permet une politique de ressources humaines mieux adaptée à un équilibre travail-vie privée et accorde aux médecins une meilleure protection sociale.

Les opposants craignent que les médecins salariés se contentent de prester de 9 heures à 17 heures, avec à la clé une perte de productivité et de disponibilité pour le patient. Même s'il existe beaucoup d'exemples de professionnels salariés qui sont foncièrement motivés et qui n'esquivent pas les longues journées de travail, plusieurs stakeholders soulignent que le versement de salaires ne cadre pas avec la culture de la profession



médicale belge et risquerait de pousser les médecins vers des pratiques privées. Ils prétendent aussi que la hausse des cotisations sociales des médecins salariés gonflera le budget global.

Financements 'all-inclusive' ? Pas concluant !

Une deuxième solution est de travailler davantage sur base de **paiements forfaitaires**. En fait, de tels systèmes déplacent le risque financier vers le prestataire, ce qui suscite, de façon compréhensible, beaucoup de résistance. Les arguments évoqués sont encore une fois le risque de sous-production, de listes d'attente et de baisse de qualité.

En Belgique, plusieurs tentatives ont été faites dans ce sens, mais aucune ne peut être considérée comme un franc succès. Par exemple, depuis la fin des années 1980 et le début des années 1990, **la biologie clinique et l'imagerie médicale** ont été financées par une combinaison de paiements à l'acte et de paiements forfaitaires. Toutefois, la mesure n'a eu qu'un impact modeste et temporaire sur les volumes et les coûts des prescriptions. Les stakeholders voient plusieurs raisons à cela. Premièrement, la façon fragmentée et partielle avec laquelle le système a été mis en place n'était pas suffisante pour modifier le comportement des prestataires. Deuxième raison, sans doute plus importante, ceux qui prescrivent des tests de laboratoire ou des examens d'imageries médicales ne sont pas financièrement touchés eux-mêmes par ce système.

Un autre exemple : **les montants de référence**. Encore une fois, selon les stakeholders, ils ont, dans l'ensemble, raté leur objectif en raison de leur portée restreinte. De plus, ils ne fonctionnent que comme moyen de correction a posteriori et ne constituent en aucun cas un véritable système de financement prospectif par pathologies. Avec comme problème supplémentaire que la récupération rétrospective des sommes dépassant le montant de référence est une source de conflit entre les hôpitaux et les autorités, mais aussi entre les médecins et les gestionnaires des hôpitaux.

Les hôpitaux ne sont pas des îles isolées

Un défi majeur de tous les systèmes de rémunération des spécialistes hospitaliers est d'éviter les transferts de praticiens vers les pratiques privées. Transferts favorisés par des conditions financières plus attractives (y compris les accords fiscaux et les suppléments d'honoraires), un plus grand degré d'autonomie (y compris le choix des services offerts) et de

meilleures conditions de travail (p. ex. pas de travail en dehors des 'heures de bureau'). Dans une certaine mesure, ceci est déjà le cas aujourd'hui pour un certain nombre de spécialistes et de services. La future réforme devra aborder ce problème de façon adéquate en offrant suffisamment de leviers pour guider de tels glissements dans la direction souhaitée.

Un glissement vers des soins ambulatoires peut en effet être parfaitement approprié et plus efficace que les soins hospitaliers. Mais un tel glissement peut aussi comporter des risques s'il dépasse certaines proportions :

- Un risque d'approche sélective (*'cherry picking'*), avec des pratiques privées sélectionnant uniquement les cas simples, laissant les cas les plus difficiles (et coûteux) aux hôpitaux.
- Des listes d'attente pour les soins hospitaliers (hospitalisations ou consultations) tandis que les patients ayant les moyens et étant disposés à payer des suppléments seraient rapidement pris en charge dans les pratiques privées. Dans les cas les plus extrêmes, les hôpitaux pourraient même être placés dans l'impossibilité de recruter certains spécialistes tels que les pédiatres, les ophtalmologistes, les dermatologues.

Pour toutes ces raisons, toute réforme future doit porter sur l'ensemble des cadres de soins, de la pratique privée à domicile aux activités exclusivement intra-hospitalières.

5.3. Des changements profonds, mais en gardant ce qui est précieux

D'un point de vue sociétal, les objectifs d'un système de paiement des médecins spécialistes sont : la productivité, une bonne qualité de soins, aucune sélection des risques et la maîtrise des coûts dans un système simple du point de vue administratif. Il est également important pour les médecins spécialistes d'être payés de façon équitable et transparente. Il a été démontré que seule une combinaison de méthodes peut fournir un set optimal de mesures incitatives (voir le Chapitre 14 du rapport scientifique).

Sur la base de l'évaluation par les stakeholders des forces et des faiblesses du système de financement belge actuel, ainsi que sur les expériences étudiées dans dix pays et les conclusions de la littérature, il semble que des modifications progressives et partielles ne puissent pas générer un système stable qui réponde aux exigences de manière équilibrée. Mais cela ne



signifie pas pour autant que nous ne pouvons pas conserver les éléments valables du système actuel. Plus spécifiquement, une intégration complète de la rémunération du médecin dans un tarif *'all-in'* par cas semble être un changement trop radical eu égard aux équilibres historiques qui caractérisent notre système. Cela pourrait mettre en péril l'un des principaux atouts de notre système. Par conséquent, la proposition élaborée dans les prochains paragraphes doit davantage être vue comme **une réforme profonde** du système **actuel plutôt que comme son remplacement intégral par quelque chose de nouveau.**

Orientation 4

- **Le système de paiement à l'acte des médecins devrait être maintenu et les tarifs devraient encore être définis dans un catalogue détaillé ('nomenclature'), mais tous les tarifs devraient être entièrement recalculés, de façon à couvrir uniquement le travail intellectuel et physique du médecin, en excluant tous les autres coûts : personnel infirmier et autre, infrastructure et investissements. Ce nouveau tarif est désigné ci-dessous par le terme 'honoraires professionnels'.**
- **Le système de rétrocessions d'honoraires des médecins devrait être totalement aboli.**
- **La part restante du budget relatif aux honoraires des médecins (c'est-à-dire la part ne couvrant pas les honoraires professionnels) devrait être transférée**
 - **vers un fonds d'investissement réparti entre les hôpitaux et cogéré par les médecins et les gestionnaires de l'hôpital ;**
 - **vers le budget BMF global pour compléter la couverture des coûts de fonctionnement par DRG ;**
 - **pour une petite partie, vers un fonds de qualité, lui aussi réparti entre les hôpitaux et cogéré par le corps médical, le nursing et les autres acteurs concernés.**

Objectifs et justification

Bien que les régimes de médecins salariés existent depuis longtemps dans plusieurs pays occidentaux, la plupart des stakeholders semblent s'accorder sur le fait qu'il serait difficile, sinon impossible, de faire accepter un tel régime en Belgique, étant donné le long passé de culture très 'libérale' de la majeure partie de la profession médicale. En outre, abandonner complètement le système de rémunération à l'acte ne serait pas sans risque de compromettre des atouts importants, comme le niveau de satisfaction élevé des citoyens. Soit dit en passant, les codes de facturation de la nomenclature donnent une photographie très détaillée de la consommation de soins par type de prestataires, d'institutions et de patients, ce qui en fait aussi un puissant outil de surveillance du système.³²

Pourtant, dans le même temps, il est impératif de restreindre ou d'éliminer les inconvénients majeurs du système actuel. Le futur système de rémunération devra modérer les incitants à la (sur)production, pacifier les relations des médecins avec les autres acteurs de l'hôpital, rééquilibrer les revenus entre spécialistes, et garder l'hôpital attractif en tant que lieu de travail. De plus, il devra favoriser la qualité et l'accessibilité des soins et, bien sûr, être viable à l'échelle macro.

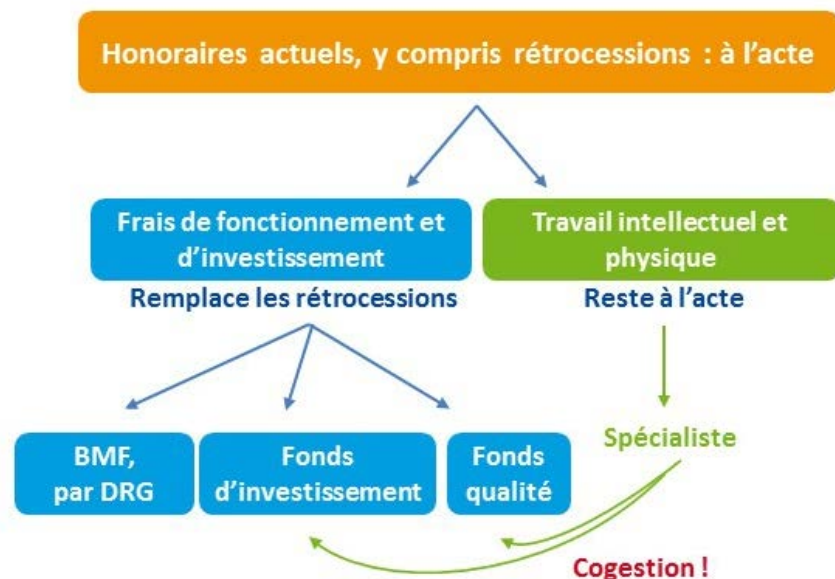
Vers des honoraires professionnels justes et transparents, 'purifiés' de tous les autres éléments

La proposition de réforme de la nomenclature doit rétablir un bon équilibre à deux niveaux fondamentaux. Premièrement, elle doit rétablir **une relation normale entre le travail réellement effectué par le médecin et ses revenus**. Il va sans dire que les médecins doivent bénéficier de revenus équitables, étant donné leur valeur sociétale, leurs énormes responsabilités et les niveaux de compétence que l'on attend d'eux. Mais il ne peut non plus y avoir de discussion sur le fait que le temps de travail doit rester le principal déterminant de ces revenus. Bien sûr, les revenus pourraient – et devraient – être modulés en fonction du niveau de compétence/d'expérience requis, des niveaux de risque et de stress, des efforts intellectuels et physiques, des désagréments (incluant le travail de nuit/week-end) ainsi que d'autres critères encore. Nous pouvons nous inspirer des régimes tarifaires récemment introduits à l'étranger comme TARMED en Suisse ou CCAM en France (voir le Chapitre 14 du rapport scientifique). Il est souhaitable que ce type d'affinage soit effectué par un organisme indépendant, utilisant des

techniques de normalisation également appliquées dans d'autres domaines professionnels.

Le deuxième équilibre fondamental découlera alors presque automatiquement du premier, c.-à-d. **l'équilibre des revenus entre les différentes disciplines médicales**. S'il ne fait guère de doute qu'il s'agit là d'un changement équitable, il serait également correct de ne pas l'appliquer brusquement mais de le mettre en œuvre progressivement sur une période de plusieurs années.

Figure 1 – Proposition de réforme de la rémunération à l'acte des spécialistes



Fini les rétrocessions : en route pour un nouvel accord

Le transfert de la masse budgétaire – qui transite actuellement par les honoraires et les rétrocessions d'honoraires – **directement à un fonds d'investissement et au BMF** est destiné à remédier à plusieurs inconvénients du système actuel. En plus de contribuer à un financement plus transparent, uniforme et adéquat des coûts de fonctionnement par DRG (voir Chapitre 4), il peut également favoriser une relation plus équilibrée entre les gestionnaires d'hôpitaux et les médecins, via l'administration conjointe du fonds d'investissement. Dans le même temps, cela supprime une source permanente de friction et devrait permettre d'orienter davantage les discussions dans le sens d'un projet commun à long terme pour l'institution, dans le contexte global de ses zones de soin.

Des initiatives législatives devraient soutenir davantage ces nouvelles relations, et il est à espérer que cela se fasse d'une manière plus efficace que ce qui s'est passé jusqu'à présent. Lorsque, en 1986, la loi sur les hôpitaux a défini les rôles du directeur médical et du conseil médical, elle visait à intégrer les activités médicales dans la politique générale de l'hôpital. Toutefois, dans la pratique, la fonction de directeur médical n'a pas été pourvue de leviers efficaces pour mettre effectivement en œuvre une vision globale de la qualité et des soins.³³ Et le rôle du conseil médical a été limité à délivrer des avis consultatifs aux gestionnaires de l'hôpital sur 18 points définis dans la loi (y compris la nomination du directeur médical mais aussi la détermination des membres du personnel qui doivent être financés par les rétrocessions d'honoraires des médecins). En fait, dans la plupart des cas, le conseil médical a essentiellement agi comme un 'comité syndical de médecins' utilisant son rôle consultatif pour défendre les intérêts des médecins, plutôt que de poursuivre un projet stratégique conjoint.³³ La loi a rendu possible le remplacement du rôle consultatif du conseil médical par une procédure de délibération directe entre les médecins et les gestionnaires des hôpitaux, dans le cadre d'un 'comité permanent de concertation' (CPC) avec une représentation paritaire des deux parties. Toutefois, dans la pratique, très peu d'hôpitaux ont effectivement instauré un CPC, principalement parce que les médecins redoutaient une érosion du pouvoir du conseil médical.³³



Si les hôpitaux réussissent néanmoins à élaborer des projets partagés à la fois par les médecins et les gestionnaires, c'est grâce à de bonnes volontés individuelles et à des collaborations ponctuelles. Mais c'est un mécanisme très vulnérable, qui est condamné à procéder au rythme de la partie la plus lente.³³

Un fonds d'investissements cogéré

Une partie de la masse budgétaire correspondant aux rétrocessions sera transférée vers un fonds d'investissement qui sera réparti entre hôpitaux au prorata de la composante 'coûts d'investissements' du case-mix par DRG de chaque hôpital. Au niveau de l'hôpital, ce fonds sera cogéré par les gestionnaires et les médecins, ce qui devrait clairement changer les rapports de forces. **Toutes les décisions stratégiques importantes portant sur l'investissement en équipement médical et en infrastructure** devront être acceptées à la fois par les médecins et les gestionnaires des hôpitaux. Par conséquent, il est important de chercher à mettre en place une structure et des procédures de gouvernance qui favorisent une franche collaboration entre médecins et gestionnaires. Cela doit devenir un creuset où prennent forme **les projets de soins communs, à moyen et long terme**, de l'institution dans son contexte global de zone de soins. Nous pouvons nous inspirer de certains exemples dans d'autres pays (p. ex. les Pays-Bas, la France) sur la manière d'atteindre une politique intégrée, bien que ces deux pays aient choisi des options très différentes : La France compte principalement sur une réglementation officielle et formelle ; les Pays-Bas parient sur la concurrence du marché.

5.4. Rémunération des médecins en polyclinique et en pratique privée

Orientation 5

- **Pour les soins ambulatoires à la polyclinique de l'hôpital ou en pratique privée, les médecins spécialistes perçoivent les mêmes 'honoraires professionnels' que ceux à l'hôpital pour les mêmes services.**
- **Les coûts du personnel, de l'infrastructure et des investissements sont couverts par une 'allocation de pratique', calculée au prorata de la taille de la population desservie et des coûts objectifs spécifiques des services offerts.**
- **L'allocation de pratique est modulée en fonction de l'importance du service offert, en termes de continuité (par exemple incluant ou non un service de garde), de multidisciplinarité, d'infrastructures médicales, d'assurance qualité, etc.**

Objectifs et justification

Les stakeholders reconnaissent les tensions entre les pratiques privées et les hôpitaux, mais la législation européenne exclut toute différenciation d'honoraires, pour les mêmes soins, selon le cadre de soins. Il est pourtant acceptable de récompenser de manière équitable et transparente la continuité des soins 24h/24 et 7j/7, la multidisciplinarité et l'assurance de la qualité d'un service qu'il est plus probable de trouver en milieu hospitalier que dans une pratique purement privée. D'un autre côté, cela ne devrait pas être poussé à l'extrême, car l'objectif n'est pas d'obtenir un modèle de soins hospitalo-centrique.

Montant de l'allocation de pratique : pas de solution unique

Le montant de cette allocation de pratique devrait être déterminé sur la base de plusieurs éléments. **Un montant fixe** doit couvrir **les frais relativement peu évolutifs** tels que l'infrastructure TIC. **Une somme supplémentaire, variable**, doit être **proportionnelle au volume de la pratique** en termes de taille de la population desservie sur une période de, par exemple, deux ou trois ans, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus. En outre, cette part variable doit être adaptée en fonction du type de pratique (associée aux



spécialités ou aux sous-spécialités), du besoin en personnel infirmier ou autres formes d'assistance et des investissements nécessaires en matière d'équipement. Par exemple, dans le programme Medicare aux États-Unis, les unités de valeur relative (*'Relative Value Units'* (RVUs)), utilisées pour valoriser les dépenses liées à la pratique lors du calcul de la rémunération du médecin, varient entre les soins donnés dans un établissement et ceux donnés en dehors d'un établissement de soins, et sont calculées sur la base de données d'enquête (voir le Chapitre 14 du rapport scientifique). Il faudra toujours veiller à s'assurer qu'il y a un lien clair entre le montant d'allocation et la nature des tâches et coûts associés, afin de ne pas contredire la réglementation européenne en matière d'Aides d'État et d'éviter toute distorsion de concurrence.

5.5. Nouvelles évolutions potentielles

Dans la mesure où le nouveau régime d'honoraires pourra, à long terme, tempérer les tensions entre les différents spécialistes, et entre les spécialistes et la direction, cela ouvre des opportunités pour des innovations plus avancées.

- En **regroupant les codes de la nomenclature en ensembles et en payant les spécialistes pour ces ensembles de services**, ils peuvent être davantage incités à éviter les soins inappropriés, la duplication de tests de diagnostic, les traitements coûteux non justifiés quand des alternatives moins chères existent, etc.
- Plus précisément, **le système existant des montants de référence peut être transformé en un paiement prospectif des honoraires inclus dans le système**. Ces tarifs sont déterminés a priori, et, dans la mesure du possible, couvrent uniquement les procédures ou les tests evidence-based.
- Les **forfaits existants** pour les interventions à haut volume (p. ex. pour l'imagerie médicale et la biologie clinique) devraient être **maintenus**, et pourraient à terme être **étendus**.
- Une mutualisation partielle des honoraires des médecins dans un fonds et une cogestion de ce fonds en collaboration avec les gestionnaires de l'hôpital et le directeur médical peut permettre **une politique de RH des médecins plus dynamique**, qui laisse de la place pour des éléments tels que :

- de meilleures conditions pour les congés de maladie et de maternité ;
- de meilleures perspectives de carrière, y compris la différenciation entre les juniors et seniors, et la facilitation de réorientations, comme par exemple vers des responsabilités transversales dans les domaines de la qualité, de l'hygiène, de la sécurité, de l'approche centrée sur les patients etc. ;
- une indemnisation pour les tâches particulièrement difficiles ou contraignantes ;
- une politique active de formation.

5.6. Les suppléments

La plupart des stakeholders n'ont pas d'objection au principe de demander des suppléments de chambre aux patients qui souhaitent plus de confort et de luxe. Pour ce qui concerne les suppléments d'honoraires demandés aux patients en chambre seule pour un service médical en principe identique, les opinions sont nettement plus divergentes. Dans un futur système où les honoraires refléteront de façon correcte les efforts fournis, l'expertise, la charge physique et émotionnelle, etc., les suppléments n'auront en théorie plus de raison d'être.

Étant donné que les opinions et les revendications sont très divergentes sur cette question, nous considérons qu'il n'est pas de la compétence du KCE de prendre position dans ce débat. Notre seule proposition est d'élever le débat au-dessus du niveau des négociations entre les parties prenantes directes, et d'ouvrir **un plus large débat de société sur ce que représente un revenu acceptable pour des spécialistes** travaillant dans un système de santé financé principalement par des fonds publics, et sur la 'sécurité tarifaire' qui devrait être offerte à l'assuré social.

En attendant que la question soit tranchée, les patients méritent vraiment d'être mieux informés, et en temps opportun, sur les prix qu'ils auront à payer pour leur traitement.



6. LE PAYSAGE HOSPITALIER : UN RÉSEAU À DEUX ÉCHELONS, ALLIANT PROXIMITÉ ET EXCELLENCE

6.1. Un monde en évolution rapide nécessite une profonde réorganisation du paysage

Nouveaux rôles de l'hôpital

Au cours des années à venir, les systèmes de santé et les hôpitaux d'Europe occidentale seront confrontés à un vieillissement de la population, caractérisée par une multimorbidité et par une proportion plus importante de personnes atteintes de démence.³⁴ En outre, la diminution du rapport entre le nombre d'actifs et de non-actifs augmentera sensiblement la pression fiscale sur le système et provoquera une pénurie de professionnels de santé.³⁵ Ajouté à cela, les avancées probables en matière de technologie médicale et d'innovations pharmaco-thérapeutiques, conjuguées à la tendance historique à une hausse exponentielle des prix, placent la viabilité à long terme sous pression. Au niveau international, les investissements dans l'infrastructure sur le long terme proviennent de plus en plus d'investisseurs privés, augmentant les contraintes de perspectives de rentabilité. Bref, les soins de santé – et donc aussi les hôpitaux – sont manifestement confrontés à un environnement en rapide évolution.

Comme dans la plupart des pays occidentaux, le système de santé belge a mis historiquement l'accent sur le traitement des patients pendant des épisodes aigus, avec un rôle central des hôpitaux.³⁶ Mais les hôpitaux sont de grandes structures matérielles nécessitant d'importants investissements ; une fois construits, leur rôle semble littéralement 'gravé dans la pierre' pour une longue période. Pourtant, le contexte et les évolutions susmentionnés leur imposeront de nouveaux rôles. Certes, dans l'avenir, ils continueront à fournir à la fois des services hautement spécialisés et axés sur la technologie mais aussi des services qui demanderont de plus en plus de personnel et toujours (très) spécialisés. Mais en même temps, les hôpitaux devront également adopter d'autres paradigmes.

Ils devront, encore plus qu'avant, intégrer leurs activités avec celles de nombreux autres acteurs du système de santé ; ils deviendront un maillon comme les autres dans la longue chaîne de soins mise en place pour les patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques. Les soins délivrés aujourd'hui en hospitalisation classique devront de plus en plus migrer vers l'hospitalisation de jour, et de l'hospitalisation de jour vers d'autres cadres encore, beaucoup plus proches du patient, voire même à son domicile. La pratique de 'l'hospitalisation à domicile' est d'ailleurs bien plus développée dans d'autres pays européens que dans le nôtre.

Pour toutes ces raisons, le paysage hospitalier du futur ne peut être conçu en dehors du contexte du secteur des soins (de santé) dans son sens le plus large.

Une offre (trop ?) riche, encore majoritairement axée sur les épisodes aigus

Bien que comparer le nombre d'hôpitaux et de lits d'hôpital entre pays soit loin d'être simple, on peut dire que la Belgique semble avoir un nombre relativement élevé de lits aigus (agrés) par habitant (4 par 1000 habitants en 2012). La durée moyenne de séjour, qui tend à diminuer mais reste importante, et un nombre d'admissions élevé résultent en un nombre encore plus élevé de journées d'hospitalisation par habitant et par an.²⁵

Depuis la réforme du BMF en 2002, l'écart entre le nombre de lits reconnus et de lits justifiés n'a cessé de se creuser, en particulier pour les lits aigus C et D (plus de 10 %), ce qui indique un certain degré de surcapacité de lits reconnus. Cela ne semble pas être le cas pour les lits G (soins gériatriques).³⁷ Selon de nombreux stakeholders, cette **surcapacité** conduirait à des admissions inappropriées ou évitables et à un transfert insuffisant de l'activité hospitalière vers les soins ambulatoires. Cela attise également la compétition entre les hôpitaux, décrite par certains comme **une course effrénée pour attirer les patients au détriment des concurrents voisins**. Les hôpitaux veulent fournir l'éventail de services le plus large possible et le dernier carat de l'innovation technologique, ce qui aboutit à une large diffusion de technologies et d'équipements lourds, même lorsqu'ils ne sont pas justifiés scientifiquement (par ex. chirurgie assistée par robot³⁸). Cette ambition d'investir dans des services (très) spécialisés est observée dans tous les types d'hôpitaux, avec pour conséquence que des hôpitaux régionaux se muent en hôpitaux de seconde ligne, et que ces



derniers entrent désormais en concurrence ouverte avec les hôpitaux universitaires.

En outre, les sept **hôpitaux universitaires**, qui ne sont jamais situés à plus de 60 km l'un de l'autre (sauf un), sont également engagés dans **une concurrence féroce** dans la plupart des domaines. Chaque centre réclame le droit de fournir l'ensemble de la gamme de sous-disciplines hautement spécialisées alors que, d'un point de vue épidémiologique, il serait probablement plus approprié de concentrer ces activités sur un nombre limité de services ou même de collaborer au niveau international (par ex. hadronthérapie³⁹).

Ce climat concurrentiel entraîne **une dispersion de l'expérience et des compétences**, comme cela a été clairement illustré dans un rapport récemment publié par KCE sur l'organisation des soins pour les cancers complexes et rares.⁴⁰ En plus du risque évident de manque de qualité, cette dispersion est également inefficace : tant au niveau régional que national, on entend souvent parler de surinvestissement qui, à son tour, entraîne presque inévitablement un certain degré de surexploitation.

Les services de soins de première ligne disséminés entre un grand nombre d'acteurs

En dépit de la surcapacité largement reconnue des services d'hospitalisation classique pour soins aigus, le système compte encore de nombreuses lacunes, surtout en aval de l'hôpital. La durée de séjour relativement longue dans les lits aigus pourrait encore être raccourcie si des alternatives étaient créées pour accueillir les soins post-aigus des patients qui ne sont pas encore prêts pour des soins à domicile, mais qui n'ont plus besoin de soins médicaux spécialisés. On estime que la nécessité de telles alternatives ne fera qu'augmenter avec le vieillissement de la population et avec la prévalence croissante des maladies chroniques.

En Belgique **le secteur des soins de première ligne est relativement mal préparé au développement de l'intégration des soins**. La majorité des médecins généralistes travaillent seuls ou en petites pratiques de groupe. Ils représentent donc un ensemble très hétérogène en termes de compétences, d'infrastructure et d'organisation, et il en va de même pour les autres prestataires de soins de première ligne, les maisons de retraite et les services médico-sociaux. Par conséquent, avec des interlocuteurs aussi nombreux et variés, il est loin d'être simple, pour un hôpital, de mettre en place une politique de sortie hospitalière dynamique avec des garanties suffisantes en termes de qualité et de continuité des soins. La pénurie de médecins généralistes attendue dans les années à venir ne va pas rendre les choses plus faciles. D'autres prestataires, comme par exemple les associations de soins à domicile, peuvent peut-être apporter des éléments de solution. Les diverses manières dont les soins palliatifs à domicile sont aujourd'hui organisés pourraient servir de source d'inspiration.³⁶

6.2. Un paysage (re)dessiné avec une offre sur mesure par rapport aux besoins de la population

Orientation 6

- **Le paysage hospitalier, en termes de lits de soins aigus, de services, de fonctions, et de programmes de soins, a besoin d'être redessiné en fonction des besoins de populations géographiquement délimitées selon des 'zones de soins'^b.**
- **Dans chacune de ces 'zones de soins', il faut concevoir un plan stratégique global, pluriannuel, de réseaux de soins. Ce plan doit englober tous les besoins médicaux et médico-sociaux, à tous les niveaux, pour la population concernée.**

^b Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons le terme neutre de 'zones de soins' pour les entités géographiques qui doivent être définies.



Objectifs et justification

La réorganisation des soins aigus hospitaliers est l'un des piliers de la proposition de réforme du financement des hôpitaux, et elle doit servir trois objectifs fondamentaux.

Premier objectif : améliorer la qualité des soins via une **réduction de l'offre excédentaire de services complexes, coûteux ou de haute technologie**.

Deuxième objectif : mieux adapter l'offre aux besoins de la population, plutôt que de la laisser déterminer par la compétition pour l'augmentation des parts de marchés. Ceci devrait, à moyen et long terme, entraîner une **réduction nette globale de la capacité ainsi que des reconversions de lits**, libérant ainsi des ressources qui peuvent contribuer à régler le problème de sous-financement chronique du BMF, et à élaborer des solutions alternatives dans des cadres de soins plus communautaires.

Afin d'obtenir une réelle mobilisation des ressources, la réduction de la capacité doit principalement être vue comme **une réduction du nombre total de journées-lits de soins aigus justifiées**, mais cela doit se traduire, en réalité, par la **fermeture de services entiers** (p. ex. la réduction du nombre de maternités), voir même de campus entiers.

Troisième objectif : redessiner le paysage au sein du contexte plus large de des plans stratégiques globaux de réseaux de soins pour chacune des zones de soins. Un tel plan stratégique doit englober tous les besoins médicaux et médico-sociaux, et doit être bien articulé avec les initiatives liées aux soins chroniques. L'ensemble doit mener à un **système beaucoup mieux intégré**, où les soins sont délivrés aux patients dans un environnement cliniquement approprié et le moins complexe possible.⁴⁰

Le mot 'paysage' désigne naturellement **un concept géographique**, mais il y a d'autres raisons pour lesquelles il semble inévitable de donner un fondement géographique à ce type de planification stratégique. S'il existe un large consensus sur le fait que les besoins de la population sont une bonne base pour la planification des prestations, la seule manière pratique de décrire ces populations est en termes géographiques. Plus encore que pour les hôpitaux, cela se vérifie pour les services de soins de première ligne qui, presque par définition, sont liés à de petites entités géographiques délimitées et pour lesquelles, comme illustré dans le '*position paper*' du KCE sur les soins chroniques,³⁶ une organisation en entités territoriales hiérarchisées et non-redondantes est la clé d'une intégration efficiente des

soins. Il n'y a pas de raison que cela soit moins vrai dans le contexte de l'intégration des soins hospitaliers.

Les frontières géographiques et les hiérarchies existantes doivent être réutilisées au maximum et les **zones de soins des hôpitaux devraient s'adapter aux** – voire carrément se calquer sur – **les zones définies** dans le cadre des soins de première ligne, des soins chroniques, des soins médico-sociaux, etc. La définition de la délimitation effective et de la taille de ces zones dépasse le cadre de la présente étude, mais en se référant à l'expérience internationale, et compte tenu de la densité de la population de notre pays, 15 à 20 zones maximum devraient être définies (voir ci-dessous).

Enfin, il doit être clair que **l'objectif n'est pas de limiter les possibilités de choix pour les patients ou pour les médecins**, ni par conséquent d'annihiler toute forme d'initiative ou de concurrence entre hôpitaux, mais plutôt de concevoir un cadre de santé publique au sein duquel les acteurs peuvent déployer leur offre de services. De même, comme il reviendra de plus en plus à ces zones de soins de répondre aux besoins de la population, il faudra absolument qu'au niveau de chacune soient mis en place des **mécanismes pour définir qui fait quoi et avec quels moyens**.

L'exemple étranger qui se rapproche le plus de ce qui pourrait être envisagé en Belgique est celui de la France, où les 22 régions (métropolitaines) sont les unités de planification stratégique, par l'intermédiaire des 'Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)' (voir également le Chapitre 4 dans le rapport scientifique).



Encadré 7 – Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) en France

"Le programme définit les priorités de soins au niveau régional, sur une période de cinq ans, dans le but de rationaliser l'offre de services des hôpitaux de la zone et d'améliorer la qualité des traitements. Le programme supervise l'organisation progressive de plateformes de spécialistes et favorise des solutions alternatives à l'hospitalisation (garder le patient à son domicile et dans les établissements locaux). Les 'Agences Régionales de l'Hospitalisation' (ARH) étaient responsables de l'allocation du budget des hôpitaux dans leur zone, de l'accord des autorisations et devaient aussi superviser la coopération entre établissements de soins publics et privés.

Dans le cadre de la dernière réforme hospitalière, les ARH ont été remplacées par les 'Agences Régionales de Santé' (ARS) en 2010. Ces agences gèrent désormais la politique régionale des soins de santé dans un cadre médico-social plus large. Plusieurs plans coexisteront au sein du plan régional de santé géré par les ARS : le programme régional de prévention, le 'Schéma régional de prévention', le 'Schéma régional d'organisation sanitaire' (sections hospitalisation et soins ambulatoires) et le 'Schéma médico-social'.⁴¹

Dans le paysage hospitalier néerlandais, un double mouvement de décentralisation et de concentration a été récemment recommandé par le conseil de la santé publique et des soins (*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg* (RVZ)).⁴² Décentralisation vers les centres de santé communautaires d'une partie substantielle des soins qui sont toujours actuellement offerts dans un cadre intramural. Concentration de la capacité restante de l'hôpital en structures plus grandes et moins nombreuses, dans le but de gagner en qualité et en efficacité. Il est impossible d'atteindre des résultats optimaux si l'un des deux mouvements ne parvient pas à être

suffisamment dynamique, et le RVZ présente plusieurs scénarios sur la manière d'atteindre les objectifs ultimes.

6.3. Des services hospitaliers de proximité, proches des patients

Orientation 7

Les services hospitaliers de proximité^c offrent les soins les plus généraux et les plus fréquents de l'éventail de soins. Ils sont organisés en réseaux qui, sur base de la proximité et des besoins de la population, s'efforcent d'atteindre les objectifs fixés pour la zone de soins.

- **Leur localisation, leur nombre et leur taille doivent être déterminés par zone géographique (zone de soins), en fonction des besoins.**
- **Au sein de la zone de soins, les hôpitaux doivent collaborer au sein d'un réseau fonctionnel solide, avec une bonne répartition des tâches et des fonctions.**
- **Tous les services ne doivent pas nécessairement être offerts dans tous les hôpitaux, et dans un hôpital donné, les services hospitaliers de proximité peuvent être combinés avec un ou plusieurs centres de référence pour des disciplines spécifiques.**
- **Les services d'urgence doivent être localisés sur la base de critères géographiques.**
- **Les processus de soins standardisés et électifs doivent être davantage rationalisés, et les activités doivent être déplacées vers les hospitalisations de jour et les soins ambulatoires chaque fois que cela est approprié et faisable.**
- **Les soins des malades chroniques doivent être réorganisés dans une logique longitudinale de soins transmuraux intégrés.**

^c Le concept 'd'hôpital de proximité' doit avant tout être compris comme un concept fonctionnel. Il met l'accent sur le niveau de complexité et de

spécialisation des services proposés. Dans le même sens, nous entendons essentiellement par 'service' le type de soins qui y est délivré, plutôt que le département ou l'unité de soins physique.



À la différence des services hautement spécialisés qui doivent être offerts dans les 'centres de référence' (voir ci-dessous), une large gamme de services doit continuer à être offerte à proximité géographique des patients. Cela nécessite des hôpitaux (ou des services hospitaliers) avec des fonctions et des typologies différentes ainsi que des investissements dans les services de soins de première ligne.

- Pour établir le paysage hospitalier du futur, il faut se fonder sur **une vision à long terme, traduite en objectifs et en chiffres-cibles** à atteindre par les secteurs intramurales (et de plus en plus transmuraux) de deuxième et troisième lignes, en association avec les secteurs de soins de première ligne, les soins de longue durée, le secteur médico-social, etc. Ces objectifs et cibles doivent être fixés par région et par zone de soins.
- L'échelon suivant concerne une **répartition géographique des capacités requises des services hospitaliers de proximité en fonction des besoins**. Plusieurs concepts et instruments existants peuvent être (ré)utilisés pour élaborer cette carte, et divers modèles théoriques ou de gestion peuvent inspirer les décideurs politiques. Sans entrer dans les détails, ces modèles essaient de classer les soins en plusieurs types, en fonction de leurs caractéristiques en termes de degré d'urgence, de possibilités de standardisation, de complexité, du nombre/de la durée des épisodes, des visées diagnostiques /curatives/palliatives/préventives/etc.^{43, 44}

Le concept de 'zone de soins' est central dans cette approche ; le bon ordre de grandeur en termes de proximité et de capacité semble être autour de la taille d'une province belge ou légèrement en dessous, mais de nombreux autres facteurs, y compris les subdivisions territoriales et agrégats déjà existants, doivent être pris en considération et mis ensemble avant que la carte puisse être consolidée de façon optimale.

Le nombre et le type de lits nécessaires (y compris en hospitalisation de jour) par zone de soins doivent être déterminés sur la base de la taille et des caractéristiques des populations, y compris les données sur la morbidité, par ex. par catégorie diagnostique majeure. La principale difficulté est d'obtenir des données de bonne qualité permettant d'ajuster l'offre de services en fonction des besoins réels en matière de soins, et au-delà des traditionnels 'silos et piliers'.

Pour la modélisation réelle des besoins, on ne peut pas se contenter des données historiques de 'production' ; il faut faire appel à l'expertise existante en matière de formule normative multivariée telle qu'elle est utilisée dans le cadre de la responsabilité financière des organismes assureurs. La croissance rapide des possibilités d'analyse de bases de données importantes (*big data*) peuvent aussi être utilement mises à profit.

- **Les zones de soins drainant des patients des zones voisines sont récompensées** et doivent voir leur part des ressources augmenter en conséquence, au détriment des zones voisines qui 'perdent' des patients. Grâce à ce mécanisme, un certain degré de concurrence est maintenu.
- Ensuite, au sein de la zone de soins, toutes les institutions existantes doivent collaborer en **un réseau fonctionnel solide** et élaborer un **plan stratégique pluriannuel commun au réseau de la zone de soins**. À condition que le plan réponde aux exigences et soit officiellement accepté par les autorités compétentes, ces **autorités doivent s'engager à garantir un budget pluriannuel stable y correspondant**.
- **Tous les types de services n'ont pas besoin d'être proposés dans chaque hôpital, et encore moins sur chaque campus**. Les services plus spécialisés ou de haute technologie (mais qui ne possèdent pas le niveau spécifique d'exigences des centres de référence) ne devraient exister qu'à raison d'un ou deux centres par zone, ou même moins, couvrant plusieurs zones. D'autre part, un hôpital (majoritairement) de proximité pourrait également offrir un ou plusieurs services en tant que centre de référence pour des disciplines, affections ou types de services spécifiques. Dans cette optique, la législation actuelle qui oblige chaque hôpital à avoir au moins trois types de services différents (C, D et un service M, G, A ou E) devrait être remise en question.



- Les lits (journées-lits) et les **services doivent être répartis de façon à répondre au mieux aux besoins de la population** et ce de la manière la plus efficace possible, c'est-à-dire en s'assurant que tous les soins nécessaires soient effectivement offerts, au bon moment, en fonction des besoins de la population, et guidés par les objectifs globaux du système fixés par le niveau de gouvernance pertinent. En ce sens, au-delà de la coopération *entre* hôpitaux, il y a également un fort besoin de développer des relations fonctionnelles avec tous les acteurs de soins de première ligne et autres, ainsi qu'avec les acteurs médico-sociaux, afin d'assurer des soins continus et intégrés pour le nombre croissant de malades chroniques (voir plus loin).
- La correction pour les hôpitaux travaillant **en milieu socialement défavorisé**, actuellement intégrée dans la part B8 du BMF, devrait plus logiquement être intégrée comme l'une des variables de la formule multivariée modélisant l'offre sur la base des besoins de la population.

A qui le rôle 'd'acheteur de soins' ?

Il est évident que de tels concepts de réseaux dépassant le niveau de l'hôpital ne peuvent pas fonctionner sans une **certaine forme de plateforme de gouvernance au niveau des zones de soins**,

- Idéalement, il faudrait une **instance d'intégration** – appelons cela 'un acheteur de soins' (*'purchaser'*) – de préférence guidé par des motivations de santé publique. Actuellement, dans notre système, cette chaise reste obstinément vide : malgré vingt ans de responsabilité financière, les organismes assureurs ont à peine pu ou voulu jouer ce rôle (voire pas du tout), les organes de macro-gouvernance sont trop préoccupés par la défense de leurs droits acquis, et les instances politiques (locales) tentent (et c'est bien compréhensible) de maximaliser l'offre dans leur circonscription. Dans l'état actuel des choses, et sans exclure a priori un rôle plus fort des organismes assureurs à l'avenir, la responsabilité de la nouvelle esquisse du paysage et de ses délimitations retombe clairement sur les épaules des gouvernements régionaux, en articulation avec le sponsor fédéral (voir ci-dessous).

- L'implémentation concrète des objectifs stratégiques d'une zone doit probablement être laissée aux acteurs locaux, sur base du plan stratégique partagé établi pour cette zone. Il est clair qu'aujourd'hui, plus que jamais, **l'interlocuteur représentant les prestataires de soins** ne peut pas être l'hôpital seul, mais l'ensemble des prestataires à tous les échelons de soins.
- Le transfert des responsabilités et des compétences qui a fait suite à la 6^{ème} réforme de l'État de 2011 comprend **l'amortissement de l'infrastructure hospitalière et les investissements en matière d'équipement** (A1, A3 et C1 du BMF), ainsi que la définition des normes d'agrément des hôpitaux, des services hospitaliers et des programmes de soins, dans la mesure où ils n'ont aucun impact négatif sur le budget fédéral. **Le calendrier de construction à long terme** pourrait bien s'avérer un instrument puissant pour remodeler le paysage, et le rôle de plus en plus important des investisseurs privés augmente la pression pour aboutir à un *business case* robuste, ce qui, en soi, va à l'encontre d'une surcapacité inconsidérée.
- La **programmation** (et bien évidemment le financement), au contraire, demeurent une matière fédérale, mais des accords bilatéraux avec l'une des entités fédérées peuvent être conclus.⁴⁵ Le moins que l'on puisse dire, c'est que pour réussir à exercer leurs nouvelles compétences et à donner naissance au nouveau paysage, les entités fédérées devront interagir étroitement avec le niveau fédéral.
- La **situation particulière de Bruxelles** exigera des dispositions et des solutions adaptées, mais ceci ne sera pas approfondi dans le cadre de cette étude.



Cette **logique basée sur la géographie et la population** est radicalement différente des motivations de production, essentiellement opportunistes, qui se trouvaient derrière l'émergence des 'réseaux hospitaliers' au cours de la dernière décennie. Pour le dire brutalement : les hôpitaux de proximité devront être 'réinventés', pour s'efforcer d'être 'extraordinaires dans l'ordinaire', c'est-à-dire la partie la plus ordinaire de l'éventail de soins, incluant les urgences, les soins électifs et les soins chroniques standard.

- Le nombre et la répartition des **centres de référence** (ou plutôt : les services/fonctions de référence) pour des maladies rares et complexes et des services nécessitant une infrastructure coûteuse devront être définis à l'échelle régionale, c'est-à-dire qu'ils devront dépasser la zone de soins. Le même principe s'applique aux fonctions hospitalières spécifiquement universitaires.

Les hôpitaux universitaires peuvent toutefois aussi remplir des fonctions d'hôpitaux de proximité de la zone dans laquelle ils sont implantés, mais ce doit être dans les mêmes conditions que les autres hôpitaux.

- La proximité est un élément essentiel pour **les services d'urgences** et pour des services spécifiques (p. ex. unité neuro-vasculaire (*stroke unit*), maternité, unité de cathétérisme cardiaque, etc.). Toutefois, étant donné la forte densité des sites hospitaliers en Belgique, tous les hôpitaux n'ont pas besoin d'un service d'urgence ou d'une *stroke unit*. Il est important que la capacité des services d'urgence soit géographiquement bien équilibrée et que des accord soient pris avec les médecins généralistes en matière d'organisation des services de garde.⁴⁶ Des changements dans la législation seront nécessaires pour convaincre les hôpitaux de fermer des services d'urgence (actuellement, avoir un service d'urgence est un prérequis pour avoir par ex. une unité de neurochirurgie). Il est tout aussi important que les hôpitaux passent des accords équilibrés de prestation de services au sujet des envois et renvois (*referral and back-referral*) des patients, afin de ne pas pénaliser les hôpitaux sans services d'urgence.
- Il est encore possible de pousser plus loin la standardisation des processus de soins sur base de recommandations *evidence-based*, de protocoles, de parcours de soins, etc. De nombreux **processus de soins standardisés et électifs** peuvent également être transférés vers les activités d'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires.⁹

- Le fardeau croissant des **maladies chroniques** exigera un renforcement des services de soins de première ligne et un changement de rôle pour les services hospitaliers.³⁶ Ceux-ci interviennent à certains moments-charnières critiques, dans une chaîne de soins qui doit principalement être aux mains de la première ligne. Les spécialistes (basés dans des hôpitaux) qui prennent en charge les malades chroniques devront également soutenir l'équipe de soins de première ligne, notamment en partageant leurs connaissances. En outre, des structures de soins alternatives (p. ex. des services de soins intermédiaires pour les patients au cours de la phase post-aigüe, des soins de répit, etc.) devront être créées et les aidants informels devront être soutenus.

L'un des éléments essentiels de cette évolution est le développement d'un dossier médical électronique partagé du patient, intégré dans un environnement global e-Health performant, sécurisé et convivial.

Des projets pilotes devraient être mis en place dans lesquels des activités (et ressources) de l'hôpital seraient transférées vers des services de soins de première ligne, de soins à domicile et de soins intermédiaires ou des centres de jour. Les éventuels gains d'efficacité doivent être partagés entre toutes les parties concernées. Plusieurs scénarios alternatifs devraient également être explorés, comme mettre aux commandes d'autres acteurs que les hôpitaux ou s'appuyer sur de nouvelles structures mixtes.



6.4. Concentration des services hautement spécialisés dans des centres de référence

Orientation 8

- **Les maladies rares ou complexes, nécessitant des compétences très spécialisées ou complexes, du matériel ou des infrastructures coûteux, ou un personnel pluridisciplinaire spécifique, devraient être uniquement traitées dans des centres de référence (ou plutôt : des services/fonctions de référence) qui peuvent se prévaloir de suffisamment d'expérience (volume), d'expertise et d'assurance qualité.**
- **Leur nombre et leur emplacement devraient être définis à l'échelle régionale, et non par zone de soins ; dans la mesure du possible, la proximité devrait être prise en compte, mais toute surcapacité devrait être évitée à tout prix.**
- **Ils devraient être intégrés dans des réseaux allant au-delà de la seule zone de soins, favorisant un modèle partagé d'envoi et de renvoi des patients, en veillant à ce que les compétences et la multidisciplinarité soient présentes tout au long du processus de soins et de revalidation du patient.**

Objectifs et justification

La concentration des services hautement spécialisés est une politique généralisée dans de nombreux pays occidentaux (p. ex. Pays-Bas⁴⁷, UK⁴⁸) avec pour principaux arguments **la qualité des soins et les économies d'échelle**. Cette tendance se fonde sur les travaux de Luft⁴⁹, qui a montré que la mortalité à l'hôpital était plus faible dans les hôpitaux où certaines interventions chirurgicales étaient plus fréquemment effectuées. La conclusion de ces travaux est que 'quelle que soit l'explication, les données démontrent la valeur de la centralisation de certaines interventions'. Bien que les publications scientifiques qui ont succédé à cette publication-phare ne permettent pas de clore le débat d'une manière non équivoque (voir le Chapitre 13 du rapport scientifique), de nombreuses constatations et preuves pointent aujourd'hui dans la même direction.

En particulier dans le cas des cancers rares et complexes, il y a une **pression indiscutable, tant du côté des associations de patients que des autorités européennes** pour concentrer leur prise en charge dans des centres de référence, intégrés dans un modèle de réseau de soins partagés (*shared care*).⁴⁰

Presque tous les stakeholders reconnaissent que conserver des services spécialisés dont le *case-load* n'est pas suffisant risque d'exposer les patients à ne plus avoir **accès à des soins up-to-date et de haute qualité**. La relation entre volume et résultats a été confirmée dans chaque étude belge sur cette question.^{50,51,52} Par centralisation, on n'entend pas seulement bénéficier de la compétence et de l'expérience de médecins individuels mais également de l'apport de l'expertise et de la spécialisation de l'ensemble d'une équipe pluridisciplinaire tout au long d'un continuum de soins.

L'augmentation des sous-spécialisations en médecine (par ex. les chirurgiens orthopédiques sont de plus en plus souvent remplacés par des chirurgiens de la main, du genou ou de la hanche) pousse également les hôpitaux à concentrer des services hautement spécialisés. La sous-spécialisation n'est possible, après tout, que lorsqu'il y a une charge de travail suffisante pour chaque médecin. La concentration des services dans des unités plus grandes se traduira également par un *case-mix* plus 'intéressant', et par un partage des gardes entre un plus grand nombre de collègues. Ces deux éléments contribuent aussi à un meilleur **équilibre travail/vie privée**, avantage de plus en plus apprécié par les jeunes générations de médecins.

Les stakeholders reconnaissent en outre que dans un petit pays densément peuplé comme la Belgique, la concentration peut être réalisée sans compromettre un degré raisonnable d'**accessibilité géographique**.

La frénésie quasi incontrôlée d'investissement des hôpitaux belges, et la fragmentation des ressources disponibles qui en résulte, est considérée comme intenable par de nombreux stakeholders. Pour **contrôler les dépenses au niveau macro**, il devient indispensable de concentrer les services hautement spécialisés qui nécessitent des investissements importants (et qui sont amortis de façon beaucoup plus rapide qu'auparavant), et ceci sur base de critères plus objectifs.



Mise en réseau dans un modèle de soins partagés

Les prérequis et les modalités de concentration des soins spécialisés dans des centres de référence ont été largement décrits dans le rapport KCE sur l'organisation des soins pour les cancers rares et complexes.⁴⁰ De toute évidence, les mêmes concepts et principes généraux s'appliquent à de nombreux autres domaines de soins de santé. Nous énumérerons seulement brièvement ces principes, et nous renvoyons le lecteur à l'étude mentionnée ci-dessus.

Mais avant d'énumérer les principes de base, nous devons déclarer explicitement ce qui était relativement implicite dans l'étude concernant les cancers rares : un centre de référence doit être compris comme un service ou une fonction de référence. Il a une reconnaissance officielle pour un rôle spécifique et chaque hôpital peut postuler pour cette reconnaissance, à condition de satisfaire à toutes les exigences spécifiques de ce rôle.

- Les besoins en centres de référence de différents types devraient être soigneusement déterminés **afin de garantir une offre de services qui soit à la fois géographiquement bien équilibrée et bien dimensionnée pour répondre aux besoins de la population-cible**. Cette planification doit faire partie d'une stratégie de planification générale au niveau de la région, avec des objectifs opérationnels qui englobent la totalité du spectre des soins de santé.
- Les centres de référence nécessitent **des équipes multidisciplinaires avec des compétences cliniques et techniques reconnues**. Les besoins en personnel, ainsi qu'en infrastructures et en équipements nécessaires de chaque type de centre de référence doivent être déterminés.⁴⁰ Cela signifie également que la reconnaissance en tant que centre de référence n'est en aucun cas la prérogative exclusive des hôpitaux universitaires.
- Les centres de référence devraient faire partie **de réseaux où des accords de collaboration fermes sont établis** entre les médecins et les centres impliqués pour **déterminer les règles de l'envoi des patients vers un centre de référence (referral) et de leur renvoi (back referral)** ainsi que de leur suivi (voir la réglementation sur le réseau de soins cardiaques⁵³). Néanmoins, la formation de réseaux s'accompagne du risque d'élargir le critère 'centre de référence' et de revenir à la situation où chaque partenaire offre tous les services. C'est

pourquoi il est nécessaire de lier les seuils de volume minimal à des localisations physiques spécifiques et de limiter le remboursement de certaines procédures aux spécialistes spécifiquement qualifiés et reconnus.⁴⁰

- Les centres de référence ont le devoir **de surveiller et de rapporter leurs résultats et performances**, de manière à pouvoir faire évaluer et confirmer (ou non) périodiquement leur statut de centre d'excellence. Cela nécessite la mise en place d'un système d'assurance qualité, comprenant (entre autres) la mesure (et dans une phase à venir, la publication) d'un ensemble d'indicateurs de qualité *evidence-based*.
- Les centres de référence devraient recevoir un **soutien financier** approprié de manière à pouvoir investir dans une expertise médicale et paramédicale supplémentaire et dans des infrastructures coûteuses. Le système de conventions INAMI est une formule éprouvée qui pourrait satisfaire aux besoins dans ce contexte spécifique.
- Une **période de rodage suffisante et des mesures de transition** devraient être fournies, permettant aux hôpitaux de réorienter progressivement leurs activités et d'obtenir des garanties budgétaires pour cela. Le principe de l'art. 107, utilisé à la reconversion des lits de soins psychiatriques en alternatives de soins extramurales locorégionales peut – *mutatis mutandis* – servir de modèle.
- En conclusion, la concentration des services exigera non seulement un **changement culturel** des professionnels de soins de santé, des institutions de soins de santé et du grand public, mais aussi une **forte impulsion politique** pour renverser la tendance historique.



6.5. Hôpitaux universitaires : un rôle clé dans l'enseignement, la recherche et les soins hautement spécialisés

Orientation 9

- **Les missions spécifiques des hôpitaux universitaires – enseignement et formation, recherche et soins hautement spécialisés – doivent être clairement définies. Le financement doit de préférence être spécifique et séparé pour chaque mission.**
- **Le financement aussi bien que les surcoûts des missions spécifiques doivent être rendus plus transparents ; le financement doit davantage être basé sur des indicateurs de production et de performance.**
- **Pour la supervision des stagiaires et des assistants, les hôpitaux universitaires et les autres hôpitaux qui accueillent des stagiaires et des assistants devraient être traités de la même façon.**
- **Le financement doit être suffisant pour couvrir les surcoûts des missions spécifiques.**

Contexte

Les hôpitaux universitaires ont, comme dans la plupart des autres pays, une triple mission (1) de recherche, (2) de soins aux patients et (3) d'enseignement et de formation. Ils ont également une fonction de 'dernier recours' pour les patients qui ont besoin de soins complexes.

Les hôpitaux universitaires reçoivent un financement spécifique pour des activités de recherche, ainsi que d'enseignement et de formation dans le cadre de la partie B7A du BMF. Par contre, les modalités de remboursement des soins aux patients sont (presque) les mêmes pour les hôpitaux universitaires et non-universitaires. Le prix de journée plus élevé des hôpitaux universitaires est dû en grande partie à leur case-mix et non à des méthodes de financement différentes.

Les points de vue des stakeholders sur la partie B7A du budget des hôpitaux peuvent être synthétisés comme suit : les stakeholders des hôpitaux non-universitaires prétendent exécuter le même type d'activités que les hôpitaux universitaires, tant pour les soins spécialisés qu'au niveau de l'enseignement ou de la recherche. Par conséquent, ils considèrent qu'ils

devraient avoir droit aux mêmes paiements supplémentaires pour ces tâches que les hôpitaux universitaires. Les stakeholders des hôpitaux universitaires réfutent ces affirmations et estiment que leur rôle est différent dans chacune des trois missions : ils traitent des cas plus complexes et plus graves, ils ont davantage de résidents en formation et leur R&D est davantage liée à la recherche fondamentale et au développement clinique.

Un financement spécifique pour des missions spécifiques

À côté des **soins hautement spécialisés**, les hôpitaux universitaires doivent continuer à offrir **des soins de base** et être payés pour les deux types de soin dans les mêmes conditions que les autres hôpitaux (voir également la section 6.3).

Les hôpitaux universitaires ont un rôle spécifique dans **la formation des étudiants en médecine, des candidats spécialistes et des candidats médecins généralistes**, ce qui inclut des cours théoriques et pratiques, un accompagnement structuré,... tâches pour lesquelles ils devraient recevoir des financements spécifiques.

Pour ce qui concerne la **supervision de stagiaires et des assistants**, les hôpitaux universitaires devraient être traités de la même façon que les autres hôpitaux qui accueillent des candidats spécialistes.

Le financement de la recherche vient de différentes sources, comme c'est le cas dans les autres pays.⁵⁴ Les hôpitaux universitaires jouent un rôle central dans **la recherche fondamentale, translationnelle et clinique**. La plupart du financement pour la recherche fondamentale est défini projet par projet et se compose de dotations de sources publiques et privées autres que l'assurance maladie. La recherche clinique, dont les études de phase III, est généralement financée par l'industrie, dans les hôpitaux universitaires comme dans les autres hôpitaux. La recherche translationnelle se situe quelque part entre ces deux autres formes et peut être financée par des sources variées.

La recherche ou le soutien à des activités clairement orientées vers la santé publique (p. ex. dans le domaine de la prévention, du dépistage, de l'évaluation technologique, de l'organisation des soins de santé, etc.) pourraient logiquement prétendre à des financements de l'assurance-maladie. Mais cela devrait se faire projet par projet via des appels d'offres publics, ce qui mettrait tout le monde sur le même pied.



Le financement spécifique des tâches académiques devrait être basé sur des **paramètres qui mesurent objectivement les activités, la performance et le résultat** des missions d'enseignement et de recherche des hôpitaux universitaires, plutôt que sur des critères historiques ou structurels.⁵⁵ Des paramètres possibles pour évaluer la formation sont le nombre et le type de résidents ou le nombre et le type de programmes de formation; les exemples pour la recherche sont les publications scientifiques dans des revues internationales *peer-reviewed*, le nombre et le type d'essais cliniques, les brevets etc.

Certains stakeholders soutiennent que l'ensemble des budgets pour les activités de formation et de recherche devraient être fournis par les autorités responsables de l'enseignement et de la recherche et devraient être exclus du budget hospitalier. Nous avons considéré que ce débat était en dehors de la portée de cette étude.

Un financement approprié pour des missions spécifiques

Les stakeholders des hôpitaux universitaires se plaignent que le budget pour leurs missions spécifiques n'est pas suffisant et reste en deçà de celui d'autres pays. En 2012, le budget pour les missions spécifiques des hôpitaux universitaires (la partie B7A du budget des hôpitaux) s'est élevé à 4,3 % du chiffre d'affaires total. Dans une étude comparative récente sur le rôle et le financement des hôpitaux universitaires dans huit pays, ce pourcentage s'étend de 6 % à 34 %.⁵⁴ Ces chiffres doivent cependant être interprétés avec prudence parce qu'ils ne sont pas entièrement comparables. Pour la Belgique, seulement la partie B7A du budget hospitalier a été prise en considération, alors que la recherche, par exemple, est également financée par d'autres sources. Par conséquent, il serait utile d'améliorer la transparence au sujet des budgets supplémentaires pour les hôpitaux universitaires **par la mesure du temps supplémentaire et des ressources** nécessaires pour exécuter leurs tâches spécifiques.

7. MACRO-GOUVERNANCE

7.1. Une politique de santé fondée sur des plans stratégiques à long terme avec des objectifs clairs

Orientation 10

Chaque gouvernement en Belgique, compétent en matière de soins de santé, définit et surveille un ensemble d'objectifs et de cibles à atteindre pour orienter la politique de soins de santé durant sa période de législature.

Objectifs et justification

L'établissement d'objectifs de santé publique, ou de cibles à atteindre au niveau de la santé, est devenu un instrument largement utilisé au niveau international pour orienter l'élaboration de politiques de santé et prioriser les investissements dans le secteur de la santé.⁵⁶ Ils sont un moyen de formaliser les ambitions des instances dirigeantes, ainsi que leur engagement à atteindre les résultats chiffrés spécifiés dans un laps de temps défini. Les cibles à atteindre permettent de surveiller la progression vers les objectifs fixés, ils augmentent la responsabilité publique et permettent un contrôle parlementaire (démocratique), tant sur le choix des priorités que sur la performance des politiques par rapport à ces cibles.^{57, 58}

Une enquête de l'OCDE parmi 29 pays a montré que la plupart des pays ont maintenant des objectifs de santé publique. La Belgique est parmi les quelques exceptions.⁵⁶ L'absence de cibles à atteindre a été soulignée comme une lacune majeure dans le processus d'interprétation des 74 indicateurs qui sont surveillés dans le cadre de l'évaluation de la performance du système de santé belge (*Health System Performance Assessment*).³



Au niveau fédéral, nous n'avons en effet pas coutume de travailler avec des cibles à atteindre au niveau de la santé, en tant que parties intégrantes d'une stratégie à long terme pour l'élaboration des politiques de soins de santé. Des initiatives existent toutefois au niveau régional. En Flandre par exemple, des cibles à atteindre ont été définies en 1998 pour les soins de santé préventifs.⁵⁹ Une évaluation récente des dix premières années de cette approche a conclu que les cibles 'peuvent conduire à une politique plus transparente pour la prévention, permettent de meilleurs processus de politique de santé et créent une plus grande synergie entre les organisations dans le domaine de la prévention, de la promotion de la santé et au-delà'.⁶⁰

L'utilisation de cibles à atteindre pour orienter l'élaboration de politiques de santé : leçons tirées d'expériences internationales

- Les politiques de soins de santé devraient se fonder bien davantage sur un plan stratégique à long terme clair avec des objectifs mesurables et un budget à moyen terme détaillé. Ce dernier a également été recommandé par l'OCDE dans sa dernière étude économique de la Belgique, 'pour améliorer la réflexion stratégique sur le niveau souhaité de dépenses'. Mettre l'accent sur le moyen terme serait également utile pour rendre compte de l'effet de nouvelles mesures d'une manière transparente.⁶¹ En outre, il est impératif d'outrepasser le cloisonnement d'idées et de transférer la prise de décisions à un niveau plus élevé, moins tributaire du contingent des intérêts directs des groupes de négociation.
- L'Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé a formulé plusieurs recommandations concernant divers aspects de l'établissement de cibles à atteindre et de leur surveillance qui peuvent aider à améliorer la performance du système de santé:^{57, 58, 62}
 - Format de la cible. Les cibles à atteindre peuvent être quantitatives (p. ex. diminution des hospitalisations inappropriées de x %) ou qualitatives (p. ex. introduction de centres référence pour les soins oncologiques complexes et la prise en charge des cancers rares)

et peuvent être exprimées en termes de résultats (p. ex. la réduction de la mortalité) ou de processus (p. ex. une diminution du nombre de CT-scan par habitant).^{62, 63}

- Comment déterminer les cibles? Il est recommandé de prévoir une consultation systématique des stakeholders, étant donné que parvenir à un consensus avec les stakeholders intéressés (p. ex. les organisations et les prestataires de soins de santé, les citoyens) améliore l'acceptabilité locale des cibles macro.
- Qui devrait utiliser les cibles? Pour porter leurs fruits, les cibles requièrent un engagement politique soutenu et une instance publique permanente chargée de les surveiller constamment et d'en faire rapport, et pouvant intervenir en temps opportun quand besoin est.⁵⁷
- Comment les cibles doivent-elles être quantifiées ? Une cible idéale doit être SMART.^d Smith et al. (2009; 2010)^{57, 58} décrivent plus en détail les principes tels que décrits par la *Royal Statistical Society*. Il est reconnu que, dans la pratique, peu de systèmes de cibles suivent complètement ces principes, ce qui peut expliquer en partie les échecs passés.⁵⁷
- Comment les cibles interministérielles doivent-elles être gérées ? Les cibles intersectorielles exigent coordination, persuasion et engagement, traduits par des ententes de collaboration solides. Quoi qu'il en soit, des cibles communes doivent toujours être placées sous l'autorité d'un ministère principalement en charge du processus.⁵⁷ Pour la Belgique, cela devrait également se traduire sur des objectifs pour plusieurs niveaux de compétences (voir la section 7.2).

d Spécifique / 'Specific' (à l'objectif de santé ultime à poursuivre), mesurable / 'Measurable' (en mesure d'être surveillée à l'aide de données qui existent ou qui peuvent être collectées), précis / 'Accurate' (afin de savoir si la cible a été

atteinte), réaliste / 'Realistic' (difficile mais en fait réalisable) et défini dans le temps / 'Time bound' (le temps nécessaire pour atteindre la cible devrait être spécifié).



7.2. Des structures de gouvernance 'macro' réduites, avec une redéfinition des rôles des autorités, des stakeholders et des experts techniques

Orientation 11

Les structures de gouvernance 'macro' devraient être simplifiées et mieux articulées, et les rôles des différents acteurs devraient être redéfinis selon les axes suivants :

- **intégration des compétences actuellement réparties entre l'INAMI et le SPF ;**
- **mise en place d'une plateforme d'échange technique permanente entre les administrations fédérales et fédérées ;**
- **clarification des compétences et des processus de décision après la 6^{ème} réforme d'État.**

Objectifs et justification

Dans le cadre conceptuel proposé ici, une partie importante de la masse budgétaire actuelle des honoraires des médecins doit être intégrée dans le BMF. Pour cette raison, la réflexion politique et la prise de décision au sujet des deux piliers majeurs que sont le financement des hôpitaux et les honoraires des médecins devraient également être bien plus intégrées que ce n'est le cas aujourd'hui. Non seulement cela augmenterait l'efficacité et la cohérence interne entre les différentes décisions prises, mais cela permettrait aussi d'assurer la cohérence avec les objectifs et cibles à long terme du système de santé dans son ensemble. Plus précisément, cette **cohérence est particulièrement nécessaire entre les décisions de programmation, d'agrément et de paiement**. Les stakeholders sont cependant inquiets à l'idée que la réforme de l'État ne fasse qu'augmenter encore la fragmentation au lieu d'apporter d'avantage d'homogénéité au sein de la gouvernance.

Des structures de gouvernance simplifiées et mieux articulées

Dans le futur système réformé de financement des hôpitaux, la macro-gouvernance, qui est actuellement divisée entre le Conseil national de établissements hospitaliers (CNEH), la structure Multipartite et les commissions de conventions entre médecins et organismes assureurs et

entre hôpitaux et organismes assureurs, devrait, d'une manière ou d'une autre, devenir beaucoup plus intégrée, et la(les) nouvelle(s) structure(s) devrai(en)t mettre en place une articulation structurelle avec les autorités fédérées.

Quoi qu'il en soit, une plateforme commune de gouvernance telle que la **Conférence interministérielle sur la santé ou le dénommé, mais encore hypothétique 'Institut du futur'** annoncé dans l'accord gouvernemental de décembre 2011 devront gagner en importance. Le dernier nommé pourrait être conçu comme la plateforme plus technique où sera élaboré le fondement factuel de la vision stratégique générale de la politique de soins de santé (contrairement à la Conférence Interministérielle, plus politique). Il devra faire usage de matériel scientifique pertinent pour s'assurer que les discussions soient autant que possible *evidence-based*.⁶⁴ À tout le moins, une telle structure doit être le lieu où les objectifs de chacun des gouvernements sont testés sur leur congruence avec ceux des autres gouvernements impliqués.

Les stakeholders reconnaissent également les qualifications et les compétences du personnel des administrations actuelles. Par conséquent, dans la mesure où les réformes nécessiteraient de nouveaux rôles, et de nouvelles tâches et fonctions, il est souhaitable de les intégrer dans les institutions (fédérales) existantes au lieu d'en créer de nouvelles.

Orientation 12

Les processus décisionnels en matière de soins de santé et d'assurance-maladie doivent reposer bien davantage qu'à l'heure actuelle sur des données objectives et *evidence-based*, et le rôle des stakeholders, bien que restant un composant indispensable du processus, doit être davantage contrebalancé par un apport *evidence-based*, et par les valeurs et préférences prônés par les patients et les citoyens dans leur ensemble.

Objectifs et justification

La politique de soins de santé exige des décisions complexes dans des domaines comme la planification et la programmation des services de soins de santé ou le remboursement des médicaments, implants, technologies et dispositifs de santé. Bien que le grand public présume souvent que ce



processus de décision se fait de manière systématique, les décideurs du monde entier ont du mal à **trouver le juste équilibre entre une approche 'participative' et une approche 'scientifique, technocratique'**.¹² En Belgique, la gouvernance au niveau macro, avec deux départements fédéraux différents (INAMI et SPF), s'appuie fortement sur un processus participatif avec les stakeholders. Les stakeholders représentés dans le CNEH et la structure Multipartite conseillent le ministre sur les budgets hospitaliers et la planification, tandis que, pour toutes les questions portant sur le remboursement des honoraires et services, c'est dans la dénommée 'Medico-mut' que se situe le centre de gravité. Ce modèle de macro-gouvernance est placé sous une pression croissante, et il y a une forte demande pour une politique davantage *evidence-based*.

Réformer les compositions des commissions de stakeholders est un thème qui est revenu maintes fois sur le tapis au cours de cette étude. Il n'y a cependant pas de consensus sur le choix des acteurs qui doivent être impliqués dans le processus de négociation et de consultation. Ce n'est pas surprenant étant donné que la plupart des personnes interrogées sont elles-mêmes des stakeholders, représentant les organisations/groupes professionnels impliqués dans le processus décisionnel. Malgré cela, la perception globale est que **le modèle consultatif actuel a atteint ses limites** et n'est plus adapté aux contextes et évolutions sociétales. En particulier, la voix du patient est manifestement sous-représentée.

Une politique plus *evidence-based*

Plutôt que d'être dominée par une pléthore de commissions et de structures où les stakeholders négocient autour de chaque décision qui doit être prise, la politique de soins de santé devrait **donner un rôle beaucoup plus important à des éléments objectifs, *evidence-based***, dans le processus décisionnel. Informer le processus de décision par des avis scientifiques ou des données factuelles devrait, d'une manière ou d'une autre, être rendu obligatoire dans une série de domaines. Cela ne devrait pas seulement s'appliquer aux décisions de remboursement, mais aussi à des questions telles que le système de financement des hôpitaux (données de comptabilité analytique par exemple), la détermination des tarifs ou la planification de la capacité hospitalière.

Toujours est-il que, renforcer une politique *evidence-based* ne signifie pas ne plus passer par les stakeholders. Il faut souligner que l'apport des stakeholders et des experts sur le terrain reste crucial, faute de quoi les décisions pourraient devenir trop académiques ou théoriques et non adaptées à la réalité. À cet égard, l'apport de certains acteurs spécifiques (par exemple les infirmières), chaque fois en relation avec la question examinée, devrait être renforcé. **L'apport du stakeholder devrait cependant être rendu plus transparent**, et – plus important encore – l'influence des intérêts particuliers de certains groupes professionnels devrait prendre une importance moins dominante en regard des besoins de santé publique objectivement documentés. En outre, **les décideurs devraient être tenus de rendre des comptes (*accountable*)** lorsqu'ils prennent des décisions en contradiction avec la politique fondée sur des preuves ou d'autres constatations objectivables.

Plus de place pour la voix du citoyen-patient

Alors que les organismes assureurs ont traditionnellement reçu le rôle de représentants des patients, on entend **un plaidoyer de plus en plus audible pour un renforcement et une professionnalisation des associations de patients** (la LUSS: Ligue des Usagers des Services de Santé et la VPP: *Vlaams Patiëntenplatform*) et pour qu'il leur soit accordé un rôle plus important dans le processus décisionnel. Les entités fédérées impliquent d'ailleurs de plus en plus les associations de patients, la VPP étant, par exemple, membre du comité de pilotage du projet flamand sur les indicateurs de qualité (VIP²).⁶⁵

Il est évident que l'apport des stakeholders doit impérativement rester une composante essentielle dans la prise de décision, mais qu'il doit être contrebalancé – bien d'avantage que ce qui est le cas aujourd'hui – non seulement par un apport scientifique, mais aussi par les valeurs et les préférences des patients et, par extension, des citoyens.

Évidemment, on ne peut pas s'attendre à ce que de tels changements soient bien accueillis par les protagonistes qui jouent aujourd'hui les premiers rôles dans ces processus. Leurs points de vue sur l'ampleur des réformes nécessaires varient considérablement. Mais, en revanche, la pression de l'opinion publique ne fera qu'augmenter dans les années à venir.



8. INCITANTS FINANCIERS POUR LA QUALITÉ DES SOINS

Les risques théoriques liés au financement prospectif n'ont pas été confirmés dans la pratique

Les systèmes de financement hospitalier *case-based* prospectifs introduits dans la plupart des pays industrialisés durant les dernières décennies ont été conçus au départ pour éviter un excès de prestations par admission. En théorie, cela peut aussi bien avoir des effets positifs sur la qualité de soins (par exemple en évitant les soins inappropriés) que des effets négatifs (par exemple insuffisance des soins ou sorties trop précoces).^{17, 66} Pourtant, les preuves disponibles ne semblent pas conforter les préoccupations relatives aux effets négatifs potentiels sur la qualité de soins.¹³ Toutefois, dans la plupart des cas étudiés, d'autres initiatives d'amélioration de la qualité ont été prises simultanément, souvent sans lien avec le financement (p. ex. accréditation, rapports publics, audit et feedback). Il est donc difficile de démêler les effets de ces mesures de ceux des incitants liés au financement.

Les incitants financiers peuvent être divisés entre incitants intégrés dans le système de financement par DRG et incitants en-dehors, en complément de ce financement (c'est-à-dire les programmes *pay-for-quality*).

À l'heure actuelle l'accent est mis sur la structure plutôt que sur les processus ou les résultats

Dans le système de financement belge actuel, l'accent est mis sur un autre type de support encore, à savoir **un financement structurel des fonctions d'assurance de la qualité**, comme par exemple la lutte contre les infections nosocomiales. Si les stakeholders reconnaissent clairement la valeur de la politique de qualité des soins du SPF, elle est néanmoins perçue comme fortement axée sur les normes d'accréditation (p. ex. cadres du personnel, normes architecturales), ce qui est considéré comme **nécessaire mais pas suffisant**. De plus, certaines de ces normes (en particulier les cadres du personnel infirmier) ont été jugées dépassées, trop rigides et sous-financées.

Un élan nouveau, mais encore fragile

Au cours de la dernière décennie et grâce à plusieurs initiatives *top-down* et *bottom-up*, on a pu voir poindre les signes d'une nouvelle culture de la qualité, mais cela reste encore fragile et ponctuel. Les réformes au sein du système de financement devraient prendre grand soin de ne pas décourager ou contrecarrer cette évolution, mais, au contraire, de la nourrir et la stimuler. Plus généralement, quelles que soient les mesures prises pour réformer le système de financement hospitalier, chacune d'entre elles devra être soigneusement évaluée quant à son impact probable sur l'élan vers la qualité de soins.

8.1. Incitants à la qualité intégrés dans le système de financement basé sur les DRG

8.1.1. Récompenser les soins *evidence-based*, éventuellement par-delà des murs de l'hôpital

Orientation 13

Au sein du système APR-DRG, il y a l'espace pour une introduction prudente d'incitants stimulant la qualité:

- Des projets pilotes avec des tarifs *all-inclusive* (honoraires médicaux inclus) et *evidence-based* pourraient être mis en place pour une sélection d'APR-DRG fréquents, ayant une base scientifique solide (guidelines disponibles) et dont la variabilité de pratiques est documentée.
- Dans une prochaine étape, l'épisode couvert par le tarif pourrait être étendu à la phase post-aiguë des soins pour les APR-DRG dont les itinéraires cliniques sont suffisamment standardisés.

Objectifs et justification

La plupart des pays ont lancé de telles initiatives, souvent en tant que projets pilotes, quelque temps après la mise en place de leur système de financement prospectif. Parmi les systèmes intégrés au système DRG, un premier groupe vise à **réduire la variabilité injustifiée des pratiques** et, plus précisément, à **réduire leur divergence par rapport aux pratiques *evidence-based***. Ceci est une préoccupation bien documentée au sein du



système de santé belge.^{3,67} En conséquence, il y a une forte demande pour que la pratique *evidence-based* soit considérée comme un paramètre dans le futur système de financement par DRG, et que les tarifs DRG soient davantage basés sur les composants de soins recommandés et fondés sur des preuves, plutôt que sur les coûts moyens ou les durées moyennes de séjour par épisode.

Comme les systèmes de financement prospectifs comprennent de forts incitants pour l'efficacité,⁶⁸ ils comportent dès lors un **risque de sorties précoces**, mais sans être assortis d'incitants pour coordonner les soins sur l'ensemble des prestataires et des cadres de soins. Dans d'autres pays, plusieurs exemples existent d'initiatives visant à **combinaison des dépenses de soins aigus avec l'amélioration de la coordination des soins sur l'ensemble des cadres de soins**.

- Le système DRG néerlandais basé sur les DBC couvre tout l'éventail des soins hospitaliers et ambulatoires liés à un diagnostic précis, depuis la première consultation de spécialiste jusqu'à la fin du processus de soins (traitement terminé).¹³
- Le système Medicare '*Bundled payments for care improvement*' part aussi d'un système DRG et comprend quatre possibilités de paiement groupé : prospectif versus rétrospectif; groupement couvrant l'épisode de soin complet versus groupement séparé pour l'épisode soins hospitalier et pour l'épisode ambulatoire. Il y a 48 pathologies différentes incluses dans le système avec une durée d'épisode de 30, 60 ou 90 jours après la sortie.

La nécessité d'élargir le champ d'application du système de financement au-delà des frontières du cadre des soins hospitaliers est également ressenti en Belgique, et il y a eu un certain nombre d'initiatives *bottom-up* avec des itinéraires de soins intégrés sur l'ensemble des cadres de soins (p. ex. prothèse totale de hanche). Pourtant, dans ces projets, le système de financement actuel a été perçu comme un obstacle important. Il est par conséquent préconisé de **commencer par des projets pilotes** pour des groupes de patients bien définis, avec un paiement groupé qui couvre aussi bien les épisodes de soins hospitaliers que post-aigus.

Intégration des pratiques *evidence-based* dans le système de financement basé sur les DRG

À notre connaissance, ce concept, bien que très attrayant, n'a jamais été largement mis en œuvre ou évalué. Le '*Best Practice Tariffs*' (BPTs) anglais est probablement ce qui s'en approche le plus et pourrait servir d'exemple pour la conception des projets pilotes belges. De cette initiative anglaise, nous pouvons tirer les leçons suivantes :

- Commencer par les APR-DRG pour lesquels :
 - il existe un **fondement scientifique solide** (disponibilité de guidelines de qualité élevée) et un consensus clinique élevé sur ce qui constitue la meilleure pratique.
 - **l'impact attendu est élevé** (population cible étendue et variabilité de pratique avérée et inexplicée, ayant un impact négatif sur les résultats).^{69, 70}
 - la **pratique *evidence-based* peut être évaluée sur la base des données existantes** (p. ex. données hospitalières minimales (RHM), registres cliniques), mais à condition, bien sûr, que ces données soient suffisamment fiables.⁶⁹
- Un modèle consisterait à diviser le tarif en un taux de base et un bonus conditionnel. **Le tarif de base** peut être défini au niveau ou en-dessous du coût moyen national tandis que la **composante conditionnelle** n'est payable que lorsque le traitement répond à des critères de pratiques *evidence-based*.⁶⁹
- **L'impact financier pour l'hôpital devrait être substantiel**. L'une des critiques après une première évaluation des BPTs anglais a été que pour l'hôpital individuel ou la spécialité, la différence avec le tarif normal est souvent négligeable et offre peu, si ce n'est aucun incitant. Néanmoins, cela les a aidés à focaliser l'attention sur une zone spécifique de la pratique clinique et les BPTs ont été considérés comme 'une reconnaissance pour avoir agi correctement'. Après évaluation, les BPTs ont montré un impact réel, mais malgré cela, il a été recommandé de simplifier les modèles de financement et d'y ajouter une publication des résultats en matière de qualité.⁶⁹



Encadré 8 – Le *Best Practice Tariff* pour la fracture de fragilité de la hanche⁷¹

En ce qui concerne la fracture de fragilité de la hanche, l'objectif est d'inciter les hôpitaux à stabiliser les patients et à les préparer à la chirurgie au plus vite, à répondre à leur état de fragilité et à leurs besoins complexes, et à administrer des soins postopératoires adéquats.

Le *Best Practice Tariff* se compose d'un tarif de base et d'un paiement conditionnel, payable si toutes les conditions suivantes sont remplies:

- chirurgie dans les 36 heures ;
- prise en charge commune par un chirurgien et un gériatre ;
- protocole de soins convenu par un gériatre, un chirurgien et un anesthésiste ;
- évaluation par un gériatre dans les 72 heures ;
- évaluation pré et postopératoire par test d'évaluation cognitive abrégé ;
- réadaptation multidisciplinaire supervisée par un gériatre ;
- prévention secondaire des chutes ;
- évaluation de la qualité osseuse.

Extension de l'épisode devant être couvert par les DRG aux soins pré et post-aigus

Lors de la conception de ces projets pilotes, il serait sage de puiser dans les leçons apprises à l'étranger :

- **Sélection des pathologies**
 - pour lesquelles il y a un fondement scientifique solide ;
 - associées à un risque financier relativement faible pour les prestataires ;
 - et dans lesquelles il y a forte variabilité/inefficacité dans les soins pouvant être réduite sans pour autant compromettre les résultats pour les patients.

Des exemples reconnus de '*best practice*' (tels que l'itinéraire de soins intégrés transmural pour la prothèse totale de hanche) peuvent servir de base de travail pour la sélection des pathologies.

- **Durée de la période de soins post-aigus**
Des épisodes plus longs offrent une plus grande assurance quant au fait que le patient sera stabilisé et ne nécessitera pas à nouveau de soins. Cependant, des épisodes plus longs impliquent également une variation plus importante des coûts sur l'ensemble des patients et augmentent donc le risque financier pour l'hôpital ou le prestataire. Idéalement, la période de soins post-aigus devrait être définie sur la base d'itinéraires cliniques, spécifiques à chaque affection, fondés sur des preuves et pour lesquels il existe un degré élevé de consensus clinique.
- **Étendue des services:** les services précis inclus – ou pas – dans le paiement groupé doivent être déterminés.
- **Utiliser des pondérations de financement et un financement des *outliers*** pour tenir compte de l'hétérogénéité causée par les comorbidités (p. ex. pour les maladies chroniques).
- **Surveiller les effets indésirables:** diminution du nombre de prestataires de la phase post-aiguë dans le réseau d'aval d'un hôpital, diminution du nombre de services, diminution de l'accessibilité, sélection des risques, etc. et leur impact sur les résultats pour les patients.



5.1.2. Pénaliser les réadmissions et les complications iatrogènes? À manipuler avec précaution !

Orientation 14

Si des pénalisations au cas par cas sont appliquées (par exemple: paiement réduit ou aucun paiement pour réadmissions injustifiées), elles doivent:

- tenir compte des différences entre hôpitaux en termes de case-mix et de situation socio-économique des patients ;
- réallouer une partie des économies qui en résultent à l'hôpital pour ses propres initiatives d'amélioration de la qualité ;
- être cohérentes avec les initiatives qualité existantes en termes de définitions, de méthodes de calcul, de valeurs-seuils etc.

Pour ne pas contrecarrer la culture de la qualité en train de germer dans les hôpitaux belges, dans un état d'esprit ouvert et non conflictuel, il est souhaitable de ne pas pénaliser les affections acquises à l'hôpital. Les hôpitaux devraient être soutenus davantage pour surveiller les complications potentiellement évitables et monitorer les incidents qui n'auraient jamais dû arriver (*never events*), pour participer aux programmes collégiaux d'évaluation médicale et de feedback et pour accroître la transparence de leurs résultats.

Objectifs et justification

En principe, les systèmes de financement prospectif *case-based* 'récompensent' intrinsèquement les hôpitaux lorsqu'un patient est réadmis, même peu de temps après la sortie, et ce même quand c'est pour le même problème.⁷² Il n'est donc pas surprenant que plusieurs pays aient pris des initiatives pour empêcher les réadmissions injustifiées, tant à l'intérieur du système de financement (par exemple en pénalisant des taux élevés de réadmission) qu'en dehors (p. ex. soutenir la planification des sorties). Bien qu'une étude sur cinq pays n'ait pas montré d'augmentation du taux de réadmission après l'introduction d'un système de paiement prospectif, les preuves disponibles sont trop limitées pour tirer des conclusions solides.¹³ Quoi qu'il en soit, de nombreuses études ont démontré que le taux de réadmission pouvait être réduit par des interventions telles que la

planification des sorties, les infirmières de liaison et le partage du dossier électronique du patient. Par ailleurs, les stratégies à l'échelle de l'hôpital se sont montrées plus efficaces que les approches spécifiques à la pathologie.⁷³

En Belgique, on a récemment instauré des mesures de pénalisation selon lesquelles, entre autres, la réadmission au sein du même hôpital dans un délai de 10 jours est sanctionnée par une diminution (-18 %) des forfaits à l'admission pour l'imagerie médicale et la biologie clinique. Bien que défendable sur le principe, la manière dont la mesure a été implémentée a été fortement contestée. Elle a été perçue comme trop brutale et injuste, parce qu'elle inclut également les réadmissions inévitables ou parfaitement justifiées et les réadmissions n'ayant aucun lien avec l'hospitalisation précédente, et parce qu'elle pénalise de manière disproportionnée les hôpitaux traitant les patients les plus malades et les plus pauvres. Les mêmes critiques ont été exprimées dans d'autres pays (p. ex. Medicare).⁷⁴

Si les pénalisations au cas par cas sont maintenues, elles devraient être affinées

Si la mesure est maintenue, elle devrait être affinée, en l'ajustant au case-mix et en mettant davantage l'accent sur les 'réadmissions potentiellement évitables'.⁷⁵ Plus généralement, il est conseillé de déployer ce type de mesures pas à pas, en commençant par des groupes spécifiques de pathologie (p. ex. infarctus aigu du myocarde, bronchopneumopathie chronique obstructive).⁷⁶ Il faut aussi que les différentes initiatives co-existantes en matière de réadmissions (cf. le projet flamand d'indicateurs de qualité⁶⁵ versus les mesures fédérales) soient au moins harmonisées (par exemple en ce qui concerne les définitions utilisées).

Collaborations au-delà des clivages entre compétences

Plus généralement, les initiatives de qualité prises par les pouvoirs publics devraient être élaborées de manière intégrée, évitant ainsi les incohérences et les doubles emplois. L'intégration d'incitants financiers pour promouvoir la qualité requiert une bonne collaboration entre le fédéral et les communautés/régions. Ceci pourrait nécessiter de conclure des accords de coopération.



Aucune pénalité au cas par cas pour les *never events* et les affections acquises à l'hôpital

Un des effets pervers potentiels des systèmes de financement par APR-DRG est que les hôpitaux peuvent recevoir un budget supplémentaire pour les patients qui développent des complications au cours de leur séjour à l'hôpital, parce que cela les déplace vers un niveau de sévérité (SOI) plus élevée. Les stakeholders ont souligné que l'on devrait remédier à cette 'anomalie'. Certains préconisent l'exclusion des cas avec complications du calcul par APR-DRG ou l'exclusion des '*never events*' du budget hospitalier, comme c'est le cas dans d'autres pays (voir Encadré 9).

Encadré 9 – Exemples de pénalités de paiement pour les affections contractées à l'hôpital et les '*never events*'¹³

Medicare ne paie plus les hôpitaux pour les coûts supplémentaires associés à dix affections acquises à l'hôpital (p. ex. corps étranger conservé après chirurgie, certains types d'infections nosocomiales, les escarres de décubitus de grades III et IV, les chutes et les traumatismes).

Le NHS en Angleterre ne paie plus les traitements qui débouchent sur un des '*never event*' listés au niveau national, ni pour le traitement des conséquences d'un *never event*. Par exemple : opération d'un site erroné, corps étranger retenu après opération, préparation erronée d'un médicament injectable à haut risque, chimiothérapie administrée par voie d'administration erronée, décès ou préjudice grave à la suite de l'administration par voie intraveineuse de médicaments à administration péridurale.

Bien que **cette approche soit attrayante pour certains, il existe de nombreux obstacles** à sa mise en œuvre :

- Il est difficile d'obtenir un encodage précis et complet des diagnostics et complications hospitaliers ;
- Les complications (contractées à l'hôpital) devront être dissociées des comorbidités (déjà présentes lors de l'admission).¹³ Bien que le RHM prévoit une telle distinction (depuis 2008), des recherches antérieures sur la validité de l'enregistrement d'une sélection d'événements

indésirables au sein du RHM ont démontré sa piètre qualité.⁷⁷ La qualité du codage RHM est inconnue (aucun rapport d'audit publiquement disponible) ; les stakeholders ont soulevé de sérieuses préoccupations à ce sujet et craignent le '*gaming*' (voir page suivante) et le 'surcodage'.¹³

- Dans Medicare, l'impact budgétaire de la non-rémunération de quelques affections contractées à l'hôpital s'est avéré être négligeable et sans doute inefficace pour encourager les prestataires à améliorer la qualité.
- Les stakeholders soulignent que ce type de sanctions risque de réintroduire une 'culture du blâme' (*blame & shame*) dans les hôpitaux belges, ce qui serait un pas en arrière au détriment de la qualité des soins aux patients.

Pour toutes ces raisons, il ne semble pas conseillé d'introduire des mécanismes de sanction au cas par cas dans le système de financement. Cela n'exclut toutefois pas l'introduction de primes pour la prévention effective des complications (voir la section 8.2).

Il serait donc souhaitable de continuer à soutenir et à renforcer les initiatives de promotion de la qualité en cours. En revanche, chaque fois que les initiatives d'amélioration de la qualité entraînent des réductions des coûts et des gains d'efficacité, de l'avis général, il convient qu'au moins une partie de ces gains soit réinvestie dans l'hôpital, pour soutenir par exemple les initiatives locales pour la qualité.

L'image d'ensemble émanant de cet aperçu est que les incitants financiers qui stimulent, reconnaissent et récompensent correctement les initiatives *bottom-up* pour la qualité sont beaucoup plus acceptables que des sanctions financières sur la base d'un 'registre d'erreurs' externe.



8.2. Pay-for-quality

Orientation 15

- Une politique de *pay-for-quality* (P4Q) devrait être initiée à petite échelle, par le financement d'un certain nombre de projets pilotes, financés en isolant une partie limitée (de l'ordre de 1 à 2 %) du budget macro, tant de la partie BMF que du budget des honoraires.
- Dans les hôpitaux, la répartition des budgets P4Q et des économies potentielles devrait obligatoirement être cogérée par les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins, les infirmières et autres prestataires de soins, représentés dans un comité stratégique ad hoc, en ayant pour but de les (ré)investir dans des projets d'amélioration de la qualité.
- Les indicateurs devraient être sélectionnés en fonction de l'importance de leur fondement scientifique et de leur degré de soutien par les stakeholders. Il pourrait être plus facile de commencer avec des indicateurs de structure (p.ex participation à des projets d'indicateurs avec des résultats qui sont rendus publics, accréditation de qualité à l'échelle de l'hôpital) et des indicateurs de processus (p.ex le pourcentage d'interventions chirurgicales pour lesquelles une check list de sécurité (*safe surgery check list*) est utilisée). Dans un deuxième temps seulement, des indicateurs de résultat seraient également inclus (se concentrant p.ex sur la dimension 'sécurité du patient' de la qualité des soins, telle que l'incidence d'escarres de décubitus). Il devrait idéalement y avoir une combinaison d'indicateurs spécifiques à une pathologie et d'indicateurs à l'échelle de l'hôpital; ces derniers devraient être privilégiés afin de favoriser une culture de qualité institutionnelle.

Objectifs et justification

Les politiques de *pay-for-quality* (P4Q) paraissent assurément très valables, car elles sont basées sur le truisme économique que 'l'argent change les comportements'.⁷⁸ Beaucoup de programmes P4Q se focalisent principalement sur la structure et les processus et beaucoup moins sur les résultats cliniques.¹³ Le premier programme hospitalier P4Q a été le programme **Medicare's Premier Hospital Quality Incentive Demonstration** (PHQID) qui a plus tard évolué vers le programme national *Value-Based Purchasing Program* et a été également reproduit au Royaume-Uni (voir Encadré 10). Jusqu'à présent, en Belgique, il n'y a aucun programme P4Q dans les hôpitaux, bien que, selon certains stakeholders, le financement structurel de la qualité (p. ex la fonction d'infirmier hygiéniste ou les 'contrats de sécurité du patient') peut être considéré comme du paiement à la qualité.

Le pour et le contre du P4Q

L'introduction de modèles P4Q en Belgique a des partisans et des adversaires. Les arguments des opposants sont reconnus comme des risques potentiels par les partisans, mais ces derniers soulignent, souvent preuves à l'appui, que ces risques peuvent être contrecarrés lorsque certaines conditions préalables sont remplies :

- **Le gaming** est la manipulation des données visant à faire paraître les performances meilleures qu'en réalité afin d'améliorer les revenus. Bien qu'une étude ancienne menée aux États-Unis ait montré que les maisons de repos avaient tendance à prétendre qu'elles admettaient des patients extrêmement handicapés, qui se remettaient ensuite 'miraculeusement' sur une courte période, les pratiques de *gaming* n'ont pas été confirmées dans des études plus récentes évaluant les programmes P4Q. Quoi qu'il en soit, il va sans dire qu'un système d'audit solide est nécessaire pour surveiller le système de données qui est utilisé pour les programmes P4Q.¹³



- **La sélection des patients** (*cherry picking*) peut se produire lorsque les différences de case-mix ne sont pas prises en compte de manière suffisante dans les mesures de résultats et d'utilisation des ressources: les prestataires sont dès lors tentés de sélectionner des patients en bonne santé ou compliants et à éviter les patients gravement malades ou non-compliants. Les preuves de ce type de comportement indésirable sont faibles et limitées.^{79, 80} Pour maîtriser le problème, un ajustement adéquat des risques et le rapport des exceptions (permettant aux médecins d'utiliser leur jugement clinique pour retirer les *outliers* de la population sur laquelle ils seront évalués) sont importants.¹³
- **La vision cloisonnée ('tunnel-vision')** intervient lorsque les prestataires se concentrent de façon disproportionnée sur les aspects des soins bénéficiant d'incitants tout en négligeant d'autres aspects importants, qui n'en bénéficient pas. Il y a certains éléments de preuve d'un tel regard, quelques études démontrant une diminution de la continuité des soins et de moindres améliorations pour les affections exclues que pour les affections incluses. Par conséquent, il est préférable d'avoir un large set d'indicateurs (y compris par exemple la qualité clinique, la satisfaction des patients, la continuité des soins) se rapportant majoritairement à l'ensemble de l'hôpital (plutôt que des indicateurs spécifiques aux pathologies).¹³
- **Des discussions sans fin sur la validité des données** risquent de détourner l'attention de l'amélioration de la qualité.
- Il existe une crainte que lier l'argent à la qualité des soins aux patients **puisse saper la culture qui est en train de s'installer prudemment (mais qui est encore très fragile) de travail dans un état d'esprit ouvert et non culpabilisant à l'amélioration de la qualité.** Pour ne pas compromettre la volonté des prestataires de soins de santé à collaborer à d'autres initiatives d'amélioration de qualité (p. ex. programmes d'accréditation ; feedback et compte-rendu des résultats des indicateurs qualité), il faut que les programmes P4Q soient précautionneusement mis à l'essai dans des projets pilotes et progressivement mis en œuvre.
- **Les solutions miracles n'existent pas dans ce domaine.** Bien que de nombreuses études aient observé des améliorations dans une série d'indicateurs de qualité et suggéré que le P4Q peut potentiellement être efficace, les preuves convaincantes font encore défaut à ce stade. Plus précisément, c'est sur les programmes P4Q à long terme que les preuves manquent. Les partisans reconnaissent ce manque de preuves, mais ils soulignent **le rôle déterminant d'éléments de conception spécifiques** dans les programmes dont le succès est reconnu :
 - des objectifs P4Q choisis avec une marge suffisante d'amélioration possible ;
 - des indicateurs de processus et de résultat (intermédiaire) *evidence-based* ;
 - une participation des stakeholders et une communication directe, approfondie tout au long du développement, de la mise en œuvre, et de l'évaluation du programme ;
 - un accent mis sur le degré *d'amélioration* de la qualité et non seulement sur le niveau de qualité *atteinte* ;
 - des incitants distribués aux individus et/ou à l'équipe, ou bien à l'organisation mais avec des promesses formelles de réinvestir les bonus directement dans des initiatives d'amélioration de qualité ;
 - une surveillance continue des conséquences involontaires potentielles du programme ;
 - un choix minutieux de l'importance de l'incitant: pas faible au point d'être ignoré ou ridiculisé; pas élevé au point qu'il absorbe et pervertisse l'inclination professionnelle 'naturelle' envers une prestation de bonne qualité ;
 - des programmes P4Q qui s'inscrivent dans une stratégie d'amélioration qualité de plus grande envergure.¹³



Encadré 10 – Exemples de systèmes P4Q en milieu hospitalier

Le programme Medicare *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration* (PHQID) est un programme P4Q budgétairement neutre (bonus de 1 ou 2 % versus sanctions de 1 ou 2 % pour la partie des patients Medicare) employant 34 indicateurs, majoritairement de processus, pour 5 affections cliniques. Les programmes d'évaluation ont montré des améliorations initiales (au cours des deux premières années) pour les mesures de processus mais ces améliorations se sont stabilisées lors d'un suivi plus long (c'est-à-dire après six ans). Aucune amélioration des résultats (*patient outcome*) n'a été constatée à aucun stade du programme.¹³

Le *Value-Based Purchasing Program* est un programme national P4Q basé sur le PHQID, mais qui doit encore être évalué. Il inclut des indicateurs de processus cliniques, des scores d'expérience de patients, des chiffres relatifs à la mortalité, aux affections contractées à l'hôpital et à la sécurité des patients.⁷⁸

Advancing Quality est un programme P4Q, basé sur le PHQID, introduit dans tous les hôpitaux NHS de la région du Nord-Ouest de l'Angleterre. Sa mise en œuvre a été associée à une réduction de la mortalité. La principale différence par rapport au programme américain était l'importance des bonus (4 %) accordés à une plus grande proportion de participants. De plus, les bonus étaient directement investis dans des initiatives d'amélioration de la qualité.

Ce programme a été repris par un nouveau programme P4Q à l'échelle du pays, le *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN). Ce programme n'a pas mené à une amélioration des indicateurs de processus ou de résultats. Le CQUIN est établi sur des objectifs et des mesures approuvés localement. Bien que l'apport stratégique et clinique local dans les programmes P4Q soit jugé précieux, il paraît préférable de centraliser les questions de conception technique (définition des indicateurs, des seuils et des prix) à un niveau plus élevé.¹³

8.3. En conclusion, faut-il payer ou ne pas payer pour la qualité?

Bien que stimuler la qualité par des incitants financiers puisse avoir ses mérites, la grande leçon apprise des 'champions' mondialement reconnus dans le domaine de la qualité des soins est que le déterminant principal paraît être une '**culture de la qualité**' institutionnelle au long cours, largement partagée, fortement promue par la direction, intégrée et portée par toutes les catégories professionnelles. C'est d'un tout autre ordre que le paradigme 'l'argent change les comportements', et cela s'appuie surtout sur des valeurs telles que la fierté professionnelle, l'altruisme, la responsabilité et les idéaux religieux ou humanistes. Les décideurs politiques devraient prendre grand soin de ne pas aliéner cette source extrêmement précieuse d'énergie positive par des approches qui réduisent la qualité à des chiffres et à de l'argent.

Cela ne veut pas dire que la qualité ne devrait pas être surveillée et soigneusement évaluée et chiffrée. Sur base des connaissances actuelles, il est probablement plus efficace **d'investir dans du benchmarking et une publication de résultats** d'une part, et **d'établir des contrats sur base d'objectifs de qualité à atteindre** d'autre part. Cela ne devrait cependant jamais se faire au détriment de l'inclination 'naturelle' pour l'excellence, remarquablement forte sur l'ensemble du secteur de la santé, mais plutôt être utilisé pour la renforcer.

Pourtant, 'l'excellence' ne doit pas être envisagée comme synonyme de top-expertise ou de super-spécialisation. Au niveau macro, une politique d'encouragement de la qualité doit correspondre aux cibles à atteindre et aux objectifs attribués aux différents 'échelons' du paysage hospitalier. **Devenir un hôpital de proximité réputé pour sa qualité est tout aussi remarquable que devenir un centre de référence de pointe.** Les indicateurs et, le cas échéant, les incitants financiers devraient refléter fidèlement les attentes spécifiques liées au rôle de chaque entité dans le système.

Enfin, dans la mesure où la qualité est aujourd'hui plus que jamais tributaire d'un travail d'équipe soutenu, dynamique et multidisciplinaire, les récompenses et incitants à la qualité devraient explicitement **valoriser la contribution de tous les groupes professionnels** qui s'engagent activement dans cet effort partagé.



9. "INNOVATION MÉDICALE CONTRE MAÎTRISE DES COÛTS" : FAISONS-NOUS LES BONS CHOIX?

Le système de financement des hôpitaux doit être conçu de manière à laisser une possibilité d'investir dans les innovations médicales coût-efficaces, sans permettre le remboursement des autres, ni encourager leur diffusion. L'impact exact des innovations médicales sur la croissance des dépenses à long terme^e fait l'objet de bien des débats dans notre pays. Les stakeholders interrogés ont admis que les innovations médicales se fraient facilement un chemin sur le marché belge, ce qu'ils attribuent au climat hospitalier hautement concurrentiel, combiné à la rémunération à l'acte des médecins et au niveau élevé de liberté thérapeutique (à la fois pour les médecins et pour les hôpitaux). Beaucoup de ces innovations ne sont ni coût-efficaces ni intéressantes, mais elles sont largement commercialisées, généralement à des prix plus élevés que les technologies existantes.⁸²

Orientation 16

- **Afin d'améliorer la diffusion, le remboursement et la détermination du prix des innovations médicales sûres et (coût)-efficaces, il faut faire davantage appel aux données objectives et aux résultats d'évaluations de leur rapport coût/efficacité avant de prendre des décisions en matière de remboursement.**
- **Pour les innovations les plus prometteuses pour lesquelles il existe des indications claires de sécurité et de coût/efficacité, on peut envisager d'appliquer une démarche de 'coverage with evidence development (CED) in research' si on ne dispose pas de données suffisantes pour mener à bien une étude classique de Health Technology Assessment.**
 - **Dans un schéma CED, les hôpitaux peuvent se porter candidats pour être (partiellement) remboursés pour tester et évaluer des innovations médicales spécifiques.**

- **Les candidats doivent satisfaire à certaines exigences en matière d'expertise et de volume.**
- **Au cas où l'évaluation est négative, l'avis de remboursement doit également être négatif.**
- **Les décisions de remboursement doivent être régulièrement et systématiquement ré-évaluées pour prendre en compte les nouveaux éléments de preuve.**
- **L'utilisation abusive des codes de facturation existants pour les innovations non remboursées doit être activement recherchée et sanctionnée.**

Introduction d'innovations médicales non (encore) remboursées : c'est souvent le patient qui doit payer la facture

En Belgique, les décisions de remboursement sont prises par plusieurs comités tels que la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) et la Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs (CRIDMI). Néanmoins, ces comités ne sont pas compétents pour décider de l'introduction sur le marché. Cela peut être particulièrement problématique pour **les implants et dispositifs médicaux** pour lesquels, en Europe, les normes d'évaluation préalable à la commercialisation ne sont pas aussi exigeantes que pour les médicaments.⁸³

Les stakeholders consultés ont fait part de sérieuses inquiétudes à propos de l'introduction et de la diffusion d'innovations médicales (p. ex. les implants, dispositifs invasifs et équipements médicaux) par les hôpitaux, sans aucune forme d'évaluation de type HTA (*Health Technology Assessment*) et avant toute décision de remboursement, souvent dans l'unique but d'en tirer avantage en termes de concurrence avec les autres hôpitaux.

^e Titre librement inspiré d'un article de Rettig (1994).⁸¹



Il en résulte des investissements importants et généralisés dans des technologies encore peu éprouvées (par exemple: la chirurgie assistée par robot pour une prostatectomie radicale³⁸; l'implantation valvulaire aortique par cathéter⁸⁴) et un **transfert des coûts vers les patients**. Ce qui place en fin de compte l'assurance-maladie sous la pression du lobbying conjoint de l'industrie, des hôpitaux et des médecins.

Pièdre utilisation des preuves scientifiques dans le processus décisionnel

En raison du contexte budgétaire serré, l'assurance-maladie exige d'avoir des preuves de plus en plus convaincantes – et spécifiques pour chaque indication – avant de rembourser une 'innovation médicale'. Mais, en dépit des efforts pour 'rationaliser' les décisions de remboursement, **le processus décisionnel lui-même reste essentiellement un processus interactif de délibération**.⁸²

Les décisions s'appuient fortement sur la consultation d'experts (pas toujours complètement libres de conflits d'intérêts) plutôt que sur une évaluation systématique de données scientifiques objectives (efficacité, sécurité, coût-efficacité, comparaisons internationales, impact budgétaire).

Les stakeholders sont d'avis que l'HTA en Belgique en est encore à ses balbutiements, et que les avis d'HTA sont souvent ignorés par les décideurs politiques, ou arrivent trop tard.

Contrairement au remboursement des médicaments (réévalué après 3 ans – du moins en théorie), il n'y a **pas de réévaluation systématique des décisions de remboursement pour les autres innovations médicales**. Il s'agit d'une lacune majeure, qui s'ajoute aux déséquilibres de la nomenclature : les réductions de coût sont suivies trop tard (ou jamais) d'une réduction correspondante dans le tarif de remboursement. Enfin, les nouvelles technologies sont introduites sans que les plus anciennes (et moins efficaces) soient retirées du remboursement, ce qui entraîne le risque de double emploi (par exemple CT-Scan/IRM).⁷

La diffusion de l'innovation n'est pas bien structurée

À partir du moment où le remboursement d'une innovation est approuvé (ou même avant dans la plupart des cas), presque tous les hôpitaux belges l'incluent dans leur offre de soins. Dans les rares cas où la diffusion des innovations (ou des investissements en équipements lourds) avait été limitée, les effets involontaires ont été insuffisamment contrôlés et combattus lors de leur apparition (cf. l'introduction des IRM déjà évoquée).³ La programmation a ses limites et devrait être alignée sur d'autres leviers politiques tels que les critères d'accréditation et les incitants financiers. Sans compter que nous avons comme tradition d'ignorer les règles de programmation et par la suite d'être créatifs avec les règles de facturation (cf. la programmation des PET-scans).^{6, 7}

L'INAMI met à l'essai le système de CED ('*coverage with evidence development in research*' ou 'couverture conditionnelle au développement de données probantes par la recherche'), via des arrangements spécifiques et des limitations de remboursement (durée limitée, cadre spécifique) avec une obligation d'évaluation. Néanmoins, les stakeholders craignent que l'autorisation temporaire de remboursement n'ouvre automatiquement la porte à l'approbation du remboursement intégral (cf. chirurgie robotique).

Sélectionner les innovations les plus prometteuses sur base des HTA et des CED

De nombreux pays ont adopté des modalités de financement par lesquelles les innovations (médicaments, implants, procédures, etc.) sont évaluées via un canal unique de sélection.

Pour les innovations les plus prometteuses pour lesquelles il manque encore (beaucoup de) données objectives, il faut développer de nouveaux canaux de financement, avec un accès limité. Il faut suivre une approche par étapes, limitant au début l'utilisation des innovations à un nombre restreint de centres et opérant des remboursements (partiels) conditionnels à la recherche. Des systèmes de CED ont été introduits sous divers formats dans de nombreux pays (voir le Chapitre 16 du rapport scientifique). Les expériences ne se sont pas révélées unanimement positives, mais un certain nombre de facteurs critiques de succès ont pu être identifiés:



- un cadre clair pour initier, surveiller et mettre fin aux études CED ;
- des méthodes d'étude appropriées, assurant une collecte de données suffisante pour soutenir des décisions de remboursement valides ;
- des incitants suffisants pour que les médecins et les fabricants s'engagent dans ces études ;
- une utilisation effective des résultats des études dans les décisions de remboursement.⁸⁵

Afin de diminuer l'obstacle financier, les organismes payeurs européens devraient envisager, comme c'est le cas aux États-Unis, de cofinancer, avant leur mise sur le marché, des études portant sur des dispositifs innovants à haut risque. Par ailleurs, pour ces mêmes dispositifs, **la future Directive relative aux Dispositifs Médicaux de l'UE** ne devrait plus se contenter de données sur la sécurité et la performance mais devrait exiger également des données de pré-commercialisation démontrant **'l'efficacité clinique ou efficacité ('effectiveness')**, comme c'est également le cas aux États-Unis. Le risque pour le patient doit être réduit au minimum par l'amélioration de la transparence des données cliniques disponibles et par la limitation aux centres ayant l'expertise nécessaire de la mise sur le marché de nouveaux dispositifs à haut risque pour lesquels les données cliniques sont limitées. Cela devrait être fait, de préférence, dans le cadre d'une CED.⁸³

10. BEAUCOUP DE TRAVAIL À ACCOMPLIR – LES PREMIÈRES ÉTAPES ET AU-DELÀ

10.1. Préparer une mise en œuvre réussie

Comme indiqué à plusieurs reprises dans les pages précédentes, la réforme proposée est très ambitieuse, d'autant plus que **les différentes composantes de la proposition ont besoin d'être mises en œuvre ensemble** pour ne pas aboutir à un système déséquilibré, moins performant que le système actuel. En revanche, **la plupart de ses composantes peuvent être implémentées de manière graduelle**, ce qui devrait permettre une transition en relative douceur vers la réforme complète.

Inévitablement, cette étude n'a pas été en mesure, en moins d'un an, de fournir des plans d'action détaillés ou de développer des simulations quantitatives. Plusieurs **chantiers préliminaires** doivent être mis en œuvre avant que les premières étapes de la réforme elle-même puissent être entamées. Même si la quantité de travail qu'ils représentent n'est pas à sous-estimer, aucun de ces travaux préliminaires n'est insurmontable et la disponibilité, dans notre pays, de données très détaillées, est un avantage certain.

La toute première étape – la plus importante – est naturellement **une décision politique** de poursuivre la réforme et d'allouer des ressources adéquates à la réalisation des différents chantiers. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous pouvons identifier les chantiers préliminaires suivants :

A. Chantiers à mener à bien endéans les une à deux prochaines années

- La poursuite du travail politique visant à mettre en adéquation les autorités fédérales et fédérées autour d'un programme commun de réduction et de reconversion des capacités en lits des établissements de soins aigus, pour créer des situations *win-win*. Ceci peut être fait dans le cadre **d'accords de coopération entre entités fédérale et entités fédérées**.



- La réalisation d'un inventaire et d'une description des **modifications nécessaires à apporter aux textes légaux et réglementaires**, et la préparation de propositions pour ces modifications. La question de l'impact des zones de soins et de leur gestion par rapport aux compétences des autorités respectives doit être approfondie.
- La constitution d'un **échantillon représentatif permanent d'enregistrement des coûts** (via une comptabilité analytique), basé sur l'expérience existante disponible en Belgique, et soutenu par une infrastructure informatique adéquate. Les hôpitaux pourraient par exemple être encouragés à s'engager dans des études de coût via la partie B4 du BMF.
- L'élaboration d'un **cadre global définissant, pour chaque type de soins, le cadre de soins le plus approprié** (hospitalisation classique, hospitalisation de jour ou soins ambulatoires), sur base de preuves scientifiques et de l'expérience acquise dans d'autres pays.
- Le développement de modèles multivariés pour déterminer **les besoins en services de soins aigus** sur la base des caractéristiques démographiques.

B. Chantiers à mener à bien endéans les trois à quatre prochaines années

- La révision complète du système actuel d'APR-DRG :
 - développement d'un **tarif APR-DRG basé sur les coûts**, fondé sur les données de coûts belges et les modèles existants dans d'autres pays ;
 - **adaptation du groupeur** afin d'obtenir des APR-DRG suffisamment homogènes en termes de consommation de ressources ;
 - révision du système des **outliers et des exemptions** ;
 - mise en place d'un système crédible et efficace d'enregistrement systématique pour l'**audit** et la surveillance de variations de pratique.
- La **révision critique de la nomenclature existante**, avec la détermination, pour chaque code, de la partie correspondant à 'l'honoraire professionnel' ;

- La conception et la conduite de **projets pilotes de petite envergure** dans les différents domaines où un supplément d'expérience à l'échelle locale est nécessaire (P4Q, soins intégrés, etc.).

C. Tâche de coordination permanente, globale

Il est nécessaire de mettre en place **une équipe multidisciplinaire permanente** qui supervise l'avancement global de l'ensemble, et structure, coordonne et articule les différents chantiers.

10.2. Une transition graduelle, en plusieurs années

Une fois que les premiers résultats des chantiers précités seront disponibles, l'implémentation progressive de la réforme pourra être initiée. À ce stade, seuls des contours bruts peuvent être esquissés, puisque de nombreux détails et modalités réelles dépendront des résultats des recherches préparatoires supplémentaires.

- La toute première étape doit être l'élaboration d'un calendrier pour le programme commun de **réduction et de reconversion de la capacité** en lits de soins aigus ainsi que la mise en œuvre de sa première phase.
- Une autre étape qui peut être faite dans de brefs délais est la création du **fonds d'investissement**. Un cadre commun, définissant les modalités du calcul du montant (qui peut augmenter de façon graduelle) et les règles de gouvernance, doit être élaboré. Dans un premier temps, les hôpitaux pourraient adopter la démarche sur une base volontaire.
- Dès que les différents paramètres (tarifs DRG, nouveaux groupes, règles d'exception, nomenclature révisée, etc.) seront suffisamment connus, **une simulation grandeur nature par hôpital**, doit être effectuée, en parallèle avec les financements actuels de chaque hôpital. Une transition graduelle, par étapes de 12 à 20 %, doit être mise en œuvre sur cinq ou huit ans, jusqu'à l'application à grande échelle du nouveau modèle.
- L'entrée en vigueur progressive des nouveaux **tarifs DRG** doit aller de pair avec la réduction progressive des rétrocessions et le transfert du budget correspondant vers le fonds d'investissement et la partie B2 du BMF.



- Une fois les **zones de soins** déterminées et les besoins de soins calculés, le budget DRG peut être alloué aux zones de soins et aux hôpitaux qui en font partie, sur base du plan stratégique accepté de la zone.

10.3. Des outils, des mains, et une marge pour tenter des expériences

Orientation 17

- **La responsabilité de la poursuite des travaux d'étude préparatoires doit être confiée à une équipe multidisciplinaire disposant d'effectifs suffisants, de préférence au sein des structures existantes. Cette équipe doit également structurer et coordonner le projet global.**
- **Pour chacun des autres chantiers, la/les équipe(s) responsable(s) doivent être désignées, et des effectifs et ressources adéquats doivent être attribués.**
- **La législation actuelle doit être adaptée là où c'est nécessaire afin de créer un espace expérimental permettant de tester à petite échelle différents aspects de la réforme, avec la garantie d'un budget pluriannuel fixe.**

Dans chacun des cinq pays étudiés dans le rapport KCE 207, il existe une ou plusieurs **instances indépendantes en charge du système DRG**, qui emploient de quelques dizaines à plus d'une centaine de collaborateurs. Bien que ces instances exercent des responsabilités et des tâches différentes, elles sont toutes impliquées dans la collecte et la gestion de données, le développement du système de calcul du coût et le calcul et les mises à jour des pondérations ou des prix des DRG. Elles sont financées

par un supplément par DRG (p. ex. en Allemagne) ou elles reçoivent une subvention du Ministère de la Santé (p. ex. aux Pays-Bas).

Les stakeholders belges ne sont pas en faveur de la création d'un nouvel Institut pour remplir ces rôles ; ils préfèrent intégrer la gestion et la surveillance du système DRG au sein des institutions existantes. Bien sûr, ces tâches supplémentaires exigeront un supplément substantiel de main-d'œuvre avec la juste combinaison de compétences nécessaire.

Bien que cette structure permanente doive être capable de travailler de manière indépendante, elle doit également se munir de **procédures contraignantes solides de consultation des stakeholders**, afin d'assurer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité de ses conseils.

La structure doit également devenir le **lieu où les différentes administrations en charge des compétences liées à la santé peuvent débattre et articuler leurs politiques et projets de réforme** avant de les amener au niveau de la prise de décision politique. C'est l'un des rôles du dénommé 'Institut du futur' prévu par le précédent gouvernement.

L'introduction de systèmes de financement fondés sur les DRG s'étend toujours sur une période de plusieurs années. Au cours **de la période de transition**, et afin de réunir davantage d'expérience et de données, les hôpitaux doivent se voir attribuer une marge d'expérimentation sécurisée dans laquelle ils auront la liberté de réaffecter des ressources pour arriver à des soins plus efficaces, davantage centrés sur le patient. S'ils arrivent, par ces expériences, à générer des économies, ils doivent pouvoir les réinjecter en partie dans leur propre gestion afin d'améliorer encore davantage leur service.

Enfin, *last but not least*, il y a **la gouvernance au niveau 'macro' de la politique de financement des hôpitaux**. Bien que l'importance de cette question ressorte clairement de notre étude, il n'entre pas dans le mandat du KCE de poser des choix concrets en cette matière.



■ RÉFÉRENCES

1. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2013. Available from: <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>
2. OECD Health Statistics 2014 [Web page]. Available from: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
3. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 196C (D/2012/10.273/112) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196C_Health_system_performance_0.pdf
4. Daue F, Crainich D. L'avenir des soins de santé: oser le diagnostic et les thérapies. Bruxelles: Itinera Institute; 2008.
5. Belfius. Nouvelle analyse sectorielle 2009-2012 des hôpitaux généraux en Belgique. Communiqué de presse. Bruxelles: Belfius Banque & Assurances; 2013. Available from: https://www.belfius.be/common/FR/multimedia/MMDownloadableFile/PressReleases/Public_Social/1003%20MAHA.pdf
6. Demaerel P, Hermans R, Verstraete K, Bogaert J, Van Goethem M, Deblaere K, et al. HTA of Magnetic Resonance Imaging. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006. KCE Reports 37C (D/2006/10.273/34) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20061027334.pdf
7. Obyn C, Cleemput I, Léonard C, Closon J-P. Magnetic Resonance Imaging: cost analysis. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009 26/03/2009. KCE Reports 106 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/magnetic-resonance-imaging-cost-analysis>
8. Van Brabandt H, Neyt M, Stroobandt S, Van de Sande S, Schwierz C. Pacemaker therapy for bradycardia in Belgium. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre



- (KCE); 2010 29/09/2010. KCE Reports 137C (D/2010/10.273/58) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_137c_pac_emakertherapy_0.pdf
9. Van de Sande S, Swartenbroekx N, Van de Voorde C, Devos C, Devriese S. Evolution of day care: impact of financing and regulations. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 192 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/evolution-of-day-care-impact-of-financing-and-regulations>
 10. Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. Manual for cost-based pricing of hospital interventions. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 178C (D/2012/10.273/31) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_178C_manual_pricing_hospital_interventions.pdf
 11. Cleemput I, Beguin C, de la Kethulle Y, Gerkens S, Jadoul M, Verpooten G, et al. Organisation and financing of chronic dialysis in Belgium. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 10/02/2010. KCE Reports 124C (D/2010/10.273/13) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20101027313.pdf
 12. Van Herck P, Annemans L, Sermeus W, Ramaekers D. Evidence-based health care policy in reimbursement decisions: lessons from a series of six equivocal case-studies. PLoS One. 2013;8(10):e78662.
 13. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. A comparative analysis of hospital care payments in five countries. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013 11/10/2013. KCE Reports 207 (D/2013/10.273/61) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf
 14. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Copenhagen: 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf
 15. Ellis R, Miller M. Provider payment methods and incentives. In: Carrin G, editor. Health systems policy, finance, and organization. Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2009.
 16. Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blumel M, Geissler A, Busse R. Hospital payment based on diagnosis-related groups differs in Europe and holds lessons for the United States. Health Aff (Millwood). 2013;32(4):713-23.
 17. Hussey PS, Mulcahy AW, Schnyer C, Schneider EC. Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Rockville, MD: 2012. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of Science Evidence Report/Technology Assessment No. 208 (Prepared by The RAND Evidence-based Practice Centre under Contract No. 290-2007-10062-I) AHRQ publication No. 12-E007-EF Available from: <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm>
 18. WHO. Provider payments and cost-containment. Lessons from OECD countries. 2007(2). Technical Briefs for Policy-Makers. Available from: http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf
 19. Swartenbroekx N, Van de Voorde C, Crott R, Ramaekers D. Financing of hospital drugs: a descriptive study of several European countries and Canada. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2004 24/12/2004. KCE Reports 8 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/financing-of-hospital-drugs-a-descriptive-study-of-several-european-countries-and>
 20. Van de Sande S, De Ryck D, De Gauquier K, Hilderson R, Neyt M, Peeters G, et al. Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 25/01/2010. KCE Reports 121 (D/2010/10.273/03) Available from:



- <http://kce.fgov.be/publication/report/feasibility-study-of-the-introduction-of-an-all-inclusive-case-based-hospital-fin>
21. Pirson M, Dramaix M, Leclercq P, Jackson T. Analysis of cost outliers within APR-DRGs in a Belgian general hospital: two complementary approaches. *Health Policy*. 2006;76(1):13-25.
 22. Pirson M, Leclercq P. PACHA: proefproject voor kostenanalyse per pathologie. *Healthcare Executive*. 2014;78.
 23. Perelman J, Closon M-C. Impact of socioeconomic factors on in-patient length of stay and their consequences in per case hospital payment systems. *J Health Serv Res Policy*. 2011;16(4):197-202.
 24. Pirson M, Delo C, Di Pierdomenico L, Laport N, Biloque V, Leclercq P. Variability of nursing care by APR-DRG and by severity of illness in a sample of nine Belgian hospitals. *BMC Nurs*. 2013;12(1):26.
 25. OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. 2013. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
 26. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
 27. Haute Autorité de Santé. Day surgery tariffs in France and in other countries. Current situation and future prospects. Position statement. June 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/day_surgery_tariffs_in_france_and_in_other_countries_current_situation_and_future_prospects.pdf
 28. HAS and ANAP. Day surgery: an overview. April 2012. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/day_surgery_-_an_overview.pdf
 29. Department of Health. A Simple Guide to Payments by Results. 2012. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213150/PbR-Simple-Guide-FINAL.pdf
 30. Appleby J, Harrison T, Hawkins L, Dixon A. Payment by Results. How can payment systems help to deliver better care? London: The King's Fund; 2012. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/payment-by-results-the-kings-fund-nov-2012.pdf
 31. van den Oever R, Volckaert C. Financing health care in Belgium. The nomenclature: from fee-for-service to budget-financing. *Acta Chir Belg*. 2008;108(2):157-66.
 32. van den Oever R, Volckaert C. Vijftig jaar nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: een instrument tot verdeling van het overheidsbudget voor zorgverleners 1963-2013. 2013. CM Informatie 254. Available from: http://www.cm.be/binaries/CM-254-NL-50jaarZIV-nomenclatuur_tcm375-134851.pdf
 33. Coussée F. De integratie van arts en ziekenhuis. Gent: Universiteit Gent; 2012.
 34. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
 35. WHO. A universal truth: no health without a workforce. 2013. Available from: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1
 36. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisation of care for chronic patients in Belgium : development of a position paper. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 190C (D/2012/10.273/81) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190C_or_ganisation_care_chronic_patients.pdf
 37. FOD Volksgezondheid. Ziekenhuizen [Web page].2013 [cited 27/05/2014]. Available from: <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Financing/Hospitals/18067053?ie2Term=nieuws?&fodnlang=nl>
 38. Camberlin C, Senn A, Leys M, De Laet C. Robot-assisted surgery: health technology assessment Health Technology Assessment



- (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009 09/02/2009. KCE Reports 104C (D/2009/10.273/09) Available from:
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027309.pdf
39. Huybrechts M, Obyn C, Gailly J, Mambourg F, Vinck I, Ramaekers D. Hadrontherapy. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2007 13/11/2007. KCE Reports 67 Available from:
<http://kce.fgov.be/publication/report/hadrontherapy>
40. Stordeur S, Vrijens F, Henau K, Schillemans V, De Gendt C, Leroy R. Organisation of care for adults with a rare or complex cancer Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 10/02/2014. KCE Reports 219 (D/2014/10.273/21) Available from:
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_219_rare_cancers.pdf
41. Groupement d'Intérêt Public Santé Protection Sociale International (GIP SPSI). Organisation and health system in France. 2010. Available from: <http://www.gipspsi.org/>
42. Bos WJ, Koevoets HPJ, Oosterwaal A. Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandslaan of Droomland? Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2013.
43. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. New York: McGraw-Hill; 2009.
44. Lillrank P, Groop PJ, Malmstrom TJ. Demand and supply-based operating modes-a framework for analyzing health care service production. *Milbank Q.* 2010;88(4):595-615.
45. Hannes P. Wat betekent de 6de staatshervorming voor de gezondheidszorgsector? 2014. *CM Informatie* 255. Available from:
http://www.cm.be/binaries/CM-255-NL-Staatshervorming_tcm375-137078.pdf
46. Jonckheer P, Dubois C, Borgemans L, Verhoeven E, Rinckard E, Baudewyns A-M, et al. After-hours Primary Care: which solutions? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 171C (D/2011/10.273/88) Available from:
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/171C_after_hours_primary_care.pdf
47. van den Einden LC, Aben KK, Massuger LF, van Spronsen DJ, de Hullu JA. Successful centralisation of patients with vulvar carcinoma: a population-based study in The Netherlands. *Eur J Cancer.* 2012;48(13):1997-2003.
48. Morris E, Forman D, Haward B. The impact of the Calman-Hine report: analysis of breast and colorectal cancer surgical workloads and the degree of surgical site specialization in the Yorkshire region of the UK, 1990-2000. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2007;16(2):150-5.
49. Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med.* 1979;301(25):1364-9.
50. Vrijens F, De Gauquier K, Camberlin C. The volume of surgical interventions and its impact on the outcome: feasibility study based on Belgian data. *Good Clinical Practice (GCP).* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009 13/07/2009. KCE Reports 113C (D/2009/10.273/35) Available from:
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027335.pdf
51. Stordeur S, Vrijens F, Beirens K, Vlayen J, Devriese S, Van Eycken E. Quality indicators in oncology: breast cancer. *Good Clinical Practice (GCP).* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 150C (D/2010/10.273/101) Available from:
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_150c_breast_cancer_1.pdf
52. Vlayen J, Vrijens F, Devriese S, Beirens K, Van Eycken E, Stordeur S. Quality indicators for testicular cancer: a population-based study. *Eur J Cancer.* 2012;48(8):1133-40.
53. De Laet C, Van den Heede K, Mertens R. General framework for a multidisciplinary quality manual for cardiac care networks. *Good Clinical Practice (GCP).* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 213 (D/2013/10.273/94)



- Available from:
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_213_Manual_cardiology_0.pdf
54. Antares Consulting. Etude internationale sur l'organisation et le financement des missions universitaires dans les hôpitaux dans huit pays. Rapport final. 2014.
 55. Kesteloot K. Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective. Achtergrondstudie. 2003. Available from: http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Health_Care_Market_Reforms.pdf
 56. OECD. Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries. Paris: OECD; 2010. Health Working Papers Available from: [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)1&docLanguage=En](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)1&docLanguage=En)
 57. Smith P, Busse R. Learning from the European experience of using targets to improve population health. *Prev Chronic Dis*. 2010;7(5):A102.
 58. Smith P, Busse R. Targets and performance measurement. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*: Cambridge University Press; 2009. p. 509-36.
 59. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Health Targets [Web page]. [cited 13 March 2014]. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Policy/Health-targets/>
 60. Van den Broucke S. Flanders: health targets as a catalyst for action. In: Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R, editors. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
 61. OECD. OECD Economic Surveys Belgium. May 2013. Available from: [http://www.oecd.org/eco/surveys/Belgium2013_Overview_ENG%20\(2\).pdf](http://www.oecd.org/eco/surveys/Belgium2013_Overview_ENG%20(2).pdf)
 62. Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R. *Health targets in Europe: learning from experience*. European Observatory on Health Systems and Policies, editor. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2008.
 63. Annemans L. *De prijs van uw gezondheid: is onze gezondheidszorg in gevaar?* 1st ed. Leuven: Lannoo Campus; 2014.
 64. Regeerakkoord 1 december 2011. Federale Regering. Available from: http://premier.fgov.be/sites/all/themes/custom/tcustom/Files/Regeerakkoord_1_december_2011.pdf
 65. Agentschap zorg & gezondheid. Vlaams Indicatorenproject (VIP) - kwaliteit in algemene ziekenhuizen [Web page]. 2014 [cited 24/06/2014]. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatorenziekenhuizen/>
 66. Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Hakkinen U, Kobel C, et al. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? *BMJ*. 2013;346:f3197.
 67. Van Brabant H, Camberlin C, Vrijens F, Parmentier Y, Ramaekers D, Bonneux L. Practice pattern variation in the treatment of acute myocardial infarction in Belgian hospitals. *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2005 24/06/2005. KCE Reports 14 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/practice-pattern-variation-in-the-treatment-of-acute-myocardial-infarction-in-bel>
 68. Vertrees JC, Averill RF, Eisenhandler J, Quain A, Switalski J. Bundling Post-Acute Care Services into MS-DRG Payments. *Medicare Medicaid Res Rev*. 2013;3(3).
 69. Peskett J, Lynch P, Johnson N, Halling S, Knowles E, Sandhu J, et al. *Best Practice Tariffs and their impact*. Audit Commission; 2012.
 70. Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring Low-Value Care in Medicare. *JAMA Intern Med*. 2014.
 71. Royal College of Physicians. *National Hip Fracture Database: national report 2013*. London: Royal College of Physicians; 2013.



72. Hockenberry JM, Burgess JF, Jr., Glasgow J, Vaughan-Sarrazin M, Kaboli PJ. Cost of readmission: can the Veterans Health Administration (VHA) experience inform national payment policy? *Med Care*. 2013;51(1):13-9.
73. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Hospital readmission performance and patterns of readmission: retrospective cohort study of Medicare admissions. *BMJ*. 2013;347:f6571.
74. Averill RF, Goldfield N, Hughes JS. Medicare payment penalties for unrelated readmissions require second look. *Healthc Financ Manage*. 2013;67(10):96-8.
75. Blunt I, Bardsley M, Grove A, Clarke A. Classifying emergency 30-day readmissions in England using routine hospital data 2004-2010: what is the scope for reduction? *Emerg Med J*. 2014.
76. Nagasako EM, Reidhead M, Waterman B, Claiborne Dunagan W. Adding socioeconomic data to hospital readmissions calculations may produce more useful results. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(5):786-91.
77. Gillet P, Kolh P, Sermeus W, Vleugels A, Jacques J, Van den heede K, et al. Detection of adverse events in administrative databases. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 17/11/2008. KCE Reports 93C (D/2008/10.273/75) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027375.pdf
78. Ryan A, Blustein J. Making the best of hospital pay for performance. *N Engl J Med*. 2012;366(17):1557-9.
79. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schoffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*. 2013;110(2-3):115-30.
80. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev*. 2006;63(2):135-57.
81. Rettig RA. Medical innovation duels cost containment. *Health Aff (Millwood)*. 1994;13(3):7-27.
82. Cleemput I, Neyt M, Thiry N, De Laet C, Leys M. Threshold values for cost-effectiveness in health care Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 14/01/2009. KCE Reports 100C (D/2008/10.273/96) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027396.pdf
83. Hulstaert F, Neyt M, Vinck I, Stordeur S, Hui M, Sauerland S, et al. The pre-market clinical evaluation of innovative high-risk medical devices. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 158C (D/2011/10.273/31) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_158c_innovative_high-risk_medical_devices_0.pdf
84. Neyt M, Van Brabandt H, Van de Sande S, Devriese S. Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI): a Health Technology Assessment Update. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 163C (D/2011/10.273/48) Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_163c_tavi_update.pdf
85. Sorenson C, Drummond M. Decision making under uncertainty: coverage with evidence development in the context of medical devices. In: ISPOR Conference. Dublin; 2013.

