



**Vice-eersteminister
en minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid**

Frank Vandenbroucke

RESUME REFORME DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DES HOPITAUX

1 LE FINANCEMENT ET L'ORGANISATION DES HÔPITAUX DOIVENT ÊTRE RÉFORMÉS : POURQUOI ET COMMENT ?

La santé est notre plus grand bien, nos soins de santé sont inestimables. Cette crise du coronavirus le prouve plus que jamais. Investir dans nos soins de santé, c'est investir dans chacun d'entre nous. Nous devons le faire de manière solidaire. Et nous devons le faire de manière efficace ; nous devons le faire en nous basant sur la science.

1.1 Pourquoi réformons-nous ?

Cela signifie que nous devons réformer où et quand c'est nécessaire. Nous devons réformer pour nous assurer que nous améliorons la santé avec les ressources dont nous disposons. Nous devons réformer pour garantir une meilleure expérience de soins pour nos patients. Cette réforme vise à garantir un environnement de travail moins stressant pour nos soignants. Nous devons réformer pour avoir une plus grande égalité sociale dans les soins de santé.

Nos hôpitaux, nos médecins et l'ensemble du personnel de santé font le maximum chaque jour. Ils s'occupent de leurs patients avec tout leur cœur, avec une grande éthique professionnelle, avec beaucoup d'enthousiasme et de nombreuses connaissances. Nous devons leur apporter un soutien maximal dans ce domaine. Nous devons veiller à ce que les importants moyens publics que nous investissons dans le secteur hospitalier procurent le meilleur résultat. Ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

- (1) Nous récompensons toujours la quantité plus que la qualité. Pourquoi, dans notre pays, réalisons-nous jusqu'à 50 % de CT-scans en plus que la moyenne de l'UE ? Non seulement cela coûte beaucoup d'argent à notre société, mais ce n'est pas sain pour le patient. Au contraire, un excès de rayonnements nuit à la santé. La manière dont nos hôpitaux sont financés n'empêche pas cette surconsommation. Au contraire, plus l'hôpital réalise des CT-Scans ou des tests sanguins, plus il couvre facilement ses coûts. Cela ne veut pas dire que les médecins et les hôpitaux sont uniquement guidés par des considérations financières, mais les incitants vont dans la mauvaise direction.
- (2) Nous encourageons les "conflits" entre les médecins et les gestionnaires des hôpitaux, au lieu de créer un environnement qui leur permette de faire ce qu'ils font le mieux et ce pour quoi ils sont formés. En effet, les hôpitaux récupèrent une partie de leurs frais de fonctionnement grâce aux honoraires médicaux. Cela conduit à des discussions interminables et souvent houleuses sur l'aspect financier, plutôt qu'à un modèle de collaboration permettant de fournir des bons soins de santé. La collaboration et la répartition des tâches entre les hôpitaux sont également rendues plus difficiles en raison de leur mode de financement.
- (3) Nous ne protégeons pas suffisamment les patients contre les factures élevées. Des tarifs légaux existent, mais, en plus, les médecins peuvent facturer des suppléments d'honoraires dans certaines circonstances. Par exemple, à l'hôpital, dans une chambre individuelle, pour le même traitement par le même médecin, vous payez deux à trois fois plus que dans une chambre à deux lits. Les suppléments d'honoraires augmentent d'année en année, et nous devons inverser cette tendance. Mais ce n'est pas si facile, car les médecins rétrocèdent une partie des suppléments à l'hôpital et ces suppléments sont donc désormais une source de revenus pour les hôpitaux.
- (4) Nous avons un système de financement hospitalier incroyablement complexe et non transparent. Seule une poignée de personnes peut s'y retrouver. Ce n'est pas bon. Ni pour les hôpitaux, qui ne connaissent que plusieurs années plus tard les moyens auxquels ils ont droit. Ni pour les patients qui font les frais de la recherche de moyens supplémentaires. Ni pour le gouvernement, qui doit s'assurer que ses ressources sont utilisées correctement.

Tout ceci n'est pas bénéfique pour les soins et le patient du 21^{ème} siècle. Il est donc urgent et nécessaire de mener une réforme. Une réforme qui est demandée par le secteur. Une réforme qui est inspirée par la science. Une réforme que nous devons mener avant tout pour le patient.

Cette tâche n'est pas facile. Il s'agit d'une réforme qui doit être bien pensée et qui prendra du temps. Nous posons les bases d'une approche pluriannuelle qui doit permettre un changement de cap difficile.

Nous le faisons en gardant quatre objectifs cruciaux à l'esprit : (1) encourager moins la surconsommation et se concentrer davantage sur la santé; (2) moins de complexité et plus de transparence ; (3) moins de concurrence et plus de coopération ; (4) moins de suppléments et plus de sécurité tarifaire.

Pour atteindre ces objectifs, nous ne nous contentons pas de revoir le financement des hôpitaux, mais nous nous attaquons également à la manière dont nous rémunérons les médecins et nous cherchons des moyens pour améliorer la collaboration entre les hôpitaux - mais aussi avec les médecins et les prestataires de soins de première ligne.

Nous ne le faisons pas seuls, mais en collaboration avec les médecins, les hôpitaux, les organismes assureurs et, bien sûr, les patients.

1.2 Comment réformons-nous?

1.2.1 Nous améliorons la coopération entre les hôpitaux

Le fait que les hôpitaux essaient d'être les meilleurs est évidemment une noble ambition. Mais le fait que chacun veuille tout faire, ce qui conduit à un gaspillage de ressources mais aussi de compétences, est néfaste. Cette situation met à mal la collaboration et favorise la concurrence. Ce qui est également néfaste.

Ces dernières années, des mesures ont déjà été prises pour renforcer la collaboration entre les hôpitaux. Par exemple, l'objectif poursuivi a été de réunir des hôpitaux voisins dans des réseaux locaux afin de réduire les coûts, de partager les investissements et de se répartir les tâches en se basant sur l'expertise.

Les entités fédérées auront bientôt agréé 23 réseaux hospitaliers, ce qui est louable. Cependant, nous constatons que la composition géographique des réseaux n'est pas toujours logique. Certains réseaux sont très grands, d'autres sont petits. Cela ne facilite pas l'objectif que nous poursuivons, mais cela ne le rend pas moins nécessaire. Nous continuons donc à suivre la voie de la collaboration, fondée sur l'idée de "soins de proximité lorsque c'est possible, soins spécialisés lorsque c'est nécessaire".

Dans notre société vieillissante, il est essentiel, par exemple, que les soins aux patients âgés soient dispensés le plus près possible du domicile, c'est-à-dire dans tous les hôpitaux. Certains soins doivent être présents dans chaque réseau, mais pas nécessairement dans tous les hôpitaux. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un regroupement des compétences est utile, par exemple pour la prise en charge spécialisée d'une crise cardiaque pour laquelle l'expertise d'un hôpital du réseau est requise. Cela peut être dû au fait que le regroupement est efficace, par exemple, parce que la disponibilité permanente de nombreux personnels de santé est requise, comme pour les maternités. Enfin, il existe des soins qui nécessitent une expertise tellement spécialisée ou des investissements tellement importants pour un petit groupe de personnes que nous ne pouvons et ne devons pas les organiser dans chaque réseau, comme le traitement spécialisé d'une attaque cérébrale ou le traitement d'un cancer rare : on parle alors de "tâches de soins suprarégionales" (par opposition aux "tâches de soins locorégionales"). A très court terme, nous précisons le contenu de ces missions de soins loco et suprarégionales.

Nous facilitons et encourageons également la collaboration au niveau de ce réseau hospitalier pour ce que nous appelons les "activités de support" dans les hôpitaux. Pensez, par exemple, aux laboratoires, où des économies d'échelle et une amélioration de la qualité sont possibles lorsque les forces sont combinées. Et nous encourageons également la collaboration entre les hôpitaux et la première ligne - les soins en dehors des

hôpitaux - parce que nous devons nous orienter finalement vers des soins intégrés autour du patient, en renonçant à la logique des silos.

1.3 Nous finançons les hôpitaux et les médecins...

1.3.1 ... sur base de ce qui est nécessaire pour soigner le patient

Les hôpitaux reçoivent aujourd'hui un budget calculé de manière très compliquée et auquel des corrections peuvent encore être apportées plusieurs années plus tard. Ce mode de financement devrait être beaucoup plus simple, plus équitable et plus prévisible. L'idée est que les hôpitaux reçoivent une somme forfaitaire fixe pour un patient présentant un certain tableau clinique, par exemple, une appendicite, une crise cardiaque, etc. Ce montant sera déterminé en se basant de ce qui est réellement nécessaire pour fournir des soins de qualité et nécessaires. Nous évoluons donc vers un forfait all-in par admission sur base de la pathologie, comme c'est le cas dans nos pays voisins. Nous l'appelons "all-in" parce qu'il inclut tous les coûts qui doivent être faits pour un patient qui est admis et doit être pris en charge correctement, à l'exception de la rémunération du médecin (on parle alors de "rémunération professionnelle").

Le calcul de ce forfait n'est pas une tâche facile et nécessite de nombreuses études, qui sont réalisées à notre demande, de façon accélérée, par des équipes scientifiques afin de pouvoir assembler toutes les pièces du puzzle en 2024.

Ce changement est important d'un point de vue technico-financier, mais c'est bien plus que cela. Ce sera un levier important pour réduire la pression à la surconsommation et pour semer les graines d'un modèle de coopération renouvelé entre médecins et hôpitaux. Un modèle de coopération qui se concentre sur les besoins des patients, l'organisation des soins et la qualité des soins, plutôt que sur les discussions financières.

Les honoraires des médecins seront donc divisés en une partie de frais de fonctionnement et une partie de rémunération professionnelle, de sorte que l'on sache ce qui est nécessaire pour faire fonctionner l'hôpital et ce qui sert de revenu au médecin. Cela ne devra plus être négocié par chaque hôpital avec ses médecins, mais sera établi de manière objective. Les coûts de fonctionnement seront inclus dans le forfait par pathologie, de sorte que les hôpitaux ne devront plus les demander aux médecins. Cela ne signifie pas que les médecins n'ont plus leur mot à dire dans l'hôpital. Au contraire, nous allons vers une prise de décision commune.

Un forfait par pathologie facilitera également le déploiement des soins intégrés, car il sera plus facile de démêler le financement des hôpitaux et de le lier au financement des soins non hospitaliers.

1.3.2 avec une attention particulière pour les laboratoires et l'imagerie médicale

Nous accordons une attention particulière à l'imagerie médicale et à la biologie clinique (laboratoires). Nous adaptons le modèle de financement aux besoins réels de la société en matière de soins. Le modèle n'est plus : "plus il y a d'examens, plus il y a d'argent" mais "rémunérer correctement en fonction de ce qui est nécessaire pour le patient".

Nous accélérons l'introduction du financement par pathologie pour les laboratoires, et nous déployons le financement par population pour les coûts de fonctionnement de l'imagerie médicale : le financement par population consiste à financer les équipements nécessaires à l'activité normale d'imagerie médicale pour la population desservie par un hôpital. Nous revoyons les prix et réinvestissons les économies réalisées dans les soins. Enfin, nous responsabilisons les prescripteurs afin qu'ils n'aient plus intérêt à prescrire inutilement des examens techniques.

Nous allons nous attaquer à cela tout de suite, arrêter la surconsommation et investir ces ressources dans nos soins, dans nos hôpitaux et dans nos médecins. Là où c'est nécessaire.

1.3.3 ... sans séjours inutiles à l'hôpital

Un séjour à l'hôpital coûte cher, c'est un fait. En outre : personne n'aime être hospitalisé, le rétablissement est souvent meilleur à la maison et, de plus, à la maison vous évitez le risque de contracter une infection nosocomiale. Il est donc important que, dans la mesure du possible, nous réalisons les opérations en hôpital de jour au lieu de laisser inutilement le patient séjourner à l'hôpital pendant une nuit ou plus.

Nous encourageons donc la réalisation en hôpital de jour des interventions qui peuvent y être effectuées. À condition, bien entendu, que les patients aient toujours le droit de passer la nuit à l'hôpital après une intervention mineure, par exemple, parce qu'ils sont seuls à la maison ou qu'ils ne se sentent pas à l'aise pour rentrer chez eux.

1.3.4 ... sans différences déraisonnables de revenus entre médecins

Le système de rémunération des médecins est très étroitement lié au financement des hôpitaux. Nous nous attaquons également à ce problème de manière approfondie. Nous réformons la nomenclature, c'est-à-dire ce qui détermine ce qu'un médecin peut facturer pour tel ou tel acte. Il s'agit d'une tâche titanesque qui demandera aux équipes scientifiques d'y consacrer les trois prochaines années pour la mener à bien.

Ils feront la distinction entre la partie professionnelle et les frais de fonctionnement, ce qui - comme nous l'avons dit précédemment - est très important pour la révision du financement des hôpitaux. Mais ils vont aussi objectiver la "lourdeur" de chaque acte médical. Ils évalueront la complexité, la durée et l'expertise requise d'un certain acte médical et le compareront à d'autres actes médicaux. Ainsi, ils pourront évaluer très objectivement et équitablement ce que, par exemple, un gynécologue devrait gagner pour un accouchement normal, et ce qu'il devrait gagner pour une césarienne, et ce qu'un chirurgien devrait obtenir pour une opération cardiaque et un psychiatre pour une consultation.

Nous pourrions également utiliser cette étude pour mieux rémunérer, par exemple, la coopération multidisciplinaire, le suivi à long terme d'un patient ou la continuité des soins. C'est important. Aujourd'hui, nous finançons généralement chaque procédure médicale séparément. Autant d'euros pour cette opération, autant d'euros pour cette consultation, autant d'euros pour cet examen. Cela a toujours du sens pour payer les soins aigus. Mais pas nécessairement pour les soins aux patients chroniques. Et, comme chacun sait, au XXI^e siècle, nous vivons tous plus longtemps, mais souvent avec de multiples maladies chroniques.

1.3.5 ... récompenser la qualité lorsqu'il y a des gains importants à réaliser en matière de santé

Il est réjouissant de constater que ces dernières années, la qualité a fait l'objet d'une attention croissante dans les hôpitaux. Une incitation financière peut donner un coup de pouce dans cette direction, surtout si elle est axée sur des domaines où des gains importants en matière de santé peuvent encore être réalisés. Des efforts ciblés pour réduire davantage la résistance aux antibiotiques ou prévenir les infections hospitalières peuvent sauver des vies. Nous récompenserons substantiellement les hôpitaux qui s'acquittent bien de cette tâche.

1.4 Nous protégeons le patient contre les factures excessives

Malgré le financement solidaire assuré par les autorités, la facture que l'hôpital adresse au patient peut être assez élevée. C'est dû aux suppléments d'honoraires qui sont facturés lorsqu'un patient opte pour une chambre individuelle. Ces suppléments augmentent, et cette augmentation ne suit aucune logique. Les directeurs d'hôpitaux et les médecins disent qu'ils n'ont pas le choix : ils ont besoin de ces revenus parce que le financement public est insuffisant. La réalité, cependant, est plus complexe. Ce n'est qu'à moitié vrai. Comment pourrait-on

expliquer autrement que certains hôpitaux facturent des suppléments beaucoup plus élevés alors qu'ils sont tous financés de la même manière ?

Nous freinons donc les suppléments, à partir de 2022, et nous les réduisons à partir de 2024 en imposant des plafonds. À l'intérieur mais aussi à l'extérieur des hôpitaux. Nous verrons si nous devons indemniser partiellement les hôpitaux et les médecins pour compenser cette mesure, mais de manière équitable et pour les soins pour lesquels des investissements supplémentaires doivent être réalisés. Comme cette limitation profitera également aux assurances hospitalisation privées, nous examinerons avec ce secteur ce qu'il peut offrir en échange.

Nous renforcerons également la transparence en exigeant que les patients se voient présenter un devis avant leur opération et en imposant un enregistrement uniforme des suppléments facturés hors hospitalisation.

2 Un travail de plusieurs années, qui commence immédiatement

Mettre en œuvre ce plan de réforme est un travail qui prendra plusieurs années. Nous voulons aborder cette question de manière solide, en menant des travaux scientifiques suffisants, si cela s'avère nécessaire, mais en commençant, si possible, par des réalisations à court terme.

Les éléments de base de la réforme du financement des hôpitaux et du financement des médecins seront posés en 2022-2023-2024, et pourraient être mis en œuvre en 2025. En 2022-2023, les premières réalisations seront déjà faites en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour et de financement de la qualité.

Les réseaux hospitaliers seront développés par étapes, avec la définition des missions de soins loco- et suprarégionaux en 2022. Les suppléments seront également abordés par phases, avec un gel immédiat à partir de 2022 et un plafonnement à partir de 2024.