



Vice-eersteminister  
en minister van Sociale Zaken  
en Volksgezondheid

Frank Vandenbroucke

# **RÉFORME DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX**

**Ministre Frank Vandenbroucke**

**28 janvier 2022**

## Table des matières

1.	INTRODUCTION .....	2
2.	RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER .....	4
3.	REFORME DU FINANCEMENT HOSPITALIER.....	6
3.1	VERS UN FORFAIT PAR PATHOLOGIE PAR ADMISSION .....	7
3.1.1	PRINCIPE GENERAL.....	7
3.1.2	UNE APPROCHE ACCELEREE POUR LA BIOLOGIE CLINIQUE, L'IMAGERIE MEDIALE ET LES MEDICAMENTS.....	8
3.1.3	CONDITIONS PREALABLES ESSENTIELLES .....	10
3.1.4	UN PAS VERS LE BUNDLED PAYMENT .....	11
3.2.	STIMULER ET HARMONISTER L'HOSPITALISATION DE JOUR.....	12
3.3	LE FINANCEMENT ET L'ORGANISATION DE FONCTIONS ET MISSIONS SPECIFIQUES .....	13
4	REVISION DE LA NOMENCLATURE.....	14
5	VALUE BASED PURCHASING : MODULER LE FINANCEMENT HOSPITALIER PAR ACTIVITES EN FONCTION DE LA QUALITE ATTEINTE .....	15
6	MAITRISE DES SUPPLEMENTS .....	16

## 1. INTRODUCTION

La prise en charge de la pandémie de coronavirus a exigé toute l'attention et l'engagement de tout le monde dans le domaine de la santé. Nous connaissons depuis deux ans une crise sanitaire sans précédent avec une mortalité importante. Pourtant, grâce à la compétence et à l'engagement des différents acteurs de notre système de santé, et dans la solidarité mutuelle, de très nombreuses vies ont été sauvées. Plus que jamais, les valeurs fondamentales de notre organisation des soins ont été démontrées, notamment l'offre de soins de qualité accessibles à tous.

L'objectif stratégique de notre politique, tel qu'énoncé dans ma déclaration de politique générale d'octobre 2021, est de renforcer les valeurs fondamentales de notre modèle d'organisation des soins afin de continuer à garantir sa pérennité dans un cadre budgétaire acceptable. La science et la solidarité sont un repère fondamental. La science pour garder les gens en bonne santé, ou leur rendre à nouveau la santé en se basant sur des faits, une analyse critique et l'acquisition continue de nouvelles connaissances. La solidarité est le fondement ancré dans notre sécurité sociale et nos soins de santé.

Pour ce faire, les objectifs du quintuple Aim sont des repères importants :

- Améliorer les soins tels qu'ils sont vécus par l'individu (patient experience)
- Améliorer l'état de santé au niveau de la population (population health)
- Améliorer l'équité dans la société en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité (equity).
- Obtenir une valeur ajoutée pour le patient au niveau de sa santé avec les ressources déployées (reducing costs).
- Garantir que les professionnels de la santé puissent faire leur travail de manière correcte et durable (provider experience).

En d'autres termes : comment nous organisons-nous ? Comment faire en sorte qu'avec les ressources disponibles, nous obtenions une meilleure santé, une meilleure expérience des soins, un environnement de travail moins stressant et plus d'égalité sociale dans les soins de santé ? Comment réaliser des Value Based Health Care?

L'épidémie a montré la résilience de notre système et a donc amené beaucoup de choses positives. Pensez à la coopération spontanée, bottom-up. Les professionnels de la santé sont soudainement allés travailler dans d'autres services ou se sont mis à atteindre virtuellement les gens par le biais de la téléconsultation ou d'autres applications en ligne innovantes qu'ils n'avaient jamais utilisées auparavant. Ils étaient physiquement éloignés mais mentalement proches. Des murs ont été abattus, la pensée en silo a été brisée. Nous devons apprécier ces évolutions positives, et maintenant les intégrer.

Dans le même temps, l'épidémie a également révélé des points à améliorer. Nous avons appris combien il est important de continuer à investir dans nos soins de santé. Des soins de santé accessibles et abordables nécessitent - outre le modèle organisationnel le plus efficace possible - un financement efficace. L'un dépend de l'autre, en insistant sur le mot "efficace".

Le gouvernement a apporté un soutien budgétaire au secteur pour faire face à la pandémie de coronavirus. En outre, sur la base de l'accord de gouvernement, le gouvernement a débloqué des ressources substantielles supplémentaires pour répondre à des besoins prioritaires. Conformément aux objectifs du quintuple Aim, nous avons dégagé des ressources via le Fonds Blouses Blanches et l'accord social pour renforcer l'encadrement infirmier et améliorer les conditions de travail, entre autres dans les hôpitaux. En outre, nous investissons massivement dans l'élargissement de l'offre de soins de santé mentale ; et nous avons relevé la norme de croissance de 1,5 % à 2,5 %. Le budget global des hôpitaux a évolué de 8,27 milliards d'euros en 2019 à 9,473 milliards d'euros en 2021 ; et à plus de 10 milliards d'euros en 2022.

Une autre priorité est le développement d'une organisation des soins qui promeut une coordination multidisciplinaire efficace des soins autour des maladies chroniques. Ce modèle doit fournir un continuum de soins intégrés au travers des différentes lignes de notre organisation de soins de santé. Les hôpitaux doivent évoluer pour devenir le maillon d'une chaîne de soins. Le financement doit comporter des stimulants pour une meilleure coordination mutuelle dans l'organisation des hôpitaux et des autres formes de soins, telles que les soins à domicile, les soins de la première ligne, les centres de soins résidentiels, les soins de santé mentale, les centres de réhabilitation, etc. Le dossier intégré du patient et l'échange de données électroniques sont des éléments essentiels de ce système. À cet égard, le plan de relance belge et le plan de relance européen ont libéré 126 millions d'euros pour pouvoir soutenir la numérisation et l'innovation dans les soins. Rappelons également les projets pilotes en cours en matière de "soins chroniques". Ils permettront inéluctablement d'orienter les initiatives à prendre dans cet important dossier. L'objectif est de parvenir à un accord de coopération avec les Communautés dans ce domaine d'ici la fin de la législature.

La pandémie a montré une fois de plus à quel point le financement et l'organisation des hôpitaux sont complexes. Malgré les réformes qui ont été mises en route il y a vingt ans, le système est devenu encore beaucoup plus complexe entre-temps. Une nouvelle réforme majeure est vraiment nécessaire, mais elle prendra beaucoup de temps. Pendant cette législature, les réformes nécessaires doivent donc être lancées. L'objectif de ces réformes est celui de la création d'une plus-value, c'est-à-dire d'un rapport optimal entre les résultats des soins et les coûts, qui tienne compte des objectifs à poursuivre en matière de soins de santé.

Ce faisant, nous partons d'une approche pluriannuelle, autant que possible en continuité avec les orientations politiques antérieures ; et en accord avec l'étude 229A du KCE "cadre conceptuel pour la réforme du financement hospitalier" (2014). Nous avons l'intention d'initier, d'élaborer et de réaliser immédiatement cinq chantiers essentiels qui concrétiseront cette vision de la création de valeur ajoutée. Comme déjà mentionné, il ne sera pas possible de mettre pleinement en œuvre le résultat final à court terme, dans le cadre de la législature actuelle. Toutefois, l'objectif est de réaliser les étapes irréversibles et nécessaires d'une réforme indispensable.

Les cinq chantiers essentiels que nous avançons sont inextricablement liés :

- la réforme du paysage hospitalier
- le financement des hôpitaux
- la révision de la nomenclature
- le Value based purchasing, c-à-d moduler le financement hospitalier par activités en fonction de la qualité atteinte
- La maîtrise des suppléments

Le déploiement de cette réforme se fera en concertation étroite avec les stakeholders. Les organes compétents d'avis et de concertation joueront bien sûr leur rôle. Etant donné l'intrication étroite entre la révision de la nomenclature et l'adaptation du financement hospitalier, une concertation structurée entre représentants des médecins, hôpitaux et les organismes assureurs est plus qu'indiquée. Une taskforce tripartite ad hoc sera mise sur pied à cet effet.

## 2. RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER

Afin d'optimiser la qualité et l'efficacité des soins dispensés à la population, il est important de préciser les missions et, le cas échéant, le cadre réglementaire du fonctionnement des réseaux hospitaliers. Le principe de "soins de proximité où c'est possible, soins concentrés où c'est nécessaire" est ici un principe directeur.

Des initiatives à cet égard ont été prises au cours de la dernière législature :

- La concentration de la chirurgie des carcinomes de l'œsophage et du pancréas via des conventions ad hoc de l'Inami. Une première évaluation après un an montre un effet positif sur les résultats des soins.
- La création par la loi de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux (loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins en ce qui concerne la mise en réseaux cliniques entre hôpitaux). Les missions minimales des réseaux sont de définir la politique stratégique de soins locorégionaux dans une zone de soins donnée.

L'idée de base qui est à l'origine de la loi sur les réseaux hospitaliers locorégionaux est double. D'une part, l'objectif est de renforcer la coopération entre des hôpitaux voisins afin de pouvoir partager l'expertise et les investissements pour continuer à garantir efficacement l'égalité d'accès de tous aux soins de proximité. D'autre part, l'objectif est de concentrer les soins pour des affections plus complexes dans un nombre limité de points de référence au niveau suprarégional.

Il s'agit maintenant de concrétiser ces objectifs afin de préciser davantage la place des réseaux dans la future organisation des soins. Entre-temps, presque tous les réseaux ont été formés et agréés par les entités fédérées. Ils se caractérisent par une forte hétérogénéité dans leur composition, leur étendue, leur localisation géographique et leur cohésion mutuelle. Il convient d'en tenir compte lors de l'adoption des AR d'exécution nécessaires, en tenant compte du fait que cette hétérogénéité rend difficile l'élaboration d'un cadre uniforme permettant de faire correspondre de manière adéquate l'offre de soins au besoin de soins au sein de chaque réseau.

L'approche prévue est progressive. Dans un premier temps, il convient de concrétiser la définition des missions de soins locorégionales versus suprarégionales. Notamment sur la base d'un avis récent du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH), ces missions sont ancrées par AR. Dans ce cadre, le choix a été fait de ne pas appliquer la distinction initialement proposée entre les missions de soins généraux ("A") et spécialisés ("S") au sein des missions de soins locorégionaux, et ce, en grande partie en raison du caractère hétérogène des réseaux constitués.

Toutes ces missions de soins locorégionaux réalisées dans chaque zone locorégionale doivent être assurées en coopération entre les hôpitaux voisins. Il est important que, selon la pathologie, on veille à assurer une accessibilité adéquate et égale sur l'ensemble de la zone couverte par le réseau. Par exemple, les temps de trajets pourraient ainsi être un des éléments pris en compte dans l'organisation des fonctions de soins à délai critique (comme le SMUR, les urgences spécialisées et le programme de soins cardiaques B2). Toutefois, cela ne signifie pas que ces soins doivent nécessairement être dispensés dans chacun des hôpitaux concernés. L'efficacité de l'organisation doit aussi s'appliquer aux missions de soins locorégionaux. Ainsi, en application du rapport du KCE, l'idée est de revoir le nombre minimum d'accouchements comme condition d'agrément d'une maternité, en tenant évidemment compte de la qualité des soins à la mère et au nouveau-né.

En outre, il faut travailler à la fois au développement des missions de soins qui n'ont pas encore été réglementées, comme les grands centres de traumatologie, et sur la limitation, si nécessaire en fonction de la qualité et de l'efficacité, des missions de soins par le biais de la programmation ou de conventions Inami. Pensons par exemple au traitement des tumeurs tête et cou ou des tumeurs de l'ovaire. La réglementation en cours concernant les Stroke Centers S2 doit être finalisée dans l'intérêt de la santé publique.

Il est également prioritaire de faciliter les possibilités de coopération entre hôpitaux du même réseau et de les rendre attractives sur le plan financier. Une attention particulière sera par ailleurs accordée à la suppression des obstacles réglementaires, tels que la législation sur la TVA ou le financement du transport inter-hospitalier. Ceci, bien entendu, dans l'objectif que la poursuite de la collaboration entre les hôpitaux conduise à une réduction et certainement pas à une augmentation de la facture du patient. Des études pilotes sont actuellement en cours pour identifier ces coûts. L'intention est ici d'utiliser à cette fin prioritairement le budget de 7 millions qui avait été prévu pour soutenir la mise en réseaux.

Par ailleurs, il est essentiel de simplifier les possibilités pour pouvoir organiser conjointement certaines fonctions de support des directions hospitalières au niveau du réseau. Je pense ici en premier lieu à des fonctions telles que les laboratoires, la pharmacie, la stérilisation ... La législation actuelle prévoit la possibilité d'organiser, au sein d'un accord de collaboration structuré, certaines fonctions telles que l'achat, la préparation et l'emballage de médicaments ainsi que la stérilisation. Nous souhaitons encore élargir ces possibilités de coopérations. Concrètement, un ajustement des conditions d'agrément pour les laboratoires d'anatomie pathologique sera prévu afin que les activités de plusieurs hôpitaux du réseau puissent être réalisées sur un seul plateau technique central.

La finalité des réseaux est de garantir, sur la base d'une coopération durable entre les hôpitaux, l'égalité d'accès pour tous à des soins de proximité de qualité de manière efficace. Cela requiert que

de bons accords soient conclus au niveau du réseau concernant la continuité des soins afin de garantir la qualité nécessaire et la sécurité des patients.

Dans de nombreux cas, cela implique une réorganisation des missions de soins cliniques au sein du réseau. Nous considérons cette réorganisation comme la phase suivante car elle nécessite plus de temps, également dans le cadre d'éventuels travaux d'infrastructure. Cela signifie également, entre autres, que certains critères d'agrément organiques des services et des fonctions seront examinés et qu'il sera prévu un financement lié aux soins au niveau du réseau facilitant la réorganisation des missions de soins au sein du réseau. Le passage prévu du financement actuel basé sur les lits justifiés en fonction du case-mix global de l'hôpital à un financement basé sur des forfaits par pathologie all-in par DRG est un levier à cette fin.

Nous avons déjà mentionné le développement d'une organisation des soins visant à une coordination multidisciplinaire efficace des soins autour des maladies chroniques comme l'une des priorités de ma politique.

Dans ce contexte, il faut développer une coopération structurée entre les réseaux hospitaliers et d'autres formes de soins à travers les niveaux de pouvoir. Ce principe était déjà inscrit dans la déclaration commune sur le nouveau rôle de l'hôpital dans le paysage de soins approuvée par la Conférence interministérielle Santé publique le 29 juin 2015. Outre la mise en réseaux et la coopération entre hôpitaux, la CIM a également souligné la nécessité d'établir des réseaux et une coopération entre hôpitaux et d'autres prestataires de soins et établissements de soins en vue de répondre aux besoins des patients en matière de soins intégrés dans lesquels différents épisodes de soins de santé sont intégrés de manière transparente. Il a également été souligné que, lorsque cela s'avère utile et approprié, des accords relatifs aux tâches peuvent être conclus entre les établissements et les formes de soins qui relèvent de la compétence de différents niveaux de pouvoir.

Il est souhaitable d'approfondir et de concrétiser cette problématique dans le cadre de la CIM Santé publique. Afin d'alimenter ce débat, les réseaux hospitaliers seront invités à établir d'ici à la fin 2022 une cartographie des formes de coopération existantes et souhaitables avec d'autres prestataires de soins et plateformes de soins, ainsi que des objectifs de santé poursuivis et de la manière dont ils sont suivis.

La période Covid a montré qu'une bonne coopération peut représenter une importante valeur ajoutée. De bons accords sur les tâches constituent également un levier important pour parvenir à terme, dans le secteur des soins, à une véritable approche proactive et axée sur la population. Il est clair que la coopération n'est pas un but en soi, mais qu'elle doit viser à mettre en place des soins accessibles, de qualité et intégrés, répondant aux principes de l'approche du *quintuple aim*.

### 3. REFORME DU FINANCEMENT HOSPITALIER

## 3.1 VERS UN FORFAIT PAR PATHOLOGIE PAR ADMISSION

### 3.1.1 PRINCIPE GENERAL

Le financement des hôpitaux est revu de manière approfondie pour passer à un financement prospectif, plus simple et plus transparent que le mode de calcul actuel. Il est également essentiel d'accroître l'efficacité dans l'utilisation des ressources, sur la base du caractère justifié des ressources à utiliser et de la réduction de la variabilité inutile du financement. L'objectif ultime est de passer du système actuel de lits justifiés rétrospectif à un système prospectif de coûts justifiés basés sur un forfait all-in par pathologie pour les activités liées aux soins, comme c'est le cas dans les pays voisins. Ce montant forfaitaire comprend le coût des éléments liés aux soins financés par l'actuel BMF, plus le coût des médicaments, des dispositifs médicaux et la part des honoraires couvrant les frais de fonctionnement non remboursés par le BMF. A terme, les coûts pour la pré- et la post-hospitalisation pourront aussi être inclus dans le forfait par pathologie.

Le mode de facturation des prestations médicales reste inchangé par rapport au système actuel, y compris le maintien tel quel du système actuel de forfaits d'honoraires pour les soins à basse variabilité.

Il est également important que cette réforme mette fin au financement dual et entrecroisé des médecins et des hôpitaux. Ce sera un levier important pour réduire la pression à la surconsommation et pour jeter les bases d'un nouveau modèle de collaboration entre les médecins et les hôpitaux. Un modèle de collaboration qui se concentre sur les besoins des patients, sur l'organisation des soins et sur la qualité des soins, plutôt que sur des discussions financières.

La pierre angulaire de la réforme est le calcul correct de l'utilisation justifiée des ressources et de leur coût réel par pathologie. Cela signifie qu'il existe un lien étroit entre cette réforme et la révision de nomenclature planifiée (voir ci-dessous). Le calcul des forfaits all-in par DRG implique, d'une part, une allocation des coûts de l'encadrement nécessaire du personnel soignant par pathologie pendant le séjour hospitalier (ce qui concerne, entre autres, le volet BMF) et, d'autre part, une cartographie du coût des prestations médicales (actuellement partiellement financé par les prélèvements sur les honoraires médicaux).

Lorsque ces coûts sont identifiés, il est nécessaire de calculer quelle partie de ces coûts est couverte par le BMF ou par les honoraires. Ensuite, pour chaque DRG, il faut déterminer quelles prestations médicales en font partie afin de pouvoir calculer quelle partie des honoraires couvrant les coûts est ajoutée au montant du forfait DRG (en plus de la partie provenant du BMF et d'autres canaux de financement de l'INAMI (entre autres pour les dispositifs médicaux)).

Le calcul global de tous les DRG créera aussi de la transparence au niveau macro dans la partie de la masse totale des honoraires destinée à couvrir les coûts.

Tout cela nécessite une étude approfondie qui demande du temps. Ce chantier va débiter immédiatement afin que le forfait all-in par pathologie puisse être calculé à partir de fin 2023.

La collecte des données sur les coûts commencera dans quelques hôpitaux pilotes. Dans le même temps, les règles de la comptabilité analytique seront clarifiées afin qu'à l'avenir, les données de tous les hôpitaux puissent être utilisées pour suivre et actualiser régulièrement les coûts fixes en fonction de l'évolution des pratiques. A cette fin, une cellule DRG sera créée au sein de l'administration du SPF/INAMI en même temps que l'introduction des forfaits DRG.

La cartographie des coûts des prestations médicales fait partie du projet de révision de la nomenclature tel qu'il est prévu dans l'Accord national médico-mutualiste (voir ci-dessous). Dans le cadre de la rémunération des prestations médicales, une distinction sera faite entre une partie professionnelle et une partie liée au fonctionnement opérationnel. Idéalement, cette analyse devrait être basée sur les nouveaux codes de nomenclature qui sont en cours de développement par les groupes de recherche impliqués dans la première phase de ce projet. Toutefois, les résultats de ces travaux doivent encore se traduire dans une adaptation des règles de facturation, ce qui signifie qu'il faudra un certain temps avant de pouvoir les retrouver dans les comptes des hôpitaux sur une période suffisamment longue pour générer des données valables. L'analyse sera donc entamée sur la base des numéros de la nomenclature actuelle. Ceux-ci pourront être affinés dans une phase ultérieure, après 2024. Après l'introduction des forfaits de facturation, les coûts liés aux nouveaux codes de nomenclature pourront être suivis.

Une étude est également lancée pour déterminer les coûts d'hébergement par DRG (principalement la dotation en personnel dans les unités de soins et l'utilisation des consommables, etc.).

Nous posons ainsi les bases nécessaires pour revoir en profondeur le financement des hôpitaux sur la base d'un forfait all-in par pathologie, et ce sur la base des coûts réels justifiés. L'ambition est d'achever les travaux d'étude préparatoires qui sont nécessaires d'ici 2023, après quoi nous pourrions mettre en place les éléments constitutifs en 2024, afin d'introduire les forfaits all-in à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2025.

### 3.1.2 UNE APPROCHE ACCELEREE POUR LA BIOLOGIE CLINIQUE, L'IMAGERIE MEDIALE ET LES MEDICAMENTS

En attendant l'introduction des forfaits all-in, des mesures préparatoires provisoires seront prises au cours de cette législation.

Comme le prévoit l'accord national médico-mutualiste 2021, et précisé dans l'accord 2022-2023, la priorité sera donnée aux secteurs de la biologie clinique et de l'imagerie médicale selon une approche qui tient compte de la spécificité de ces deux secteurs. Une attention particulière sera ici accordée à une utilisation responsable des ressources et à un comportement prescripteur correct.

Le secteur de la biologie clinique représente 1,4 milliard d'euros, dont 663 millions pour les patients hospitalisés et 697 millions pour le secteur ambulatoire. Sur ce total, environ la moitié est facturée par des laboratoires non hospitaliers. Dans ce secteur, séparer les nombreuses prestations de soins individuelles en une composante professionnelle et une composante de coût est impossible en pratique. Il a donc été décidé d'établir une structure de coûts pour les différents groupes d'analyses (chimie, hématologie, oncologie, microbiologie, etc.) qui s'applique tant aux prestations ambulatoires qu'aux prestations hospitalières. Les prestations visées aux articles 33 bis et 33 ter de la nomenclature

actuelle ne sont pas pris en compte dans cet exercice. Il s'agit des tests de biologie moléculaire sur du matériel (génétique) humain. Ce sont des tests qui sont souvent aussi réalisés par d'autres médecins que des biologistes cliniques, comme des généticiens et des anathomo-pathologistes.

Voici ce qui est prévu :

- Les analyses déjà effectuées montrent qu'il existe une marge non négligeable qui sert à financer les coûts (hors laboratoire) au sein des hôpitaux. Pour des raisons de transparence et d'utilisation efficace des ressources, il est souhaitable que ces coûts soient financés de façon plus directe. Par conséquent, d'ici 2023, la valeur des lettres clés sera réduite en fonction des marges constatées. Les ressources ainsi libérées seront utilisées et allouées différemment au sein du secteur, et ce, après consultation des partenaires impliqués. Cela devrait conduire à une utilisation plus rationnelle des moyens dans ce secteur.
- Nous allons accélérer la transition vers un forfait-DRG de biologie clinique par admission. En première instance, cela se fera à partir de 2023 sur la base des dépenses courantes. En deuxième instance, sur la base d'une étude de coûts. En se basant sur ces résultats, il sera possible d'objectiver la répartition entre les coûts d'exploitation (de fonctionnement) et la partie professionnelle.
- Des chiffres comparatifs avec nos pays voisins indiquent une surprescription et une surconsommation en Belgique dans plusieurs secteurs, dont en particulier la biologie clinique, l'imagerie médicale et les médicaments. Dans le cadre de la réforme de la biologie clinique, il convient donc de responsabiliser les prescripteurs. Plus concrètement, il est envisagé de fixer un montant standard virtuel pour la biologie clinique lié aux caractéristiques de la patientèle du prescripteur en dehors de l'hôpital. En cas d'écart, le cas échéant, après une période de monitoring, une correction financière sera effectuée, par exemple dans le cadre d'une accréditation.

Plus que la biologie clinique, l'imagerie médicale est principalement une activité ambulatoire. En 2019, les dépenses totales de l'imagerie médicale s'élevaient à 1.300.000 k€, dont 1.000.000 k€ réalisés en ambulatoire. Il est donc logique d'introduire pour ce secteur une méthodologie de financement plus globale, couvrant à la fois les activités résidentielles et ambulatoires plutôt que d'élaborer un forfait DRG pour l'imagerie médicale.

Un autre point d'attention important est ici que l'adaptation du modèle de financement favorise la prescription rationnelle de l'imagerie médicale. Et ce, non seulement dans un objectif budgétaire, mais surtout dans un objectif de soins de santé qui vise à réduire l'exposition inutile aux rayonnements. Des comparaisons internationales montrent que le nombre d'exams d'imagerie médicale lourds (CT, RMN et PET) pour 1000 habitants en Belgique est supérieur de 50% à la moyenne de l'UE des 25. Et ce, malgré les initiatives déjà prises ces dernières années pour promouvoir la prescription rationnelle.

Lors de l'adaptation du financement visant à l'utilisation efficace de l'imagerie médicale lourde, on tiendra compte des données disponibles, notamment des audits récents.

Les prestations de radiologie interventionnelle ainsi que de radiologie conventionnelle et d'échographie sont exclues de cette réforme.

- L'idée est d'introduire un modèle de financement avec, d'une part, un honoraire professionnel pour le médecin (dont les modalités devront être précisées avec le secteur) et, d'autre part, un honoraire forfaitaire pour le fonctionnement de l'appareil ; en se basant sur les coûts réels justifiés en fonction d'un volume de prestations justifié. Le montant forfaitaire est basé sur un financement standardisé lié à la population. Il tient compte de la part de marché de chaque hôpital en matière d'imagerie médicale lourde, de la consommation actuelle d'examens, d'une consommation standard à déterminer et d'un nombre justifié d'appareils par hôpital à déterminer. Cette procédure se fait par analogie avec le modèle français. Une consultation sera lancée à ce sujet avec le secteur. Les modalités concernant les honoraires professionnels doivent être précisées en concertation avec le secteur.
- Afin de stimuler davantage l'utilisation efficace, tant le prescripteur que le radiologue sont responsabilisés. Une prescription électronique obligatoire soutenue par une aide à la décision clinique est introduite pour le prescripteur. Il est ainsi possible de suivre le comportement de prescription conformément aux directives cliniques. Le radiologue est rendu responsable de son droit de substitution. Avant qu'un rendez-vous puisse être fixé avec le patient, celui-ci doit donner son consentement préalable sur la base de la prescription électronique. En cas d'écart, le cas échéant après une période de monitoring, une correction financière sera effectuée, par exemple dans le cadre d'une accréditation.

Dans l'attente de l'introduction d'un forfait par pathologie all-in, le forfait actuel basé sur le case-mix de l'hôpital sera aussi remplacé pour les médicaments dès 2023 par un forfait par pathologie.

La Commission de remboursement des médicaments sera également sollicitée pour donner son avis sur la nécessité d'une mise à jour de la liste des produits profitant d'une exclusion, entre autres dans le cadre d'une éventuelle forfaitarisation des médicaments en hôpital de jour (médecine interne). En 2019, les dépenses de l'assurance maladie obligatoire pour les médicaments dans les hôpitaux se sont élevées à 2,579 milliards d'euros (49 % du budget total). Les dépenses pour les patients hospitalisés (424 millions d'euros en 2019) restent stables, tout comme celles dans les officines publiques (2,647 milliards d'euros en 2019). En revanche, les dépenses pour les patients ambulatoires à l'hôpital sont en forte hausse avec des taux de croissance par an variant entre 16 et 21 % entre 2017 et 2019.

### 3.1.3 CONDITIONS PREALABLES ESSENTIELLES

La fixation de forfaits all-in par pathologie basés sur le calcul des coûts présenté ci-dessus doit être accompagné d'une explication sur les conditions préalables qui sont nécessaires.

Il sera prévu un régime spécifique pour le financement des hauts risques. Un financement uniforme et prédéterminé par type de patient n'est pas adapté pour les patients à risque ou des tableaux cliniques très complexes. La variabilité des coûts par admission est trop importante et trop imprévisible. C'est pour cette raison que tous les pays utilisent d'autres mécanismes que leur système de financement par DRG. Ceux-ci garantissent que lors du calcul des montants moyens par DRG, certains éléments sont

exclus et remboursés séparément. Les éléments exclus sont, par exemple, certains groupes de patients (par exemple, les patients souffrant de brûlures graves, les patients palliatifs), certains services et produits (par exemple, les médicaments onéreux, les dispositifs médicaux...) et les séjours "outlier". Les éléments exclus ainsi que leur financement (tel qu'un montant forfaitaire par jour plutôt que par admission ou basé sur les coûts réels) doivent être définis.

L'introduction de forfaits par pathologie par DRG implique qu'il existe un risque de dépassement budgétaire en cas d'augmentation imprévue du nombre d'admissions, en fonction de la démographie. Il est donc nécessaire de développer des mécanismes de responsabilisation afin d'éviter les hospitalisations inutiles et de limiter ce risque.

Le KCE sera invité à étudier à la fois le problème des « outliers » et celui de la responsabilisation, en s'appuyant notamment sur des exemples internationaux.

En outre, l'enregistrement des prestations fournies restera nécessaire afin de pouvoir suivre l'évolution des pratiques et d'éviter une éventuelle sous-utilisation des ressources.

La priorité doit être donnée à la mise en œuvre des dispositions des accords médico-mutualistes 2021 et 2022-2023, qui stipulent que, en ce qui concerne la révision de la nomenclature et l'adaptation du financement hospitalier, trois éléments sont essentiels :

- premièrement, des garanties juridiques doivent être prévues pour la partie « coûts » des honoraires au niveau de la gestion médicale ;
- deuxièmement, un cadre légal doit être établi au sens de l'article 155 § 3, deuxième alinéa de la loi sur les hôpitaux. Cet article détermine par arrêté royal à prendre quels sont les frais occasionnés par des prestations médicales et qui ne sont pas couverts par le BFM qui peuvent être mis à la charge des honoraires ;
- troisièmement, cela doit s'accompagner d'une réduction simultanée des prélèvements des honoraires médicaux versés au gestionnaire hospitalier et d'une meilleure maîtrise des suppléments.

Parallèlement au développement de forfaits par pathologie basés sur les coûts, on s'intéresse aux règles de financement des coûts de fonctionnement de l'hôpital qui ne sont pas directement liés aux soins. Le calcul de certaines parties du BMF, dont les parties B1 (services de support) et B5 (pharmacie hospitalière), est basé sur des paramètres obsolètes. Une révision de ceux-ci, demandée par le secteur, est indiquée, bien qu'elle se fera dans une enveloppe inchangée du BMF.

#### 3.1.4 UN PAS VERS LE BUNDLED PAYMENT

Les systèmes de santé sont de plus en plus confrontés au vieillissement de la population et à une prévalence croissante de la multimorbidité chronique. La continuité des soins et une coopération multidisciplinaire entre les prestataires de soins et les établissements de santé ont une importance croissante. Le modèle de financement doit être conçu de la sorte pour traiter efficacement les problèmes systémiques plus larges, quel que soit le cadre. Un financement par DRG à l'admission est en effet insuffisant.

À terme, nous devons franchir de nouvelles étapes vers un financement qui vise la continuité, la coordination et l'intégration des soins. Il convient d'explorer des systèmes de financement innovants tels que le bundled payment ou le financement par population. Le paiement groupé fait référence à un paiement unique pour tous les soins liés au traitement d'un patient souffrant d'une affection spécifique et pour une période de temps déterminée. L'ensemble du processus est financé. Ce financement concerne un certain type de pathologie. Le budget total disponible est déterminé pour un certain nombre de patients et est géré par une seule structure de soins (soins primaires ou hôpital, selon le cas).

Les forfaits par pathologie permettent d'identifier le coût de l'un des éléments constitutifs de l'ensemble des structures à mettre en place pour la gestion intégrée des maladies chroniques dans un continuum de soins approprié.

En outre, à court terme, nous prenons les mesures suivantes en matière de soins intégrés :

- Dans le cadre du budget Inami 2022, les ressources nécessaires ont été mises en réserve pour poursuivre le développement des parcours de soins intégrés, notamment en ce qui concerne l'obésité, le diabète, le Covid long, les soins périnataux, la réadaptation pulmonaire, la pré et post transplantation d'organes abdominaux, les soins psychiatriques, etc.
- Suite à l'Accord gouvernemental, des alternatives à l'hospitalisation classique devront être stimulées par le biais de techniques innovantes, entre autres. L'hospitalisation à domicile est structurellement déployée. La concertation relative à un modèle de financement et d'organisation pour la chimiothérapie et les traitements antibiotiques est en cours de finalisation.
- En se basant sur les résultats de l'étude du KCE consacrée à la pédiatrie – actuellement en cours - des projets pilotes de soins pédiatriques à domicile seront lancés dans le courant de l'année 2022, dans le but d'organiser, dans la mesure du possible, la prise en charge spécialisée des enfants à domicile.
- Dans le cadre de ces initiatives, les possibilités de reconvertir des lits d'hôpitaux pour les soins aigus en lits pour soins chroniques ou en formes alternatives de soins seront examinées.

### 3.2. STIMULER ET HARMONISER L'HOSPITALISATION DE JOUR

Créer de la valeur ajoutée, c'est aussi stimuler l'hospitalisation de jour. Nous poursuivons ici deux objectifs : encourager la mise en œuvre de techniques innovantes et réduire les nuits inutiles passées à l'hôpital. Tout d'abord, parce que c'est rentable, un lit d'hôpital coûte cher, et nous devons éviter les admissions inutiles. Mais aussi, pour des raisons de santé publique et pour réduire le risque d'infections nosocomiales pour le patient.

Afin de maintenir l'accessibilité pour le patient, ce dernier conserve le droit de passer la nuit à l'hôpital, en accord avec le médecin.

Sur la base des travaux du GT mixte CFEH/CC, et en collaboration avec les associations scientifiques, en fonction de l'évolution dans le domaine des techniques chirurgicales, il convient de travailler dans le courant de l'année 2022 à la mise à jour de la liste " A " (interventions pouvant être réalisées en hospitalisation de jour), liée à la réintroduction de la liste " B " des séjours hospitaliers abusifs (interventions devant effectivement être réalisées en hospitalisation de jour). Pour les opérations de

la liste "B", il est également interdit de facturer des frais de surveillance et des forfaits fixes qui peuvent normalement être facturés pour une hospitalisation classique. Cela devra faire en sorte que les hôpitaux et les médecins n'aient aucun intérêt à admettre des patients inutilement.

Parallèlement à la mise à jour de la liste « A » et à la réintroduction de la liste « B », il est nécessaire d'harmoniser le contenu et le financement des forfaits Inami. Enfin, il convient également de vérifier si toutes les prestations qui sont actuellement effectuées dans un bloc opératoire y ont réellement leur place. Pour les séjours en hospitalisation de jour, l'introduction d'un forfait par pathologie est prévue selon les mêmes principes et la même séquence que pour l'hospitalisation classique (voir ci-dessus).

### 3.3 LE FINANCEMENT ET L'ORGANISATION DE FONCTIONS ET MISSIONS SPECIFIQUES

Le financement et l'organisation de certaines fonctions et missions spécifiques seront examinés de plus près. Plus particulièrement, l'aide médicale urgente, les hôpitaux académiques et le financement des lits Sp.

Le degré d'urgence pour la prise en charge d'une pathologie est un paramètre important dans l'organisation rationnelle de l'offre de soins dans le contexte du réseau. Le parcours de soins complet du patient est déterminant à cet égard. Cela signifie que les pathologies qui nécessitent un traitement urgent, comme un polytraumatisme ou un incident cardiovasculaire (IAM, AVC), doivent être transportées immédiatement à l'hôpital le plus proche où, en plus d'une fonction de soins d'urgence spécialisés, un programme de soins cardiaques B2, une stroke unit et/ou une équipe de traumatologie sont également disponibles. Une telle organisation doit permettre de rationaliser, au sein d'une zone régionale, le nombre de fonctions spécialisées par rapport à la première prise en charge aux services d'urgence, chacune bénéficiant d'un financement de permanence approprié. La réglementation actuelle, y compris celle relative au transport préhospitalier urgent, devra être modifiée en conséquence.

La réglementation actuelle prévoit un financement supplémentaire pour les hôpitaux universitaires (B7A) en raison de leur triple mission (fonction de soins tertiaires, formation et recherche). Une réévaluation des paramètres permettant d'obtenir ce financement supplémentaire va être effectuée.

En raison notamment des innovations technologiques médicales et de l'évolution vers l'hospitalisation de jour qui en découle, d'une part, et de l'évolution démographique, d'autre part, le profil utile des lits hospitaliers est en train de changer. Les besoins en lits aigus cèdent la place à des lits plus chroniques. Faire correspondre adéquatement l'encadrement des soins au niveau des lits chroniques et le profil du patient est essentiel. Nous attendons un avis du CFEH, qui se penche actuellement sur la programmation et des règles de conversion et de financement appropriées des lits Sp en fonction du profil des patients qui y sont admis.

## 4 REVISION DE LA NOMENCLATURE

La révision de la nomenclature occupe une place particulière dans la réforme hospitalière. Une part importante du financement des hôpitaux provient de la rétrocession des honoraires des médecins. Ce mécanisme conduit à un financement double et insuffisamment transparent.

Dans l'Accord médico-mutualiste du 16 décembre 2020, un accord a été trouvé pour séparer, au sein des honoraires de l'ensemble des médecins, la partie des honoraires médicaux destinée à couvrir tous les coûts directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations médicales et qui ne sont pas couverts par d'autres sources, de manière transparente et standardisée, de la partie des honoraires destinée à couvrir la prestation du médecin.

D'autres objectifs doivent également être atteints via une réforme de la nomenclature (élimination des différences déraisonnables de revenus entre médecins, adaptation de la nomenclature aux nouveaux modèles de prestation de soins, introduction d'incitants à la collaboration et à la qualité, etc.).

La réforme de la nomenclature a été lancée le 25 septembre 2019. Elle se déploie en plusieurs phases. La première phase concerne l'adaptation et la restructuration de la description des prestations aux normes internationales. Cette phase s'achèvera d'ici mars 2022 et devra ensuite être validée par les organes compétents afin d'entamer la phase suivante.

Les phases suivantes débiteront en parallèle au début de l'année 2022. Dans l'Accord médico-mutualiste du 21 décembre 2021, une feuille de route concrète à ce niveau a été définie.

D'une part, en se basant sur la nomenclature restructurée, l'unité de valeur relative de la partie professionnelle des différentes prestations sera déterminée, sur la base de la durée de la prestation, de l'expertise requise et du risque associé à la prestation. Cette analyse, qui s'étalera sur trois ans, sera d'abord réalisée par discipline, puis affinée de manière interdisciplinaire et transversale.

D'autre part, conformément aux accords entre les médecins et les mutualités, et comme mentionné ci-dessus, la part des frais de fonctionnement directs et indirects par prestation sera identifiée. Cette analyse sera réalisée sur la base des comptes analytiques d'un groupe d'hôpitaux suffisamment représentatifs au niveau de leur localisation géographique et de leur dimension. Cette analyse prendra deux ans.

Finalement, les prestations et le budget disponible seront répartis entre une composante professionnelle et une composante de coût. Une unité de valeur relative en euros sera alors déterminée pour les différentes prestations. Enfin, les montants concernés en termes de moyens de fonctionnement seront intégrés dans les forfaits DRG ou prévus en tant qu'allocation de pratique pour les prestations ambulatoires.

## 5 VALUE BASED PURCHASING : MODULER LE FINANCEMENT HOSPITALIER PAR ACTIVITES EN FONCTION DE LA QUALITE ATTEINTE

Il est inutile de répéter que le financement actuel des hôpitaux est basé sur les activités réalisées. L'idée de moduler ce financement en fonction de la qualité des soins fournis existe depuis un certain temps.

Aujourd'hui, cela se traduit par une initiative très limitée dans le cadre de laquelle un budget d'environ 6 millions d'euros est réparti entre les hôpitaux en fonction de leur conformité à un large éventail d'indicateurs et d'initiatives de promotion de la qualité. Cela représente une incitation financière d'environ 50 000 euros par hôpital et par an. L'efficacité de cette initiative pour stimuler les initiatives de promotion de la qualité est logiquement mise en doute.

Pour parvenir à une réelle amélioration continue de la qualité des soins, il faut adopter une approche multifactorielle. Celle-ci doit s'appuyer sur les différentes dimensions du concept de "qualité des soins", telles qu'elles sont exposées dans le rapport de référence de l'Institute of Medicine (IOM). Ces dimensions sont :

- la sécurité
- l'efficacité, l'opportunité, l'efficience, réunies dans le concept de pertinence des soins
- l'équité et
- l'orientation patient.

Une politique de qualité intégrée dans les hôpitaux doit aborder ces différentes dimensions. Son succès est dans une large mesure déterminé par le degré de participation du personnel hospitalier, comme le montrent des observations récentes concernant l'augmentation des soins pertinents.

Les incitations financières inscrites au budget de l'hôpital sont à elles seules insuffisantes, mais elles peuvent contribuer à l'ensemble des initiatives de promotion de la qualité. Toutefois, comme le démontrent les initiatives P4P à l'étranger, cela nécessite un financement plus important que les 6 millions qui y sont actuellement consacrés. L'exemple le plus connu est celui des initiatives de Medicare qui font dépendre 2% du budget alloué à l'hôpital de la réalisation d'objectifs de qualité.

L'intention est d'intégrer ce principe dans le BMF actuel, et ce, à partir de juillet 2023. Le bonus qui peut être obtenu en fonction de l'atteinte d'indicateurs de qualité sera augmenté et sera également concentré sur un ensemble très limité d'indicateurs. Ces indicateurs doivent être liés à la dimension de la sécurité des soins dans le cadre du concept de qualité des soins de l'IOM, avoir un impact budgétaire et se raccrocher à d'autres objectifs de santé souhaités.

La prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux belges est de 7,3 %. Ce chiffre est supérieur à la moyenne de 6,4 % de l'UE-15. La prévention des infections nosocomiales et la réduction de la résistance aux antimicrobiens restent des objectifs importants de la politique de santé. À cet égard, nous pouvons également nous référer aux recommandations incluses dans le Plan d'action national belge "One Health" pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens (RAM).

Pour renforcer encore ce plan d'action, l'extension du programme P4P à partir de 2023 sera axée sur la lutte contre la résistance aux antibiotiques et la prévention des infections nosocomiales. Concrètement, cela signifie que la partie du budget du BMF réservée au P4P ne sera allouée à l'hôpital que si celui-ci atteint les indicateurs de qualité proposés pour les infections nosocomiales (telles que les septicémies liées aux cathéters, les infections de plaies postopératoires ou les pneumonies acquises sous ventilation).

## 6 MAITRISE DES SUPPLEMENTS

L'accord de gouvernement stipule que, en concertation avec les parties prenantes, la croissance des suppléments d'honoraires sera réglementée, stabilisée puis progressivement supprimée, en évitant autant que possible un passage à un cadre extra-muros.

Il est clair que cette problématique présente des liens inhérents avec la réforme de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux. Il est donc logique que, parallèlement et dans le même temps, des mesures soient prises qui favorisent également l'accessibilité des soins de santé.

Récemment, dans le cadre du projet de loi portant diverses dispositions urgentes en matière de santé, des mesures ont été prises en vue de créer une plus grande transparence quant aux suppléments d'honoraires facturés dans le secteur ambulatoire. Le projet de loi prévoit également la possibilité d'introduire une évaluation préalable des coûts.

En ce qui concerne les séjours hospitaliers, un certain nombre de mesures ont déjà été prises par le passé. Les suppléments d'honoraires ne peuvent être facturés que pour les séjours en chambre individuelle. Ceux-ci représentent environ 20% du nombre total des séjours hospitaliers. L'analyse de l'Agence intermutualiste montre que les patients se sont vu facturer un montant de 610 millions d'euros. Il existe de grandes différences entre hôpitaux, entre médecins d'une même discipline et entre les différentes disciplines médicales. Dans environ la moitié des séjours concernés, des suppléments d'honoraires de plus de 1.000 euros sont facturés par admission. Il existe même des exceptions allant jusqu'à 30.000 euros par séjour.

Pour des raisons de protection sociale, il est nécessaire d'élaborer d'autres mesures concernant cette question.

Les mesures suivantes seront prises dans le courant de l'année 2022.

- Afin de stabiliser la croissance des suppléments, il sera légalement stipulé qu'à partir du 1er janvier 2022 et pendant une période de deux ans, aucun accord ne pourra être conclu dans les hôpitaux pour augmenter les suppléments d'honoraires et que, pendant la même période, le système de prélèvements ne pourra pas conduire à des prélèvements supérieurs à ceux appliqués en 2021. Ainsi, la mesure introduite par le gouvernement précédent dans le cadre du soutien financier aux hôpitaux est prolongée.
- En outre, en exécution de l'accord médico-mutualiste du 21 décembre 2021, il sera prévu par la loi que les examens en ambulatoire qui ne peuvent être réalisés qu'à l'hôpital doivent également pouvoir être proposés aux tarifs de la convention, comme c'est actuellement le cas

pour les patients hospitalisés. Ceci est le corollaire du constat que dans certains hôpitaux, certains examens radiologiques ne sont plus proposés aux tarifs de la convention.

- Enfin, les mesures concernant la création d'une plus grande transparence prévues dans le projet de loi portant diverses dispositions urgentes en matière de santé seront mises en œuvre.

A partir de 2023, lors d'une admission dans une chambre individuelle d'un hôpital, il sera obligatoire de fournir aux patients une estimation des coûts avant leur admission pour certaines interventions. Celle-ci devra mentionner clairement les suppléments d'honoraires. Cela permettra au patient de prendre une décision éclairée à l'avance et, s'il le souhaite, d'opter pour une admission dans une chambre à deux lits dans laquelle aucun supplément d'honoraires ne peut être facturé.

En outre, selon le projet de loi susmentionné, les prestataires de soins du secteur ambulatoire devront mentionner clairement les suppléments qu'ils facturent et les transmettre aux organismes assureurs. Il est important que cette obligation soit pleinement mise en œuvre au plus tard d'ici le 1er janvier 2023, afin d'avoir une idée des suppléments d'honoraires facturés dans le secteur ambulatoire.

Dans une deuxième phase (2023-2024), une limitation légale des suppléments d'honoraires exigibles sera mise en œuvre. Cela permettra de fixer des plafonds nominaux et des pourcentages maximaux, tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire, de sorte que le montant global des suppléments d'honoraires puisse être progressivement réduit. Nous envisagerons de prévoir certains mécanismes de compensation, impliquant également le secteur des assurances, en tenant compte de la diminution des dépenses des assurances hospitalisation. Ces mesures visent à ancrer dans la loi le principe de modération tel que prévu à l'article 33 du nouveau Code de déontologie médicale.

Enfin, à partir de 2024, en même temps que la révision de la nomenclature, seuls des suppléments limités calculés sur la partie professionnelle des honoraires seront encore possibles.