

Janvier 2014.

## **Retour sur le dernier débat UNAMEC@omium: comment passer du «Pay for Service» au «Pay for Quality (P4Q)»?**

Lieven Annemans, Dirk De Wachter, Marc Nickmilder, Inge Sedeijn, Alain De Wever ont exploré le 28 novembre, à l'Atomium, les grandes pistes pour améliorer la qualité dans les hôpitaux.

D'abord l'accréditation des hôpitaux. Un vaste chantier. Aujourd'hui, 59 hôpitaux ont commencé un trajet d'accréditation en Flandre et 3 hôpitaux ont obtenu l'accréditation à ce jour. Du côté francophone, sous l'impulsion des ministres Tillieux et Laanan, une conférence a été organisée le 11 décembre pour aider les hôpitaux à s'engager dans les chemins de l'accréditation. Des éléments qualitatifs existent déjà dans le système actuel. Ils sont discutés et respectés, mais restent parcellaires. Il faut opérer un changement global, qui relève d'une nouvelle culture. Dans l'optique de l'accréditation, on travaille de manière systématique, à l'instar des audits de qualité, et on ira ainsi notamment plus en profondeur dans l'analyse détaillée des procédures. Cette approche permettra aussi à chacun d'obtenir plus de clarté – et donc de confort de travail – sur le bon usage des technologies et autres processus.

### **Dispositifs médicaux**

En matière d'utilisation correcte des dispositifs médicaux, on s'entend sur l'idée qu'il est indispensable d'analyser et de documenter les processus, auprès des utilisateurs et des services techniques: lister les procédures, les analyser et mettre en place des formations idoines. Actuellement, on investit trop peu à ce niveau. L'accréditation peut jouer un rôle certain. Il faut bien entendu financer ces démarches.

La contribution de l'industrie est ici de première importance. Car elle connaît les produits (tests, limites des produits...). Confier cette tâche aux seuls hôpitaux ne serait pas efficace. En outre, il est aujourd'hui impossible pour les hôpitaux, comme pour les universités d'ailleurs, de suivre l'évolution ultra rapide de la technologie. Or, les praticiens doivent être parfaitement à même d'utiliser la technologie. Pour les entreprises, c'est du reste une condition d'ouverture du marché. Cette connaissance parfaite des dispositifs sur le terrain et des procédures en vigueur

impliquent bien entendu aussi un suivi des dispositifs et de leur utilisation (matériorivigilance).

En matière d'indicateurs de qualité, les approches semblent actuellement différer entre le Nord et le Sud. Ainsi, en Flandre, les autorités régionales ont initié, avec tous les autres acteurs, un forum débouchant sur des groupes de travail spécifiques ayant pour mission de proposer des indicateurs de qualité par spécialité. Un signal fort, qui indique la volonté de construire ceux-ci de manière consensuelle. L'étape suivante sera leur utilisation effective dans les hôpitaux et leur publication, même si l'intention n'est certainement pas de rendre cette dernière étape obligatoire (pour le moment). L'approche semble différer là où l'on a pris des initiatives en Wallonie. C'est le cas dans le projet «Navigator» (en route depuis 5 ans), où collaborent 32 hôpitaux avec le réseau Santé Louvain. On réalise un benchmarking sur des indicateurs, en vue d'un «échange convivial», mais pas question à ce stade de rendre les résultats publics. D'ailleurs, les participants s'accordent sur la prudence à adopter au niveau publication. Des années de rodages seraient d'abord nécessaires. En effet, il est très difficile de bien comparer. Il faut en effet tenir compte des spécificités de chaque hôpital, de ses spécialités, du profil de ses patients (âge, comorbidité)... Et puis, un hôpital peut exceller ici, et pas là-bas.

### **Comment évoluer sereinement vers le «Pay for Quality»?**

Manifestement, pas en sanctionnant. Du reste, les patients ne seraient pas dupes, et feraient eux-mêmes le tri entre bons et mauvais services rendus... Même si certains estiment que les patients jugent les hôpitaux sur des mauvais critères, superficiels, comme la qualité de la restauration. Des indicateurs qui analysent ce que le patient ne voit pas sont donc d'autant plus importants. Et pourquoi pas prévoir un bonus, par exemple, inversement proportionnel au nombre de réadmissions dans les hôpitaux? On plaide en tous cas pour des indicateurs à la fois structurels (les services proposés), liés aux processus et aux résultats (mortalité, réadmission, maladies nosocomiales, etc.), intégrant les profils des patients et les spécificités des hôpitaux. Deux facteurs prépondérants pour arriver au P4Q: le financement tout d'abord. Il faut quitter le système de paiement à l'acte, déconnecter la rémunération des hôpitaux du nombre de prestations et évoluer vers un système forfaitaire par pathologie. Cela peut se faire progressivement, par exemple en commençant par les honoraires générant des actes techniques et en rémunérant mieux les honoraires intellectuels «purs». Deuxièmement, il faut soutenir la spécialisation et la concentration, car il est évident que la quantité des interventions pratiquées influe

sur les compétences liées à l'expérience et à la qualité de l'output. Avec un bémol cependant: évitons les pièges d'un merchandising qui ferait la publicité de certains centres d'excellence et entrainerait à nouveau une surconsommation.

La feuille de route de la Ministre Onkelinx, rendue publique en novembre 2013 et consacrée au financement des hôpitaux, évoque l'horizon 2016. S'il est clair que des éléments de qualité doivent accompagner une approche forfaitaire indispensable, il faudra pas mal de volonté politique et dégager des moyens financiers pour mettre en œuvre un système dont on ne sait à priori pas ce qu'il va apporter.

#### **L'accès à l'innovation est-il en danger en Belgique?**

Cette question cruciale sera au cœur du prochain débat @OMIUM, organisé par UNAMEC le 23 janvier 2014. L'offre de nouveaux dispositifs médicaux et d'implants ne cesse d'augmenter au cours des années. Après le marquage CE, ces produits sont accessibles sur le marché. Un marquage CE ne constitue toutefois pas une garantie de remboursement par l'INAMI. L'accès aux innovations pour les patients est-il compromis par les exigences supplémentaires de l'INAMI? Quelles garanties offre le marquage CE et que peut apporter la nouvelle législation EU? Plusieurs experts: Dr William Wijns (cardiologue interventionnel OLV Aalst), Greet Musch (directeur général AFMPS), Dr Yves Taeymans (chef du service cardiologie interventionnelle UZ Gent) et Mattias Neyt (KCE) répondront à ces questions essentielles lors d'un débat qui s'annonce particulièrement intéressant. Une façon instructive de commencer l'année qui s'ouvre à nous.

Renseignements et inscriptions: Leen Pauwels – [l.pauwels@unamec.be](mailto:l.pauwels@unamec.be)