



La situation générale hospitalière et les défis globaux: Quelles stratégies ? Quels financements ?

**Éléments de l'historique, des réalités actuelles et des
tendances pour le futur**

Benoit COLLIN, Administrateur Général Adjoint INAMI

AG UNAMEC 12.05.2014

Notification contrôle budgétaire mars 2013

*ii) La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique soumettra au Conseil des Ministres, au plus tard en octobre 2013, une **feuille de route** (principes, méthodologie, établissement du coût de référence, pathologies retenues, effet sur les honoraires et leurs prélèvements, intégration de la qualité et de l'accessibilité, progressivité et planning d'exécution) en vue du passage à un système de financement hospitalier forfaitaire prospectif, basé sur les pathologies. Cette feuille de route s'appuiera, dans la mesure du possible, sur un avis de la Structure Multipartite, et inclura l'intervention du KCE.*

- C'est une **demande/décision collégiale** du Gouvernement à la Ministre
- C'est conçu comme un **processus** : feuille de route, passage, planning d'exécution, ...
- Cela inclus de la **concertation** (avis multipartite) et des analyses/interventions scientifiques (via le KCE)
- On ne parle **pas de financement all-in ou global** mais d'un **financement de type forfaitaire, prospectif et basé sur les pathologies**
- On attire l'attention sur la **qualité et l'accessibilité** à intégrer dans ce nouveau système
- On attire aussi l'attention sur les **effets à mesurer du nouveau financement sur les honoraires et leurs prélèvements** (rapport gestionnaires-hôpital / prestataires hospitaliers)

**IL Y A DONC CERTAINES BALISES POUR ENCADRER CETTE FEUILLE DE ROUTE 2
ET CE PASSAGE A UN NOUVEAU FINANCEMENT**

- Diminution de l'hospitalisation classique aigue
 - Durée de séjour
 - Nombre de lits
 - Nombre d'admission
 - Taux d'occupation
- Alternatives à l'hospitalisation classique aigue
- Impact des technologies sur le paysage hospitalier
- Impact du vieillissement et des maladies chroniques sur le paysage hospitalier



nouveau paysage hospitalier

nouveau(x) système(s) de financement

A quoi sert le financement hospitalier ?

- *À première vue = recettes pour couvrir des coûts*

Le financement hospitalier actuel

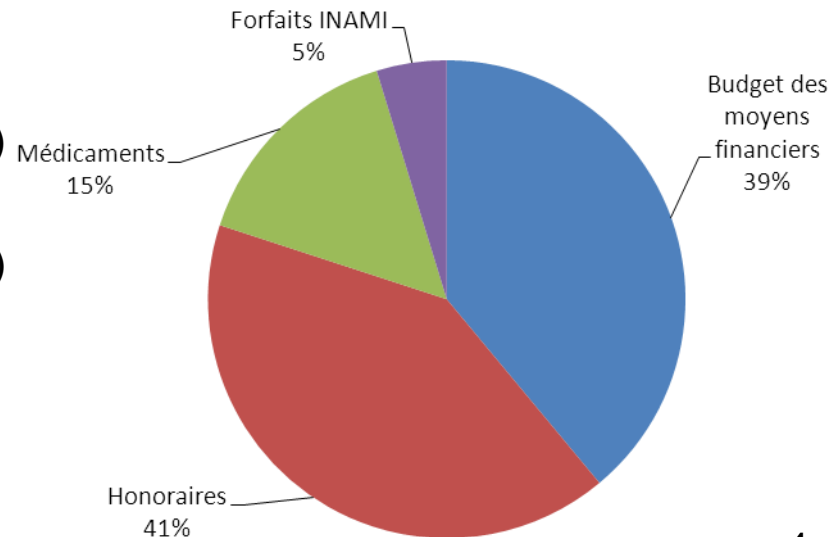
- Un **chiffre d'affaires total de 12,8 milliards** pour les hôpitaux généraux

- **6 différentes sources de recettes:**

- Budget des moyens financiers (38,6%)
- Les honoraires (40,7%)
- Les produits pharmaceutiques (15,1%)
- Les forfaits de l'INAMI (4,7%)

+ *La part payée par le patient*

+ *Les fonds propres*



A quoi sert le financement hospitalier ?

- *A première vue pour le gestionnaire = recettes pour couvrir des coûts*
- *Pour le régulateur la stratégie du financement est le financement d'une stratégie*
 - *Diminution durée de séjour : activité justifiée*
 - *Contrôle de la consommation médicaments : forfaits*
 - *Favoriser l'hospitalisation de jour : pénalités dans BMF pour « hors HJ »*



A quoi sert l'hôpital ? C'est quoi l'hospitalisation ?

**REGLEMENT DU 28 JUILLET 2003 PORTANT EXECUTION DE
L'ARTICLE 22, 11° DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE
OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES, COORDONNEE
LE 14 JUILLET 1994**

CHAPITRE IV : DE L'HOSPITALISATION

Art. 7. § 1er. Lorsqu'il n'est pas possible, de manière ambulatoire, de poser un diagnostic, d'appliquer une thérapeutique ou d'isoler effectivement un contagieux, le bénéficiaire peut être hospitalisé dans un service hospitalier agréé à cet effet par le Ministre compétent en la matière.



A quoi sert l'hôpital ? C'est quoi l'hospitalisation ?

- Cette définition indique la **primauté de l'ambulatoire** dans la chaîne de soins, **l'hospitalisation ne devant intervenir qu'à défaut** d'un recours possible à toute solution ambulatoire
- Historiquement, hospitalo-centrisme « de fait » contre primauté de l'ambulatoire « de droit »
- Toutes les politiques qui permettent l'application de ce principe ne sont donc pas des politiques basées sur une nouvelle approche mais la réaffirmation d'un principe normalement applicable
- Retour vers le futur ?
- L'hospitalisation doit donc être ou redevenir l'exception et non la règle
- L'hôpital ne doit donc plus être synonyme
 - d'hospitalisation et de lits
 - mais de centre coordonné et multidisciplinaire de soins et de diagnostics spécialisés et de places de prise en charge.

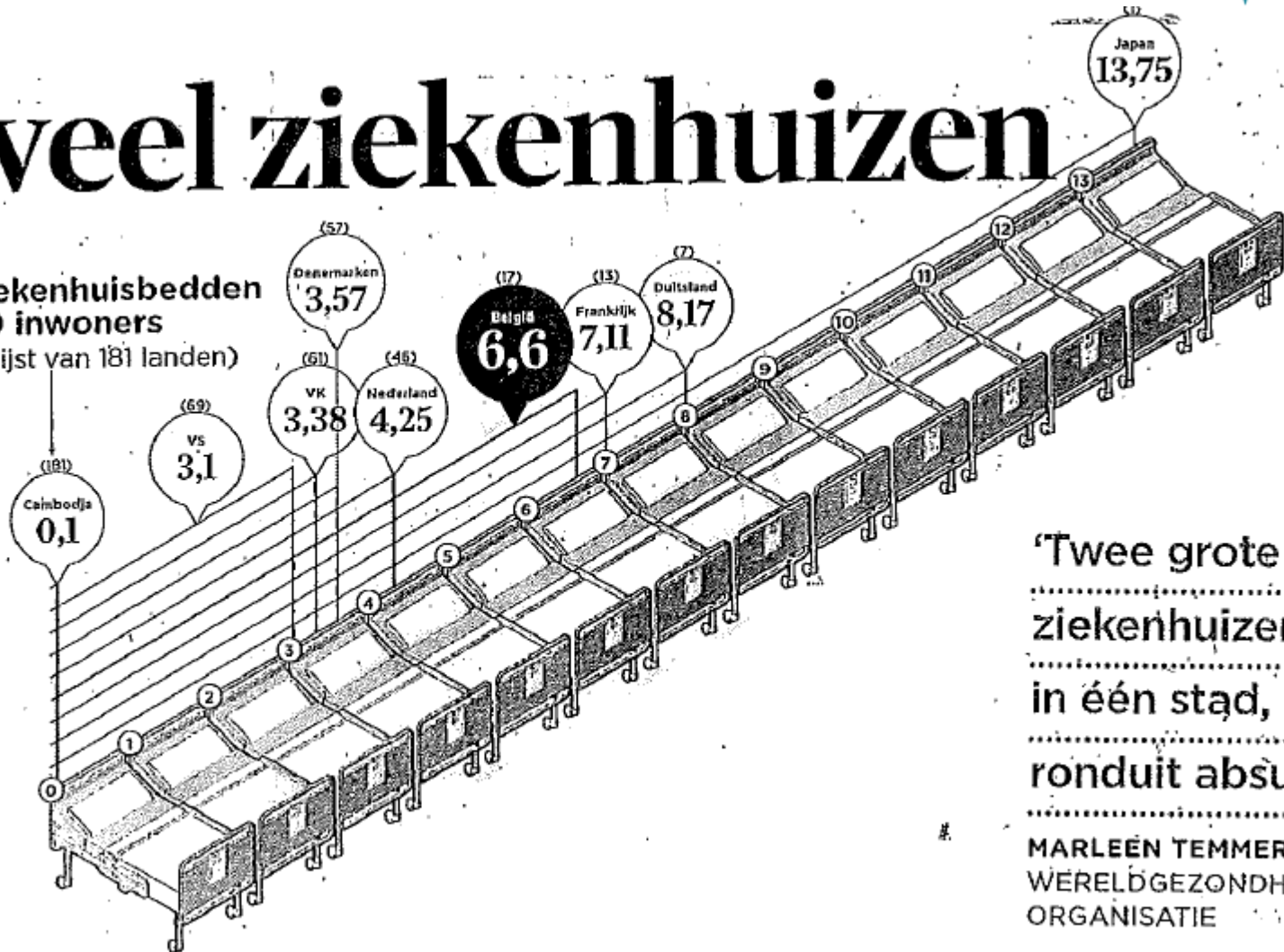
évolution du nombre d'hôpitaux



- En Belgique, on peut subdiviser les hôpitaux en deux catégories : les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques.
- En 2008, on recensait 207 hôpitaux, dont 139 généraux et 68 psychiatriques.
- Le secteur des hôpitaux généraux compte 112 établissements de soins aigus, 19 hôpitaux spécialisés et 8 hôpitaux gériatriques.
- Depuis 25 ans, le nombre d'hôpitaux aigus est passé de 350 à 98

Te veel ziekenhuizen

Aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners
(positie op lijst van 181 landen)

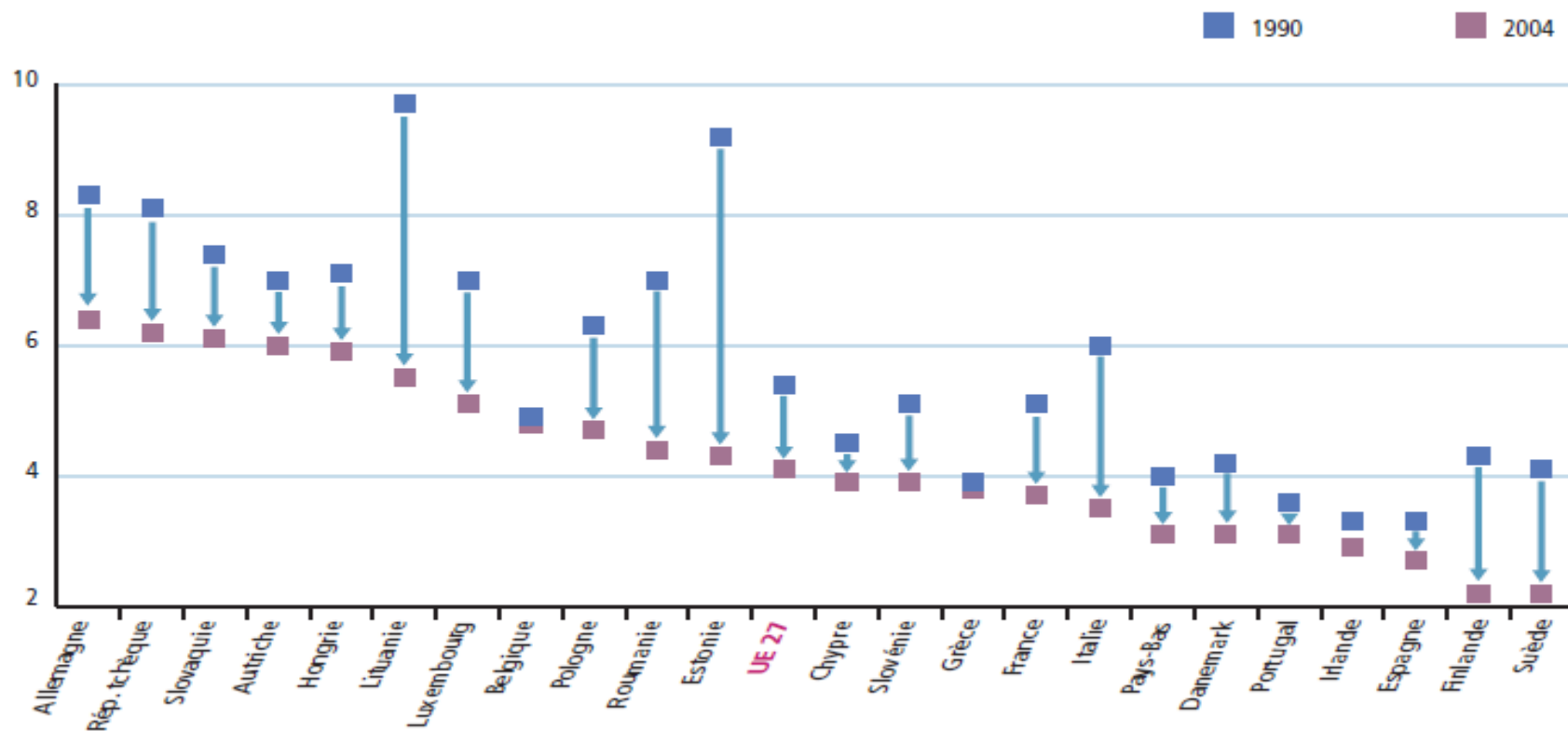


‘Twee grote
ziekenhuizen
in één stad, dat is
ronduit absurd’

MARLEEN TEMMERMAN
WERELDGEZONDHEIDS-
ORGANISATIE

évolution du nombre d'hôpitaux

Évolution du nombre de lits d'hôpitaux de soins aigus pour 1 000 habitants entre 1990 et 2004

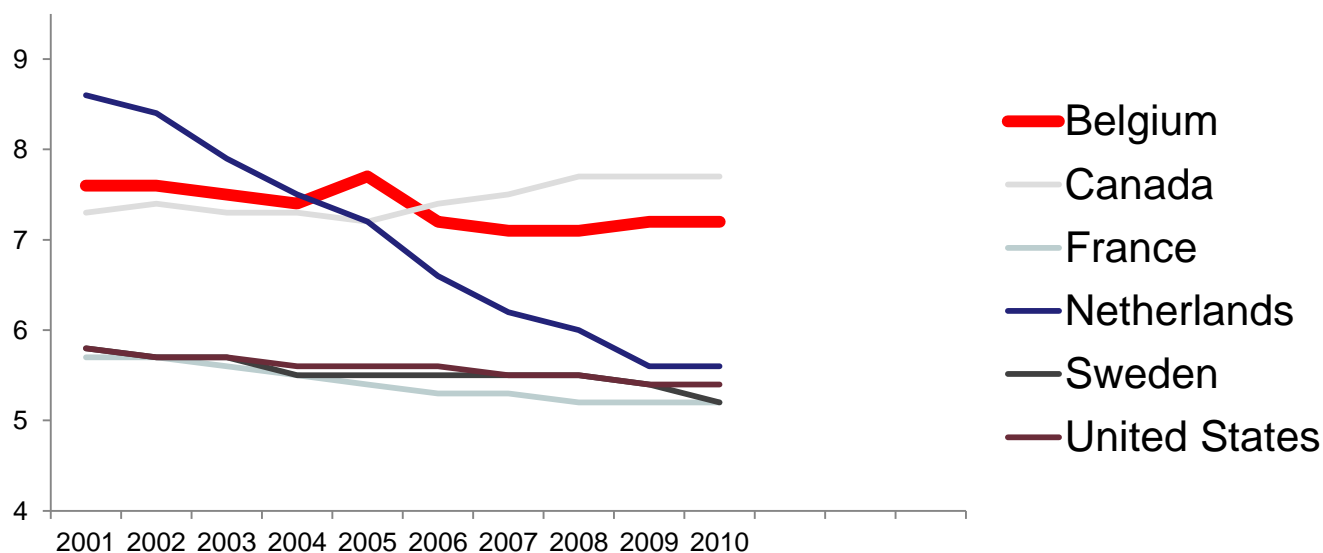


évolution des durées de séjour

Acute care hospitals utilization, 1980–2007 (selected years)

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Average length of stay (days)	10.0	8.7	8.5	8.4	8.4	8.3	8.1	8.0	7.9	7.8
Occupancy rate (%)	77.7	81.9	67.3	68.3	67.9	65.9	70.5	67.6	66.6	66.6

Source: OECD 2009a KCE Report 138b.



Acute care hospitals utilization, 1980–2007 (selected years)

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Average length of stay (days)	10.0	8.7	8.5	8.4	8.4	8.3	8.1	8.0	7.9	7.8
Occupancy rate (%)	77.7	81.9	67.3	68.3	67.9	65.9	70.5	67.6	66.6	66.6

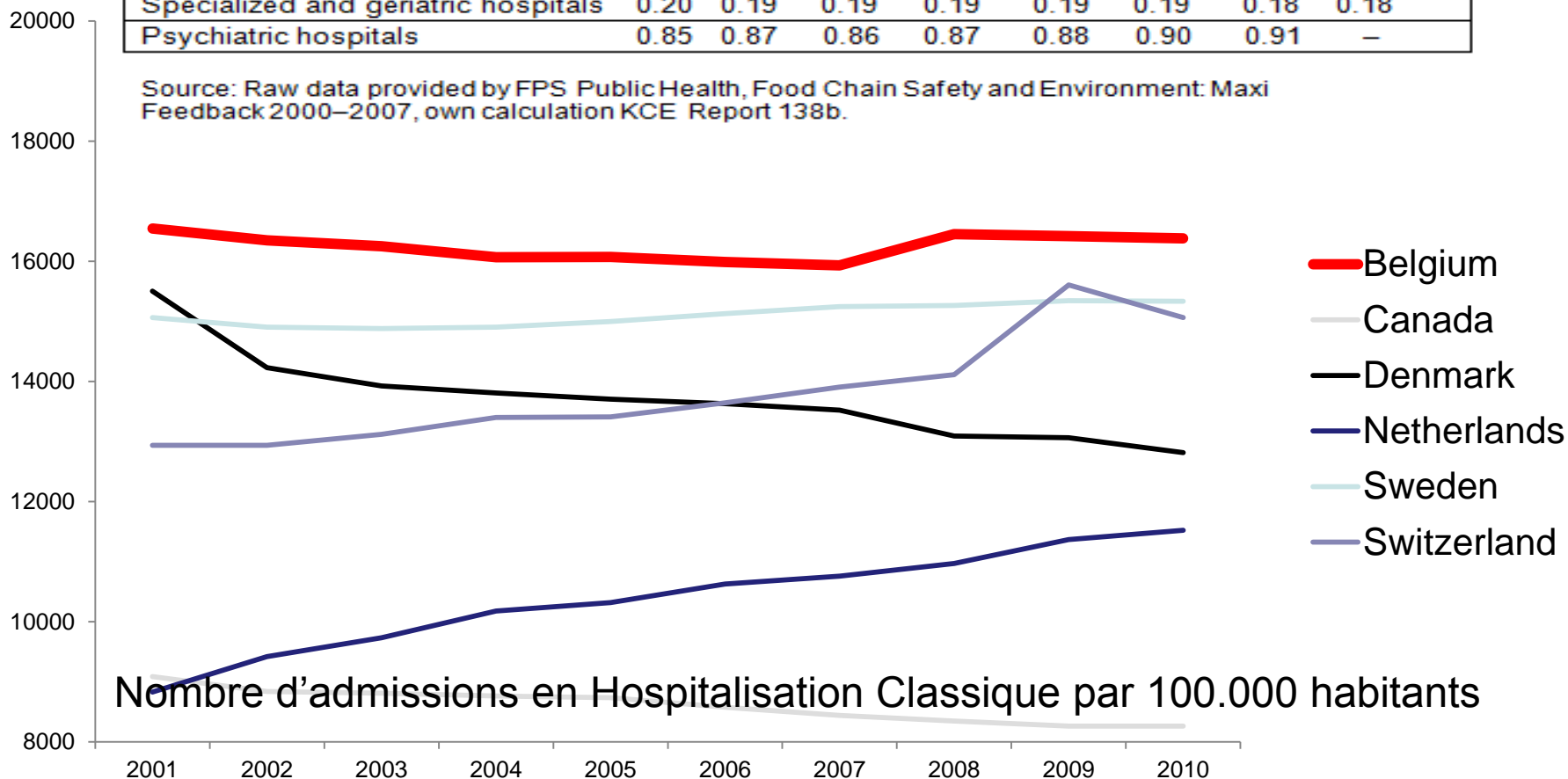
Source: OECD 2009a KCE Report 138b.

Évolution du nombre d'admissions hospitalières

Admissions per 100 population, 2000–2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Acute care hospitals								
Classic hospitalization	16.63	16.49	16.30	16.18	16.17	16.19	16.11	15.87
Day hospitalization	7.12	7.76	8.47	9.47	10.06	10.40	10.74	11.52
Proportion day hospitalization	30%	32%	34%	37%	38%	39%	40%	42%
Specialized and geriatric hospitals	0.20	0.19	0.19	0.19	0.19	0.19	0.18	0.18
Psychiatric hospitals	0.85	0.87	0.86	0.87	0.88	0.90	0.91	–

Source: Raw data provided by FPS Public Health, Food Chain Safety and Environment: Maxi Feedback 2000–2007, own calculation KCE Report 138b.



Nombre d'admissions en Hospitalisation Classique par 100.000 habitants

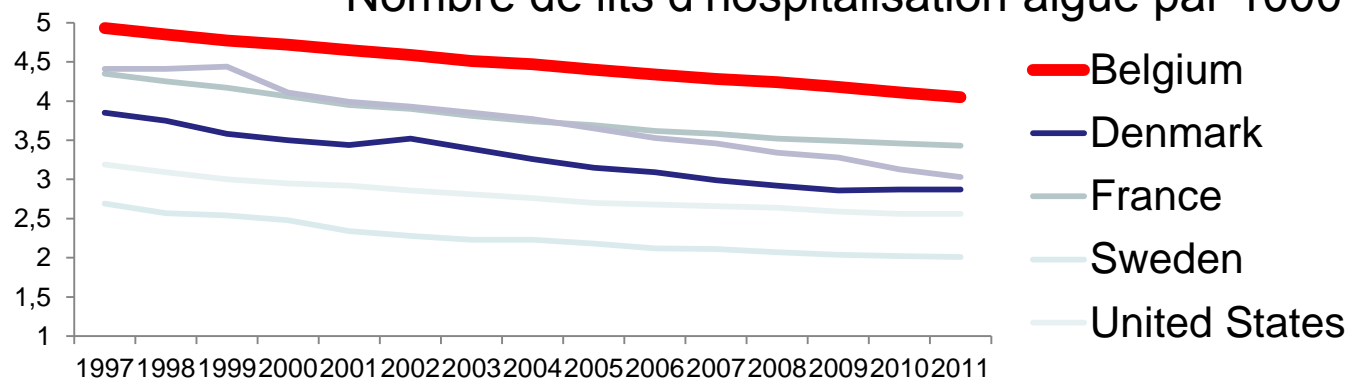


Inpatient utilization and performance in acute hospitals in the WHO European Region, 2006 or latest available year

	Hospital beds per 100 000 population	Admissions per 100 population	Average length of stay in days	Occupancy rate (%)
Belgium	468.7	16.0	7.9	66.6
EU average	395.3	17.0	6.5	76.3
EU15	375.2	16.7	6.5	76.4

Source: WHO Regional Office for Europe 2010 (January). KCE Report 138b.

Nombre de lits d'hospitalisation aigue par 1000 habitants



Occupation des lits en fonctionnement* de la Belgique en fonction de la typologie de patient

5% des lits occupés par des patients chroniques

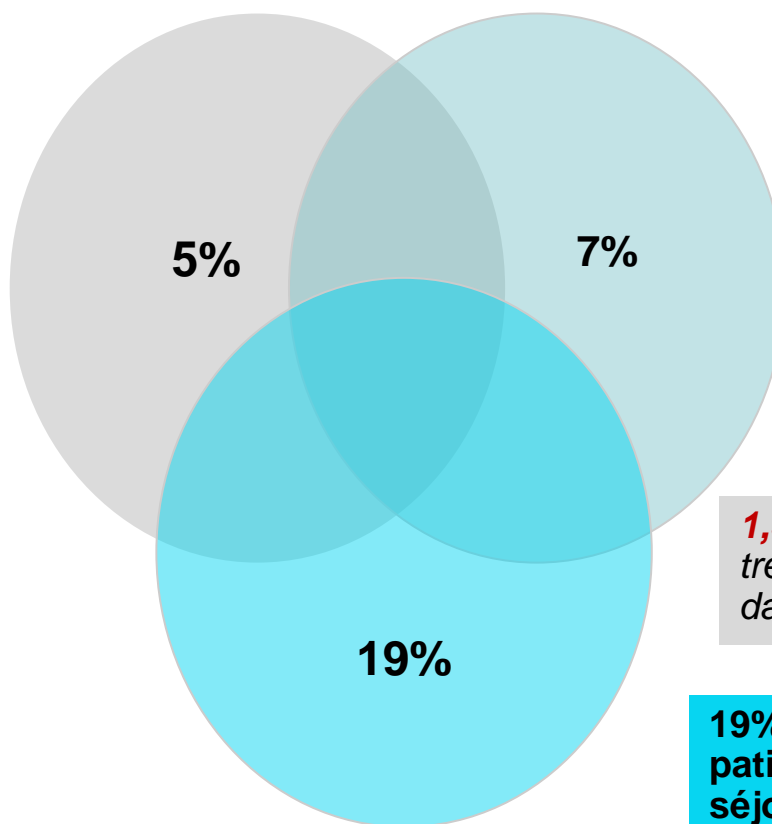
Dans cette analyse nous n'avons pris en compte que les 3 APR-DRG suivants:

- Insuffisance cardiaque
- Diabète
- MPOC

7% des lits occupés par des patients réadmis dans les 10 jours (dans ce cas, les interventions forfaitaires calculées par admission dans un hôpital général sont normalement réduites à 82 % de leur valeur)

1,53% des lits occupés par des très longs séjours et réadmis dans les 10 jours

19% des lits occupés par des patients avec des très longs séjours (>30j), on comptabilise seulement les séjours à partir de la journée 31



* Lits calculés sur la base d'un taux d'occupation de 80% et une année de 365 jours.



Dans ce schéma, l'hôpital de demain est appelé à intégrer plusieurs évolutions :

- **Une tendance lourde visant à reconfigurer gériatriquement l'hôpital :**
 - Repenser les modes de fonctionnement de l'hôpital des urgences jusqu'en réanimation en tenant compte des exigences liées à l'accueil d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées voire très âgées
 - Opérer un rééquilibrage de l'offre de soins au bénéfice de la médecine polyvalente, voire palliative au détriment de la médecine hyper-spécialisée
- **Une tendance à délocaliser le multi-services à domicile avec le concours des professionnels de ville :**
 - Plateaux techniques de plus en plus regroupés vu leur coût de fonctionnement
 - Temps médical disponible en réduction
 - Raccourcissement de la durée d'hospitalisation
 - Revers du progrès médical : installation d'un nombre de patients de plus en plus importants, de plus en plus âgés, dans un état de chronicité

 **Dynamiser même sans les piloter, les réseaux de soins à domicile**



Les systèmes de santé des pays de l'Union européenne sont aujourd'hui confrontés à **des défis similaires**.

- **L'impératif démographique s'impose à eux et la prise en charge du vieillissement** constitue l'une des préoccupations majeures des décideurs hospitaliers.
- On sait également **que l'exigence citoyenne quant à l'offre de soins** a augmenté partout (en termes de qualité, mais aussi d'accessibilité ou de réactivité).
- Enfin, **les progrès techniques et médicaux**, qui contribuent à l'élévation constante du niveau sanitaire, occasionnent aussi des dépenses supplémentaires.

Les pouvoirs publics de nombreux pays européens ont donc récemment engagé des réformes de leur système de santé, parfois en profondeur. Si les réponses ne sont pas identiques (le poids des cultures et des histoires nationales est particulièrement fort en matière de santé), on décèlera rapidement des **traits communs**.

- En premier lieu, on constate que les réformes hospitalières visent à **responsabiliser les différents acteurs**, l'introduction d'un financement reposant sur une tarification à l'activité en témoigne.
- Autre élément de convergence, la recherche du **meilleur compromis entre un haut niveau de technicité, qui appelle sans doute une concentration de moyens, et une facilité d'accès aux soins** constamment réclamée par les citoyens d'où une **territorialisation des politiques de santé**.



Le virage ambulatoire en Europe

- Les évolutions technologiques dans le domaine médical ont permis des évolutions de la prise en charge hospitalière des patients, avec le développement des **alternatives à l'hospitalisation complète**. Les **hospitalisations pour des durées généralement inférieures à un jour et l'hospitalisation à domicile (HAD)** peuvent être citées dans ce cadre.
- Praticué dans des conditions optimales, ce “virage ambulatoire” du secteur hospitalier présente des avantages pour le patient, qui peut dans certains cas être soigné à son domicile ou à défaut rester moins longtemps alité.
- Il participe également à la **rationalisation du secteur hospitalier**, le coût de cette prise en charge s'avérant généralement moins élevé qu'une hospitalisation complète. Le développement de ces alternatives à l'hospitalisation complète **favorise la diminution des lits hospitaliers car les capacités d'accueil qui s'y réfèrent ne sont généralement pas des lits mais des places**.

Défis, évolutions comme facteurs de changement de l'hôpital



1

La préoccupation économique

- Une réponse commune : le transfert des risques vers les prestataires de santé

2

Les changements démographiques et épidémiologiques

- La meilleure efficacité des traitements contribue à une espérance de vie plus longue (vieillesse)
- Il y a une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de leur nombre (vu vieillissement)

3

Le nouveau patient : plus informé et exigeant

- Les changements sociaux ont modifié la perception de la population quant aux services de santé : rapidité, valeurs et préférences individuelles, information comparative et sources, confort, la médicalisation croissante...
- Les patients sont passés du statut de sujets passifs à sujets actifs, en tant que protagonistes du processus de prise en charge

Défis, évolutions comme facteurs de changement de l'hôpital

4

L'innovation technologique et thérapeutique

- La recherche et l'innovation ont amené à de grandes avancées tant dans les méthodes de diagnostic que dans les possibilités thérapeutiques
- La médecine personnalisée, prédictive, préventive et participative

5

Le développement des TIC

- Les TIC jouent un rôle chaque fois plus important dans le portefeuille des prestations (télémédecine)
- Les TIC favorisent une accessibilité accrue aux données des patients (ubiquité de l'information)
- Les TIC facilitent de nouvelles façons de travailler et de collaborer.

6

La modification du profil des professionnels et professions de santé

- Les attentes socio professionnels changent
- Le « skill mix » est en pleine évolution

Il y a aujourd'hui **2 tendances importantes dans le monde hospitalier** :

- D'une part, on voit pour les hôpitaux aigus une évolution vers plus de concentration d'un nombre de programmes de soins spécialisés : **évolutions technologiques et techniques de soins + concentration et hospitalisation**

- **On ne pourra plus faire tout partout**
- **Concentration et spécialisation : volume d'actes par prestataire et par service pour être centre de référence habilité à pratiquer une technique**
- **Travail en réseau, échelonnement des prises en charge : centres de référence, hôpitaux aigus généralistes de base, hôpitaux de suite, ambulatoire,...**
- **Développement de l'ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation aigue classique pour encadrer la phase aigüe / super-aigüe**

- D'autre part, un nouveau modèle de soins et un autre type de financement est nécessaire pour les besoins croissants en soins chroniques : **vieillesse & pathologies chroniques + décentralisation et ambulatoire**

- **Hôpitaux chroniques**
- **Revoir le circuit chronique et gériatrique**
- **Hôpitaux de suite (réadaptation, convalescence, ambulatoire type HJ, ...)**
- **Développement de l'ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation aigue classique**

- À nouvelle stratégie hospitalière, nouvelle stratégie de financement !

- Moins d'hôpitaux aigus
- + de concentration des spécialisations et techniques : choix de la qualité et sécurité plutôt que proximité et « tout partout »
- Hôpitaux/centres aigus de référence – hôpitaux aigus généralistes
- Dans les hôpitaux aigus restants :
 - - de lits et d'hospitalisations classiques et + d'alternatives à l'hospitalisation classique aigue et + d'ambulatoire
 - pour la prise en charge aigüe même généraliste : volume d'activité pour qualité, sécurité et équilibre financier
- + de prise en charge chroniques, gériatriques, réadaptation, dans des centres adaptés à cet effet : proximité raisonnable pour séjours plus longs ou prise en charge ambulatoire de proximité
- - d'hospitalo-centrisme : travail en réseau de santé au plan local et sub-régional pour limiter l'hospitalisation et sa durée
- + de réseau au niveau hospitalier entre les divers types d'hôpitaux pour prise en charge hospitalière globale
- Au sein de l'hôpital : travail en réseau, + multidisciplinaire et transmédié : prise en charge globale du patient et moins en silo ou par organe.
- Financement adapté pour soutenir cette nouvelle stratégie avec incitants ou pénalités différenciés selon les types d'hôpitaux et de structures.

Défis, évolutions comme facteurs de changement de l'hôpital

Repenser l'hôpital : nombreuses réformes et réflexions en cours

Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland?
Achtergrondstudie



OVZ
Vereniging van Oorzaken van Ziekten

Therapeuten
Huisartsen
Tandartsen

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

OECD Publishing

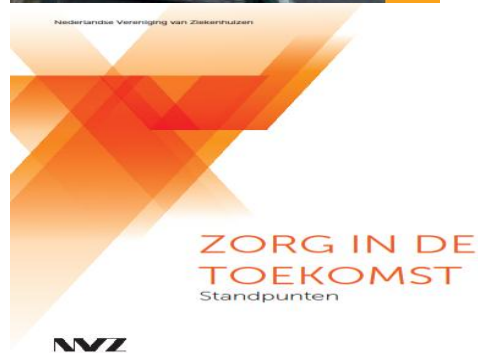
Please cite this paper as:
Kumar, A. and M. Schoenstein (2013), "Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 64, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202222.ch06>

OECD Health Working Papers No. 64

Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries

Ankit Kumar, Michael Schoenstein

ZORG IN DE TOEKOMST
Standpunten



NVZ

Future Hospital Commission

Future hospital: Caring for medical patients

A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians, September 2012

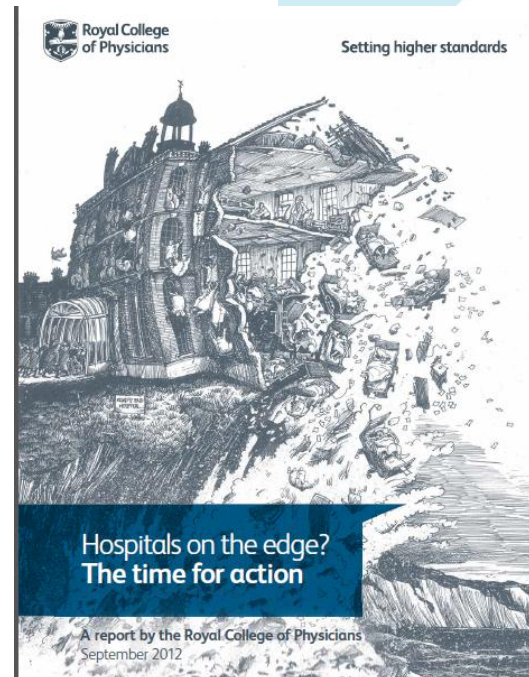
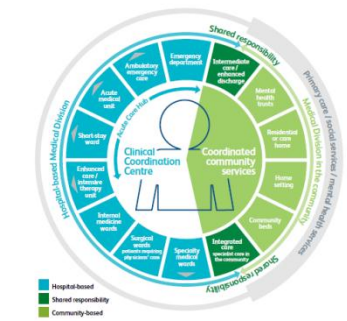


Royal College of Physicians

Setting higher standards

Hospitals on the edge? The time for action

A report by the Royal College of Physicians
September 2012

- D'une nouvelle stratégie de financement à de nouveaux financements d'une stratégie de santé
- Financement actuel dual et soit encore trop historique ou structurel (B1, groupe d'hôpitaux) ou productiviste (admissions) soit encore trop antagoniste notamment financement basé sur pathologie et durée moyenne versus financement à l'acte (honoraires) donc à la production et pas financement global d'une prise en charge multidisciplinaire médicale, infirmières, sociale, hôtelière.
- Crise du financement dans de nombreux pays : coûts des hospitalisations et de la technique hospitalière aigüe : on arrive au bout de la logique et du possible (déficits...)
- Peu d'orientation résultats et qualité
-



ÉVOLUTION VERS UN NOUVEAU SYSTÈME DE FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS EN BELGIQUE

– Feuille de route –

TABLE DES MATIÈRES

I.	Constats préliminaires	2
II.	Périmètre de l'analyse	3
III.	Objectifs généraux de la réforme	4
IV.	Méthodologie et planification.....	5
	Etape 1. Travaux préliminaires (mai 2013 – septembre 2013)	6
	Etape 2. Analyse et consultations (novembre 2013 – septembre 2014)	9
	Etape 3. Élaboration et validation de la réforme (octobre 2014 – juin 2015)	
	Etape 4. Finalisation législative et implémentation progressive (juillet 2015 – ...)	
V.	Conclusions.....	10
VI.	Annexes	11
	Annexe 1. Note de synthèse : Services d'intérêt économique général (SIEG)	12
	Annexe 2. Analyse d'opportunité de potentielles mesures intermédiaires.....	14
	Annexe 3. Synthèse du rapport KCE 207	16

En collaboration avec :

1. Constats préliminaires : de multiples facteurs invitent les autorités publiques et les acteurs du système des soins de santé à mener une réflexion en profondeur sur le financement hospitalier, envisagé dans sa globalité

- la **multiplicité des diverses sources financières** (budget des moyens financiers (BMF), honoraires à l'acte, forfaits ou honoraires forfaitaires, parties liées à un case-mix, ...) répondant à des logiques variables et parfois antagonistes posent question, que ce soit au regard de la cohérence, de la prévisibilité, de la lisibilité, et bien entendu de l'efficacité.
- Le **contexte de l'évolution des financements hospitaliers à l'étranger, les résultats de la Belgique en termes de performance dans certains indicateurs et son positionnement par rapport à d'autres pays de l'OCDE** doivent guider les autorités et les acteurs de la Santé dans la poursuite ou l'accélération de l'évolution du financement hospitalier, et pour mesurer l'impact des réformes mises en oeuvre.
- La problématique des sources diverses de financement, de leurs interactions et de leur gestion intra-hospitalière ne crée par ailleurs actuellement **pas un cadre optimal de collaboration, voire de cogestion entre les gestionnaires et les prestataires**, tant les logiques induites par les divers systèmes peuvent parfois s'avérer antinomiques.
- Enfin, les **nouveaux transferts de compétence issus de la sixième réforme institutionnelle de l'État belge** auront aussi une influence directe sur certaines sous-parties du financement (BMF : investissements en infrastructure), et indirecte sur d'autres éléments (normes d'agrément et financement de ces normes).

1. Constats préliminaires : de multiples facteurs invitent les autorités publiques et les acteurs du système des soins de santé à mener une réflexion en profondeur sur le financement hospitalier, envisagé dans sa globalité

- **Le vœu d'un nouveau financement plus cohérent et plus lisible semble partagé par l'ensemble des acteurs.** Une réflexion d'une telle ampleur ne peut se concevoir sans la **participation** de ces derniers, afin de baser la réforme envisagée sur la connaissance des constats faits par eux. La méthode de travail ici proposée impliquera dès lors le **monde hospitalier, et même au-delà, vu les interactions entre le système hospitalier et les autres formes de prise en charge de la santé.**
- Il faudra également, au-delà des constats sur le système actuel, déterminer le **positionnement des différentes parties prenantes sur un modèle plus prospectif et plus intégré, basé sur les pathologies traitées ou l'ensemble des soins nécessaires.** Les systèmes de ce type forment la tendance ces dernières années, dans un grand nombre de pays. Veiller à l'équilibre des besoins et aspirations des divers acteurs et de l'hôpital globalement envisagé, ainsi que du système de santé et, bien entendu, des bénéficiaires, constitue une étape importante d'un tel processus de réforme.
- Une attention particulière sera apportée lors de l'édification du futur système aux **impératifs issus du droit actuel de l'Union européenne.** Les systèmes par lesquels les autorités publiques interviennent dans le financement de certains services d'utilité publique doivent, dans certains cas et sous certaines conditions, s'inscrire dans un cadre réglementaire édicté au niveau européen (SIEG – cf. Annexe 1).
- Il faudra enfin **mesurer quelle est l'intégration souhaitable et efficiente des actuelles diverses sources ou d'autres modèles de financement.** Il conviendra ainsi de **déterminer la portée idéale de la réforme envisagée pour un meilleur fonctionnement du système hospitalier,** partie lui-même du système de santé (impact sur le secteur ambulatoire, sur d'autres formes de soins, etc.).

2. Périmètre de l'analyse

- Le financement hospitalier à analyser et à réformer doit être compris comme le **financement global actuel et futur de l'ensemble de l'activité hospitalière**, y compris les financements hors BMF ou hors Assurance Maladie Invalidité (AMI) et les interventions du patient tant prévues par le système AMI que celles autorisées en dehors du système AMI
- **Il semble difficile de limiter *ab initio* l'analyse et la réforme du financement hospitalier aux activités classiques d'hospitalisation en laissant hors champ l'hospitalisation de jour, les activités ambulatoires à l'hôpital et les interactions entre les activités hospitalières globales et les autres formes de prise en charge des soins hors hôpital.**
- Il serait peu cohérent sur le plan méthodologique de ne pas **vérifier ou préciser quelles sont les missions qui sont ou devraient être remplies par le secteur hospitalier** et pour lesquelles il s'agit de revoir les conditions financières et leur adéquation au regard desdites missions. **Le modèle de financement à développer dépendant du modèle hospitalier souhaité, la logique impose de définir le cadre d'action avant de déterminer quel modèle adéquat lui appliquer.**
- Le financement hospitalier à analyser et à réformer doit enfin être compris et envisagé **comme l'ensemble de ce qui contribue à la rétribution de la ressource humaine hospitalière**, qui constitue le moteur de l'activité hospitalière et le poste de dépenses le plus important. On ne peut faire l'économie, lors d'une réforme du financement, d'une analyse de son **impact sur les revenus octroyés par ces diverses sources de financement actuelles ou futures, et sur leur juste répartition entre les divers acteurs multidisciplinaires de l'hôpital**, en fonction de leur statut et de leur rôle (salariés, indépendants, prestataires de soins, services de support, gestionnaires, etc.).

3. Objectifs généraux de la réforme

1. *Pérennité et soutenabilité.*

- Cette réforme doit permettre de faire face aux nombreux défis présents et à venir, et plus particulièrement ceux relatifs au vieillissement de la population et au développement technologique.
- Ce faisant, le futur système devra néanmoins rester en parfaite adéquation avec les rôles et missions de l'hôpital, définis dans le contexte plus large de la prise en charge de la santé, des besoins des citoyens et des enjeux sociétaux tant en matière de responsabilité socioéconomique et de couverture universelle que de formation et de recherche scientifique.

2. *Efficience et qualité de prise en charge.*

- Les possibilités de collaborations intra-, inter- et extrahospitalières devront faire partie de la réflexion quant à leur apport en matière d'efficience.
- Cette réforme se penchera également sur la possibilité d'intégrer des considérations de qualité des soins. La qualité de la prise en charge devra évoluer vers une pratique justifiée au regard des recommandations notamment internationales, de la bonne pratique médicale et dans le respect de la liberté thérapeutique. Les opportunités offertes par les mécanismes d'accréditation seront ainsi intégrées.

3. *Accessibilité.*

- Une attention particulière sera donnée, lors de l'élaboration de la réforme, à l'accessibilité, y compris financière, des prises en charge hospitalières.
- L'accès à des soins hospitaliers de qualité pour tous est un droit fondamental que cette réforme ne peut remettre en cause de manière directe ou indirecte.

3. Objectifs généraux de la réforme

4. *Bonne gestion et bonne gouvernance.*

- Tant dans le chef des acteurs de terrain que des autorités publiques, il est nécessaire de fournir les outils et un cadre de fonctionnement optimal, en tenant compte des responsabilités respectives des différents acteurs de santé et des impératifs de concertation et d'autonomie (tant dans le chef des praticiens professionnels que des patients).
- Cette réforme passera notamment par une responsabilisation des acteurs hospitaliers, sur base d'un partenariat vers des objectifs communs partagés, et visant à une gouvernance globale des aspects tant médicaux que non médicaux.

5. *Cohérence et lisibilité.*

- Cette réforme veillera à l'intégration et à l'articulation des diverses sources de financement, en tenant compte également des autres formes de prise en charge complémentaires à l'hospitalisation classique en hôpital général.
- Le nouveau système devra permettre la promotion d'une offre optimale, rationnelle et rationalisée de soins hospitaliers, dans ses diverses composantes et spécialités, dans le souci d'une articulation cohérente des diverses compétences fédérales et des entités fédérées en matière hospitalière et de prise en charge de santé.

6. *Juste répartition des ressources.*

- La diversité de l'activité hospitalière multiplie les défis en matière de financement. Une juste répartition des ressources entre les divers intervenants hospitaliers, mais également entre de mêmes intervenants, est nécessaire afin d'assurer la pérennité d'un nouveau système.
- De la même manière, un soutien aux différentes missions de l'activité hospitalière doit permettre d'offrir un cadre propice à l'excellence médicale, la formation, la recherche scientifique et le perfectionnement constant des acteurs de santé et de leurs modes d'organisation.

ÉTAPE 1 : TRAVAUX PRÉLIMINAIRES

- *Mai 2013 – Septembre 2013*
- En parallèle à l'élaboration de la méthodologie présentée, une série d'analyses et d'études préalables ont été initiées afin de définir le cadre et le contexte de cette feuille de route.
 - Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : réalisation d'une *étude exploratoire des différentes réformes de financement intervenues dans les pays occidentaux* ces dernières années, dans le domaine des soins hospitaliers.
 - en collaboration avec l'INAMI et le SPF Santé publique, une *analyse complémentaire* a été menée concernant une *mise en œuvre transitoire de certaines mesures via l'application de l'article 56^{quater} de la loi AMI*

4. Méthodologie et planification : prendre le temps raisonnable et nécessaire de l'analyse et de la concertation des acteurs sur la pertinence et le périmètre de la réforme engagée et ses impacts pour tous les intervenants du système de santé.

ÉTAPE 2 : ANALYSE ET CONSULTATIONS

• *Novembre 2013 – Septembre 2014*

une large concertation sera menée par le KCE avec les *stakeholders*, au sens large.

1. Celle-ci prendra la forme d'entretiens (one to one) approfondis et de focus groups afin de mener une analyse SWOT as is et perspective to be. Sur base de cette étude qualitative devront être dégagés les points de consensus et de divergence des divers intervenants sur les nécessités d'une réforme et les objectifs à atteindre
2. Sur base de cette analyse SWOT, d'une analyse des rapports existants sur le financement des hôpitaux belges et sur base des expériences étrangères, un modèle conceptuel sera développé, modèle qui reflétera une vision du futur du financement des hôpitaux belges.
3. Une nouvelle consultation des acteurs et parties prenantes plus étendue sera menée afin de récolter les réactions sur le modèle conceptuel et sera demandé lors de groupes de travail spécifiques (workshops). En outre, les informations nécessaires pour effectuer une « gap analysis » seront également recueillies. La « gap analysis », ou analyse des écarts, doit identifier et étudier les écarts entre la situation « as is » et la vision du futur « to be » et lister les chantiers nécessaires pour mettre cette vision en pratique
4. Le résultat de ces travaux fera l'objet d'une présentation et d'une discussion publique à l'automne 2014.

4. Méthodologie et planification : prendre le temps raisonnable et nécessaire de l'analyse et de la concertation des acteurs sur la pertinence et le périmètre de la réforme engagée et ses impacts pour tous les intervenants du système de santé.

ÉTAPE 3 : ÉLABORATION ET VALIDATION DE LA RÉFORME

- *Octobre 2014 – Juin 2015*
- le Ministre compétent soumettra au Gouvernement les conclusions qu'il tire des deux premières étapes ainsi qu'une proposition de réforme du financement hospitalier répondant aux objectifs fixés.
- Cette proposition contiendra, outre un plan de mise en oeuvre par une implémentation progressive, les outils de monitoring du futur système.
- Cette proposition fera nécessairement l'objet d'un processus de validation auprès des instances officielles de concertation dont la Structure multipartite en matière de politique hospitalière, le Conseil national des établissements hospitaliers et le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI.

ÉTAPE 4 : FINALISATION LÉGLISATIVE ET IMPLÉMENTATION PROGRESSIVE

- *Juillet 2015 – ...*
- Après validation de la réforme, les adaptations légales et réglementaires nécessaires à une mise en oeuvre progressive seront adoptées pour la fin 2015.
- Il semble indiqué à ce stade de privilégier une implémentation par projets-pilotes, mis en place dès 2016 et progressivement étendus. Cette approche permettrait de tester à petite échelle le système dans son intégralité.

5. Conclusions de la feuille de route

- aucun modèle ne semble apporter une réponse complète aux préoccupations relatives à une réforme de notre système de financement hospitalier.
- L'étude de ces expériences constitue néanmoins une base solide de réflexion quant à l'évolution de notre modèle de financement vers un système plus intégré et transparent.
- Ce constat doit nous encourager à entreprendre, dès aujourd'hui, une réflexion en profondeur afin de tracer les grandes lignes d'une réforme globale du financement des soins hospitaliers en Belgique, compatible avec les spécificités de notre système de soins de santé tant dans le respect de la liberté thérapeutique du patient et du médecin, que dans la promotion d'une prise en charge hospitalière accessible à tous.
- Cette réforme n'aura de sens que si elle permet de conserver les nombreux acquis en matière de qualité et d'accessibilité que notre système de soins offre actuellement, tout en définissant clairement les mesures nécessaires visant à son amélioration globale.

- La **méthodologie** arrêtée par cette feuille de route, en concertation avec les administrations concernées et le KCE, se veut **la plus ouverte et participative possible** tant dans l'identification des problèmes actuels que dans la définition d'un modèle futur.
- La participation active et la collaboration constructive de l'ensemble des acteurs du monde de la Santé seront nécessaires afin que cette réforme puisse bénéficier d'un large consensus, condition *sine qua non* à sa mise en oeuvre optimale et à sa pérennité.

